

„Þekking okkar á málaflokknum er ekki nýtt“

Segir Þórarinn Guðnason um þátttöku sérfræðilækna við stefnumótun heilbrigðisþjónustu

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

Læknafélag Reykjavíkur efndi til félagsfundar á jólaföstunni um efni skýrslu Boston Consulting Group sem unnin var að beiðni velferðarráðuneytisins um íslenska heilbrigðiskerfið. Framsögu á fundinum höfðu Þórarinn Guðnason hjartalæknir, Kristján Guðmundsson háls-, nef- og eyrnalæknir og Gunnlaugur Sigurjónsson heimilislæknir.

Steinn Jónsson formaður LR setti fundinn og skýrði frá því að velferðarráðuneytið hefði ekki þegið tilboð félagsins um samstarf við aðgerðir í heilbrigðisþjónustunni þrátt fyrir óskir velferðarráðherra í þá veru á aðalfundi Læknafélags Íslands í október. „Það er ekki nýtt að ráðuneytið fari sínar eigin leiðir en við viljum vera vel undirbúin og því var settur á fót rýnihópur á vegum félagsins sem kynnti sér skýrsluna í þá mál.“ Það var til fundarins til að gera grein fyrir vinnu hópsins og kynna efni skýrslunnar fyrir félagsmönnum.

Rangar tölur um fjölda sjúklinga

Þórarinn Guðnason lagði út af þeirri fullyrðingu sem kemur fram í skýrslunni að á árunum 2006-2008, þegar hjartalæknar voru án samnings, hafi dregið úr heimsóknum til hjartalækna og kostnaður ríkisins þar með lækkað. Í skýrslunni er dregin sú ályktun að með tilvísanakerfi og þjónustustýringu megi draga úr kostnaði við þjónustu sérfræðilækna. Þórarinn rakti aðdraganda þess að hjartalæknar sögðu sig frá samningi við Sjúkratryggingar Íslands í apríl 2006 og rifjaði upp könnun sem hjartalæknar gerðu í febrúar 2006 þar sem 500 fyrstu heimsóknir sjúklinga til hjartalækna voru skráðar og hvers eðlis þær voru. Könnunin leiddi í ljós að langflestir sjúklinganna komu vegna alvarlegra

einkenna frá hjarta sem hrakti þá fullyrðingu að fólk væri unnvörpum að panta sér tíma hjá hjartasérfræðingi vegna einkenna sem telja mætti smávægileg. „Það var ekki stór hluti af sjúklingahópnum sem var að labba inn af götunni og panta sér tíma að gamni sínu, nánar tiltekið 0,2%. Þá litum við sérstaklega á þá sem komu einungis vegna háþrýstings en höfðu ekki önnur hjartavandamál. Langstærsti hluti þeirra kom með tilvísun frá heimilislækni eða öðrum lækni, að líkindum vegna þess að háþrýstingurinn var erfiður. Með þetta fórum við af samningi og fundum í raun litla breytingu á störfum okkar.“

Í skýrslu BCG er því lýst að eftir að við fórum útaf samningi hafi komum til okkar snarfækkað. Þær tölur eru kolrangar því tilvísanakerfið breytti engu og fjöldi sjúklinga var nánast sá sami, fyrir, á meðan og eftir þetta tímabil tilvísana frá 2006-2008. Skýringin á þessu misræmi í fjölda sjúklinga samkvæmt tölum BCG og velferðarráðuneytisins annars vegar og rauntölum yfir komur til okkar hjartalækna hins vegar, felst sennilega í því að sá hópur sjúklinga okkar sem ekki eru aldraðir eða öryrkjar borga heimsóknina að mestu sjálfir. Endurgreiðslan sem þeir gátu sótt til Tryggingastofnunar ríkisins á þeim tíma var um 1100 krónur. Það sér hver maður að kostnaður við að sækja þessa peninga er meiri en honum nemur og 20-25% sóttu ekki endurgreiðsluna og voru því ekki inn í þeim tölum TR sem ráðuneytið afhenti Boston Consulting Group til að vinna með. Ég leiðrétti þessar tölur við ráðuneytið og skrifaði BCG bréf með leiðréttingu og fékk nýlega svar frá þeim þar sem þeir biðjast afsökunar á þessu en segjast hafa unnið skýrsluna út frá þeim upplýsingum sem ráðuneytið lét þeim í té. Ábyrgðin liggur því hjá ráðuneytinu að hafa ekki gengið betur úr

