

Sjúkratryggingar Íslands sem kaupandi heilbrigðisþjónustu

Febrúar 2018

Ríkisendurskoðun er sjálfstæð stofnun Alþingis sem starfar samkvæmt lögum nr. 46/2016 um ríkisendurskoðanda og endurskoðun ríkisreikninga. Stofnunin sinnir endurskoðun og eftirliti með rekstri og fjármálum ríkisins og skal leiða í ljós frávik frá lögum og reglum á því sviði og gera tillögur að úrbótum, bættri stjórnslu, skýrari ábyrgð og betri nýtingu ríkisfjár.

Stjórnsýsluendurskoðun felur í sér mat á frammistöðu þeirra aðila sem stofnunin hefur eftirlit með. Einkum er horft til meðferðar og nýtingar almannaafjár, hvort hagkvæmni og skilvirkni sé gætt í rekstri og hvort framlög ríkisins skili þeim árangri sem að er stefnt. Við stjórnsýsluúttektir fylgir stofnunin verklagsreglum sem byggja á og eru í samræmi við staðla Alþjóðasamtaka ríkisendurskoðana (INTOSAI).

Efnisyfirlit

Niðurstöður og ábendingar	4
Viðbrögð við ábendingum	8
1 Inngangur	12
2 Lagarammi og viðmið	13
2.1 Lög um heilbrigðisþjónustu og sjúkratryggingar	13
2.1.1 Markviss eða hlutlaus kaup á heilbrigðisþjónustu	14
2.1.2 Hlutverk, yfirstjórn og stefna.....	15
2.1.3 Forsendur samninga samkvæmt lögum og reglum.....	16
2.2 Reynslan af framkvæmd laga um sjúkratryggingar	19
3 Samningar Sjúkratrygginga Íslands	21
3.1 Umfang.....	21
3.2 Áhrif ólíkra greiðslukerfa á heilbrigðisþjónustu	23
3.3 Gæði og eftirlit	25
4 Samningur um lækningar utan sjúkrahúsa	30
4.1 Rammasamningur Sjúkratrygginga Íslands og sérgreinalækna.....	30
4.1.1 Kröfur rammamningsins.....	32
4.2 Gjaldskrá sérgreinalækna	34
4.2.1 Kaup á sjúkrahúsþjónustu.....	35
4.3 Greiðslur til sérgreinalækna	37
4.3.1 Greiðslur eftir sérgreinum	38
4.4 Úttektir Embættis landlæknis á þjónustu sérgreinalækna.....	41
4.5 Vísbendingar um mikla notkun á þjónustu	42
4.6 Ágreiningur milli lykilstofnana heilbrigðiskerfisins.....	43
5 Samningar við Landspítala	45
5.1 Samningur um framleiðslutengda fjármögnun	45
5.1.1 Gæðavísar	46
5.1.2 Takmörk magns veittrar þjónustu	47
5.1.3 Bið eftir aðgerðum.....	49
5.2 Samningar um biðlistaaðgerðir	50
5.2.1 Samningar um augasteinsaðgerðir	51
5.2.2 Liðskiptaaðgerðir	53
5.3 Leiga á insúlíndælum.....	53
5.3.1 Þjónusta takmörkuð án viðunandi greininga	54

Niðurstöður og ábendingar

Að mati Ríkisendurskoðunar eru annmarkar á starfsumhverfi, starfsemi og starfsháttum Sjúkratrygginga Íslands þegar horft er á gerð, framkvæmd og eftirlit með nokkrum kostnaðarsömum samningum stofnunarinnar um heilbrigðisþjónustu. Einnig má draga í efa að samningarnir séu í öllum tilvikum hagkvæmir eða stuðli að skilvirkni heilbrigðiskerfisins í heild. Ekki verður því séð að þessir samningar nái því markmiði að kaup ríkisins á heilbrigðisþjónustu séu markviss líkt og lög um sjúkratryggingar áttu að ná fram.

Heilstæða stefnu um heilbrigðisþjónustu skortir

Heilbrigðisráðherra hefur ekki mótað heildstæða stefnu um heilbrigðisþjónustu sem starfsemi Sjúkratrygginga Íslands getur tekið mið af, eins og bæði lög um heilbrigðisþjónustu og sjúkratryggingar gera ráð fyrir. Stjórn stofnunarinnar hefur ekki heldur mótað langtímastefnu fyrir stofnunina eins og henni ber samkvæmt lögum um sjúkratryggingar. Kaup og samningar stofnunarinnar hafa að miklu leyti ráðist af áherslum fjárlaga, tímabundnum átaksverkefnum og úrlausn tilfallandi vandamála hverju sinni. Slíkar ráðstafanir stuðla ekki að hagkvæmni og skilvirkni til lengri tíma litið. Við slík skilyrði hafa samningar Sjúkratrygginga í raun verið stefnumótandi fyrir þróun og gerð heilbrigðiskerfisins.

Togstreita milli lykilstofnana í heilbrigðiskerfinu

Úttekt Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós vissa togstreitu milli lykilstofnana í heilbrigðiskerfinu, þ.e. Sjúkratrygginga Íslands, Embættis landlæknis og Landspítala. Að mati Ríkisendurskoðunar stafar sú togstreita að hluta til af óljósri stefnu stjórnvalda um skipulag heilbrigðisþjónustunnar. Þetta hefur hamlað því að samningar, kaup og greiðslupátttaka vegna heilbrigðisþjónustu séu markviss og þjóðhagslega hagkvæm. Þá hefur skort á samvinnu milli landlæknis og Sjúkratrygginga um eftirlit með framkvæmd samninga. Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að velferðarráðuneyti beiti sér fyrir úrlausn þessara mála.

Styrkja verður Sjúkratryggingar sem kaupanda heilbrigðisþjónustu

Að mati Ríkisendurskoðunar þarf að efla getu Sjúkratrygginga Íslands til að semja um kaup á heilbrigðisþjónustu á markvissan hátt. Tryggja þarf að stofnunin hafi yfir að ráða nauðsynlegri fagþekkingu til að annast greiningar, gerð og eftirlit með framkvæmd samninga. Brýnt er að stofnunin standi jafnfætis samningsaðilum sínum að þessu leyti. Ítarleg og traust fagþekking Sjúkratrygginga er forsenda þess að viðsemjendur stofnunarinnar hafi ekki óeðlileg áhrif á ákvarðanir stjórnvalda sem lúta að fjárútlátum vegna þeirrar þjónustu sem þeir veita. Mikilvægt er að velferðarráðuneyti styðji við stofnunina í þessu tilliti.

Sjúkratryggingum Íslands hefur verið falið að gera samning við Landspítala um framleiðslutengda fjármögnun klínískrar þjónustu. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að sá samningur verði nýttur til að hámarka skilvirkni og hagkvæmni spítalans. Núverandi útfærsla hans stuðlar hvorki að þeim markmiðum né aukinni framleiðni. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar og velferðarráðuneyti til að bæta úr því við

endurskoðun samningsins. Hafa verður hugfast að með framleiðslutengdum samningi við Landspítala um klínísku þjónustu er ekki einungis settur rammi um lykilstarfsemi spítalans. Með honum eru einnig ákvarðaðar grunnforsendur sem móta heilbrigðis-kerfið í heild og með hvaða hætti stjórnvöld stuðla að því að markmið laga um heilbrigðisþjónustu náist. Samningurinn þarf því að taka mið af þjóðhagslegri hagkvæmni heilbrigðiskerfisins og byggja á heildstæðri stefnu um heilbrigðisþjónustu.

Að mati Ríkisendurskoðunar þarf að skýra ábyrgð og hlutverk velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga Íslands við kaup á heilbrigðisþjónustu. Dæmi er um að ráðuneytið hafi gert samninga án aðkomu stofnunarinnar eða hafi einhliða ákvarðað forsendur samninga líkt og í tilfelli rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa. Þá er dæmi um að ráðuneytið hafi falið stofnuninni að kaupa þjónustu sem uppfyllir ekki þær faglegu kröfur sem lög um sjúkratryggingar kveða á um, samanber samning um meðferðarþjónustu í Krýsuvík. Ríkisendurskoðun hvetur ráðuneytið til að skýra ábyrgðarskil og taka í því sambandi til skoðunar kosti þess að veita stjórn Sjúkratrygginga Íslands aukid hlutverk við stefnumörkun, undirbúning, gerð og eftirlit með samningum stofnunarinnar.

Dæmi eru um að kaup á þjónustu hafi ekki stuðst við fullnægjandi greiningu á þörfum sjúkratryggðra, kostnaði og ábata. Þá hafa verið gerðir samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu sem eru ekki í fullu samræmi við ákvæði laga um sjúkratryggingar um skilgreint magn, skýr gæði eða jafnt aðgengi landsmanna. Í því tilliti má m.a. horfa til rammasamninga Sjúkratrygginga Íslands um annars vegar sjúkraþjálfun og hins vegar lækningar utan sjúkrahúsa. Útgjöld stofnunarinnar vegna þeirra hafa aukist undanfarin ár þrátt fyrir tilraunir til að draga úr þeim. Greiðsluþátttaka Sjúkratrygginga vegna þjónustu sjúkraþjálfara utan sjúkrahúsa jókst um 38% milli árunna 2012–16. Á sama tímabili jukust útgjöld vegna rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa um ríflega 60%.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að þessir samningar, árangur þeirra og áhrif verði tekin til skoðunar í samhengi við þá stefnumörkun um heilbrigðisþjónustu sem ráðherra ber að móta. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að setja fram ítarlegar kröfulýsingar um magn og gæði þeirrar þjónustu sem samið er um hverju sinni. Í því sambandi ber að styðjast við klínískar leiðbeiningar og læknisfræðilegar ábendingar svo að sjúkratryggðir njóti viðeigandi þjónustu óháð búsetu. Ríkisendurskoðun telur óvíst að markviss kaup á heilbrigðisþjónustu séu möguleg innan víðtækra rammasamninga og hvetur stofnunina til að meta kosti þess að semja um þjónustu einstakra sérgreina á grunni viðhlítandi greininga.

Samkvæmt greiningu Embættis landlæknis eru vísbendingar um að sú heilbrigðisþjónusta sem er veitt samkvæmt rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa sé ekki í samræmi við eðlilega þjónustupörf, þ.e. að í einhverjum tilvikum gæti verið um óeðlilega mikla notkun á þjónustu að ræða. Að mati Ríkisendurskoðunar þarf í því sambandi að huga að greiðslukerfi samningsins og áhrifum hans á þróun heilbrigðiskerfisins. Samningurinn er án skýrra takmarkana um magn og felur í sér fjárhagslega hvata til mikilla afkasta óháð gæðum og árangri.

Skerpa þarf á ábyrgðarskilum velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga

Greina þarf betur þarfir sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu

Setja þarf fram ítarlegar kröfulýsingar um magn og gæði

Samningar Sjúkratrygginga hafa rík áhrif á þróun heilbrigðiskerfisins

Áhrif rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa á þróun heilbrigðiskerfisins hafa einnig birst í ákvörðunum um nýja gjaldskrárlíði samningsins án þess að þær byggi á heildstæðri stefnu um heilbrigðisþjónustu. Með slíkri stefnumörkun yrði ljóst um hvaða þjónustu leita ætti samninga, í hvaða magni og á hvaða forsendum. Benda má á í því sambandi að nú taka Sjúkratryggingar þátt í kostnaði vegna lækniáðgerða sem eru hluti af sérhæfðri sjúkrahúsþjónustu samkvæmt rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa. Að mati Ríkisendurskoðunar er það ekki eðlileg ráðstöfun. Til að jafnræði og réttindi sjúklinga séu tryggð og markmið laga um sjúkratrygginga virt verður að gera markvissa samninga um slíka þjónustu.

Ábendingar til velferðarráðuneytis

1. Marka þarf stefnu um heilbrigðisþjónustu

Velferðarráðuneyti þarf að marka heildstæða stefnu um heilbrigðisþjónustu sem Sjúkratryggingar Íslands geta byggt á við samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu. Ákveða þarf hvaða þjónustu heilbrigðisstofnanir ríkisins eiga að veita og hvaða þjónustu á að kaupa af öðrum aðilum og í hvaða magni. Út frá þeirri stefnumörkun þarf ráðuneytið að sjá til þess að Sjúkratryggingar Íslands og aðrar lykilstofnanir heilbrigðiskerfisins vinni á samhæfðan hátt að settum markmiðum.

2. Tryggja þarf eðlilega verkaskiptingu við gerð samninga

Velferðarráðuneyti þarf að skerpa á verkaskiptingu og ábyrgðarskilum sínum og Sjúkratrygginga Íslands við gerð samninga um heilbrigðisþjónustu. Styðja þarf við stofnunina sem faglegan samningsaðila kaupanda heilbrigðisþjónustu á grundvelli heildstæðrar stefnumörkunar ráðuneytisins. Í þessu sambandi þarf að endurskoða reglugerð nr. 510/2010 og kanna hvort efla þurfi stjórn stofnunarinnar og fela henni aukna ábyrgð á stefnumörkun, ákvörðunum og eftirliti með starfsemi hennar.

Ábendingar til Sjúkratrygginga Íslands

1. Styrkja þarf innviði Sjúkratrygginga Íslands

Sjúkratryggingar Íslands þurfa í samstarfi við velferðarráðuneyti að efla samninga- og greiningadeildir sínar og styrkja fagþekkingu starfsmanna sinna á samningum og kaupum á heilbrigðisþjónustu. Að mati Ríkisendurskoðunar er það forsenda þess að stofnunin geti samið um og keypt heilbrigðisþjónustu í umboði ráðherra á markvissan hátt. Í því sambandi verður stjórn stofnunarinnar að marka langtímastefnu.

2. Gera þarf nauðsynlegar greiningar vegna samninga

Mikilvægt er að samningar Sjúkratrygginga Íslands um heilbrigðisþjónustu byggi á ítarlegum greiningum á þörfum landsmanna fyrir heilbrigðisþjónustu og tryggi hæfilegt þjónustumagn af viðunandi gæðum. Brýnt er að stofnunin forgangsraði þjónustukaupum sínum til að koma í veg fyrir óhóflegan biðtíma og óhagkvæma nýtingu þess fjár sem varið er til kaupanna. Í þessu skyni þarf stofnunin að hafa virkt eftirlit með raunkostnaði þjónustuveitenda og greina ábata og kostnað ólíkra þjónustuleiða í samhengi við heildarhagsmuni sjúkratryggðra og ríkisins.

3. Gera þarf auknar gæðakröfur í samningum um heilbrigðisþjónustu

Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að þróa og innleiða leiðir til að tryggja gæði og mæla árangur þeirrar þjónustu sem stofnunin semur um kaup á, t.d. í formi gæðavísa. Í þessu augnamiði þarf stofnunin að taka til skoðunar hvort styðjast

megi í auknum mæli við klínískar leiðbeiningar og læknisfræðilegar ábendingar þegar teknar eru ákvarðanir um samninga og greiðsluþátttöku. Brýnt er að stofnunin efli eftirlit með þeirri þjónustu sem keypt er og tryggi endurskoðun samninga ef tilefni er til.

4. Tryggja þarf markviss kaup á heilbrigðisþjónustu

Mikilvægt er að Sjúkratryggingar Íslands tryggi markviss og þjóðhagslega hagkvæm kaup á heilbrigðisþjónustu með samningum sínum. Í því sambandi þarf að endurskoða rammasamningsfyrirkomulag vegna kaupa á þjónustu sérgreinalækna utan sjúkrahúsa. Ríkisendurskoðun hvetur stofnunina til að kanna hvort mögulegt sé að semja um þjónustu hverrar sérgreinar fyrir sig með ítarlegum kröfulýsingum sem taka mið af þörfum sjúkratryggðra, markmiðum laga og viðmiðum Embættis landlæknis.

5. Þróa þarf samning um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala

Ríkisendurskoðun telur brýnt að Sjúkratryggingar Íslands þróa áfram samning stofnunarinnar við Landspítala um framleiðslutengda fjármögnun klínískrar þjónustu í góðu samstarfi við spítalann og velferðarráðuneyti. Til mikils er að vinna að samningurinn verði nýttur til að hámarka skilvirkni og hagvæmni spítalans sem einnar af meginstoðum íslensks heilbrigðiskerfis.

Viðbrögð við ábendingum

Viðbrögð velferðarráðuneytis

1. Marka þarf stefnu um heilbrigðisþjónustu

„Ráðuneytið tekur undir ábendingu Ríkisendurskoðunar um að mikilvægt sé að marka heildstæða stefnu um heilbrigðisþjónustu. Í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar kemur fram að ríkisstjórnin muni fullvinna heilbrigðisstefnu fyrir Ísland með hliðsjón af þörfum allra landsmanna og skilgreina betur hlutverk einstakra þátta innan heilbrigðisþjónustunnar og samspil þeirra. Vinna að stefnumótun er hafin. Hluti þeirrar vinnu er að skýra nánar hver gerir hvað innan heilbrigðisþjónustunnar. Hinn 13. október sl. skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra starfshóp um sérfræðilæknaþjónustu á heilbrigðisstofnunum. Hlutverk hópsins er að greina hvaða sérfræðilæknaþjónusta er þegar veitt innan heilbrigðisstofnana, á hvaða formi slík þjónusta er veitt og hvernig samstarfi stofnana er háttað. Hópnunum er einnig falið að greina hvaða þjónusta æskilegt væri að veita á heilbrigðisstofnunum landsins og hvernig best væri að tryggja aðgengi sjúklinga að þeirri þjónustu. Hópin skipa forstjóri Heilbrigðisstofnunar Vesturlands, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Norðurlands, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Austurlands, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja, forstjóri Landspítala, forstjóri Sjúkrahússins á Akureyri og forstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Í tengslum við vinnu hópsins hefur ráðuneytið, í samstarfi við Embætti landlæknis og Sjúkratryggingar Íslands, unnið að því að greina þá lækniþjónustu sem veitt er á heilbrigðisstofnunum og hjá sjálfstætt starfandi læknum samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands. Áætlað er að hópurinn skili skýrslu til ráðherra í febrúar 2018.“

2. Tryggja þarf eðlilega verkaskiptingu við gerð samninga

„Ráðuneytið tekur undir ábendingu Ríkisendurskoðunar um að skerpa þurfi á verkaskiptingu og ábyrgðarskilum við gerð samninga um heilbrigðisþjónustu. Á síðustu misserum hefur verið unnið að því að skýra verklag á milli stofnananna og mun ráðuneytið halda þeirri vinnu áfram í samstarfi við Sjúkratryggingar Íslands. Ráðuneytið mun í því sambandi taka athugasemdir og ábendingar Ríkisendurskoðunar sem fram koma í skýrslu þessari til skoðunar.“

Viðbrögð Sjúkratrygginga Íslands

1. Styrkja þarf innviði Sjúkratrygginga Íslands

„Í frumvarpi til laga um sjúkratryggingar kemur fram að markmið laganna sé að tryggja sjúkratryggðum aðgang að fullkomnustu heilbrigðisþjónustu og aðstoð sem á hverjum tíma eru tök á að veita og að allir sjúkratryggðir njóti hér eftir sem hingað til umsaminnar þjónustu, óháð efnahag. Þá er stefnt að því að styrkja hlutverk hins opinbera sem kaupanda heilbrigðisþjónustu með uppbyggingu þekkingar og faglegar aðferðafræði við samningagerð um kaup á heilbrigðisþjónustu. Ætlunin er að tryggja að fjármagn fylgi sjúklingum og að greiðslur ríkisins til veitenda heilbrigðisþjónustu

séu í samræmi við þörf og fjölda verka. Jafnframt er það markmið laganna að stuðla að hagkvæmum rekstri heilbrigðisþjónustu og hámarksgæðum hennar eftir því sem frekast er unnt á hverjum tíma, í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu, lög um réttindi sjúklunga og önnur lög eftir því sem við á.

