

**Heilbrigðisráðuneytið**  
**Vegmúli 3**  
**150 Reykjavík**

**Reykjavík 14. september 2010**

**Efni:** Greinargerð vegna áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um *Eflingu heilsugæslunnar*. .  
[http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Skyrsla-um-eflingu-heilsugaeslunnar\\_drog.pdf](http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Skyrsla-um-eflingu-heilsugaeslunnar_drog.pdf)

Eftirfarandi eru athugasemdir Samtaka heilbrigðisfyrirtækja við nefnd drög (SH). Óskað er eftir svörum/úrbótum þar sem við á og nefnt er hér síðar.

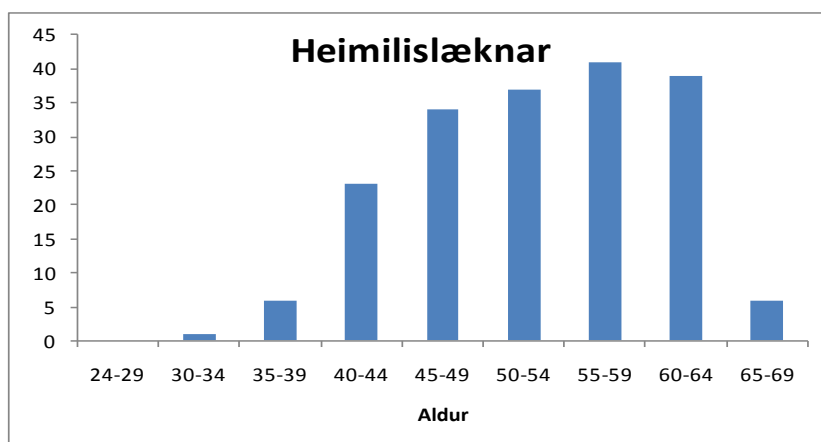
Samtökin harma að enginn fullrúi hafi verið í nefndinni frá SH eða sérfræðilæknum sem hefði gert skýrsluna vandaðri og ábyggilegri til notkunar við stefnumótun. Það er skoðun SH að áður nefnd drög séu vanreifun á málinu og verulega þurfi að bæta vinnu við loka innihald skýrslunnar þannig að hún verði það vinnuþagg sem til er ætlast. SH eru tilbúin að koma að slíkri vinnu.

Það er skoðun SH að verulega skorti á tölulegar staðreyndir í skýrslunni. Sér í lagi um kostnað við einstaka þætti heilsugæslunnar og framleiðni.

Af lestri skýrslunnar má ljóst vera að ekki er tekið á megin vandamálum heilsugæslunnar en því meir gerða atлага að annarri vel kostnaðargreindri þjónustu ss. sérfræðilækna án þess þó að sýnt sé að það muni efla eða bæta heilsugæluna til lengri tíma litið eða spara fjármuni hins opinbera.

SH gera eftirfarandi athugasemdir og vill koma á framfæri ábendingum sem tíunduð er hér:

1. Myndin hér að neðan sýnir aldursdreifingu starfandi heimilislækna á Íslandi í byrjun árs 2010.



Sjá má á myndinni að á næstu 10 árum munu 45 læknar komast á eftirlaunaaldur. Boðið er upp á nám í heimilislækningum hér á landi og tekur það nám 5 ár (skv. reglugerð 305/1997). Góð aðsókn var í námið þetta árið, þ.e. 19 umsóknir bárust og 7 voru teknir inn í námið (hingað til hafa verið 5 námsstöður pr. ár). Í heildina eru nú 20 læknar í sérnámi í heimilislækningum hér á landi. Þessar upplýsingar sýna að án frekari breytinga á inntöku í námið mun heimilislæknastéttin minnka nema að til sé stór hópur erlendis. Er vitað hversu margir eru í sérnámi erlendis? Erfitt er að sjá út frá þessum upplýsingum hvernig hægt verður að bæta frekari verkefnum á heilsugæsluna/heimilislækna.

Staða heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu í það minnsta, er í dag er óviðunandi.

Of margir íbúar höfuðborgarsvæðisins eru ekki með fastan heimilislækni.

- Bið eftir að komast að hjá heimilislækni er iðulega óviðunandi.
- Alltof margir kvarta undan því að þótt þeir hafi heimilislækni þá lendi þeir sem sjúklingar hjá öðrum læknum á heilsugæslunni en ekki „sínur“ lækni. Þetta á þó almennt ekki við um sjálfstætt starfandi heimilislækna (HUH).
- Framleiðni í heilsugæslunni er óviðunandi. Það þarf að skoða þann hluta á gagnrýnin og faglegan hátt og ástæður þess.
- Stjórnunarkostnaður heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu er himinhár og þarfnast skoðunar.