skugga um réttmæti upplýsinganna. Þetta staðfestir orð Steins Jónssonar formanns hér áðan að það er óskaplega lítið talað við okkur sérfræðilækna þegar verið er að vinna í þessum málum. Okkur er ýtt út í horn, þekking okkar á málaflokknum er ekki nýtt og það leiðir til svona vitleysu,“ sagði Þórarinn Guðnason.

Athyglisvert og fróðlegt

Kristján Guðmundsson hafði það hlutverk í framsögu sinni að stikla á stóru í gegnum efni skýrslunnar og hóf hann mál sitt á því að erfitt væri að draga saman í stutt erindi efni skýrslu upp á 135 blaðsíður. Kristján benti á að enginn frá Sjúkratryggingum Íslands eða sérfræðilæknum hefði verið í vinnuhópnum sem skipaðir voru til að styðja við gerð BCG-skýrslunnar og sagði að það benti til þess að ýmsar ákvarðanir hefðu verið teknar áður en skýrslan var gerð og henni ætlað að styðja þær, fremur en að sjálfstæðar ákvarðanir yrðu teknar í kjölfar hennar.

Kristján vitnaði í erindi Michaels Porter um heilbrigðisþjónustu sem hann hélt í boði Arion-banka á síðasta ári. „Hann hélt þar mjög fram ágæti sérhæfðra lækningamiðstöðva á kostnað almennra og tiltók þar sérstaklega höfuðverkjamiðstöð í Hannover í Þýskalandi er tæki við sjúklingum hvaðanæva úr Þýskalandi. Þessi hugmyndafræði, að færa alla flókna hluti, eins og skurðaðgerðir, á eins fáa staði og mögulegt er, kemur skýrt fram í BCG-skýrslunni. Birtingarmynd hennar yrði væntanlega sú að dregið yrði úr eða lokað á sjúkrahússtarfsemi á „litlum“ stöðum á landsbyggðinni eins og Sauðárkróki, Húsavík, Vestmannaeyjum og víðar.“

Kristján benti á að einn vandi höfunda skýrslunnar væri hversu óljósar allar upplýsingar um kostnað í íslenska heilbrigðis-



„Fjöldi sjúklínga var nánast sá sami, fyrir, á meðan og eftir þetta tímabil tilvísana frá 2006-2008,“ sagði Þórarinn Guðnason hjartasérfræðingur.

kerfinu væru. „Það er engin samhæfing í því hvernig hlutirnir eru skráðir og um þetta hafa verið haldnir óteljandi fundir án nokkurs teljandi árangurs. Orðrétt segir Elisabet Hanson, einn skýrsluhöfunda, í svari við leiðréttingu Þórarins Guðnasonar sem hann skýrði frá hér á undan:

The data quality in the Icelandic Health Care system is very poor overall, which is also described in the report, and the Ministry is now addressing this as one of the key improvement areas.

Kristján fór síðan yfir ýmsar töflur skýrslunnar þar sem sýnt er hvernig kostnaður við heilbrigðiskerfið skiptist á milli einstakra hluta þess og sagði það í sjálfu sér býsna athyglisvert og fróðlegt. „Ég hef hins vegar ekki fengið nein svör við því hvort tölurnar fyrir hvert ár séu uppreiknaðar eða á kostnaði hvers árs. Þetta er lykilatriði og lélegt að ekki skuli gerð grein fyrir þessu í inngangi skýrslunnar.“