Sí eru því sammála að það þurfi að styrkja og efla samninga- og greiningardeildir stofnunarinnar. Stofnunin hefur ekki fengið nauðsynlegar fjárveitingar og starfsfólk til að sinna þessu verkefni eins vel og Sí hefðu viljað. Verkpættir eins og samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu og greiðslur endurgjalds fyrir hana voru fyrir stofnun Sjúkratrygginga Íslands að finna hjá þremur aðilum innan stjórnáráðs, samninganefnd heilbrigðisráðherra, fjármála- og rekstrarsviði í heilbrigðisráðuneytinu og sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins. Með stofnun Sjúkratrygginga Íslands var ákveðið að sameina þessa verkpætti og styrkja þá með því að hafa sérþekkingu á einum stað innan heilbrigðiskerfisins. Þetta snerist um tilfærslu á fólki frá fyrrgreindum aðilum til Sjúkratrygginga Íslands sem myndi stórbæta samningsstöðu ríkisins, alla aðferðafræði við samningagerð og greiðslur og þar með styrkja til muna stefnumótunar- og skipulagshlutverk heilbrigðisráðuneytisins. Í upphafi var áætlað að flytja 5–6 starfsmenn frá aðalskrifstofu heilbrigðisráðuneytisins til Sjúkratrygginga Íslands en af því hefur ekki orðið. Einnig var áætlað að flytja starfsmenn frá heilsugæslunni og Landspítalanum til Sí, en af því hefur ekki heldur orðið. Það er mat Sí að slík tilfærsla myndi styrkja innviðina og þar með samningsstöðu stofnunarinnar og heilbrigðisráðherra, eins og lagt var upp með.“

2. Gera þarf nauðsynlegar greiningar vegna samninga

„Lög um sjúkratryggingar nr. 112/2008 byggja á markaðri stefnu sem gerð er grein fyrir í frumvarpi laganna, en þar segir m.a.: „Kostnaðargreina á heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgir sjúklungum. Þannig fái heilbrigðisstofnanir fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag.“

Sí eru því sammála að forsenda góðrar þjónustu og árangurs í rekstri sé að þjónustan sé skilgreind út frá hagsmunum hinna sjúkratryggðu og þar með tryggt að á grundvelli gagnreyndrar læknisfræði hafi þeir greiðan aðgang að samfelldri og áreiðanlegri heilbrigðisþjónustu. Þetta er forsenda þess að mörkuð stefna nái fram að ganga, þ.e. að fjármagn fylgi sjúklungum og að heilbrigðisstofnanir fái fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Það er því afar mikilvægt að aðgreina nauðsynlega stefnumótun vegna þessa verkefnis frá þeirri stefnumótun sem ríkinu ber sem rekstraraðila stærstu heilbrigðisstofnananna og lýtur að því að skipuleggja samstarf og innbyrðis verkaskiptingu sinna eigin stofnana. Samningar Sí og þjónustukaup stofnunarinnar byggja á stefnumörkun ráðherra, sem jafnframt er heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu, m.a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustunnar, verkefni og umfang einstakra stofnana, svo og forgangsöröðun verkefna innan heilbrigðiskerfisins. Sí eru sammála því að nauðsynlegt er að hafa virkt eftirlit með raunkostnaði þjónustuveitenda og greina ábata og kostnað ólíkra þjónustuleiða í samhengi við heildarhagsmuni sjúkratryggðra og ríkisins.“

3. Gera þarf auknar gæðakröfur í samningum um heilbrigðisþjónustu

„SÍ eru því sammála að tryggja þurfi gæði og mæla árangur þjónustu sem stofnunin semur um kaup á. Lykilatriði er að þjónustan verði skilgreind út frá hagsmunum hins sjúkratryggða og að á þeim grunni verði innleiddur mælikvarði á gæði þjónustunnar og fjárhagslegan árangur heilbrigðisstofnana og annarra þjónustuveitenda. Vel skilgreind þjónusta er forsenda gæða- og árangurseftirlits, svo og forgangsröðunar þegar kemur að því að tryggja fullt samræmi milli útgjalda og fjárheimilda. Í þeim tilfellum sem samið hefur verið um nýja þjónustu hafa SÍ horft til erlendra klínískra leiðbeininga, en innan stjórnkerfisins hefur síðustu ár lítil áhersla verið lögð á útgáfu nýrra klínískra leiðbeininga hérlendis eða á uppfærslu á eldri leiðbeiningum. Skilyrt greiðsluþátttaka sjúkratrygginga með vísan til klínískra leiðbeininga hefur skilað tugprósenta kostnaðarlækkunum (t.d. vegna lyfja og lýtaaðgerða) án þess að ógna heilbrigði sjúkratryggðra á nokkurn hátt. Með því að gera SÍ kleift að sinna þessu hlutverki á fleiri sviðum og tryggja hverju sinni heilbrigðisþjónustu við hæfi má án alls vafa tryggja frekari kostnaðarlækkunir og hagræðingu í íslenska heilbrigðiskerfinu.“

4. Tryggja þarf markviss kaup á heilbrigðisþjónustu

„Rammasamningur SÍ um kaup á þjónustu sérgreinalækna utan sjúkrahúsa gildir til 31. desember 2018. Í samræmi við ákvæði reglugerðar nr. 510/2010 hefja Sjúkratryggingar Íslands undirbúning nýs samnings á grundvelli stefnu heilbrigðisráðherra eða í samræmi við fyrirmæli hans. Undirbúningurinn hefst með úttekt sem er ítarleg greining á þeim þörfum sem fyrirhugað er að fullnægja með samningnum og þeim kostum sem til greina koma við úrlausn þeirra svo og áætluðum kostnaði.

Núverandi rammasamningur tók gildi í ársbyrjun 2014, en þá höfðu lækna verið án samnings frá í apríl 2011 og meðalkostnaður sjúkratryggðra hækkað úr 32% í 42% á tímabilinu. Samningurinn byggði á sameiginlegri viljayfirlýsingu heilbrigðisráðherra og fulltrúa sjálfstætt starfandi sérgreinalækna þar sem gert var ráð fyrir fullri fjármögnun samningsins og vinnu við umbætur á samningstímanum. Þrátt fyrir gefin fyrirheit tókst ekki að fjármagna samninginn. Afleiðingin var að hvorki var hægt að ráðast í fyrirhugaðar umbætur né tryggja að útgjöld samkvæmt samningnum væru í samræmi við fjárheimildir. SÍ hafa frá gerð síðasta samnings við sjálfstætt starfandi sérgreinalækna stefnt að fjölgun fyrirtækjasamninga með það að markmiði að tryggja heildstæðari þjónustu byggða á ítarlegum kröfulýsingum og skýrum viðmiðum um þjónustuna sem sjúkratryggðum á að standa til boða.

SÍ fagna því hvatningu Ríkisendurskoðunar í þá veru að leitað verði eftir samningum við einstakar sérgreinar með sambærileg markmið að leiðarljósi.“

5. Þróa þarf samning um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala

„Samningur milli SÍ og Landspítala um innleiðingu framleiðslutengdrar fjármögnunar markar viss tímamót fyrir íslenska heilbrigðiskerfið. Þó svo að samningurinn hafi ekki haft neinar fjárhagslegar skuldbindingar til að byrja með þá er hann mikilvægt skref í átt að breyttri fjármögnun spítalans.

Markmiðið með innleiðingu á framleiðslutengdri fjármögnun á Landspítalanum er fyrst og fremst að auka gagnsæi fjármögnunar á sjúkrahúsþjónustu og aðskilja betur

hlutverk greiðanda og veitanda þjónustunnar. Einnig að stuðla að bættri dreifingu og nýtingu fjármagns til heilbrigðismála, auka skilvirkni, sem og að auka eftirlit með þjónustu, kostnaði, gæðum og árangri. Með samningnum er mikilvægt að greina og skilgreina rétta hvata til að tryggja góða og hagkvæma þjónustu og stuðla þannig að hámarksnýtingu fjármagns.

Í verkefnislýsingu fyrir stýrihóp, sem var skipaður í framhaldi af bréfi heilbrigðisráðherra, dags. 26 nóvember 2014, og kannaði möguleika á innleiðingu breyttrar fjármögnunar Landspítala, kemur fram að stýrihópnum sé m.a. ætlað að taka mið af yfirlýsingu stjórnvalda og fulltrúa lækna, frá 8. janúar 2015, í tengslum við gerð kjarasamninga. Sérstaklega er vakin athygli á 3. og 4. tölulið yfirlýsingarinnar þar sem segir að kappkosta verði að hámarka nýtingu fjármagns til heilbrigðismála, meðal annars með framleiðslusamanburði og hvatningu til skilvirkni og aukinna gæða þjónustunnar. Sjónum verði beint að framleiðni samhliða auknu fjármagni og metnaðarfullri þjónustustefnu.

Í verkefnislýsingunni kemur einnig fram að stýrihópnum sé ætlað að taka mið af stefnumörkun meiri hluta fjárlaganefndar, sbr. nefndarálit fyrir 3. umræðu fjárlaga 2015. Þar vekur meiri hluti nefndarinnar athygli á að Landspítali hafi lengi stefnt að innleiðingu DRG-kerfis til framleiðnitengingar á fjárframlögum til spítalans og að það geti nú orðið að veruleika með því að öll ákvæði laga um Sjúkratryggingar Íslands hafi tekið gildi. Mikilvægi þess að tryggja sanngjarnan samning um framleiðsluna er jafnframt áréttað, ekki síst í ljósi þess að framleiðsla Landspítala í heild, mæld með DRG-einingum, minnkaði um 45.232 árið 2012 í 43.480 árið 2013, þótt rekstrar-kostnaður hafi aukist um 1,8 milljarða kr. á sama tíma.

Sí eru því sammála að mikilvægt er að fylgja eftir samningi stofnunarinnar við Landspítala.“

1 Inngangur

Úttekt á völdum samningum Sjúkratrygginga Íslands

Markmið þessarar úttektar er að meta frammistöðu Sjúkratrygginga Íslands við kaup á heilbrigðisþjónustu. Ekki er um tæmandi úttekt á öllum samningum stofnunarinnar að ræða. Ríkisendurskoðun tók einkum til skoðunar valda samninga stofnunarinnar með hliðsjón af umfangi þeirra, þeim hagsmunum sem í húfi eru og þeim tækifærum sem eru til úrbóta. Sérstaklega var litið til rammasamninga stofnunarinnar vegna lækninga utan sjúkrahúsa, nýs samnings um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala og samninga um biðlistaaðgerðir. Leitast var við að svara eftirfarandi meginspurningum:

- ✓ Eru samningar Sjúkratrygginga Íslands á heilbrigðisþjónustu hagkvæmir og árangursríkir og stuðla þeir að skilvirkni innan heilbrigðiskerfisins í heild?
- ✓ Eru annmarkar á starfsumhverfi, starfsemi og starfsháttum Sjúkratrygginga Íslands við gerð og framkvæmd samninga um kaup stofnunarinnar á heilbrigðisþjónustu?

Ríkisendurskoðun aflaði m.a. gagna hjá Sjúkratryggingum Íslands, Embætti landlæknis, Landspítala og Ríkiskaupum. Fundað var með fulltrúum frá Sjúkratryggingum Íslands, Embætti landlæknis, velferðarráðuneyti, Landspítala, Læknafélagi Reykjavíkur og Samtökum heilbrigðisfyrirtækja. Niðurstöður og ábendingar eru settar fram með hliðsjón af markmiðum laga um sjúkratryggingar og því hlutverki sem Sjúkratryggingum Íslands er ætlað að sinna samkvæmt þeim. Einnig var horft til laga um heilbrigðisþjónustu, viðmiða Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um samninga og kaup á heilbrigðisþjónustu og góðra og viðurkenndra starfshátta.

Sjúkratryggingar Íslands, velferðarráðuneyti, Embætti landlæknis, Landspítali, Læknafélag Reykjavíkur, Læknafélag Íslands og Samtök heilbrigðisfyrirtækja fengu drög að skýrslunni til umsagnar. Viðbrögð velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga Íslands við þeim ábendingum sem til þeirra er beint eru birt í kaflanum „Viðbrögð við ábendingum“.

Ríkisendurskoðun þakkar þeim sem veittu upplýsingar og aðstoð við úttektina.

2 Lagarammi og viðmið

2.1 Lög um heilbrigðisþjónustu og sjúkratryggingar

Heilbrigðisþjónusta er skilgreind í 4. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu. Þar kemur fram að um sé að ræða hvers kyns heilsugæslu, lækningar, hjúkrun, almenna og sérhæfða sjúkrahúsþjónustu, sjúkraflutninga, hjálpertækjþjónustu og þjónustu heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem veitt er til að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga. Samkvæmt 3. gr. sömu laga er heilbrigðisráðherra falið að marka stefnu um þessa þjónustu og honum veitt heimild til að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja henni, m.a. hvað varðar skipulag, forgangs röðun verkefna, hagkvæmni, gæði, öryggi og aðgengi. Með þessu á að vera tryggt að ráðherra hafi nauðsynlegar valdheimildir til að stýra heilbrigðiskerfinu og skipuleggja það innan ramma laganna.

Ráðherra hefur heimild til að stýra og skipuleggja heilbrigðiskerfið

Þetta stefnumótunarhlutverk þarf að skoða með hliðsjón af því að heilbrigðisráðherra fer einnig með umboð ríkisins til samningsgerðar um veitingu heilbrigðisþjónustu og greiðsluþátttöku ríkisins vegna hennar samkvæmt 28. gr. laga um heilbrigðisþjónustu. Í athugasemdum lagafrumvarpsins er fjallað um stefnumörkun ráðherra og vísað til þess að tryggja verði að heilbrigðisyfirvöld geti stýrt því hve mikla heilbrigðisþjónustu af tiltekinni tegund þau vilja kaupa, fyrir hvaða verð og hvar hún skuli veitt. Mikilvægt sé að fagleg rök og hagkvæmni ráði för en ekki ákvarðanir einstakra heilbrigðisstarfsmanna eða hópa. Í sumum tilvikum geti t.d. verið heppilegt eða hagkvæmt að veita sérhæfða heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsum auk þess sem tryggja verði fjölbreytta starfsemi þeirra með tilliti til kennslu- og fræðahlutverks. Skýr stefna er nauðsynleg forsenda markvissra ákvarðana um hvort, hvar, af hverjum og í hvaða mæli heilbrigðisþjónusta er veitt á grundvelli samninga með greiðsluþátttöku ríkisins.

Skýr stefna er forsenda markvissra samninga um heilbrigðisþjónustu

Þótt heilbrigðisráðherra marki stefnu stjórnvalda um heilbrigðisþjónustu og fari með umboð ríkisins til samningsgerðar kveður 28. gr. laga um heilbrigðisþjónustu jafnframt á um að Sjúkratryggingar Íslands annast samningsgerðina samkvæmt lögum nr. 112/2008 um sjúkratryggingar. Sjúkratryggingar starfa eftir þeim lögum og þau kveða nánar á um forsendur slíkra samninga. Markmið laganna er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Jafnframt eiga þau að stuðla að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu og hámarksgæðum þjónustunnar eftir því sem frekast er unnt. Loks er lögunum ætlað að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og tryggja að þjónustan sé kostnaðargreind.

Sjúkratryggingar annast samningsgerðina

Í athugasemdum við frumvarpið sem síðar varð að lögum um sjúkratryggingar voru þær breytingar sem lögin kynntu til sögunar lagðar að jöfnu við nýtt heildarskipulag heilbrigðiskerfisins. Frumvarpið byggði í meginatriðum á ólíkum hlutverkum kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustu, þ.e. þeirra sem fyrir hönd notenda og skattgreiðenda afla, semja um og greiða fyrir tiltekna heilbrigðisþjónustu og hinna sem veita hana.

Heilbrigðisráðherra færi í þeim skilningi með hlutverk kaupanda fyrir hönd ríkissjóðs en veitendur heilbrigðisþjónustu, sem gætu ýmist verið opinberir eða einkaaðilar, væru í hlutverki seljenda.

Sérhæft hlutverk
Sjúkratrygginga
sem kaupanda
heilbrigðis-
þjónustu

Í þessu augnamiði voru Sjúkratryggingar Íslands settar á fót sem sérhæfð stjórnsýslustofnun undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra með það hlutverk að útvega og semja um kaup á heilbrigðisþjónustu. Stofnunin tók þar með við verkefnum sem áður voru á hendi samninganefndar heilbrigðisráðherra, fjármála- og rekstrarsviðs heilbrigðisráðuneytis og sjúkratryggingasviðs Tryggingastofnunar ríkisins. Henni var ætlað að halda utan um kaup ríkisins á heilbrigðisþjónustu frá upphafi til enda. Í því felst að meta þörf sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu, kostnaðargreina og meta þá valkosti sem geta mætt þeim þörfum, semja um þjónustuna, hafa eftirlit með framkvæmd samninganna og meta árangur þeirra.

Með þessu var gert ráð fyrir grundvallarbreytingum á samningsgerð og kaupum ríkisins á heilbrigðisþjónustu. Samningarnir yrðu mun ítarlegri og umfangsmeiri en verið hefði og Sjúkratryggingum Íslands m.a. falin samningsgerð við heilbrigðisstofnanir sem áður voru með fastar fjárveitingar. Þá var þeim falið að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna og þróa ný greiðsluform. Verklag við kaup ríkisins á heilbrigðisþjónustu átti með þessu að verða skipulegra og faglegra og stuðlað yrði að vandaðri vinnubrögðum, betri nýtingu fjármuna og bættri kostnaðarvitund, bæði hjá ríkinu sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og þjónustuveitendum. Því var talið lykilatíði að Sjúkratryggingar Íslands hefðu á að skipa hæfu starfsfólki sem byggi yfir mikilli sérfræðibekkingu á faglegum, hagrænum og stjórnsýslulegum þáttum heilbrigðiskerfisins.

Kostnaðargreind
kaup á heil-
brigðisþjónustu

Markmið laga um sjúkratryggingar er að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og að sú þjónusta sé kostnaðargreind. Að mati Ríkisendurskoðunar ættu Sjúkratryggingar Íslands að gera enn ríkari kröfur en gert er um gagnsæi og upplýsingagjöf um kostnað og rekstur þjónustuveitenda í samningum sínum. Stofnunin gæti t.d. gert enn ríkari kröfur en gert er um að hún fái afrit af ársreikningum þjónustuveitenda. Með því móti fengju Sjúkratryggingar Íslands gleggri upplýsingar um raunkostnað þeirrar heilbrigðisþjónustu sem stofnunin aflar og gæti nýtt þær til að tryggja hagkvæma samninga fyrir hönd ríkisins. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að efla eftirlit sitt með raunkostnaði þjónustuveitenda og nýta þær upplýsingar með markvissum hætti við samningagerð sína.

2.1.1 Markviss eða hlutlaus kaup á heilbrigðisþjónustu

Ein helsta áskorun heilbrigðisyfirvalda á hverjum tíma er að meta hvernig hámarka megir þjóðhagslegan ávinning þess fjármagns sem Alþingi veitir til heilbrigðismála. Sama gildir um Sjúkratryggingar Íslands vegna þeirra samninga sem stofnunin gerir um kaup á heilbrigðisþjónustu. Frá aldamótum hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hvatt til innleiðingar markvissra kaupa (e. *strategic purchasing*) á heilbrigðisþjónustu og að snúið verði frá því sem kallað hefur verið hlutlaus kaup (e. *passive purchasing*).

