

Heimilislækningar í nágrannalöndunum

Ánægjan mest þar sem lækningar starfa sjálfstætt

SKÝRSLA NEFNDAR um stöðu og framtíð íslenskra heimilislækna sem lögð var fram á aðalfundi LÍ á dögnum vakti nokkra athygli, enda vel að verki staðið. Í henni er að finna margvíslegan fróðleik um heimilislækningar, stöðu þeirra og skipulag, ekki bara hér á landi heldur einnig á Norðurlöndunum og í Bretlandi. Sá kafli er fróðleg lesning því eflaust er sú skoðun útbreidd að í þessum löndum séu heimilislækningar upp til hópa opinberir starfsmenn á launum hjá ríki, amti eða sveitarfélagi. En flóran er fjölbreyttari og á mikilli hreyfingu eins og lýst er í skýrslunni.

Kerfi opinberra heilsugæslustöðva var komið á í Svíþjóð um 1970 og skömmu síðar fylgdu Finnar, Íslendingar og Norðmenn í kjölfar Svía og breyttu heimilislæknum sem flestir höfðu starfað sjálfstætt í opinbera launamenn. Síðan hefur margt gerst og nú virðist vera að fjara undan þessu kerfi víðast hvar. Svíar sjálfir breyttu til hjá sér fyrir rúmum áratug og þar er nú sjötti hver heimilislæknir sjálfstætt starfandi en rúmlega 80% kjósa að starfa á opinberum heilsugæslustöðvum. Þessi breyting hafði þá „aukaverkun“ að heimilislæknum í starfi fjölgaði um rúmlega helming sem segir sitt um viðhorf lækna til starfsins. Enn eru hlutfallslega færri heimilislækningar starfandi í Svíþjóð en hér á landi. Í Svíþjóð er einn heimilislæknir á 1955 íbúa en hér á landi eru 1726 íbúar að baki hverjum heimilislækni.

Finnar og Íslendingar eru einir þjóða um að halda fast utan um kerfi opinberra heilsugæslustöðva. Í Danmörku og Bretlandi er löng hefð fyrir sjálfstæðum stofurekstri heimilislækna og í Noregi var gerð kerfisbreyting árið 2001 sem nú verður greint frá.

Norska kerfið

Forsaga kerfisbreytingarinnar í Noregi var sú að þar varð sífellt erfiðara að manna stöður í hinu opinbera heilsugæslukerfi. Starfsánægja lækna var lítil og skortur á læknum tilfinnanlegur, ekki síst í dreifbýlinu. Í borgunum voru ýmis kerfi í gangi og mikil hreyfing á læknum og sjúklingum. Við þessu brugðust stjórnvöld með því að semja um nýtt kerfi sem nefnist fastlækna kerfi en ástæða þeirrar nafngiftar var sú að með nýja kerfinu var ætlunin að festa samband sjúklinga og lækna í sessi og auka

samfellu í heilbrigðisþjónustunni. Gerð var tilraun með kerfið í Þrándheimi og reynslan þaðan nýtt þegar kerfið var innleitt um allt land árið 2001.

Í stuttu máli er kerfið þannig upp byggt að sveitarfélögin bera ábyrgð á því að þjónusta heimilislækna sé fyrir hendi og semja við lækna um að veita hana. Læknir í fullri stöðu hefur hið minnsta 1500 sjúklinga á lista og 2500 hið mesta. Sjúklingar eru ekki skyldaðir til að skrá sig hjá einum lækni en kjósi þeir að gera það ekki þurfa þeir að borga meira fyrir hverja heimsókn, auk þess sem læknirinn verður að veita þeim sem eru skráðir hjá honum forgang.

Samningurinn við sveitarfélagið skyldar lækninn til að hafa stofu sína opna að minnsta kosti 28 klukkustundir á viku í 44 vikur á ári (orlof er sex vikur og námsleyfi tvær vikur). Auk þess er hægt að skylda lækna til að starfa allt að 7 1/2 tíma á viku fyrir sveitarfélagið, svo sem við barnavernd, á elliheimili eða sem skólalæknir, og er það yfirleitt greitt með tímalaunum. Flestir vinna að minnsta kosti fjórar stundir á viku samkvæmt þessu ákvæði.

99,5% þátttaka

Fjárhagshliðin á þessum samningi er þannig að tekjur lækna eru fjórþættar. Í fyrsta lagi fá þeir fasta fjárhæð sem ræðst af fjölda sjúklinga sem þeir hafa á lista. Sú upphæð á að standa undir um það bil 30% af brúttótekjum lækna. Í öðru lagi fá þeir greitt fyrir hvert lækni verk frá norsku tryggingastofnuninni og fara þær greiðslur eftir gjaldskrá sem samið er um árlega við stofnunina. Í þriðja lagi innheimta lækningar komugjöld af sjúklingum. Í fjórða lagi hafa lækningar svo tekjur af vinnu fyrir sveitarfélagið og vaktavinnu.

Í stofurekstrinum tíðkast ýmis rekstrarform en algengast er að lækningar starfi nokkrir saman og leigi húsnæði. Oft er um að ræða fyrrverandi heilsugæslustöðvar í eigu hins opinbera. Þeir ráða sér starfsfólk og hefur þróunin verið sú að sjaldgæft er að hjúkrunarfræðingar starfi á stofnunum. Á flestum stöðum hafa lækningar ráðið móttökuritari sem hafa lært að taka blóðprufur og gera einfaldar mælingar, svo sem hjartalínurit og öndunarmælingar.