Kristján benti að lokum á að í skýrslunni væri tiltekin 22% hækkun vegna sérfræðilæknaþjónustu í næstu fjárlögum og þessar tölur væru notaðar til að færa rök fyrir því hversu kostnaðarsamur óheftur aðgangur sjúklínga að sérfræðilækniþjónustu væri. „Þessu var slegið upp í fjölmíðlum í haust þegar skýrslan kom út. Á þessu er einföld skýring: Vorið 2008 var gerður nýr samningur við sérfræðilækna til tveggja ára sem fól í sér kostnaðarhækkun sem var mætt á fjárlagagrunni á árslok 2008 en kostnaðaraukinn fylgdi svo ekki með inn í fjárlagagrunn fyrir 2009. Næstu ár á eftir var aldrei full fjárheimild fyrir gerðum samningum og nú fyrst er verið að leiðrétta grunninn.“

Heimilislæknaskortur er staðreynd

Gunnlaugur Sigurjónsson heilsugæslulæknir í Reykjavík og formaður stjórnar Læknavaktarinnar ræddi í sinni fram sögu um ástandið í heilsugæslunni og sagði ekki hægt að átta sig á því hvernig tölur í skýrslunni væru fundnar, þar sem ekki væri gerð skýr grein fyrir hvaða kostnaðarliðir úr heilsugæslunni væru teknir inn. Gunnlaugur studdist við upplýsingar úr rannsókn sem Lúðvík Ólafsson lækningaforstjóra heilsugæslunnar í



„Það er engin samhæfing í því hvernig hlutirnir eru skráðir í heilbrigðiskerfinu,“ sagði Kristján Guðmundsson háls-, nef- og eyrnalæknir.



„Þarf sannarlega að gera heimilislækningar að eftir sóknarverðari starfsvettvangi fyrir unga lækna en nú er raunin,“ sagði Gunnlaugur Sigurjónsson heilsugæslulæknir.

Reykjavík gerði í október um mönnunar-ástandið í heilsugæslunni.

„Það kom mér á óvart að í skýrslunni er gerður samanburður á milli Svíþjóðar og Íslands, en í Svíþjóð er tilvísanakerfi og samkvæmt skýrslunni er ástandið hér svipað og þar. Það sé því ekkert vandamál að taka upp tilvísanakerfi hér þar sem fjöldi heimilislækna sé svipaður hér og í Svíþjóð. Það er ekki mín upplifun, en tölum um starfandi heimilislækna á Reykjavíkursvæðinu ber ekki saman þar sem ég hef getað talið saman 113 lækna en skýrslan segir þá 148. Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna hefur nýlega kannað fjölda heimilislækna á Norðurlöndunum miðað við íbúafjölda og þar kemur í ljós að í Danmörku og Sví-

þjóð eru þeir 10% fleiri en hér, og í Noregi 23% fleiri. Það er einnig áhyggjuefni að meðalaldur heimilislækna á Íslandi er rétt um 55 ár og við blasir að ef halda á heilsugæslunni í landinu gangandi þarf eitthvað að gerast hratt því endurnýjunarþörfin á landsvísu er á milli 7 og 10 nýir lækna á ári, einungis til að halda óbreyttu ástandi.“

Gunnlaugur sagði vandann sem við blasti í heilsugæslunni stafa af reglugerð sem sett var í tíð Guðlaugs Þórðarsonar heilbrigðisráðherra þar sem réttur fólks til að skrá sig á heilsugæslustöðvar og sækja þangað þjónustu var gerður skilyrðislaus. „Þetta þýðir að 15-20.000 manns eru skráðir inn á heilsugæslustöðvarnar en ekki með neinn heimilislækni því þeir eru ekki til staðar. Jafnvel þetta segir ekki

alla söguna því sumir eldri lækna eru með allt að 2500 sjúklinga skráða á sig og hafa enga möguleika á að sinna svo stóru samlagi.“

Gunnlaugur sagði að lokum að ef taka ætti upp tilvísanakerfi að tillögu skýrslunnar væri eðlilegt að ætla hverjum lækni að hámarki 1500 sjúklinga. „Til að mæta því í dag vantar 22 heimilislækna á Reykjavíkursvæðið. Til lengri tíma litið yrði þörfin fyrir nýliðun heimilislækna allt að 12 á ári og það er verkefni til næstu 10-20 ára og þá þarf sannarlega að gera heimilislækningar að eftirsóknarverðari starfsvettvangi fyrir unga lækna en nú er raunin.“