Með hlutlausri innkaupastefnu er fjármunum í raun útteilt eftir hefðum án þess að raunverulegt val á þjónustuveitendum fari fram. Veitendur þjónustunnar en ekki

Hámörkun
ávinninga af fjár-
veitingum til
heilbrigðismála

kaupandinn (þ.e. stjórnvöld) ákvarða verð og gæði án virks eftirlits. Með markvissum innkaupum eru þjónustuveitendur aftur á móti valdir út frá gæðum þeirrar þjónustu sem þeir veita og taka greiðslur fyrir hana mið af þeim. Markviss kaup byggja ekki á hefðum heldur á ítarlegum greiningum á þörfum almennings fyrir heilbrigðisþjónustu, þar sem hagkvæmni, árangur og gæði þjónustunnar eru í öndvegi að teknu tilliti til stefnumörkunar stjórnvalda og forgangsroðunar verkefna.

Í þessu sambandi verður m.a. að hafa í huga að heilbrigðisþjónusta lýtur ekki að öllu leyti sömu lögmálum framboðs og eftirspurnar og hver önnur þjónusta. Ríkið greiðir t.a.m. hluta af kostnaðinum en ákvarðanir um hvaða þjónusta er veitt hverju sinni er í höndum heilbrigðisstarfsmanna og skjólstæðinga þeirra. Því er mikilvægt að stjórnvöld skilgreini þarfir sjúkratrygðra fyrir heilbrigðisþjónustu eins vel og kostur er. Það er nauðsynleg forsenda þess að samningar um þjónustuna séu markvissir og tryggja hæfilegt magn. Sé þess ekki gætt er hætt á að ríkið kaupi of mikið eða of lítið af þjónustu. Hvort tveggja leiðir til óhagkvæmi sem í íslensku samhengi hefur annars vegar komið fram í mikilli notkun á heilbrigðisþjónustu og hins vegar í löngum biðtíma sjúklinga.

Mikilvægt að skilgreina þarfir fyrir heilbrigðisþjónustu

Lög nr. 112/2008 um sjúkratryggingar og tilkoma Sjúkratrygginga Íslands áttu að vera skref frá hlutlausum til markvissra kaupa ríkisins á heilbrigðisþjónustu. Meðal þess sem bent var á í athugasemdum frumvarpsins var að fram að þeim tíma hefðu útgjöld vegna samninga um heilbrigðisþjónustu aukist sjálfvirkt, hvatar til kostnaðaraðhalds hefðu verið takmarkaðir og kerfið í heild lengi að bregðast við þörfum notenda. Gæðaviðmið vantaði, gæðatrygging hefði verið takmörkuð og úttektum og eftirliti ábótavant. Úr þessu átti að bæta og sjá til þess að greiðslukerfi sjúkratrygginga hefði til að bera hvata sem stuðluðu að bættum árangri, skilvirkni, hagkvæmni og gæðum. Þessar úrbætur gengu ekki eftir.

Markviss innkaup heilbrigðisþjónustu krefjast þess að stjórnvöld hafi skýra sýn á það hvaða heilbrigðisþjónustu eigi að veita og gæði hennar. Í því sambandi er m.a. hægt að notast við læknisfræðilegar ábendingar, klínískar leiðbeiningar eða önnur fagleg viðmið um hvaða úrræði séu heppilegust við tilteknum heilbrigðisvanda. Um þetta eru ýmsar fyrirmyndir í næstu nágrannalöndum okkar. Einnig mætti huga að samvinnu við Embætti landlæknis sem hefur gefið út klínískar leiðbeiningar hér á landi. Að mati Ríkisendurskoðunar er ríkt tilefni til að efla innleiðingu slíkra leiðbeininga fyrir flestar sérgreinar heilbrigðisþjónustunnar. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að horfa til reynslu annarra landa þegar kemur að því að tryggja að samið sé um viðeigandi heilbrigðisþjónustu á grundvelli skýrra læknisfræðilegra viðmiða.

Markviss kaup tryggja gæði þjónustunnar

2.1.2 Hlutverk, yfirstjórn og stefna

Hlutverk Sjúkratrygginga Íslands, samkvæmt 5. gr. laga um sjúkratryggingar, er að annast framkvæmd sjúkratrygginga í samræmi við stefnumörkun ráðherra á hverjum tíma. Stofnuninni ber að semja um heilbrigðisþjónustu, annast kaup á vörum og þjónustu sem henni ber að veita og greiða endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu eða samið hefur verið um. Henni ber einnig að hafa eftirlit með gæðum og árangri starfsemi þeirra sem veita samningsbundna heilbrigðisþjónustu.

Samningar skulu gerðir í samræmi við stefnumörkun ráðherra

Hnykkt er á mikilvægi stefnumörkunar ráðherra með ítrekuðum hætti í 40. gr. laganna sem fjallar sérstaklega um samninga um heilbrigðisþjónustu og vísað í því samhengi til ákvæða laga um heilbrigðisþjónustu. Samningar skulu gerðir í samræmi við þá stefnumörkun m.a. hvað snýr að skipulagi, forgangsröðun, hagkvæmni, aðgengi og gæðum þjónustunnar.

Heildstæð stefna hefur aldrei verið sett

Stefna heilbrigðisráðherra um heilbrigðisþjónustu ætti því að vera grunnforsenda í starfsemi Sjúkratrygginga Íslands. Heildstæð stefna í þeim anda sem lög um heilbrigðisþjónustu kveða á um og lög um sjúkratryggingar vísa til hefur aldrei verið sett fram. Þess í stað hafa áherslur fjárlaga hverju sinni, tímabundin átaksverkefni og úrlausn tilfallandi vandamála eftir því sem þau gera vart við sig mótað ákvarðanir um samninga um heilbrigðisþjónustu og þar með þróun heilbrigðiskerfisins. Ríkisendurskoðun hefur áður bent á mikilvægi þess að ráðherra marki skýra stefnu um heilbrigðisþjónustu, sbr. skýrsluna [Hjúkrunarfræðingar. Mönnun, menntun og starfs-umhverfi](#) (október 2017).

Stjórn Sjúkratrygginga hefur ekki markað langtímastefnu

Heilbrigðisráðherra fer með yfirstjórn Sjúkratrygginga Íslands og samningsgerðar um heilbrigðisþjónustu samkvæmt 4. gr. laga um sjúkratryggingar. Ráðherra skipar stofnunarinnar, árlega starfs- og fjárhagsáætlun og marka henni langtímastefnu. Slík stefna hefur aldrei verið mörkuð. Í því sambandi verður að minnast þess að aldrei hefur legið fyrir heildstæð stefna heilbrigðisráðherra um heilbrigðisþjónustu sem langtímastefna stofnunarinnar gæti byggt á. Stjórninni er einnig falið að hafa eftirlit með starfsemi stofnunarinnar og á formaður hennar að gera ráðherra reglulega grein fyrir starfsemiinni og gera honum viðvart ef hún er ekki í samræmi við ákvæði laga. Þá skipar heilbrigðisráðherra forstjóra Sjúkratrygginga Íslands til fimm ára í senn að fenginni tillögu stjórnar stofnunarinnar og setur honum erindisbréf. Forstjórinn situr stjórnarfundi þar sem hann hefur málfrelsi og tillögurétt. Honum er falið að ráða aðra starfsmenn stofnunarinnar og annast daglegan rekstur hennar.

2.1.3 Forsendur samninga samkvæmt lögum og reglum

Samningar skulu kveða á um magn, gæði og tegund þjónustu

Samkvæmt 40. gr. laga um sjúkratryggingar eiga hagsmunir sjúkratryggðra að vera leiðarljós samninga ríkisins um heilbrigðisþjónustu. Þar kemur einnig fram að staðfesting landlæknis á því hvort þjónustan uppfylli faglegar kröfur og önnur sett skilyrði í heilbrigðislöggjöf sé forsenda samningsgerðar. Í sömu grein er skýrt tekið fram að samningarnir skulu m.a. kveða á um magn, tegund og gæði þjónustunnar, hvar hún er veitt og af hverjum, ásamt endurgjaldi til veitanda og eftirliti með framkvæmd samnings. Samningarnir skulu jafnframt gera kröfur til þjónustuveitanda um hæfni, þjónustusvæði og þjónustustig. Þá skuli tryggja aðgengi sjúkratryggðra að þeirri heilbrigðisþjónustu sem samið er um óháð efnahag og búsetu og jafnræði þeirra að öðru leyti.

Í 40. gr. laganna er einnig kveðið á um að val á viðsemdendum Sjúkratrygginga Íslands skuli fara fram á hlutlægum og málefnalegum forsendum og að teknu tilliti til fyrrnefndrar stefnumörkunar heilbrigðisráðherra um heilbrigðisþjónustu. Auk þess beri að líta til hæfni, gæða, hagkvæmni, kostnaðar og öryggis að ógleymdu jafnræði. Við samningsgerð um heilbrigðisþjónustu skuli að auki gæta þess að raska ekki þeirri þjón-

ustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Líta verði til allra þessa þátta en Sjúkratryggingum er falið að ákveða vægi þeirra hverju sinni.

Auk laga um sjúkratryggingar verður í þessu samhengi að horfa til laga nr. 120/2016 um opinber innkaup. Lögin tóku gildi í október 2016 og ólíkt fyrri löggjöf kveða þau á um útboðsskyldu stjórnvalda vegna samninga um heilbrigðisþjónustu. Þrjár leiðir virðast vera stjórnvöldum færar til að uppfylla þær kröfur. Í fyrsta lagi að útvega þjónustuna á ríkisreklamum heilbrigðisstofnunum. Í öðru lagi að fela tilteknum aðila eða félagi einkarétt til að veita þjónustuna, sbr. 12. gr. laganna. Þess ber þó að geta að samkvæmt upplýsingum frá velferðarráðuneyti er umdeilanlegt hvort sú leið sé möguleg þegar kemur að heilbrigðisþjónustu. Í þriðja lagi að bjóða þjónustuna út en samkvæmt 23. gr. laganna er skylda að bjóða út samninga um sértæka þjónustu (t.d. heilbrigðisþjónustu) á Evrópska efnahagssvæðinu ef áætlað virði þeirra er umfram 115.620.000 kr. sbr. reglugerð nr. 904/2016.

Lög um opinber innkaup hafa áhrif á kaup á heilbrigðisþjónustu

Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að útboðsleiðir séu nýttar þar sem líklegt er að þær stuðli að aukinni hagkvæmni við kaup á heilbrigðisþjónustu, jafnvel þegar kaupin eru undir viðmiðunarfjárhæðum. Þá stuðla útboð að jafnræði milli þjónustuveitenda. Þó verður að halda til haga að útboðsleiðin gæti reynst erfið vegna fákeppni á sumum sviðum heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt 33. gr. laga um opinber innkaup geta stjórnvöld uppfyllt útboðsskyldu sína með gerð rammasamninga. Sjúkratryggingar Íslands hafa nýtt slíkt samningsform, m.a. vegna samninga um þjónustu sérgreinalækna og sjúkrapjálfa utan sjúkrahúsa og vegna tannlækninga barna. Ríkisendurskoðun vekur í því sambandi athygli á að þótt ákvæði laga um opinber innkaup séu uppfyllt með rammasamningum er ekki sjálfgefið að slíkt samningsform nái markmiðum laga um sjúkratryggingar þar sem mikil áhersla er lögð á hagkvæmni og gæði þeirrar þjónustu sem veitt er og aðgengi að henni.

Útboð gætu reynst erfið vegna fákeppni

Heilbrigðisráðherra hefur á grundvelli 6. mgr. 40. gr. laga um sjúkratryggingar sett reglugerð nr. 510/2010 um samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt er utan heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur. Markmið hennar er að tryggja samræmd vinnubrögð og auka skilvirkni, hagkvæmni og gæði við undirbúning, gerð, framkvæmd, eftirlit og endurnýjun samninga á sviði heilbrigðisþjónustu. Í 4. gr. reglugerðarinnar er lögð áhersla á að samningar um þjónustuna skuli gerðir í samræmi við stefnumörkun ráðherra. Á þetta er einnig lögð áhersla í 5. gr. reglugerðarinnar þar sem segir að Sjúkratryggingar Íslands skuli hefja undirbúning nýrra samninga á grundvelli stefnu heilbrigðisráðherra eða í samræmi við fyrirmæli hans.

Samkvæmt lögum um sjúkratryggingar er reglugerðinni m.a. ætlað að skýra forsendur samningsgerðar um heilbrigðisþjónustu. Auk fyrrnefndra kvaða um að samningar séu í samræmi við stefnumörkun ráðherra og að umsamin þjónusta uppfylli faglegar kröfur þá verða samningar að vera í samræmi við áætlanir fjárlaga. Undirbúningur Sjúkratrygginga Íslands vegna nýrra samninga skal hefjast með frumathugun sem á að fela í sér ítarlega greiningu á þeim þörfum sem fyrirhugað er að fullnægja með samningunum og þeim kostum sem til greina koma við úrlausn þeirra svo og áætluðum kostnaði, sbr. 5. gr. reglugerðarinnar. Niðurstöðu frumathugunarinnar ber að leggja fyrir ráðherra og tekur ákvörðun hans um gerð samnings mið af henni. Því skal haldið

Frumathugun Sjúkratrygginga Íslands skal fela í sér ítarlega þarfagreiningu

til haga að heilbrigðisráðherra getur einungis hafnað niðurstöðu stofnunarinnar með rökstuðningi. Með heimild ráðherra geta Sjúkratryggingar síðan hafið samningsgerðina sjálfa. Komi til samninga undirrita Sjúkratryggingar Íslands þá með fyrirvara um staðfestingu ráðherra. Stofnuninni ber síðan að sjá um samskipti við þjónustuveitanda og heilbrigðisráðuneyti vegna samningsins og hafa eftirlit með framkvæmd hans í samráði við landlækni, sbr. 10. og 11. gr. reglugerðarinnar.

Segja má að reglugerðin bæti í raun litlu við ákvæði laga um sjúkratryggingar um val á viðsemjendum, sbr. 6. gr. hennar. Í megindráttum á það sama við um 7. gr. reglugerðarinnar sem kveður á um efni einstakra samninga. Þar líkt og í 40. gr. laganna sjálfra kemur fram að samningar um heilbrigðisþjónustu skuli kveða á um magn, tegund og gæði þjónustunnar auk þess hvar hún skuli veitt og af hverjum ásamt ákvæðum um endurgjald til veitanda og eftirlit með framkvæmd samningsins. Samningar skulu einnig tilgreina hæfni, þjónustusvæði, þjónustustig, aðgengi, jafnræði og ábyrgðartryggingar. Hvað þetta varðar er reglugerðin í litlu sem engu ítarlegri en lögin sjálf.

Öðru máli gegnir um þau ákvæði 7. gr. reglugerðarinnar sem taka til þess hvernig gera skuli grein fyrir greiðslum og fjárhagsskuldbindingum ríkisins í samningum um heilbrigðisþjónustu. Heildarfjárskuldbinding á samningstímanum ásamt einingaverði og áætluðum árlegum greiðslum skulu koma fram ásamt því hvort greiðslur eigi að fylgja verðlagsbreytingum. Þá eiga samningar að kveða á um heimildir samningsaðila til að óska leiðréttinga. Fjárhæðir og skuldbindingar skulu einnig vera með fyrirvara um fjárveitingu samkvæmt ákvörðun Alþingis í fjárlögum. Í sömu grein kemur fram að í samningi um heilbrigðisþjónustu skuli koma fram heimild til að krefja þjónustuveitanda um ársreikning þegar um einkaaðila eða sjálfseignarstofnun er að ræða. Þá er þar að finna ákvæði vegna tilvika þar sem þjónustuveitandi tekur að sér stjórnsýsluverkefni og þegar heimild er fyrir gjaldtöku vegna þjónustunnar.

Í 12. gr. reglugerðarinnar er fjallað um verklag þegar líður að lokum gildistíma samninga. Þá ber Sjúkratryggingum Íslands að gera úttekt á samningunum og endurmeta hvort halda eigi þeim áfram, m.a. að teknu tilliti til þeirra breytinga sem orðið hafa á samningstímanum. Slíkar breytingar gætu t.d. verið á lagaskyldum, stefnu ráðherra, þjónustupörf og faglegum kröfum. Niðurstöðu endurmatsins og tillögu Sjúkratrygginga Íslands um framhaldið ber að leggja fyrir heilbrigðisráðherra sem tekur ákvörðun á þeim grunni. Ráðherra getur einungis hafnað endurmati eða tillögu stofnunarinnar með rökstuðningi. Úttektirnar skulu gerðar tímanlega svo að svigrúm gefist til að leita annarra leiða um rekstur verkefnisins, gerist þess þörf.

Að mati Ríkisendurskoðunar verður að tryggja að aðkoma heilbrigðisráðherra og velferðarráðuneytis að einstökum samningum og samningsgerð Sjúkratrygginga Íslands vinni ekki gegn faglegu sjálfstæði stofnunarinnar og getu hennar til að sinna hlutverki sínu sem sérhæfð stjórnsýslustofnun. Ráðherra getur og ber að hafa áhrif á forsendur samninganna með stefnumörkun sinni á sviði heilbrigðisþjónustu. Þá skipar hann bæði stjórn stofnunarinnar og forstjóra hennar og setur þeim erindisbréf. Innan þessa ramma hefur ráðherra tök á að marka þær forsendur sem stofnunin þarf að haga samningagerð sinni í samræmi við. Ríkisendurskoðun bendir á að fyrirnefnd reglugerð

Heimilt er að krefja þjónustuveitanda um ársreikning

Gera þarf úttekt á samningum fyrir lok gildistíma þeirra

Tryggja þarf faglegt sjálfstæði Sjúkratrygginga Íslands

um samninga um heilbrigðisþjónustu kveður í raun ekki bara á um forsendur þeirra heldur líka um verklag við samningsgerð og endurskoðun samninga. Í því samhengi má benda á ónýtta heimild í 3. mgr. 39. gr. laga um sjúkratryggingar um að ráðherra geti sett nánari ákvæði um gerð samninga í reglugerð. Ríkisendurskoðun hvetur velferðarráðuneyti til að endurskoða gildandi reglugerð um forsendur samninga um heilbrigðisþjónustu í þessu ljósi.

2.2 Reynslan af framkvæmd laga um sjúkratryggingar

Heilbrigðisráðherra skipaði starfshóp í nóvember 2015 sem var falið að meta reynslu af framkvæmd laga um sjúkratryggingar, einkum ákvæði þeirra um gerð samninga Sjúkratrygginga Íslands um rekstur heilbrigðisþjónustu og eftirlit með þeim. Einnig var honum falið að líta til ákvæða annarra laga sem kynnu að varða slíka samninga. Hópurinn skilaði skýrslu til velferðarráðuneytis í febrúar 2016 en hún hefur ekki verið birt opinberlega.

Starfshópurinn benti m.a. á að sú áhersla sem lögð hefði verið á hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu á meðan aðrir aðilar, m.a. heilbrigðisstofnanir, væru í hlutverki seljanda hefði alið á þeirri ranghugmynd að fjárveitingarvaldið hefði óskilyrt val um hvort þjónusta væri veitt eða ekki og þá í hvaða magni. Lög um sjúkratryggingar fjalli í raun ekki með fullnægjandi hætti um þá lögboðnu heilbrigðisþjónustu sem heilbrigðisyfirvöldum og heilbrigðisstofnunum er skylt að veita og aðkomu Sjúkratrygginga Íslands að henni. Sjúkratryggingar hefðu t.d. gert samninga við Landspítala um starfsemi sem mætti fella undir lögbundið hlutverk hans. Eins gæti stofnunin neitað að taka þátt í greiðslum vegna heilbrigðisþjónustu sem veitt er á spítalanum. Þar sem heilbrigðisráðherra hefur ekki markað skýra stefnu um heilbrigðisþjónustu hefðu Sjúkratryggingar Íslands í raun svigrúm til að taka stefnumarkandi ákvarðanir um þróun heilbrigðiskerfisins bæði með samningum sínum og gjaldskrá. Starfshópurinn benti m.a. á að efast mætti um að fagþekking innan stofnunarinnar væri næg til að taka slíkar ákvarðanir.