Tillaga nefndarinnar er að halda úti 20 námsstöðum pr. ár næstu fimm árin. Það er góðra gjalda vert. Stóra spurningin er hins vegar hvort hægt verður að fylla þær námsstöður.

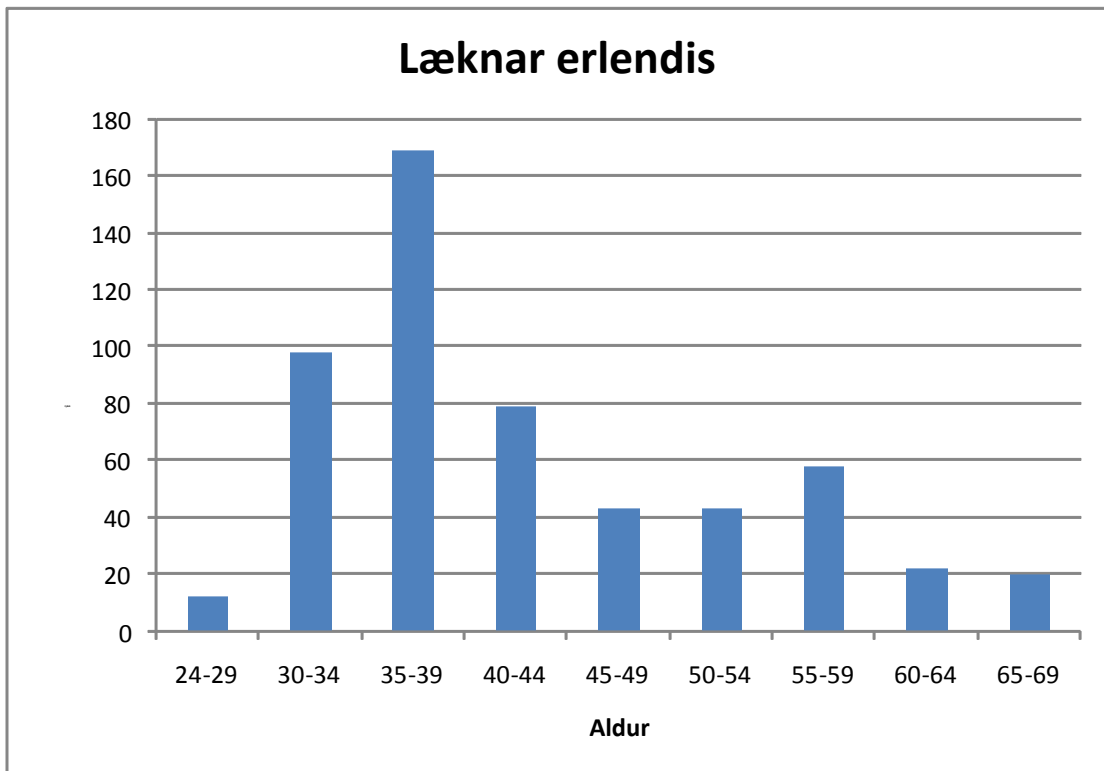
2. Það er ekki rétt að HH þjóni um 200 þúsund íbúum (3.málgr. bls. 9). Þetta stemmir alls ekki við neðanmálgrein nr. 15 bls. 9. Sú tala stemmir að vísu ekki heldur. Íbúar höfuðborgarsvæðisins voru rétt rúmlega 200 þúsund um síðustu áramót. HUH læknar hafa um 22 þúsund skjólstaðinga, Salastöðin tæplega 13 þúsund og Lág múlinn um 7 þúsund. Það þýðir að af þessum rúmlega 200 þúsund hefur um 42 þúsund einstaklingar ekki átt að vera skráðir hjá HH heldur eingöngu tæplega 160 þúsund.
3. Það er athyglisvert að þrjátíu þúsund manns á höfuðborgarsvæðinu skuli vera án heimilislæknis og meirihlutinn ungt fólk á aldrinum 20-40 ára (sbr. bls. 9). Nefndarmenn telja ástæðuna vera þá að ungt fólk „*kunni einfaldlega ekki á heilsugæslukerfið*“ (4.málgr. bls. 9). Þetta er mjög athyglisverð fullyrðing en langsótt og órökstudd. Hvernig stendur á því að heilsugæslan nær ekki til þessa fólks sem er fætt og uppalið eftir 1970? Þetta þarfnast skýringa og í þeim skýringum kann vandi heilsugæslunnar að kristallast fram að hluta.
4. Í fyrstu málgrein bls. 11 er fullyrt að heilbrigðisútgjöld í löndum með tilvisanakerfi og takmarkanir á aðgengi að sérfræðiþjónustu séu lægri en í löndum með opið aðgengi. **Hvaðan kemur sú heimild?** Er til einhver pappír/rannsókn sem fullyrðir að þetta sé si svona? Athygli skal vakin á því að mörg lönd sem hafa tilvisanakerfi verja stærri hluta af landsframleiðslunni til heilbrigðismála en Ísland. Árið 2008 voru heildar heilbrigðisútgjöld í Danmörku 9,7%, Hollandi 9,9%, Portúgal 9,9%, Ítalía 9,1% og Spánn 9% . Á Íslandi voru útgjöldin 9,1% (sjá:<http://www.oecd.org/dataoecd/43/21/40905007.pdf>).