Þetta kerfi hefur slegið í gegn því 99,5% þjóð-

Próstur
Haraldsson

arinnar völdu að vera með í því. Læknar hafa líka slegið skjaldborg um kerfið enda gengu nánast allir þeir sem áður stunduðu heimilislækningar, hvort sem var á stöðvum hins opinbera eða á eigin stofum, inn í kerfið. Læknaskorturinn sem áður var nefndur hvarf eins og dögg fyrir sólu. Það ríkir því góð sátt um kerfið þótt þurft hafi að slípa af því einhverja hnökra. Læknar segja að kerfið hafi hækkað verðið á stofurekstri en nú kostar það lækni um sjö milljónir íslenskra króna að kaupa sig inn í rekstur sem er talsvert hærra verð en danskir læknar þurfa að greiða. Einnig hefur verið talað um að kerfið hvetji lækna til að fjölga á listum hjá sér og stytta tímum sem hver sjúklingur fær. Á hinn bóginn er talin hætta á að læknar sem eru með fáa á skrá grípi til þess að „oflækna“ sjúklinga sína. Þetta hefur þó ekki dregið úr ánægju Norðmanna með kerfið.

Sjúklingajöld og tilvísanir

Kostnaðarþátttaka sjúklinga er misjöfn eftir löndum. Í Noregi er hún mest því þar er gert ráð fyrir að sjúklingar greiði allt að þriðjungi kostnaðar við hverja komu. Það geta þeir síðan fengið að einhverju leyti endurgreitt frá tryggingastofnun. Í Finnlandi greiða sjúklingar um það bil fjórðung kostnaðarinnar en í Svíþjóð greiða þeir aðeins 2% af kostnaðinum. Í Danmörku getur fólk valið á milli tvenns konar kerfa. Í hópi 1 gildir sú regla að fólk skráir sig hjá tilteknum lækni og greiðir skráning-

una með skattinum en greiðir engin komugjöld. Þurfi fólk á þjónustu sérfræðings eða sjúkráðgjafar að halda verður það að fá tilvísun frá heimilislækni. Þeir sem tilheyra hópi 2 (innan við 2% þjóðarinnar) þurfa ekki tilvísun en greiða þjónustu sérfræðinga fullu verði.

Tilvísanakerfi eru við lýði í Noregi og Danmörku þó ólík séu. Í Noregi er það meginregla að menn fari til heimilislæknis og fái þar tilvísun áfram í kerfinu. Á þessu hefur þó verið gerð sú tilslökun að konur sem hafa lengi verið hjá sama kvensjúkdómalækni þurfa ekki tilvísun til að heimsækja hann. Í Danmörku gilda aðurnefndar reglur um hópana tvo en á henni er þó sú undantekning að fólk þarf ekki tilvísanir til þess að heimsækja augnlækna og háls-, nef- og eyrnalækna.

Breska kerfið er svipað og það danska. Sjúklingar greiða ekkert fyrir komu til heimilislækna og heldur ekkert fyrir heimsókn til sérfræðinga en þá þurfa þeir tilvísun. Þessi kerfi byggjast á því að heimilislæknar séu hliðverðir heilbrigðiskerfisins og stýri umferðinni inn í það. Yfir 99% Bretu eru skráðir hjá heimilislækni og um 90% af lækniheimsóknum sjúklinga eru til heimilislækna. Allur stofurekstur í báðum löndum er í höndum heimilislækna og í báðum löndum ríkir almenn sátt um kerfið, bæði hjá sjúklingum og læknum, rétt eins og raunin virðist nú vera í Noregi.

Af því mætti draga ýmsar ályktanir þótt það verði ekki gert hér.

Lífeyrissjóður lækna

Sameining samþykkt í póstkosningu

EINS OG kunnugt er lagði stjórn Lífeyrissjóðs lækna fram þá tillögu að sjóðurinn yrði sameinaður Almenna lífeyrissjóðnum. Í október fór fram póstkosning meðal sjóðfélaga um þá tillögu og lauk henni 31. þess mánaðar. Nú liggja úrslit kosningarinnar fyrir og eru þau þessi:

Á kjörskrá voru 1805, eða allir þeir sem áttu réttindi í sjóðnum við síðustu áramót. Atkvæði greiddi 451 sjóðfélagi. Þar af voru 327 samþykkir sameiningunni, 103 voru andvígir henni og auðir og ógildir seðlar voru 21. Tillagan um sameining-

una var því samþykkt með afgerandi meirihluta þeirra sem þátt tóku.

Í Almenna lífeyrissjóðnum verður ekki póstkosning heldur tekur sjóðfélagafundur afstöðu til sameiningar. Sá fundur var haldinn eftir að Læknablaðið fór í prentun svo endanleg niðurstaða sameiningarmálsins lá ekki fyrir. Verði sameiningin einnig samþykkt þar tekur nýr sjóður til starfa nú um áramótin. Nánar verður fjallað um málefni lífeyrissjóðsins í janúarhefti Læknablaðsins.

—PH