Niðurstaða starfshópsins var sú að til þess að það kerfi sem kveðið væri á um í lögum um sjúkratryggingar kæmist í raun og veru á væri mikilvægt að tryggja að fjármögnun þess væri sambærileg hvort sem þjónusta væri veitt af opinberum eða einkaaðilum og að tekin yrði upp blönduð fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgdi sjúklingum. Lykilatriði í þeim efnum væri kostnaðargreining heilbrigðisþjónustunnar og teldi starfshópurinn rétt og eðlilegt að ráðuneytið og Sjúkratryggingar Íslands aðstoðuðu stofnanir og aðra veitendur heilbrigðisþjónustu í þeim efnum. Til að tillögur hópsins og markmið laga um sjúkratryggingar næðu fram að ganga þyrfti fyrst og fremst áherslubreytingar og að skerpa á framkvæmd núverandi laga, auk e.t.v. smávægilegra lagabreytinga á stjórnarsýslu málaflokksins. Tillögur starfshópsins voru eftirfarandi:

- ✓ Sama tegund heilbrigðisþjónustu, heilsugæsla, sérfræði- og sjúkrahúsþjónusta verði eftir fremsta megni fjármögnuð með sama hætti, hvort heldur hún sé í opinberum eða einkarekstri.

Kaup á lög-
bundinni heil-
brigðisþjónustu

Sambærileg fjár-
mögnun óháð
hvaða aðili veitir
þjónustuna
mikilvæg

- ✓ Sjúkratryggingar Íslands geri að meginstefnu samninga við heilbrigðisstofnanir, sveitarfélög, sjálfseignarstofnanir og fyrirtæki um veitingu heilbrigðisþjónustu. Samningar við einstaklinga heyrir til undantekninga og fagfélög komi ekki að samningagerð.
- ✓ Ríkið skilgreini með skýrari hætti hvaða þjónustu þörf sé á að kaupa. Þetta sé í samræmi við markmið nógildandi laga. Meginstefnan sé að sú þjónusta verði síðan boðin út þar sem skilgreind eru magn, gæðakröfur og þau skilyrði sem þjónustuveitandi þurfi að uppfylla.
- ✓ Embætti landlæknis yfirfari kröfulýsingar fyrir útboð.
- ✓ Í samningum verði hlutfall greiðslna tengt við gæðavísa.
- ✓ Sjúkratryggingar Íslands og velferðarráðuneyti aðstoði heilbrigðisstofnanir og aðra veitendur heilbrigðisþjónustu við að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustu þar sem mið verði tekið af öllum hagrænum kostnaði.
- ✓ Stjórn Sjúkratrygginga Íslands sé annaðhvort afnumin eða hlutverk hennar og skipting ábyrgðar og boðvalds skýrð. Þetta krefjist lagabreytinga.

Markmið laga um sjúkratryggingar hafa aldrei náð fram að ganga

Samkvæmt þessu hafa þær breytingar sem lög um sjúkratryggingar áttu að kynna til sögunnar aldrei náð fram að ganga. Sjúkratryggingar Íslands hafa ekki orðið sú stofnun sem tryggt getur markvissa samninga ríkisins um kaup á heilbrigðisþjónustu. Í því sambandi telur Ríkisendurskoðun brýnast að samningarnir fari fram á grundvelli skýrrar heildarstefnu um heilbrigðisþjónustu og ítarlegra þarfa- og kostnaðargreininga. Tryggja verður bæði gæði þjónustunnar og jafnt aðgengi sjúkratryggðra að henni og sjá til þess að þeir séu þjóðhagslega hagkvæmir.

Ríkisendurskoðun hvetur velferðarráðuneyti til að vinna með markvissum hætti úr niðurstöðum starfshópsins og birta skýrslu hans. Taka verður skýra afstöðu til þeirra álitamála sem þar er velt upp og meta hvort tillögur hópsins geti verið grundvöllur úrbóta. Að mati Ríkisendurskoðunar þarf ráðuneytið að grípa til aðgerða svo að Sjúkratryggingar Íslands geti staðið undir því hlutverki sem stofnuninni er ætlað. Embætti landlæknis ætti t.d. ekki að þurfa að yfirfara kröfulýsingar fyrir útboð á heilbrigðisþjónustu eins og starfshópurinn lagði til þar sem sú þekking ætti að vera til staðar hjá stofnuninni sjálfri. Sé sú ekki raunin þarf að efla faglega getu stofnunarinnar til að takast á við hlutverk sitt á sjálfstæðan hátt. Í þessu sambandi mætti einnig taka til skoðunar hlutverk stjórnar stofnunarinnar og tryggja að hún geti leitt og haft eftirlit með faglegu starfi.

3 Samningar Sjúkratrygginga Íslands

3.1 Umfang

Útgjöld Sjúkratrygginga Íslands vegna sjúkra-, slysa- og sjúklingatrygginga námu 41,1 ma.kr. árið 2016. Greiðslur vegna sjúkratrygginga voru langstærsti hluti þessara útgjalda eða rúmlega 40 ma.kr. Sjúkratryggingar taka til þeirrar heilbrigðisþjónustu og annarrar aðstoðar sem ákveðið hefur verið að veita á kostnað ríkisins eða með greiðsluþátttöku þess samkvæmt lögum, reglugerðum eða samningum. Tafla 3.1. sýnir þróun útgjalda vegna sjúkratrygginga á tímabilinu 2012–16 þegar litið er til einstakra útgjaldaflokka.

Greiðslur vegna sjúkratrygginga 40 ma.kr. árið 2016

3.1 Útgjöld vegna sjúkratrygginga 2012–16 á verðlagi hvers árs í m.kr.						
Útgjaldaflokkur	2012	2013	2014	2015	2016	Breyting
Lækniskostnaður	6.140	6.468	7.937	8.736	9.835	60,2%
Rannsóknir og slysaþofugjöld	338	359	348	306	441	30,5%
Lyf	8.911	8.218	8.389	8.557	8.362	-6,2%
Lyf með S-merkingu	5.882	6.387	6.431	6.565	7.251	23,3%
Hjálpartæki	3.080	3.213	3.310	3.412	4.011	30,2%
Næring og sérþæði	201	215	225	244	238	18,4%
Hjúkrun í heimahúsum	189	197	202	227	247	30,7%
Þjálfun	1.835	1.999	1.988	2.275	2.669	45,4%
Tannlækningar	1.403	1.789	2.447	2.804	3.157	125,0%
Sjúkraflutningar og ferðir innanlands	465	715	715	764	784	68,6%
Brýn meðferð erlendis	1.498	1.380	1.297	1.499	1.564	4,4%
Annar sjúkrakostnaður erlendis	236	422	430	494	506	114,4%
Sjúkradagpeningar	252	272	287	324	362	43,7%
Sjúkrakostnaður á Landspítala	252	285	388	389	315	25%
Annað	251	255	271	285	335	33,5%
Samtals	30.934	32.176	34.667	36.883	40.078	29,6%

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands

Eins og taflan sýnir er lækniskostnaður stærsti einstaki útgjaldaflokkur sjúkratrygginga. Árið 2016 var hann 9,8 ma.kr. og hafði þá aukist um tæpa 3,7 ma.kr. frá árinu 2012 eða um 60%. Sé tekið tillit til verðlagsþróunar á tímabilinu jafngildir það um 47% raunhækkun. Langstærsti liður þessa kostnaðar er greiddur samkvæmt rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands og sérgreinalækna um lækningar utan sjúkrahúsa, þ.e. rúmir 6 ma.kr. árið 2016, sbr. kafla 4.3.

Lækniskostnaður stærsti útgjalda-flokkurinn

Kostnaður vegna lyfja og hjálpartækja komu næst lækniskostnaði árið 2016. Benda má á að á sama tíma og útgjöld vegna almennra lyfja hafa dregist saman um 6,2% hafa útgjöld vegna S-merktra lyfja aukist um 23,3% án tillits til verðlags. Í þessu sambandi verður að horfa til þess að frá og með 1. apríl 2015 hefur verið leyfilegt að afgreiða stóran hluta S-merktra lyfja í tilteknum apótekum. Fyrir þann tíma voru slík lyf eingöngu afgreidd á heilbrigðisstofnunum. Ríkisendurskoðun hefur á undanförunum árum fjallað um lyfjakostnað og bent á mikilvægi markvissra aðgerða til að draga úr honum, sbr. skýrsluna [Eftirfylgni: Þróun lyfjakostnaðar 2008–2010](#) (febrúar 2017).

Útgjöld vegna
tannlækninga
aukist um 125%

Fimmti útgjaldahæsti flokkurinn árið 2016 voru tannlækningar og hafa útgjöld vegna hans aukist um 125% frá árinu 2012. Það jafngildir um 106% hækkun sé tekið tillit til þróunar verðlags. Hækkunin skýrist að miklu leyti af gildistöku samnings Sjúkratrygginga Íslands og Tannlæknafélags Íslands um tannlækningar barna 15. maí 2013. Samningurinn hefur verið innleiddur í skrefum og frá og með 1. janúar 2018 eiga öll börn að njóta fullrar greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga samkvæmt [rammasamningi](#) stofnunarinnar. Ríkisendurskoðun hefur áður fjallað um þetta efni, sbr. skýrsluna [Eftirfylgni: Átaksverkefni um tannlækningar fyrir börn tekjulágra forráðamanna](#) (mars 2017).

Þótt búast megi við hækkun útgjalda vegna bættis aðgengis að tannlæknaþjónustu er að mati Ríkisendurskoðunar mikilvægt að kostnaðaraðhalds sé gætt. Í því sambandi má benda á að í rammamningi um tannlækningar barna eru hvorki skýr ákvæði um magn né gæði. Einungis er kveðið á um að þessir þættir séu háðir eftirliti Sjúkratrygginga Íslands. Þá felur samningurinn ekki í sér afslætti á einingaverði umfram tiltekinn einingafjölda líkt og þekkest í öðrum rammamningum stofnunarinnar um heilbrigðisþjónustu. Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að Sjúkratryggingar Íslands hugi að þessum þáttum til framtíðar litið.

Kostnaður vegna
þjálfunar nam 2,7
ma.kr. árið 2016

Næstu tveir útgjaldaflokkar sem vógu þyngst árið 2016 voru vegna brýnnar læknismeðferðar erlendis og þjálfunar. Útgjöld vegna brýnnar læknismeðferðar erlendis voru um 1,6 ma.kr. árið 2016. Samkvæmt ársskýrslu Sjúkratrygginga Íslands fyrir árið 2016 voru tíu samningar í gildi við fimm erlenda aðila um læknismeðferð. Hafa verður í huga að auk þess eru í gildi reglugerðir nr. 484/2016 og nr. 712/2010 sem taka til slíkrar þjónustu, sbr. kafla 4.6 og 5.1.3. Til þjálfunar telst m.a. þjónusta sjúkra-, iðju-, og talþjálfara utan sjúkrastofnana. Í heild námu útgjöld ársins 2016 vegna þjálfunar 2,7 ma.kr. og þar af vó þjónusta sjúkraþjálfara þyngst. Sjúkratryggingar Íslands hafa gert rammamning um hana og voru útgjöld stofnunarinnar vegna hans 2,4 ma.kr. árið 2016, sbr. kafla 4.3.1.

256 samningar í
gildi í árslok 2016

Samningar Sjúkratrygginga Íslands spanna allt svið heilbrigðisþjónustunnar og eru ein af meginstöðum íslenska heilbrigðiskerfisins. Í árslok 2016 voru samningar stofnunarinnar 256 talsins. Þar af voru 34 við Landspítala og 29 við heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni. Yfirlit um samningana og fjölda þeirra má sjá í töflu 3.2.

3.2 Fjöldi samninga Sjúkratrygginga Íslands í árslok 2016	
Samningar um heilsugæslu- og lækniþjónustu	69
Erlendir samningar	15
Samningar um rannsóknir og myndgreiningu	15
Samningar um tannlækningar	7
Samningar um öldrunarþjónustu	3
Samningar um ljósmæðra- og hjúkrunarþjónustu	10
Samningar um þjálfun og endurhæfingu	33
Samningar um sálfræðiþjónustu	7
Samningar um krabbameinsleit	1
Samningar um áfengismeðferð	4
Samningar um sjúkraflutninga	13
Samningar um húðmeðferð	3
Samningar um gistingu og hótelpjónustu	2
Samningar um lyf	8
Samningar um hjálpartæki	61
Samningar um næringu	5
Heildarfjöldi samninga	256

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands

Umfang og vægi þeirra 256 samninga sem Sjúkratryggingar Íslands hafa gert um heilbrigðisþjónustu er mjög misjafnt. Sem vænta mátti voru stærstu samningarnir í krónum talið árið 2016 fyrrnefndir rammasamningar um þjónustu sérgreinalækna og sjúkraþjálfara utan sjúkrahúsa. Raunar var rammasamningur um lækningar utan sjúkrahúsa um það bil jafn stór og þeir þrír samningar sem næstir komu árið 2016. Yfirlit um þessa samninga má sjá í töflu 3.3.

3.3 Útgjaldahæstu samningar Sjúkratrygginga Íslands árið 2016 í m.kr.	
Rammasamningur um lækningar utan sjúkrahúsa	6.042
Rammasamningar við sjúkraþjálfara	2.419
Tannlækningar barna	1.911
Endurhæfing á Reykjalundi	1.727

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands

3.2 Áhrif ólíkra greiðslukerfa á heilbrigðisþjónustu

Fjallað verður um alla samninga í töflu 3.3 að einhverju leyti í þessari skýrslu nema samning um tannlækningar barna. Mest áhersla er lögð á stærsta samninginn, þ.e. rammasamning um lækningar utan sjúkrahúsa enda mestir hagsmunir í húfi, sbr. kafla 4. Þó verður að hafa hugfast að í mörgum tilfellum má draga almennar ályktanir um veikleika og tækifæri til úrbóta út frá tilteknum dæmum um samninga Sjúkratrygginga Íslands.

Að auki verður fjallað sérstaklega um nýjan samning Sjúkratrygginga Íslands og Landspítala um framleiðslutengda fjármögnun sem mun taka fullt gildi frá og með árinu 2018. Sá samningur tekur til allrar klínískrar þjónustu spítalans og felur í sér grundvallarbreytingu á stýringu stjórnvalda á fjárveitingum til heilbrigðismála, sbr. kafla 5.1. Greiðslur samkvæmt samningnum munu leysa af hólmi fasta fjárveitingu samkvæmt

Samningur um
framleiðslutengda
fjármögnun
Landspítala

fjárlögum. Miðað við árið 2016 munu Sjúkratryggingar Íslands greiða um 47 ma.kr. til Landspítala á grundvelli samningsins.

Sú heilbrigðisþjónusta sem lýtur föstum fjárveitingum samkvæmt fjárlögum býr við önnur starfsskilyrði en sú sem greitt er fyrir með samningum við Sjúkratryggingar Íslands. Í þeim tilfellum má segja að fyrirfram sé búið að ákveða þá fjárhæð sem kaupandi þjónustunnar (þ.e. ríkið) er tilbúinn að greiða. Áhættan af aukinni eftirspurn liggur nær eingöngu hjá veitanda þjónustunnar. Svári hann eftirspurn umfram það sem fjárveitingar gera ráð fyrir skapast hjá honum halli. Föst fjárframlög eru að því leyti hvorki til þess fallin að hvetja til aukinna afkasta né bættrar framleiðni.

Framleiðslutengd fjármögnun innleiðir jákvæða hvata

Með framleiðslutengdri fjármögnun deila veitandi og kaupandi áhættunni á framúrkeyrslu og halla og hafa þannig hvata til að stýra í sameiningu framleiðslunni í takt við eftirspurn og fjárhagslegt svigrúm. Kaupandi tryggir í upphafi hvers árs að fjármagn sé til staðar til að unnt sé að veita það magn þjónustu sem fyrirsjáanlegt er að þörf sé á. Slík áætlun þarf að taka tillit til þekktrar þróunar svo og sveiflna í eftirspurn sem eðlilegt er að reikna með í umhverfinu (t.d. faraldra smitsjúkdóma). Jafnframt getur kaupandinn ákveðið að verja auknu fé til þjónustunnar, t.d. vegna sérstakra átaksverkefna, s.s. til að stytta bið eftir þjónustu, eða vegna innleiðingar nýrrar þjónustu. Þar sem fastur kostnaður er þegar greiddur er hægt að reikna með að hægt sé að veita aukna þjónustu með afslætti upp að vissu marki.

Annað dæmi um aukið hlutverk og ábyrgð Sjúkratrygginga Íslands vegna breytinga á fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar má finna á vettvangi heilsugæslunnar. Árið 2016 hóf stofnunin að fylgja eftir ákvörðun heilbrigðisráðherra um að breyta fjármögnun heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu. Breytingin tók gildi í upphafi árs 2017 og felur í sér að fjármögnun heilsugæslustöðva tekur mið af áætlaðri þjónustuþörf skjólstaðinga þeirra og gæðum þjónustunnar sem þær veita óháð rekstrarformi. Til greina hefur komið að innleiða sambærilegar breytingar á landsvísu. Ríkisendurskoðun fjallaði að nokkru leyti um þetta í skýrslunni [Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins](#) (apríl 2017).

Horfið frá fastrí fjármögnun heilbrigðisþjónustu

Líkt og áætlað er að gera í tilfelli Landspítala hefur því verið horfið frá hugmyndafræði fastrar fjármögnunar með innleiðingu nýs greiðslukerfis sem er bundið í samning Sjúkratrygginga Íslands. Um heilsugæsluna má segja að greitt sé fyrir þjónustu við hvern einstakling sem á rétt á henni (*e. capitation*). Sjúkratryggingum Íslands var falið að ganga frá kröfulýsingu og auglýsa eftir allt að þremur nýjum rekstraraðilum. Í lok árs 2016 voru í gildi fjórir samningar við einkaaðila um rekstur heilsugæslustöðva sem eru allar á höfuðborgarsvæðinu. Að auki hafa Sjúkratryggingar gert rammamening við sjálfstætt starfandi heimilislækna um þjónustu þeirra. Ekki er fjallað sérstaklega um þá samninga í þessari skýrslu. Því skal þó til haga haldið að með nýju fjármögnunarkerfi er ljóst að undirbúningur, gerð, framkvæmd og eftirlit Sjúkratrygginga Íslands með slíkum samningum verður eitt af lykilverkefnum íslenskra heilbrigðisyfirvalda. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að Sjúkratryggingar Íslands og velferðarráðuneyti tryggi getu stofnunarinnar til að sinna því verkefni eins vel og mögulegt er.

Ofangreindar fjármögnunarleiðir og samsvarandi greiðslukerfi Sjúkratrygginga Íslands vegna þeirrar heilbrigðisþjónustu sem er veitt á heilsugæslustöðvum og á Landspítala eru með allt öðrum hætti en eru við lýði vegna rammamninga um lækningar og sjúkrabjálfun utan sjúkrahúsa. Samkvæmt þeim rammamningum er viðkomandi læknum og sjúkrabjálfum einfaldlega greitt fyrir hvert unnið verk (e. *fee for service*). Með einföldum verkgreiðslum er áhættan af auknum kostnaði vegna meiri framleiðslu svo til öll á herðum kaupanda þjónustunnar, þ.e. ríkisins. Veitandinn getur að miklu leyti ákveðið sjálfur hve mikið hann vill framleiða og fær greitt fyrir það. Greiðsluvilji greiðanda (þ.e. hámark eða þak á greiðslur) liggur ekki fyrir í því einfalda kerfi verkgreiðslna sem nýtt hefur verið hérlendis þótt hver læknir veiti Sjúkratryggingum afslátt af einingaverði þegar tilteknum fjölda eininga er náð. Því ræðst kostnaður að miklu leyti af því hve mikla þjónustu veitandi innir af hendi.