Þar til grunn staðreynda er getið verða fullyrðingar sem ofan er getið léttvægar taldar og ekki innlegg í uppbyggilega umræðu.

5. Í fimmtu málsgrein á bls. 13 segir að 1/5 hluti Dana hafi aflað sér einkasjúkratryggingar til viðbótar almennri sjúkratryggingu. Ráðuneytið hefur mikið horft til Danmerkur hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustunnar. Því spyrjum við hvort það sé pólitískur vilji fyrir svona tryggingakerfi hér á landi? Athygli skal einnig vakin á því að Danir fara oft til læknis að meðaltali en Íslendingar  
sjá : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111ec037.pdf?expires=1283441145&id=0000&acname=guest&checksum=EF9E8472B44816D49B15FB49C21FA406>
6. Á bls. 18 er mjög illa útskýrð mynd. Hvaða kostnaðar er verið að vísa til? Er það kostnaður heimilanna, ríkis eða heildarkostnaður sem þessi mynd á að sýna okkur? SH telja að þetta graf sé villandi og um bein útgjöld heimila sé helst að ræða en ekki ríkis. Er það svo?
7. Ánægjulegt er að sjá að nefndin notar skýrslu LÍ um samanburð á læknskostnaði. Vakinn skal athygli á því að kostnaður ríkisins á hverja komu til HH er ekki réttur. Mikilvægt er að ráðuneytið taki þennan kostnað saman.
8. Í annarri málsgrein bls. 20 kemur fram samanburður á kostnaði HUH og HH. Hvernig er talan 6.500 kr./viðtal á HH reiknuð út? Hverjar eru forsendurnar? Þetta er nauðsynlegt að skýra.
9. Á bls. 27 er fjallað um mönnun grunnþjónustunnar. Tölurnar eru frá árinu 2007. Mikið hefur breyst hér á landi frá árinu 2007! Svo mikið að þessar tölur eru vart gjaldgengar. Skv. upplýsingum frá Læknafélagi Íslands er staðan sú að á Íslandi eru flestir íbúar á hvern lækni í dag.
10. Á bls. 28 er talað um varaforða íslenskra lækna erlendis. Samkvæmt félagatali LÍ voru ísl. læknar erlendis um 544 í byrjun árs 2010. Um 145 læknar eru 50 ára og eldri. Það eru ekki miklar líkur á því að þessi hópur geti verið „varaforði“ fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu þar sem þeir hafa búið erlendis lengi og hafa fest rætur þar. Stærsti hópurinn erlendis er yngri en 40 ára (rúmlega 50% af öllum íslenskum læknum erlendis) og flestir í sérnámi. Hópurinn sem hægt væri „að virkja betur til starfa á Íslandi“ er því ekki nema rúmlega 120. Sá varaforði byggist á þeim viðtökum sem Íland býður í samkeppni við önnur lönd. Kjör, störf ofl.
11. Í fyrstu málsgrein á bls. 34 segir að „sérfróðir aðilar vísa jafnvel í upplýsingar um rannsóknir sem sýna að heilsugæslan geti sinnt um 95% allra heilbrigðisvandamála fólks utan sjúkrahúsa“. Heimildirnar sem hér er vísað til eru frá áttunda og níunda áratugnum. Nokkuð ljóst má vera með eðlilegri skoðun á þróun sérhæfingar í læknisfræði að slíkar fullyrðingar geta ekki staðist. Sjá t.d. grein úr Læknablaðinu 2010/96 bls.335-340.  
<http://www.laeknabladid.is/tolublod/2010/05.-tbl.-96.arg.-2010/nr/3833>  
SH lýsa furðu sinni á þessari framsetningu. Heildar komur til heilsugæslunnar á Íslandi árið 2009 var 688 þúsund viðtöl við lækna. Á sama tíma komu um 569 þúsund til sérfræðilækna