Einfaldar verk-
greiðslur ýta
undir framleiðslu
óháð gæðum

Það fyrirkomulag að greitt sé fyrir hvert verk hefur því hvetjandi áhrif á magn veittrar þjónustu fremur en gæði hennar. Einnig er hætta á að það ýti undir endurkomu sjúklinga til sérfræðinga og vinni gegn því að þeir njóti heildstæðrar og samhæðrar meðferðar þar sem áhersla greiðslukerfisins er á hvert og eitt verk en ekki meðferðina í heild. Benda má á umfjöllun um áhrif ólíkra greiðslukerfa opinberra heilbrigðisþjónustu í grein þeirra Michael E. Porter og Robert S. Kaplan „[How to Pay for Health Care](#)“ sem birtist í *Harvard Business Review* (júlí – ágúst 2017).

3.3 Gæði og eftirlit

Þau greiðslukerfi sem Sjúkratryggingar Íslands koma á með samningum sínum móta mjög þá heilbrigðisþjónustu sem stendur almenningi til boða og stýra þannig þróun heilbrigðiskerfisins. Af þeim sökum er mikilvægt að samningarnir séu nýttir til að tryggja gæði, jafnræði og hagkvæmni og að öflugt eftirlit sé með framkvæmd þeirra. Samkvæmt 1. mgr. 45. gr. laga um sjúkratryggingar skulu Sjúkratryggingar Íslands hafa eftirlit með starfsemi samningsaðila.

Greiðslukerfi
Sjúkratrygginga
mótar þróun
heilbrigðis-
þjónustunnar

Tilgangur eftirlitsins er að tryggja að tegund, magn, gæði, kostnaður og árangur þjónustunnar sé í samræmi við gerða samninga. Hér má vekja sérstaka athygli á þeim hluta sem snýr að gæðum og árangri. Þessi þáttur er útfærður í 2. mgr. 45. gr. laganna þar sem kemur fram að stofnunin skuli setja í samninga ákvæði sem ætlað er að stuðla að gæðum og árangri þjónustunnar, m.a. um gæðastjórnunarkerfi og vottun þeirra, faggildingu, árangursmælingar ásamt upplýsinga- og skýrslugjöf.

Í athugasemdum frumvarpsins sem síðar varð að lögum um sjúkratryggingar kemur fram að sú heilbrigðisþjónusta sem veita á sjúkratryggðum skuli byggja á gagnreyndri læknisfræði (e. *evidence based medicine*) og að veitendur hennar fylgi faglegum fyrir- mælum landlæknis og nýti eftir því sem tók eru á faglegar leiðbeiningar hans, sbr. 5. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu. Gagnreynd þekking og notkun faglegra fyrirmæla og leiðbeininga er undirstaða gæða þjónustunnar og faglegs eftirlits. Raunar er ein af forsendum samningsgerðar Sjúkratrygginga Íslands sú að fyrir liggja staðfesting landlæknis á því hvort viðkomandi rekstur uppfylli faglegar kröfur og önnur skilyrði í heilbrigðislöggjöf. Það er því ekki að ósekju að Sjúkratryggingum Íslands er gert að hafa samráð við landlækni um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlitsins, sbr. 45. gr. laga um sjúkratryggingar.

Staðfesting Land-
læknis á gæðum
þjónustu forsenda
samninga

Samstarf Sjúkratrygginga Íslands og landlæknis um samræmt eftirlit er mikilvægt, bæði til að koma í veg fyrir skörun og tvíverknað og vegna þess að stofnunin getur í samningum sínum gert strangari og ítarlegri kröfur en landlæknir gerir. Eftirlit landlæknis með heilbrigðisþjónustu snýr eingöngu að því hvort þjónustan uppfylli lágmarkskröfur, sbr. 7. gr. laga um landlækni og lýðheilsu. Embættið hefur þó víðtækar heimildir til að afla upplýsinga og gagna til að sinna eftirlit sínu og getur, ef tilefni er til, lagt til við ráðherra að rekstur þjónustuaðila sé stöðvaður tímabundið þar til nauðsynlegar úrbætur hafa átt sér stað eða að reksturinn verði stöðvaður að fullu.

Ekkert samstarf um gæðaeftirlit

Í viðtölum Ríkisendurskoðunar við fulltrúa frá Sjúkratryggingum Íslands og Embætti landlæknis kom fram að samstarf um gæðaeftirlit hafi ekki verið fyrir hendi frá því að Sjúkratryggingar Íslands tóku til starfa árið 2008. Ein af ástæðum þess er ósamstaða stofnananna. Að mati Ríkisendurskoðunar er farsælt samstarf þessara aðila lykilkáttur í því að markmiðum laga um heilbrigðisþjónustu og sjúkratryggingar verði náð. Ríkisendurskoðun hvetur velferðarráðuneyti til að tryggja markvissa samvinnu þeirra á milli um lögbundin verkefni.

Samkvæmt 12. gr. reglugerðar nr. 510/2010 um samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt er utan heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur skulu Sjúkratryggingar Íslands gera sérstaka úttekt á framkvæmd samninga og hversu vel þjónustuveitandi hefur uppfyllt samningskröfur þegar dregur að lokum samningstíma. Úttektin skal gerð tímanlega svo að svigrúm gefist til að leita annarra leiða um rekstur verkefnisins, sé þess þörf. Brýnt er að velferðarráðuneyti, Sjúkratryggingar Íslands og Embætti landlæknis séu samstiga til að tryggja markviss og árangursríkt eftirlit með þeirri heilbrigðisþjónustu sem samið hefur verið um.

Ríkisendurskoðun tók nokkrar af fyrrgreindum úttektum Sjúkratrygginga Íslands til skoðunar. Þær byggja á fyrirfram gefnu formi sem felur í sér eftirfarandi þætti:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ✓ Skilgreiningu á þjónustunni | ✓ Greiningu á samningi og samningskröfum |
| ✓ Hverjir sinna þjónustunni | ✓ Breytingar á samningstímanum |
| ✓ Tilgang og ávinning samningsins | ✓ Helstu niðurstöður úttektar |

Bæta þarf úttektir á samningunum

Að mati Ríkisendurskoðunar gætu Sjúkratryggingar Íslands bætt úttektir sínar á framkvæmd og forsendum samninga. Ekki verður t.d. séð að stofnunin meti með kerfisbundnum og reglulegum hætti gæði og árangur þjónustunnar eða þjóðhagslega hagkvæmni samninga. Þar er um lykilatriði að ræða sem hljóta að skipta höfuðmáli þegar ákvarðanir um framhald þeirra eru teknar. Þá telur Ríkisendurskoðun mikilvægt að velferðarráðuneyti styðji við Sjúkratryggingar sem sérhæfða stjórnsýslustofnun á sviði samninga um heilbrigðisþjónustu og tryggi að verkaskipting þeirra á milli og samskipti séu í samræmi við það.

Hér verða tekin tvö dæmi sem draga fram veikleika við eftirlit og eftirfylgni samninga Sjúkratrygginga Íslands og ákvarðanir um framhald þeirra. Annars vegar samning um

þjónustu meðferðarheimilisins í Krýsuvík og hins vegar samning um þverfaglega endurhæfingu á Reykjalundi.

Meðferðarþjónusta í Krýsuvík

Sjúkratryggingar tóku við samningi um meðferðarþjónustu í Krýsuvík af velferðarráðuneyti árið 2015. Stofnunin undirritaði nýjan samning um þjónustuna 28. maí það ár sem gildi út árið, þ.e. til 31. desember. Í honum voru tilgreindar kröfur til verksala um þjónustu, aðbúnað, gæði, markmið og innra eftirlit. Samningurinn var framlengdur 2. febrúar 2016 til ársloka 2016. Ríkisendurskoðun óskaði eftir því við Sjúkratryggingar Íslands að fá upplýsingar um hvaða úttektir hefðu átt sér stað á framkvæmd samningsins. Fram kom að stofnunin hafði sent bréf til velferðarráðuneytis dagsett 26. nóvember 2015 þar sem greint var frá því að samningurinn hefði gengið vel og að mikilvægt væri að halda úti mismunandi úrræðum fyrir einstaklinga með áfengis- og vímuefnavandamál sem tækju mið af ólíkum þörfum. Því lagði stofnunin til að gerður yrði nýr samningur til eins árs og fjöldi meðferðarrýma yrði aukinn til samræmis við aukna fjárveitingu til verkefnisins árið 2016. Athygli vekur að stofnunin studdist ekki við hefðbundið úttektarform.

Ekki stuðst við hefðbundið úttektarform

Benda verður á að í apríl og maí árið 2016 gerði Embætti landlæknis úttekt á Meðferðarheimilinu Krýsuvík þar sem gæði og öryggi þjónustunnar voru metin, sbr. [Úttekt. Meðferðarheimilið Krýsuvík](#) (2016). Þar komu fram alvarlegar athugasemdir við starfsemina sem ekki var talin uppfylla kröfur samningsins. Ráðgjafar heimilisins höfðu t.d. ekki tilskilin réttindi og viðvera læknis var takmörkuð.¹ Við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar um hvort og þá til hvaða ráðstafana Sjúkratryggingar Íslands hefðu gripið vegna úttektarinnar kom fram að á sínum tíma hefði ekki verið óskað eftir staðfestingu landlæknis á að þjónustan uppfyllti fagleg skilyrði þar sem samningur um þjónustuna hafði þá þegar verið í gildi milli Krýsuvíkursamtakanna og ráðuneytis heilbrigðismála. Í ljósi þessa hefðu Sjúkratryggingar Íslands hert verklag sitt þegar hún tók yfir samningsgerð frá ráðuneytinu. Einnig kom fram að stofnunin hefði kallað eftir afstöðu Krýsuvíkursamtakanna til athugasemda landlæknis. Þar kom fram að ef uppfylla ætti þær kröfur sem úttektin vakti máls á væri starfsemin í uppnámi. Þá upplýstu samtökin Sjúkratryggingar um að þau væri í góðu sambandi við velferðarráðuneyti vegna málsins. Í bréfi ráðuneytisins til Sjúkratrygginga Íslands 2. desember 2016 kom fram að ráðuneytið myndi fara yfir athugasemdir úttektarinnar.

Hert verklag við gerð samninga

Í [Eftirfylgd úttektar á Meðferðarheimilinu Krýsuvík](#) í desember 2016 benti Embætti landlæknis á að lítt hefði verið farið að ábendingum þess nema helst hvað varðaði húsnæði. Faglegar lágmarkskröfur til reksturs heilbrigðisþjónustu væru sem fyrr ekki uppfylltar. Niðurstaða málsins varð sú að velferðarráðuneyti fól Sjúkratryggingum Íslands að inna greiðslur áfram af hendi samkvæmt samningi um þjónustu meðferðarheimilisins í Krýsuvík. Í febrúar 2018 var enn verið að greiða samkvæmt honum þrátt fyrir að úttekt landlæknis hefði leitt í ljós að þjónustuveitandi uppfyllti ekki ákvæði samningsins eða þær lágmarkskröfur sem gerðar eru til heilbrigðisþjónustu.

Greitt fyrir þjónustu þrátt fyrir annmarka

¹ Réttur til að kalla sig áfengis- og vímuefnaráðgjafa og starfa sem slíkur hér á landi er skilgreindur í reglugerð nr. 1106/2012 um menntun, réttindi og skyldur áfengis- og vímuefnaráðgjafa og skilyrði til að hljóta starfsleyfi. Reglugerðin er sett með heimild í lögum um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.

Ríkisendurskoðun telur hvort tveggja gagnrýniverð að velferðarráðuneyti hafi falið Sjúkratryggingum Íslands að gera samninga við aðila um tiltekna þjónustu án þess að staðfesting Embættis landlæknis lægi fyrir og að ákveðið hafi verið að halda áfram að greiða eftir samningi þegar ljóst mátti vera að forsendur hans væru brostnar. Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar hefur velferðarráðuneyti málefni Krýsuvíkur til skoðunar, m.a. með hliðsjón af eðli þjónustunnar. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að þeirri vinnu verði flýtt eins og kostur er. Greina verður þarfir þess skjól-stæðingahóps sem um ræðir og tryggja viðeigandi þjónustuúrræði.

Að mati Ríkisendurskoðunar sýnir þetta tilvik hversu mikilvægt það er að ferlar við kaup á heilbrigðisþjónustu séu samræmdir og að tryggt sé að verksalar uppfylli allar nauðsynlegar kröfur. Án fyrirliggjandi staðfestingar Embættis landlæknis um að svo sé er vandséð að nauðsynlegar forsendur samningsgerðar séu til staðar. Þá verður að teljast óeðlilegt að velferðarráðuneyti feli Sjúkratryggingum að gera samning um heilbrigðisþjónustu við þjónustuveitanda sem ekki uppfyllir þær gæðakröfur sem gerðar eru til hennar. Að mati Ríkisendurskoðunar bendir það til þess að greiningarvinnu hafi verið áfátt. Ennfremur er gagnrýniverð hversu ómarkvisst eftirlit var með samningnum og hversu óljós verkaskipting var milli velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga Íslands um hvernig ætti að bregðast við úttekt landlæknis.

Ómarkvisst eftirlit

Samningur um þverfaglega endurhæfingu

Einn stærsti einstaki samningur Sjúkratrygginga Íslands árið 2016 var samningur um þverfaglega endurhæfingu við endurhæfingarmiðstöð SÍBS, að Reykjalundi (sbr. töflu 3.3). Árið 2016 voru útgjöld stofnunarinnar vegna samningsins 1.729 m.kr. og höfðu þá aukist um fjórðung frá árinu 2012 þegar þau voru 1.377 m.kr.

Í bréfi Sjúkratrygginga Íslands til heilbrigðisráðherra, dagsettu 28. nóvember 2016, kom fram að eftirspurn eftir þverfaglegri endurhæfingu hérlendis hefði aukist undanfarin ár en Reykjalundur og aðrir þjónustuveitendur hefðu ekki náð að anna henni. Því hefðu biðlistar og biðtími lengst og eftirspurn eftir öðrum úrræðum aukist. Að mati Sjúkratrygginga væri mikilvægt að umfang endurhæfingarþjónustu yrði ekki skert og allra leiða leitað til að tryggja hagkvæmni og árangur. Samkvæmt greiningu stofnunarinnar hefði meðferðarkostnaður á Reykjalundi hækkað um 28,1% á hvern meðferðardag á dagdeild/legudeild og um 58,5% á hvern legudag í rekstri legudeildar milli áranna 2013 og 2015. Á sama tíma hefði umfang þjónustunnar dregist saman en væri þó í samræmi við ákvæði samningsins. Samkvæmt samanburði Sjúkratrygginga var framlag ríkisins á hvern meðferðartíma í þverfaglegri endurhæfingu ríflega tvöfalt hærra til Reykjalundar en til sambærilegrar þjónustu hjá Heilsustofnun Náttúruvæðingafélags Íslands.

Kostnaður jókst en þjónusta dróst saman

Samkvæmt fyrrnefndu bréfi Sjúkratrygginga Íslands hafði velferðarráðuneyti fyrirhugað að kalla Sjúkratryggingar Íslands til samráðs til að útfæra áherslur og markmið samningsins. Sú vinna hafði ekki átt sér stað og því lagði stofnunin til að samningurinn yrði framlengdur um eitt ár og tíminn notaður til að endurskipuleggja þjónustuna á grundvelli stefnumótunar ráðuneytisins. Athygli vekur að þrátt fyrir að Sjúkratryggingar komust að þeirri niðurstöðu undir lok árs 2016 að ákveðnir þjónustuþættir sem

samið var um hjá Reykjalundi væri tvöfalt dýrari en sambærileg þjónustubættir hjá öðrum þjónustuveitenda var ekki gripið til markvissra aðgerða til að tryggja eins hagkvæm kaup og mögulegt er. Í athugasemdum við drög að þessari skýrslu tóku Sjúkratryggingar Íslands fram að heilstæða kröfufýsingu fyrir endurhæfingarþjónustu á Íslandi hefur vantað. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að úr því verði bætt sem fyrst.

Engin heildstæð kröfufýsing á endurhæfingarþjónustu

Í þessu samhengi verður að hafa í huga með hvaða hætti 12. gr. reglugerðar nr. 510/2010 um samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt er utan heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur gerir ráð fyrir að staðið sé að endurmati samninga. Samkvæmt henni ber Sjúkratryggingum Íslands m.a. að byggja mat sitt á því hvort halda eigi samningum áfram á breytingum sem kunna að hafa orðið á stefnumörkun ráðherra á samnings tímanum. Í þessu tilfalli verður skortur á stefnumörkun til þess að ekki eru teknar markvissar ákvarðanir um samninga stofnunarinnar. Ennfremur verður ekki séð að það sé í samræmi við sjónarmið laga og reglna um sjúkratryggingar að stefnumótandi ákvarðanir séu teknar á grundvelli tiltekinna samninga eða sem hluti af samningsgerð vegna þjónustu tiltekins aðila. Ríkisendurskoðun telur heillavænlegra og nær markmiðum laga um sjúkratryggingar að velferðarráðuneyti leggi fram skýra og heildstæða stefnu um heilbrigðisþjónustu sem Sjúkratryggingar Íslands geta hagað samningsgerð sinni í samræmi við.

Óljós stefna spillir ákvarðanatöku

4 Samningur um lækningar utan sjúkrahúsa

4.1 Rammasamningur Sjúkratrygginga Íslands og sérgreinalækna

[Rammasamningur](#) Sjúkratrygginga Íslands og sérgreinalækna um lækningar utan sjúkrahúsa var undirritaður í desember 2013 og tók gildi 1. janúar 2014. Samningurinn var gerður eftir að sérgreinalækna höfðu starfað utan samnings við Sjúkratryggingar Íslands frá 1. apríl 2011. Til að koma í veg fyrir að rof yrði á þjónustunni gagnvart sjúkratryggðum einstaklingum setti velferðarráðherra (nú heilbrigðisráðherra) reglugerð um endurgreiðslu kostnaðar vegna þjónustu sérgreinalækna sem var í gildi til ársloka 2013. Núverandi rammasamningur gildir til ársloka 2018.

Fulltrúar Læknafélags Reykjavíkur og samninganefndar félagsins undirrituðu sameiginlega [viljayfirlýsingu](#) með fulltrúa Sjúkratrygginga Íslands og heilbrigðisráðherra í júní 2013 um að ljúka gerð nýs samnings sem tryggði jafnan aðgang sjúkratryggðra að þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Samkvæmt yfirlýsingunni hafði samningsleysi sérgreinalækna leitt til þess að kostnaður sjúkratryggðra hefði vaxið svo mjög að það ógnaði lögbundnum markmiðum um að tryggja jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Um leið hefði kostnaður grafið undan greiðsluþátttökukerfi sjúkratrygginganna. Niðurstaðan væri aukið ógagnsæi og mismunun.

Aðilar yfirlýsingarinnar voru sammála um að nýr samningur ætti að fela í sér samræmda gjaldskrá sem tæki mið af umfangi og heildarkostnaði þjónustunnar. Með honum yrðu einstakir þættir hennar kostnaðargreindir og yrði miðað við að nýjar reglur um greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands tryggðu að þeir nyttu aðstoðarinnar sem þyrftu mest á henni að halda. Jafnframt yrði að teljast eftirsóknarvert að meðalkostnaður sjúkratryggðra vegna þjónustugjalda lækkaði úr 42% í 28% og yrði þar með hlutfallslega lægri en hann var árið 2008.

Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands taldi stofnunin mikilvægt á sínum tíma að ná samningum við lækna og tryggja lögbundin réttindi sjúklinga. Án samnings hefðu sérgreinalækna sett fram eigin gjaldskrá sem var í mörgum tilfellum umtalsvert hærrí en endurgreiðslugjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands. Því hefði kostnaðarhlutdeild sjúkratryggðra hækkað þar sem sjúklingar þyrftu að greiða mismun á heildarverði læknis og endurgreiðslugjaldskránni. Þá taldi stofnunin að með því að ná samningum mætti auka þjónustuframboð í samræmi við fólksfjölgun og að teknu tilliti til aldurssamsetningar þjóðarinnar.

Af svörum Sjúkratrygginga Íslands má ráða að ekki var gengið til samninga á grundvelli heildstæðra og ítarlegra þarfa- og kostnaðargreininga. Stofnunin benti þó á að lengi hefði verið vitað að erfitt væri að komast að hjá læknum í ákveðnum sérgreinum

Gengið til samninga við Læknafélag Reykjavíkur

Kostnaður sjúkratryggðra ætti að lækka

Þarfa- og kostnaðargreiningar ekki gerðar

vegna þess hversu fáir þeir væru. Auk þess hefðu sérgreinalæknar að einhverju marki sinnt almennum lækningum vegna þess hve erfitt hefði reynst að komast að í heilsugæslu. Ekkert samræmt kerfi væri hér á landi sem héldi utan um biðlista eða biðtíma eftir tilteknum tegundum heilbrigðisþjónustu til að meta þörf. Þá hefði þurft að bregðast við því að ungir læknar hefðu ekki skilað sér sem skyldi hingað til lands eftir að hafa lokið námi erlendis. Ein birtingarmynd þessa hefði verið stöðugt hækkandi meðalaldur lækna sem störfuðu á grundvelli samnings Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa.

Að teknu tilliti til þessara sjónarmiða hefði verið ráðist í samningsgerðina á grundvelli fyrrnefndrar viljayfirlýsingar og þess samnings sem hafði áður verið í gildi við Læknafélag Reykjavíkur um sömu þjónustu. Sá samningur var upphaflega undirritaður af samninganefnd Læknafélags Reykjavíkur, með fyrirvara um samþykki félagsfundar og Tryggingastofnunar ríkisins í desember 2004. Gildistími hans var frá 1. janúar 2005 til 31. mars 2008 og framlengdu samninganefnd Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkratrygginga Íslands hann til 31. mars 2011.

Ríkisendurskoðun minnir á að í athugasemdum við 39. gr. þess frumvarps sem síðar varð að lögum nr. 112/2008 um sjúkratryggingar var gert ráð fyrir því að horfið yrði frá þeirri tilhögun að semja við fagfélög eða stéttarfélög um heilbrigðisþjónustu eins og tíðkast hafði. Slík félög eru enda ekki talin meðal mögulegra viðsemjenda í 39. gr. laganna. Hafa verður í huga að sá þríþætti vandi sem lög um sjúkratryggingar áttu að taka á var fólgin í sjálfvirkri aukningu útgjalda, takmörkuðum hvötum til kostnaðar- aðhalds og vangetu heilbrigðiskerfisins til að bregðast tímanlega við þörfum notenda. Enginn vafi leikur á vilja löggjafans til að breyta því hvernig væri staðið að samningum um heilbrigðisþjónustu.

Hverfa átti frá samningum við fagfélög með lögum um sjúkratryggingar

Ef litið er til þeirrar viljayfirlýsingar sem lá til grundvallar gildandi rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa er ljóst að í raun og veru er um samning við fagfélag að ræða, þ.e. Læknafélag Reykjavíkur. Rammasamningurinn byggir í öllum meginatriðum á þeim samningi sem áður var í gildi við Læknafélag Reykjavíkur. Í honum er kveðið á um samstarfsnefnd félagsins og Sjúkratrygginga Íslands sem er m.a. falið að fara yfir og endurskoða gjaldskrá samningsins. Raunar er einnig í gildi sérstakur samningur við félagið um aðkomu sérgreinalækna að málefnum er varða rammasamninginn.

Að mati Ríkisendurskoðunar er ljóst að gildandi rammasamningur nær ekki nema að forminu til að uppfylla þær breytingar sem koma átti í kring með lögum um sjúkratryggingar. Hafa verður í huga að mikið vatn hefur runnið til sjávar frá þeim tíma þegar Læknafélag Reykjavíkur var beinn aðili að samningi um þjónustu sérgreinalækna. Sérgreinalæknar voru að mestu einyrkjar og samningur um þjónustu þeirra tók mið af því. Síðan þá hefur starfsemi hluta þeirra þróast sífellt nær því að vera rekstur sérhæfðra heilbrigðisfyrirtækja þar sem margt fagfólk vinnur saman við að veita skjólstaðingum sínum þjónustu.

Breytt umhverfi frá gerð fyrstu samninga um þjónustu sérgreinalækna

Einnig verður að gera athugasemd við tildrög samningsgerðarinnar. Í viðtölum við fulltrúa frá Læknafélagi Reykjavíkur kom fram að þáverandi heilbrigðisráðherra tók frumkvæði að því að bjóða samninganefnd félagsins tiltekna prósentuhækkun á taxta

auk þess sem tekið yrði mið af breytingu á vísitölu neysluverðs tvisvar á ári. Hlutverk Sjúkratrygginga Íslands hefði síðan verið að semja um önnur atriði samningsins og ljúka samningsgerðinni í samræmi við þessar forsendur. Þetta verklag er ekki í samræmi við reglugerð nr. 510/2010 um samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt er utan heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur (sjá kafla 2.1.3).

Óljós hlutverkaskipan og ábyrgðarskil

Að mati Ríkisendurskoðunar er þetta dæmi um óljósa hlutverkaskipan og ábyrgðarskil við kaup ríkisins á heilbrigðisþjónustu og samningsgerð henni tengdri. Ekki er um einsdæmi að ræða, t.d. sá velferðarráðuneyti alfarið um tiltekin kaup á biðlistaaðgerðum árið 2016, sbr. kafla 4.2. Lögbundið hlutverk Sjúkratrygginga Íslands er að annast gerð samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu fyrir hönd ríkisins. Ríkisendurskoðun telur brýnt að stofnunin hafi skýrt umboð til að sinna því verkefni undir eðlilegu eftirliti velferðarráðuneytis og á grundvelli heildstæðrar stefnu um heilbrigðisþjónustu.

Sjúkratryggingar Íslands lögðu til í bréfi til heilbrigðisráðherra þann 16. febrúar 2018 að rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa yrði sagt upp fyrir lok þess mánaðar. Í bréfinu kom fram að stofnunin teldi eftirsóknarvert að hefja strax undirbúning nýs eða nýrra samninga um þá þjónustu sem samningurinn tekur til og gætu tekið gildi 1. september 2018. Uppsagnartíminn yrði nýttur til að útfæra samningsmarkmið og að leitast yrði við að innleiða magnstýringu vegna þjónustunnar. Stofnunin hafði uppi hliðstæð áform vegna rammasamnings um sjúkrabjálfun utan sjúkrahúsa, sbr. kafla 4.3.1. Samkvæmt viðbrögðum ráðuneytisins við þessari tillögu verður samningunum ekki sagt upp fyrr en tekin hefur verið afstaða til þeirra aðhaldsaðgerða sem eru nauðsynlegar vegna útgjalda Sjúkratrygginga fyrir árið 2018.

Skýr stefna og greiningar forsenda markvissra samninga

Í þessu samhengi verður að hafa í huga að rammasamningur um lækningar utan sjúkrahúsa rennur út í lok þessa árs og rammasamningur um sjúkrabjálfun utan sjúkrahúsa í lok janúar 2019. Ríkisendurskoðun telur brýnt að kanna vel forsendur, markmið, áhrif og árangur þessara samninga hvort heldur þeir verða endurnýjaðir eða þeim sagt upp. Að mati Ríkisendurskoðunar verða samningar Sjúkratrygginga að gera skýrar kröfur um árangur og gæði þjónustunnar og hvetja þjónustuveitendur til þess að ná skilgreindum markmiðum þar að lútandi. Í því skyni verður að byggja á skýrri stefnu heilbrigðisráðherra um heilbrigðisþjónustu og tryggja að sú þjónusta sem samið er um sé í samræmi við raunverulega þörf sjúkratryggðra. Hvort tveggja er nauðsynleg forsenda þess að samningar Sjúkratrygginga séu hagkvæmir og markvissir.

4.1.1 Kröfur rammasamningsins

Í þriðju grein rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa er gerð grein fyrir þeim kröfum sem læknir verður að uppfylla ætli hann sér að veita þjónustu samkvæmt samningnum. Viðkomandi skal uppfylla faglegar lágmarkskröfur skv. lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og settum reglugerðum samkvæmt þeim. Þá verður starfsstofa hans að uppfylla leiðbeinandi reglur landlæknis og ef um er að ræða skurðstofur þeim kröfum sem Sjúkratryggingar Íslands setja fram í sérstökum viðauka við samninginn. Einnig er gerð krafa um að veita skuli þjónustu sérgreinalækna sem jafnast yfir árið og að læknir skuli gæta ýtrustu hagkvæmni við vísun á rannsóknir, myndgreiningu og lyf.

Fyrrgreindar kröfur eru hliðstæðar skilyrðum þess samnings sem hafði áður verið í gildi milli Sjúkratrygginga Íslands og Læknafélags Reykjavíkur. Þau nýmæli voru þó í rammasamningnum sem tók gildi 2014 að þegar bið hefði skapast eftir þjónustu skyldu lækna leitast við að taka við nýjum sjúklingum. Að mati Ríkisendurskoðunar er það ákvæði svo almennt orðað að ekki verður séð að það geti haft áhrif.

Máttlaust ákvæði um nýja sjúklinga

Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar, sem komu m.a. fram í skýrslu stofnunarinnar um [Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins](#) (apríl 2017), er bið eftir skoðun sérgreinalækna í mörgum tilvikum umfram það 30 daga viðmið sem Embætti landlæknis hefur talið ásættanlegt. Þá hefur verið vakin athygli á að sérgreinalækna hafi fengið greitt fyrir verk samkvæmt samningi um lækningar utan sjúkrahúsa sem hægt væri að sinna á heilsugæslustöð, s.s. blóðþrýstingseftirlit og ýmsa eftirfylgni. Að mati Ríkisendurskoðunar er nauðsynlegt að Sjúkratryggingar Íslands og velferðarráðuneyti taki þessi atriði til skoðunar. Heilbrigðisráðherra verður að taka stefnumarkandi ákvörðun um hvaða þjónustu eigi að veita innan heilsugæslunnar og hvaða þjónustu eigi að afla með samningum. Sjúkratryggingar Íslands verða síðan að fylgja þeirri ákvörðun eftir með markvissum hætti.

Ráðherra þarf að marka stefnu um þjónustu ólíkra aðila innan heilbrigðiskerfisins

Ríkisendurskoðun telur að ef gera á gangskör að því að stytta bið eftir þjónustu sérgreinalækna gæti komið til greina að gera þá kröfu í samningum Sjúkratrygginga Íslands að lækna á samningi taki við tilteknu hlutfalli af nýjum skjólstæðingum árlega. Slíkar hugmyndir hafa verið reifaðar bæði af læknum og Embætti landlæknis. Samkvæmt gildandi rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa fá lækna jafn mikið greitt fyrir að veita nýjum og eldri skjólstæðingum þjónustu þó að fyrstu viðtöl taki jafnan lengri tíma. Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands var á sínum tíma reynt að bæta aðgengi að þjónustu taugalækna með því að greiða hærra gjald fyrir fyrsta viðtal. Til skemmri tíma hækkaði hlutfall nýrra skjólstæðinga en áhrifin fjöruðu út eftir því sem frá leið. Einnig má benda á að í gjaldskrá ramma-samnings um tannlækningar barna er sérstakur liður fyrir skoðun nýs sjúklings. Afrakstur þeirrar tilhögunar liggur ekki fyrir en Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að leita áfram leiða til að taka upp markvissa og áhrifaríka hvata í samningum sínum sem miða að því að auka aðgengi nýrra skjólstæðinga sé þess þörf.

Í 40. gr. laga um sjúkratryggingar kemur m.a. fram að við samningsgerð um kaup á heilbrigðisþjónustu skuli leitast við að tryggja þjónustu við sjúkratryggða hvar á landinu sem þeir eru búsettir. Þá kemur einnig fram að samningar skuli kveða á um þjónustuvæði. Í [Starfsáætlun Embættis landlæknis 2017-2018](#) (maí 2017) kemur fram að sérfræðiþjónusta á landsbyggðinni sé ófullnægjandi. Í [fréttabréfi embættisins um heilbrigðisupplýsingar](#) í október 2016 kom fram að komur til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna hefði verið afar mismunandi eftir landshlutum árið 2015. Á höfuðborgarsvæði fór hver íbúi að meðaltali 1,4 sinnum til læknis en ekki nema 0,4 sinnum á Norður- og Austurlandi og 0,3 sinnum á Vestfjörðum. Að mati Ríkisendurskoðunar vekur þessi munur upp spurningar um hvort íbúar á landsbyggðinni fái næga þjónustu sérgreinalækna eða hvort þjónusta þeirra sé nýtt í óeðlilega miklum mæli af íbúum höfuðborgarsvæðisins. Þá þekktist að einstaklingar flytjast búferlum til höfuðborgarsvæðisins til að fá sérhæfða heilbrigðisþjónustu.

Sérfræðiþjónusta á landsbyggðinni óviðunandi

Að mati Ríkisendurskoðunar hefur rammasamningur um lækningar utan sjúkrahúsa ekki verið nýttur til að stuðla að því að sérhæfð heilbrigðisþjónusta standi sjúkra-tryggðum til boða óháð búsetu. Einnig hefur komið fram í viðtölum starfsmanna Ríkisendurskoðunar við stjórnendur heilbrigðisstofnana að læknar hafa séð hag sínum betur borgið að starfa skv. rammasamningnum með aðsetur á höfuðborgarsvæðinu en að starfa hjá heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni. Að þeirra mati mætti gagnrýna samningsgerð Sjúkratrygginga Íslands fyrir að tryggja ekki nægilegt magn af sérfræðiþjónustu lækna á landsbyggðinni. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að horfa til þessara þátta við gerð nýrra samninga og meta stöðuna eftir sérgreinum. Slík nálgun kallar á skýra stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda og ráðherra heilbrigðismála þar sem ekki er hægt að gera ráð fyrir því að sérhæfð heilbrigðisþjónusta sem þarf að mæta ströngum og kostnaðarsömum kröfum um faglegan og tæknilegan aðbúnað sé í boði víðs vegar um landið.

Markviss kaup
erfið með einum
rammasamningi

Óháð því hvort rammasamningur Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa uppfylli einungis að forminu til það skilyrði að ekki sé samið við fag- eða stéttarfélag um heilbrigðisþjónustu telur Ríkisendurskoðun að efast megi um hvort markviss kaup á heilbrigðisþjónustu séu möguleg á grundvelli þess rammasamnings sem er í gildi. Gera verður betur hvað snýr að ákvæðum um magn, gæði og árangur umsamdrar þjónustu. Að teknu tillit til þeirra þátta telur Ríkisendurskoðun óvíst hvort markviss kaup séu möguleg með einum samningi sem tekur til 26 ólíkra sérgreina.

4.2 Gjaldskrá sérgreinalækna

Í rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa er að finna vel á annað þúsund gjaldskrárliði. Sumir þeirra ná yfir þjónustu sem einnig er veitt á sjúkrahúsum landsins. Samstarfsnefnd fulltrúa Sjúkratrygginga Íslands og Læknafélags Reykjavíkur fjallar um tillögur að breytingum á gjaldskrárliðum samningsins sem Sjúkratryggingar Íslands taka síðan ákvörðun um. Innleiðing nýrra gjaldskrárliða eru því í raun sjálfstæðar ákvarðanir um kaup á þjónustu og geta haft stefnumótandi áhrif á heilbrigðiskerfið ef þær eru ekki byggðar á skýrri stefnu stjórnvalda um heilbrigðisþjónustu. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að viðsemjendur Sjúkratrygginga Íslands hafi ekki of ríka aðkomu að undirbúningi stefnumarkandi ákvarðana um fjárútlát.

Á annað þúsund
gjaldskrárliðir

Eins og þegar hefur komið fram liggur ekki fyrir heildstæð stefnumörkun heilbrigðisráðherra um heilbrigðisþjónustu sem Sjúkratryggingar Íslands geta byggt á við samningsgerð og kaup á heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir að ráðherra hafi samþykkt gerða samninga og hafi jafnvel átt frumkvæði að sumum þeirra hafa Sjúkratryggingar Íslands haft verulegt svigrúm til að móta heilbrigðiskerfið og þróun þess innan þess ramma sem stofnuninni er markaður. Þegar nýir gjaldskrárliðir hafa verið innleiddir hafa Sjúkratryggingar Íslands við núverandi aðstæður takmarkaða stjórn á magni keyptrar þjónustu og mögulegum útgjaldavexti.

Gjaldskrárbreyt-
ingar geta jafngilt
stefnumótandi
ákvörðunum

Innleiðing nýrrar þjónustu hefur verið með þeim hætti að einstakir læknar hafa sent inn umsóknir til Sjúkratrygginga Íslands um nýja gjaldskrárliði. Samstarfsnefnd Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkratrygginga Íslands hefur farið yfir þær og metið hvort bæta eigi við nýjum gjaldskrárliðum. Þannig hefur hagsmunafélag lækna aðkomu að undirbúningi ákvörðunar um breytingar á gjaldskránni sem hefur rík áhrif á með hvaða

hætti útgjöld ríkisins vegna rammasamnings þróast. Í þessu sambandi er sérstakt áhyggjuefni ef Sjúkratryggingar Íslands hafa ekki sömu faglegu þekkingu á þeirri þjónustu sem samið er um og viðsemjendur stofnunarinnar en slíkar efasemdir komu fram í viðtölum Ríkisendurskoðunar vegna þessarar úttektar.

Í þeim viðtölum sem starfsmenn Ríkisendurskoðunar áttu við ýmsa sérgreinalækna kom fram að ákvarðanir um hvaða nýja þjónustu skuli innleiða væru ekki byggðar á nægilega faglegum grunni. Þrýstingur frá hagsmunaaðilum hefði hins vegar mikil áhrif á þær. Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að fullnægjandi fagþekking sé til innan Sjúkratrygginga Íslands til að stofnunin geti tekið ákvarðanir um samninga og kaup á heilbrigðisþjónustu án þess að reiða sig um of á fagþekkingu hagsmunaaðila.

4.2.1 Kaup á sjúkrahúspjónustu

Breytingar á gjaldskrá sérgreinalækna vegna samnings þeirra við Sjúkratryggingar Íslands geta haft víðtækar afleiðingar. Í þessu samhengi má benda á að nýjum gjaldalið var bætt við skrána haustið 2017 vegna aðgerða hjá konum sem greinast með stökkbreytingu í BRCA-genum sem eykur líkur á brjóstakrabbameini. Frá og með árinu 2016 hefur verið mögulegt að gangast undir slíka aðgerð hjá sérgreinalækni í Klíníkinni Ármúla en sami læknir hafði áður gert slíkar aðgerðir á Landspítala. Gjaldskrárbreytingin var gerð eftir að úrskurðarnefnd velferðarmála komst að þeirri niðurstöðu í febrúar 2017 að Sjúkratryggingum Íslands bæri að taka þátt í greiðslum vegna slíkra aðgerða (sbr. úrskurð nefndarinnar í máli nr. 171/2016). Í umfjöllun þáverandi heilbrigðisráðherra í [Fréttablaðinu](#) 1. september 2017 var þeirri breytingu lýst á þá leið að með henni væru hagsmunir sjúklinga hafðir í fyrirrúmi.