(þar af 118 þúsund til myndgreiningar+blóðrannsóknna+meinafræði). Þar inni eru um 15-20 þúsund aðgerðir ýmiskonar, nokkur þúsund speglanir og önnur inngríp sem aldrei verða gerð nema af öðrum sérfræðingum en heilsugæslulæknum. Auk þess verður aldrei sinnt þeirri sérfræðipjónustu í heilsugæslunni sem sérfræðilæknar sinna í dag. Þar er álit SH að viss skörun eigi sér stað í komu sjúklinga í heilsugæslu og sérfræðilækna. Þessi skörun geti þó að vel athuguðu máli ekki verið meiri en 5-12% eftir sérgreinum. Þetta þarf hins vegar að skoða nánar.

12. Í fimmtu málsgrein á bls. 35 segir: „Einfaldast virðist að ráðast í að taka upp tilvísanir til lungnalækna, hjartalækna, .....“ Hver er rökstuðningurinn með þessu? Það er álit SH að fara þurfi varlega í tilvísanir enda ávinningur af þeim stórlega ýktur í þeim drögum sem fyrir liggja. Tilvísanir kunni einnig að verða þungur baggi á heilsugæslunni sem þegar er í vanda.



13. Síðasta málsgreinin á bls. 33 er athyglisverð. Hvernig er hægt að draga þá ályktun að heilsugæslan geti tekið til sín og sinnt 420 þúsund erindum/viðtölum af 535 þúsund viðtölum sérgreinalækna í dag (þ.e. ef heilsugæslan mun sinna 90% og sérgreinalæknar 10%). Þessi fullyrðing er nánast skot út í loftið.
14. Útskýra þarf mun betur síðustu setninguna í fjórðu málsgrein bls. 35 um sameiginlegan kostnað. Er skipulagið hugsað þannig að heilsugæslan fái ávallt fulla greiðslu en sérgreinalæknar minni greiðslu. Hver er lógíkin þarna.

15. Í tillögu nr. 3 á bls. 39 vantar heimild (ef til er) þar sem sagt er að verðstýring sé áhrifaríkt tæki til að stýra sjúklingaflæði.
16. Bls. 36 Við fögnum því að það eigi að gilda sömu reglur um eftirlitsskyldu og skipulag hjá öllum læknum. Þetta skipulag þarf hins vegar að vera straumlínulagað og innan „velsæmismarkna“ kostnaðarlega séð.
17. Tillaga 2: Hver er faglegi rökstuðningur við þetta? Hvers vegna 15-20 lækna stöðvar? SH setja sig ekki á móti þessari breytingu en hana þarf að rökstyðja á gleggri hátt. Það er hins vegar skoðun SH að með sjálfstæðum rekstri heimilislækna eða rekstri þeirra sjálfra á heilsugæslunni megi stemma stigu við kostnaði sem ein sameiginleg HH berst við í dag. Líkur má einnig leiða að því að þjónustu kunni að batna við slíkar breytingar.
18. Tillaga 6: SH benda á að veikum sveitafélögum kann að vera þetta ofviða nema ríkulegt fjármagn fylgi með.
19. Tillaga 10: SH hvetja til þessa. Þ.e. að leitað verði leiða um að mismunandi sjúkraskrárkerfi geti skipt á upplýsingum um sjúklinga á lögmætan og öruggan hátt með leyfi sjúklings. SH hvetja hins vegar ekki til þess að eitt heildstætt sjúkfaskrárkerfi verði innleitt fyrir allt landið. Eðlilegra sé að hvatt sé til samkeppni á þessum markaði en kröfulýsing til slíkra kerfa sé á þann hátt að auðvelda samskipti milli þeirra.

Virðingarfyllst.  
Fh Samtaka heilbrigðisfyrirtækja

Dr. Stefán E. Matthíasson  
formaður SH

Andrés Magnússon  
framkvæmdastjóri SVP