Í þessu sambandi hafa forsvarsmenn Landspítala bent fulltrúum Ríkisendurskoðunar á að líta verði á aðgerðir af þessum toga sem hluta af viðameiri meðferð sem kallar á heildstæða og sérhæfða sjúkrahúspjónustu. Konur með stökkbreytt BRCA-gen þurfi ekki einungis þjónustu skurðlækna heldur einnig krabbameinslækna, sérfræðinga í erfðalæknisfræði, hjúkrunarfræðinga, lífeindafræðinga og fleiri heilbrigðisstarfsmanna. Einnig þurfi þær sérhæft eftirlit það sem eftir er ævinnar og inngríp eftir atvikum. Það sé því umdeilanlegt að taka einungis þann hluta meðferðarinnar sem snýr að skurðaðgerðum og fjármagna hann með öðrum hætti en aðra hluta meðferðarinnar. Hugsanlega gæti það ógnað öryggi sjúklinga.

Þá verður einnig líta til þess að sú heilbrigðisþjónusta sem er veitt á Klíníkinni í Ármúla er frábrugðin því sem hefur áður þekkt hér á landi utan þeirra heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur. Embætti landlæknis hefur staðfest að hún uppfyllir lágmarkskröfur um sérhæfða sjúkrahúspjónustu með fimm daga legudeild fyrir þá sjúklinga sem gangast þar undir skurðaðgerðir. Á Klíníkinni, sem stjórnvöld skilgreina sem starfsstöð lækna, er því veitt sérhæfð sjúkrahúspjónusta með greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands samkvæmt rammasamningi um lækningar utan sjúkrahúsa. Í [ræðu](#) á Alþingi 6. mars 2017 lét þáverandi heilbrigðisráðherra þau orð falla að mögulega væri heilbrigðislöggjöfin ekki nægilega skýr þegar sú staða væri uppi að sérhæfð sjúkrahúspjónusta væri veitt á starfsstöð heilbrigðisstarfsmanna. Nokkru fyrr, þ.e. 2. febrúar 2017, hafði ráðherra [svarað](#) því til á Alþingi að hann hefði ekki í hyggju að veita heimild til einkarekinnar sjúkrahúspjónustu og undir lok mars mánaðar 2017 [tók](#)

Sérhæfð sjúkra-
húspjónusta kallar
á heildstæða
meðferð

Sérhæfð sjúkra-
húspjónusta sem
hluti af samningi
um lækningar
utan sjúkrahúsa

[ráðherra skýrt fram](#) að hann hefði ekki í hyggju að fela Sjúkratryggingum Íslands að gera samninga við einkaaðila um slíka þjónustu.

Landlæknir gerði athugasemdir við túlkun ráðuneytisins

Embætti landlæknis gerði athugasemd við þá túlkun ráðuneytisins að líta mætti á starfsemi Klíníkurinnar sem hvern annan stofurekstur lækna í [yfirlýsingu](#) sinni 19. apríl 2017. Að mati embættisins væri um sérhæfða heilbrigðisþjónustu að ræða sem þyrfti leyfi ráðherra. Þá taldi embættið vandséð hvernig heilbrigðisyfirvöld gætu haft stjórn á því hvert opinbert fjármagn rennur til heilbrigðismála ef raunin væri sú að heilbrigðisstofnanir þyrftu ekki leyfi ráðherra til að veita sérhæfða sjúkrahúsþjónustu sem væri hægt að fjármagna á grundvelli rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa.

Togstreita milli lykilaðila í heilbrigðiskerfinu

Að mati Ríkisendurskoðunar er þetta birtingarmynd þeirrar togstreitu sem gætir milli lykilaðila á sviði heilbrigðismála. Velferðarráðuneyti, Sjúkratryggingar Íslands, Landspítali og Embætti landlæknis virðast hvorki vera sammála um grundvallarforsendur né framtíðarsýn. Af þeim sökum hefur ríkt óeining um einstaka ákvarðanir og þróun heilbrigðisþjónustunnar til lengri tíma litið. Ríkisendurskoðun leggur ríka áherslu á mikilvægi þess að úr þessu verði bætt og hvetur velferðarráðuneyti til að taka forystu í þeim efnum. Í því samhengi kann m.a. að reynast nauðsynlegt að efla fagþekkingu á samningum og kaupum á heilbrigðisþjónustu bæði innan Sjúkratrygginga Íslands og ráðuneytisins. Í viðtölum Ríkisendurskoðunar vegna þessarar úttektar komu fram efasemdir um getu Sjúkratrygginga Íslands og velferðarráðuneytis til að semja um og kaupa heilbrigðisþjónustu með eins markvissum hætti og frekast er unnt.

Gera verður greinarmun á sérhæfðri sjúkrahúsþjónustu og stofurekstri

Þegar vikið er að samningum Sjúkratrygginga Íslands almennt verður að mati Ríkisendurskoðunar að gera skýran og ótvíræðan greinarmun á kaupum á sérhæfðri heilbrigðisþjónustu sem sérgreinalæknar veita á starfsstofum sínum og sérhæfðri sjúkrahúsþjónustu. Samkvæmt 1. mgr. 7. gr. laga um heilbrigðisþjónustu skal sérhæfð sjúkrahúsþjónusta veitt á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri og öðrum sjúkrahúsum og heilbrigðisstofnunum samkvæmt ákvörðun ráðherra eða samningum. Hvorki liggur fyrir ákvörðun ráðherra né samningur um veitingu sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu utan heilbrigðisstofnana ríkisins og skýtur það skökku við að ríkið taki þátt í kostnaði vegna slíkrar þjónustu á grundvelli rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa. Ríkisendurskoðun telur m.a. vandséð hvernig mögulegt er að gera viðhlítandi gæðakröfur um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu ef hún er keypt á grundvelli rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa.

Tryggja skal aðgengi að þjónustu óháð efnahag

Þá verður að horfa til þess vegna áður nefndra aðgerða á Klíníkinni að þótt Sjúkratryggingar Íslands taki þátt í kostnaði vegna þeirra sjálfra á grundvelli rammasamnings um lækningar utan sjúkrahúsa tekur stofnunin ekki þátt í kostnaðinum vegna allra þátta þeirrar heildrænu meðferðar sem aðgerðin kallar á. Þann kostnað, t.d. vegna dvalar á legudeild, verða sjúklingar að bera sjálfir. Slíkar greiðslur eru ekki á allra færi. Því er vandséð hvernig kaup Sjúkratrygginga Íslands á einungis hluta þjónustunnar samkvæmt rammasamningi um þjónustu sérgreinalækna eru í samræmi við 40. gr. laga um sjúkratryggingar sem tilgreinir að við samningsgerð skuli tryggja aðgengi sjúkratryggðra að þeirri heilbrigðisþjónustu sem samið er um óháð efnahag.

4.3 Greiðslur til sérgreinalækna

Læknar sem starfa samkvæmt rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands fá greitt eftir afköstum sem eru mæld í fjölda eininga. Núverandi einingakerfi var upphaflega tekið í notkun árið 1997. Þá var gerður taxti fyrir stofurekstur annars vegar og skurðstofu-
rekstur hins vegar. Gerðar voru mælingar á skurðstofum þar sem annars vegar var horft til aðgerðartíma og hins vegar skiptitíma hvernar aðgerðar. Þá var einnig ákveðið að sérstaklega yrði greitt fyrir efnis- og tækjagjöld. Benda má á að liðin eru rúm 20 ár frá því að einingakerfinu var komið á laggirnar og samkvæmt viðtölum Ríkisendurskoðunar við lækna vegna þessarar úttektar má deila um hvort það hafi verið uppfært með fullnægjandi hætti. Traust mat á raunkostnaði er forsenda þess að samningar og kaup Sjúkratryggingar Íslands á þjónustu sérgreinalækna séu markviss. Ríkisendurskoðun telur að stofnunin þurfi að sjá til þess að svo verði.

Í lögum um sjúkratryggingar eru gerðar kröfur um að samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu skulu tilgreina magn keyptrar þjónustu. Í 8. gr. rammasamnings Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa er sett fram viðmið um árlegan heildarfjölda eininga sem byggir á umfangi tímabilsins 1. júlí 2012 til og með 30. júní 2013 sem var 18.700.000 einingar. Samkvæmt samningnum skyldi einingafjöldinn breytast 1. janúar ár hvert á gildistíma samningsins. Miðað var við að 70% af einingamagni skyldi breytast í samræmi við breytingu á fólksfjölda í aldurshópnum 59 ára og yngri en 30% í samræmi við breytingu fólksfjölda í hóp 60 ára og eldri. Ef heildarfjöldi eininga sem greitt væri fyrir færi yfir ofangreint einingamagn kæmi það í hlut samstarfsnefndar Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkratrygginga Íslands að leita skýringa á aukningunni og skoða hvort og þá hvernig skuli bregðast við. Á mynd 4.1. má sjá áætlaðan einingafjölda fyrir árin 2014–16 borið saman við rauneiningar. Heildar-einingafjöldi fór fram úr áætlunum öll árin og það í sívaxandi mæli.

Fjöldi eininga átti að taka mið af breytingum á fólksfjölda

4.1 Einingafjöldi rammasamnings (milljónir eininga)	2014	2015	2016*
Áætlaðar einingar m.v. fólksfjölgun	19,2	19,5	19,8
Rauneiningamagn	20,6	21,7	23,7
Árleg framúrkeyrsla	1,4	2,2	3,9
Framúrkeyrsla eininga í %	7,3%	11,3%	19,7%

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands

*Fjöldi eininga áætlaður af Sjúkratryggingum Íslands

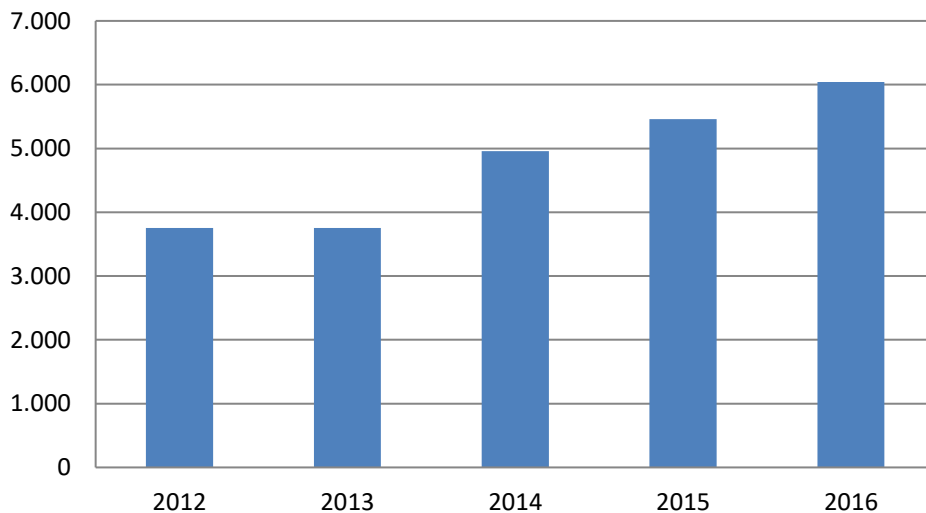
Helstu leiðir Sjúkratrygginga Íslands til að hafa áhrif á magn veittrar þjónustu hafa verið tvær. Annars vegar hafa læknar þurft að gefa afslátt af einingaverði þegar þeir hafa náð tilteknum fjölda eininga. Hins vegar hafa Sjúkratryggingar Íslands takmarkað fjölda sérgreinalækna sem eru aðilar að samningnum. Sjúkratryggingar Íslands sendu Læknafélagi Reykjavíkur bréf 29. desember 2015 um að skráning nýrra lækna á rammasamninginn yrði stöðvuð frá og með 1. janúar 2016. Samkvæmt 40. grein laga um sjúkratryggingar er heimilt að takmarka samningsgerð við hluta þeirra aðila sem geta veitt þjónustu en jafnframt þarf að gæta jafnræðis við val á viðsemjendum. Að mati Ríkisendurskoðunar eru til vænlegri leiðir til að ná fram samræmi milli heildar-einingafjölda og áætlana og koma böndum á kostnað vegna þjónustunnar, t.d. með bættum þarfagreiningum og markvissari samningum.

Nýskráningar lækna stöðvaðar frá 1. janúar 2016

Árin 2012–16
júkst útgjöld um
61%

Mynd 4.2 sýnir útgjöld Sjúkrtrygginga Íslands vegna þjónustu sérgreinalækna á verðlagi hvers árs í m.kr. Árið 2016 námu útgjöldin rúmum 6 ma.kr og höfðu þá aukist um tæpa 2,3 ma.kr. (61%) síðan 2012. Rammasamningurinn tók gildi 1. janúar 2014. Árin 2014–16 hækkuðu greiðslur Sjúkrtrygginga Íslands um tæpan 1,1 ma.kr. (22%) og greiðslur sjúkrtryggðra um ríflega 300 m.kr. (16%).

4.2 Útgjöld Sjúkrtrygginga Íslands vegna þjónustu sérgreinalækna í m.kr.



Heimild: Sjúkrtryggingar Íslands

Mikill hluti rekstrarkostnaðar sérgreinalækna fellur til vegna aðstöðu og nauðsynlegra lækningatækja en hann er þó mishár. Læknar sem reka bæði stofu og skurðstofu hafa hærri kostnað en læknar sem einungis þurfa stofu, s.s. geð- og öldrunarlæknar. Til að mæta þessum kostnaði hefur einingakerfið verið byggt upp þannig að fleiri einingar fást fyrir kostnaðarsöm læknisverk, t.a.m. þeirra sem krefjast skurðstofu, svæfinga og dýrra lækningatækja.

Greiðsla fyrir
þjónustu taki mið
af raunkostnaði

Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að greiðslur Sjúkrtrygginga endurspegli raunverulegan rekstrarkostnað og séu í auknum mæli nýttar til að hvetja til gæða og árangurs með innleiðingu á gæðavísunum. Hvatarnir ættu með öðrum orðum ekki að vera til þess að veita kostnaðarsama þjónustu heldur góða og viðeigandi þjónustu.

4.3.1 Greiðslur eftir sérgreinum

Tafla 4.3 veitir yfirlit um fjölda lækna innan hvernar sérgreinar rammasamnings Sjúkrtrygginga Íslands, heildarútgjöld stofnunarinnar vegna tiltekinnar sérgreina og hlutfall greiðslupátttöku hennar og sjúklinga. Úr því má lesa megináherslur samningsgerðar Sjúkrtrygginga Íslands. Það sýnir hvaða sérgreinar heilbrigðisþjónustunnar stjórnvöld leggja áherslu á að standi sjúkrtryggðum til boða utan sjúkrahúsa. Slíkar áherslur hafa áhrif á þróun heilbrigðiskerfisins og með hvaða hætti stjórnvöld vinna að markmiðum laga um heilbrigðisþjónustu og sjúkrtryggingar. Því er brýnt að þær hvíli á grundvelli skýrra ákvarðana sem byggja bæði á heildstæðri stefnu um heilbrigðisþjónustu og ítarlegum greiningum á þörfum sjúkrtryggðra. Sú hefur ekki verið raunin.

Samkvæmt töflu 4.3 runnu mestar greiðslur frá Sjúkratryggingum Íslands til svæfingarlækna, eða 718,4 m.kr. Í því sambandi verður að hafa í huga sá hópur telur 25 lækna og er sá sjöundi fjölmennasti innan rammisamnings stofnunarinnar um lækningar utan sjúkrahúsa. Þá njóta einungis tvær aðrar sérgreinir hærra greiðslupáttökuhlutfalls Sjúkratrygginga Íslands, þ.e. barnalæknar og barna- og unglíngageðlæknar. Næsti sérgreinaflokkur á eftir svæfingarlæknum þegar horft er til útgjalda stofnunarinnar eru bæklunarlæknar sem eru 26 talsins. Sú sérgrein nýtur lægra greiðslupáttökuhlutfalls en svæfingarlækningar, eða 75% miðað við 85%. Þessir tveir hópar eiga það sammerkt að sú þjónusta sem þeir veita snýr að stórum hluta að skurðaðgerðum.

4.3 Greiðslur til lækna eftir sérgreinum árið 2016 í m.kr.				
Sérgrein	Fjöldi lækna	Heildar-útgjöld	Útgjöld sjúklings	Útgjöld Sjúkratrygginga Íslands
Svæfingarlæknar	25	844,5	126,1 (15%)	718,4 (85%)
Bæklunarlæknar	26	922,8	232,3 (25%)	690,5 (75%)
Barnalæknar	38	689,1	60,4 (9%)	628,7 (91%)
Augnlæknar	33	852	260,4 (31%)	591,6 (69%)
Lyfl. hjartalæknar	28	722,2	210,9 (29%)	511,3 (71%)
Háls-, nef- og eyrnalæknar	23	591	159,7 (27%)	431,3 (73%)
Lyfl. meltingarlæknar	17	629,6	206,4 (33%)	423,1 (67%)
Geðlæknar	34	539,7	161 (30%)	378,6 (70%)
Skurðlæknar	19	410,5	108,2 (26%)	302,2 (74%)
Húðlæknar	18	508,9	212,7 (42%)	296,2 (58%)
Þvafæralæknar	11	325,7	90,1 (28%)	235,5 (72%)
Kvensjúkdómalæknar	29	481	246,4 (51%)	234,6 (49%)
Barna- og unglíngageðlæknar	5	113,5	7,5 (7%)	106,1 (93%)
Lýtalæknar	6	157,9	53,7 (34%)	104,3 (66%)
Lyfl. gigtarlæknar	9	122,4	43,5 (36%)	79 (65%)
Taugalæknar	6	93,2	19,4 (21%)	73,7 (79%)
Lyfl. lungnalæknar	7	90,5	30,8 (34%)	59,7 (66%)
Lyfl. blóðmeinafræðingar	2	72,8	27,8 (38%)	45 (62%)
Lyfl. of- og ónæmislæknar	3	72,1	30,5 (42%)	41,5 (58%)
Lyfl. efnaskiptalæknar	6	59,9	23,7 (40%)	36,2 (60%)
Krabbameinslæknar	4	27,1	7,3 (27%)	19,8 (73%)
Öldrunarlæknar	4	22,5	3,6 (16%)	18,9 (84%)
Lyfl. nýrnalæknar	2	15,4	4,2 (27%)	11,2 (73%)
Endurhæfingarlæknar	1	6,7	3,9 (58%)	2,8 (42%)
Heimilislæknar	1	3,3	1,7 (52%)	1,6 (48%)
Samtals	357	8.374,3	2.332,2 (28%)	6.041,8 (72%)

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands

Til að fá nánari innsýn í greiðslur Sjúkratryggingastofnunar Íslands vegna ramma-samnings um lækningar utan sjúkrahúsa óskaði Ríkisendurskoðun eftir yfirliti um þá tíu aðila sem fengu hæstar greiðslur vegna samningsins árið 2016. Greiðslurnar voru á bilinu 49–69,7 m.kr. og var meðalfjárhæð þeirra 54,9 m.kr. Þá er ótalinn hluti sjúk-linga. Af þessum tíu aðilum voru þrír svæfingarlæknar, tveir hjartalæknar, tveir meltingarlæknar, tveir bæklunarlæknar og einn skurðlæknir. Vert er að taka fram að sérgreinalæknar þurfa að standa straum af launakostnaði starfsfólks og öðrum rekstrarkostnaði sem þeir greiða með þeim tekjum sem þeir fá frá Sjúkratryggingum Íslands og skjólstæðingum sínum. Þær fjárhæðir eru vafalaust mismunandi en upp-lýsingar um hverjar þær eru liggja ekki fyrir. Því er ekki unnt að bera saman afkomu einstakra lækna eða hópa lækna vegna samningsins. Að auki liggja ekki fyrir heild- stæðar mælingar á gæðum eða árangri einstakra aðila eða tiltekinna hópa sérgreina- lækna nema í takmörkuðum mæli (sbr. kafla 4.4). Slíkar úttektir eru á verksviði Embættis landlæknis samkvæmt lögum um landlækni og lýðheilsu. Ríkisendurskoðun telur ótvíræð tækifæri fyrir embættið að gera betur hvað það varðar.

Einingakerfið
getur haft áhrif á
veitta þjónustu

Greiðslubátttökukerfi Sjúkratrygginga Íslands tekur fyrst og fremst mið af unnum verkum og þeim þáttum sem snúa að kostnaði vegna aðgerða og lækningatækja. Greiðslur eru ekki tengdar með beinum hætti árangri og gæðum. Ef ekki eru til staðar hvatar til að takast á við heilsuvanda sjúkratryggðra með vægum úrræðum sem fela í sér fáar greiddar einingar samkvæmt samningi en skila árangri er ekki hægt að búast við að slíkum úrræðum sé beitt. Sem sakir standa hlýtur sú heilbrigðisþjónusta sem Sjúkratryggingar semja um að leita á þær brautir sem skilar þjónustuveitendum sem mestum ábata. Í þessu sambandi komu fram í viðtölum Ríkisendurskoðunar vegna þessarar úttektar efasemdir um að greiðslukerfið tæki nægjanlegt tillit til sérstöðu ólíkra sérgreina og þeirrar þjónustu sem þær veita. Á grundvelli rammamarkningsins virðast sumar sérgreinar m.ö.o. vera ábatasamari en aðrar.

Þess má geta að samkvæmt fjárlagafrumvarpi ársins 2018 sem var lagt fram á Alþingi í september 2017 mun lækniskostnaður Sjúkratrygginga Íslands verða 11,6 ma.kr. það ár. Fjárlög ársins 2017 gerðu ráð fyrir að hann yrði 9,7 ma.kr. og jafngildir þetta því hækkun um tæp 20%. Kostnaður vegna rammamarkningsins hefur verið stærsti út- gjaldaliður lækniskostnaðar Sjúkratrygginga Íslands. Ríkisendurskoðun gagnrýnir það aðhaldsleysi sem ríkt hefur með þennan útgjaldalið árum saman og ekkert lát virðist á.

Sambærilegir
annmarkar vegna
sjúkraþjálfunar

Benda má á að sambærilegrar þróunar hefur gætt vegna [rammasamnings](#) Sjúkra- trygginga Íslands um sjúkraþjálfun utan sjúkrahúsa. Samningurinn var undirritaður 13. febrúar 2014 og gildir til 1. febrúar 2019. Honum svipar til þess rammamarknings sem er í gildi um lækningar utan sjúkrahúsa að því leyti að hann uppfyllir ekki þær kröfur sem settar eru fram í lögum um sjúkratryggingar um að kveðið skuli á um magn og gæði keyptrar þjónustu. Þá kveður hann ekki á um hvar þjónustan skuli veitt eins og lögin gera kröfu um.

Í svari Sjúkratrygginga Íslands til Ríkisendurskoðunar vegna fyrirspurnar um ramma- samning um sjúkraþjálfun utan sjúkrahúsa kom m.a. fram að gerð hefði verið úttekt á fyrri samningi árið 2012. Á árinu 2013 hefði síðan verið unnið að því að finna lausn á því að halli hefði verið á fjárlagalið vegna sjúkraþjálfunar. Það hefði endað með því að

skilyrði til greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands voru hert. Sjúkraþjálfarar hefðu litið á þessa breytingu sem vanefnd á samningi og sagt sig fá honum. Í kjölfar þess var núgildandi samningur gerður sem gildir til 1. febrúar 2019.

Fyrirætlanir velferðarráðuneytis um að stemma stigu við vöxt útgjalda vegna sjúkraþjálfunar með breytingu á reglugerð um sjúkraþjálfun árið 2013 báru ekki árangur. Á árinu 2012 voru útgjöld Sjúkratrygginga Íslands vegna sjúkraþjálfunar um 1.751 m.kr. og á árinu 2016 náðu þau 2.419 m.kr. sem er 38,2% aukning. Á sama tímabili jukust komur einstaklinga úr tæplega 556 þúsundum í 639 þúsundir eða um 15%. Sjúkratryggingar Íslands lögðu til við heilbrigðisráðherra 20. febrúar 2018 að rammasamningi um sjúkraþjálfun utan sjúkrahúsa yrði sagt upp fyrir lok þess mánaðar og að gerður yrði nýr samningur um þjónustuna sem tæki gildi 1. september 2018. Möguleg samningsmarkmið hafa ekki verið skilgreind af hálfu stofnunarinnar en samkvæmt bréfi Sjúkratrygginga þarf með einhverjum hætti að ná tókum á magni veittrar þjónustu.

4.4 Úttektir Embættis landlæknis á þjónustu sérgreinalækna

Embætti landlæknis hefur lögbundið eftirlit með gæðum heilbrigðisþjónustu. Síðasta áratug hefur embættið gert 28 aðalúttektir á gæðum heilbrigðisþjónustu. Þar af hafa 14 verið vegna hjúkrunarheimila og heimaþjónustu fyrir aldraða, níu á heilsugæslu og starfsemi heilbrigðisstofnana og þrjár vegna vímumeðferðarstofnana. Einungis einni aðalúttekt hefur verið lokið á þeirri starfsemi sem heyrir undir rammasamning Sjúkratrygginga Íslands um heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa, sbr. [Úttekt – Sjálfstætt starfandi geðlæknar. Mat á gæðum og öryggi þjónustu](#) (febrúar 2016). Við þá úttekt kannaði embættið starfsemi 13 af 34 sjálfstætt starfandi geðlæknum.

Einungis ein úttekt gerð á þjónustu sérgreinalækna

Úttekt landlæknis leiddi í ljós ýmsa annmarka á þjónustu sjálfstætt starfandi geðlækna og fjölda tækifæra til úrbóta. Embættið setti fram tólf ábendingar sem spönnuðu vítt svið, t.d. að taka yrði mið af faglegum leiðbeiningum um vinnulag við greiningu og meðferð sjúklunga, auka yrði aðgengi að þjónustunni og endurskoða meðferðarlengd og skoða möguleika á að útskrifa sjúklunga til annarra meðferðaraðila svo sem heilsugæslu. Aðrar ábendingar kváðu á um vel skilgreindar breytingar, t.d. að lyfjum ætti að ávísa rafrænt og að atvikaskráning væri í samræmi við lög nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu. Þess má geta að Sjúkratryggingar Íslands könnuðu einnig starfsemi þeirra geðlækna sem störfuðu samkvæmt samningi við stofnunina í upphafi árs 2017 og gerðu athugasemdir við reikningsfærslur, skráningar og fleira hjá þeim læknum sem við átti.

Að mati Ríkisendurskoðunar hefði verið hægt að taka á ýmsum þeim atriðum sem Embætti landlæknis benti á með viðeigandi ákvæðum í samningi Sjúkratrygginga Íslands um þjónustuna. Þetta undirstrikar ágalla þess að gera einn rammasamning um þjónustu sérgreinalækna sem starfa á 26 ólíkum lækningasviðum. Með markvissum samningum má setja fram markvissar kröfur.

Nýta má ákvæði samninga til að stuðla að bættum árangri

Ríkisendurskoðun telur ljóst að úttektir Embættis landlæknis á gæðum heilbrigðisþjónustu geta og hafa dregið fram ýmsa veikleika sem mikilvægt er að bæta. Úttektir embættisins þyrftu að vera fleiri og markvissari og ná til allra þeirra sérgreina sem

rammasamningur Sjúkratrygginga Íslands um heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa nær til. Í viðtölum Ríkisendurskoðunar við fulltrúa Embættis landlæknis kom fram að embættinu skorti úrræði til að knýja fram lagfæringar á atriðum sem betur mættu fara, t.d. heimild til að sekta. Ríkisendurskoðun hvetur velferðarráðuneyti til að kanna hvort styrkja þurfi getu Embættis landlæknis til að sinna eftirliti með heilbrigðisþjónustu og hvort heimildir þess séu nægar til að eftirlitið skili árangri.

4.5 Vísbendingar um mikla notkun á þjónustu

Í könnun Embættis landlæknis, [Tíðni aðgerða í einkarekinni þjónustu 2007–2016](#) (september 2017), komu fram alvarlegar athugasemdir vegna fjögurra tegunda aðgerða sem falla undir rammamning Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa: Speglnir á hjám og ristli, röraisetningar og hálskirtlatökur. Í öllum tilvikum var tíðni þessara aðgerða mun meiri en í nágrannalöndunum. Í könnuninni kom fram að landlæknir hefði kallað forsvarsmenn háls-, nef- og eyrnalækna á fund sinn og óskað eftir skýringum. Engar haldbærar skýringar sem byggðu á læknisfræðilegum grunni hefðu komið fram. Þá hefði landlæknir óskað eftir aðgerðum félagsins.

Í viðtali sem fulltrúar Ríkisendurskoðunar áttu við háls-, nef- og eyrnalækni kom fram að mögulega hefðu læknar á tíðum verið fullröskir við að fjarlægja hálskirtla. Einnig kom fram í öðrum viðtölum vegna úttektarinnar að forráðamenn barna þrýsta gjarnan á um hálskirtlatöku og röraisetningu. Að mati Ríkisendurskoðunar er hætta á að við þessar aðstæður leggist á eitt afkastahvetjandi fyrirkomulag rammamnings Sjúkratrygginga Íslands og ásókn eftir þjónustunni óháð faglegu mati. Brýnt er að Sjúkratryggingar Íslands og heilbrigðisyfirvöld tryggi nauðsynlegt kostnaðaraðhald og að þjónustan sé veitt í samræmi við klínískar leiðbeiningar með tilliti til gæða og árangurs.

Í þessu samhengi má einnig benda á að á sama tíma og Sjúkratryggingar Íslands taka þátt í kostnaði vegna liðspeglana hjá sjálfstætt starfandi bæklunarlæknum eru enn biðlistar eftir liðskiptaaðgerðum sem bæklunarlæknar framkvæma á sjúkrahúsum. Að mati landlæknis gæti það að einhverju leyti tengst ólíkum greiðslukerfum í opinberri og einkarekinni þjónustu eins og bent var á í skýrslu McKinsey & Company [Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans – Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum](#) (september 2016).

Ríkisendurskoðun tekur undir þetta mat og telur að niðurstöður landlæknis bendi til að samningar Sjúkratrygginga Íslands séu í þessu tilfelli ekki nægilega markvissir og hagkvæmir. Fjárhagslegur hvati er fyrir sérgreinalækna að framkvæma aðgerðir innan rammamnings þeirra við Sjúkratryggingar Íslands en engir sambærilegir hvatar eru vegna liðskiptaaðgerða innan sjúkrahúsa. Í þessu tilfelli togast ólík greiðslukerfi innan heilbrigðiskerfisins á um sama starfsaflið sem getur bæði leitt til óvenju mikillar notkunar heilbrigðisþjónustu og óásættanlegra biðlista. Sjúkratryggingar Íslands geta með öðrum orðum ekki treyst því að fjármunum sé vel varið þótt læknar hafi áhuga á að veita tiltekna heilbrigðisþjónustu og einstaklingar að þiggja hana.

Hvatar sem geta stuðlað að of mikilli þjónustu

Skortir hvata til aukinnar framleiðni innan sjúkrahúsa

4.6 Ágreiningur milli lykilstofnana heilbrigðiskerfisins

Sjúkratryggingar Íslands hafa einnig tekið til skoðunar hnéspeglanir sérgreinalækna sem starfa á rammasamningi stofnunarinnar. Í skýrslu greiningardeildar stofnunarinnar [Hnéspeglanir – Umfang og kostnaður sjúkratrygginga](#) (júlí 2017) kom fram að ekkert þætti benda til annars en að sérgreinalæknar hafi unnið í samræmi við viðurkenndar klínískar leiðbeiningar og gagnreynda læknisfræði. Sjúkratryggingar Íslands eru því á öndverðu meiði við Embætti landlæknis hvað varðar þessar tilteknu aðgerðir. Andstæð sýn þessara stofnana í þessu máli vekur óneitanlega eftirtekt og hlýtur að kalla á nánari skoðun stjórnvalda.

Að mati Ríkisendurskoðunar er faglegur ágreiningur Sjúkratrygginga Íslands og Embættis landlæknis alvarlegt áhyggjuefni. Um er að ræða lykilstofnanir í heilbrigðiskerfinu sem þurfa lögum samkvæmt að hafa náíð samstarf við eftirlit með heilbrigðisþjónustu og heilbrigðisstarfsmönnum að því ógleymdu að Sjúkratryggingum Íslands ber að horfa til fyrirmæla og faglegra leiðbeininga við samningsgerð sína. Ólík afstaða stofnananna til hnéspeglana er dæmi um hversu ósamstíga þær eru. Ríkisendurskoðun telur brýnt að eftirlit með gæðum þeirrar heilbrigðisþjónustu sem Sjúkratryggingar Íslands semja um verði eftir og að tekið sé fullt tillit til fyrirmæla og leiðbeininga við samningsgerðina.

Einnig hefur verið uppi ágreiningur milli Landspítala annars vegar og Sjúkratrygginga Íslands hins vegar. Í reglugerð nr. 712/2010 um brýna læknismeðferð erlendis þegar ekki er unnt að veita nauðsynlega aðstoð hér á landi kemur m.a. fram að Sjúkratryggingar ákvarði hvort skilyrði greiðsluþátttöku séu fyrir hendi og hvar sá sjúkratryggði skuli njóta meðferðar. Samkvæmt sömu reglugerð er einnig heimilt að ákveða að sérgreinalæknar sem starfa erlendis veiti sjúkratryggðum meðferð á sjúkrahúsi hér á landi í stað þess að hinir sjúkratryggðu fari utan. Um þann kostnað fer samkvæmt samningum stofnunarinnar við viðkomandi sjúkrahús. Reglugerðin kveður á um að Sjúkratryggingar Íslands skuli hafa samráð við Landspítala og landlækni eftir því sem við á. Að mati Landspítala hefur verulega skort á það samráð við yfirstjórn spítalans sem hafi í sumum tilvikum betri yfirsýn um þá möguleika sem eru í boði en þeir læknar sem senda inn umsóknir beint til Sjúkratrygginga.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að gott samráð og samstarf verði milli Sjúkratrygginga Íslands og Landspítala vegna læknismeðferðar erlendis, einkum í ljósi sérstakrar stöðu spítalans í heilbrigðiskerfinu sem sérhæfðs háskólasjúkrahúss. Samkvæmt upplýsingum frá spítalanum hefur það reynst lærdómsríkt fyrir starfsfólk hans þegar erlendir sérfræðingar hafa komið til spítalans til að framkvæma flóknar eða sjaldgæfar aðgerðir. Vegna þeirrar stöðu sem spítalinn er í og þeirrar ábyrgðar sem hann ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu má velta því upp hvort tryggja ætti aðkomu hans að þessum ákvörðunum með skilyrðislausum hætti. Í því sambandi mætti t.d. taka til skoðunar að samningur spítalans um framleiðslutengda fjármögnun tæki til þeirrar læknismeðferðar sem veita þarf erlendis. Nánar er fjallað um þann samning í kafla 5.1.

Efla þarf eftirlit með gæðum

Ágreiningur um brýna læknismeðferð erlendis

Möguleg röskun á þjónustu heilbrigðisstofnana ríkisins

Togstreita um starfskrafta

Úttekt Ríkisendurskoðunar á rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands vegna þjónustu sérgreinalækna utan sjúkrahúsa leiddi einnig í ljós að samningurinn raski hugsanlega þeirri þjónustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Kveðið er á um að gæta þurfi að þessu atriði í 40. gr. laga um sjúkratryggingar. Áhyggjur af þessu komu m.a. fram í viðtölum við fulltrúa Landspítalans sem töldu einsýnt að margir læknar sæju hag sínum betur borgið með því að starfa að hluta eða alfarið utan spítalans og veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt rammasamningnum. Að mati Landspítala hefði hátt hlutfall lækna, sérstaklega eldri lækna, sem ynnu við spítalann í hlutastarfi valdið röskun á samfellu klínískrar þjónustu og hefði að öllum líkindum í för með sér að geta til klínískrar ákvarðanatöku væri ekki nægileg trygg á öllum tímum sólarhringsins.

Ríkið í samkeppni við sjálf sig um starfskrafta lækna

Ljóst er að ekki er hægt að þvinga lækna eða aðra til að starfa á Landspítala hafi þeir ekki áhuga á því. Engu að síður verður að huga að þeirri staðreynd að með rammasamningi Sjúkratrygginga Íslands um lækningar utan sjúkrahúsa geti sú staða komið upp að ríkið keppi við sjálf sig, þ.e. sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir, um starfskrafta sérgreinalækna. Því er afar mikilvægt að greiðslukerfi, fjárhagslegir hvatar, faglegar kröfur og eftirlit séu samanburðarhæf óháð því hvort um sé að ræða þjónustu ríkisrekinnna heilbrigðisstofnana eða þjónustu sem er aflað með samningum Sjúkratrygginga Íslands. Í því tilliti má ætla að samningur Sjúkratrygginga Íslands um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala verði jákvætt skref.

5 Samningar við Landspítala

5.1 Samningur um framleiðslutengda fjármögnun

Fram til ársins 2017 hefur Landspítali að mestu verið fjármagnaður með föstu framlagi í fjárlögum. Aðrir samningar, t.d. um biðlistaaðgerðir (sbr. kafla 5.2), hafa verið undantekningar frá þeirri reglu. Það umfang þjónustu sem spítalinn hefur veitt hefur ekki haft áhrif á fjármögnun hans. Lengi hefur verið vilji til að hverfa frá því og taka upp svokallaða framleiðslutengda fjármögnun (sjá kafla 3.2) á grundvelli DRG flokkunarkerfis (e. *Diagnosis Related Groups*) líkt og þekkist annars staðar á Norðurlöndum og innan OECD. Fulltrúar Landspítala bentu Ríkisendurskoðun m.a. á að með föstum fjárframlögum væru settar hömlur á aðstreymi bráðasjúklinga og í raun á þróun eftirspurnar almennt, t.d. vegna öldrunar þjóðarinnar og aukinnar byrði langvinnra sjúkdóma.

Samningur um innleiðingu slíkrar fjármögnunar var undirritaður 21. júní 2016 af fulltrúum Sjúkratrygginga Íslands og Landspítala og staðfestur af heilbrigðisráðherra og fjármála- og efnahagsráðherra. Samningurinn gildi frá 1. janúar 2016 og var unnið eftir honum til reynslu það ár án fjárhagslegra skuldbindinga fyrir Sjúkratryggingar Íslands og Landspítala. Með því átti að leiða í ljós þau áhrif sem breytt fjármögnunaraðferð myndi hafa. Breytt fjármögnun átti að auka gagnsæi þar sem þjónustan yrði kostnaðargreind. Stuðlað yrði að skynsamlegri úthlutun fjármagns og bættri nýtingu fjármuna í heilbrigðiskerfinu og skilvirkni ætti að aukast jafnframt því sem eftirlit með hagkvæmni og gæðum þjónustunnar yrði bætt. Þá yrði betri aðskilnaður milli hlutverka kaupanda og seljanda heilbrigðisþjónustunnar í samræmi við lög um sjúkratryggingar.

Í skýrslunni [Framleiðslutengd fjármögnun – DRG framleiðsla Landspítala 2016](#) (september 2017) tók greiningardeild Sjúkratrygginga Íslands saman reynsluna af framkvæmdinni. Landspítali gerði verulegar athugasemdir við drög að þeirri skýrslu og fannst lítið tillit tekið til þeirra í lokaútgáfu hennar. Landspítali taldi annars vegar að Sjúkratryggingar Íslands hefðu ekki nægilega þekkingu á grunneðli, tilgangi og notagildi DRG flokkunarkerfa og hins vegar að ályktanir um tækifæri til hagræðingar væru byggðar á misskilningi. Að mati Ríkisendurskoðunar er þetta ein birtingarmynd þeirrar togstreitu sem ríkir milli þessara tveggja mikilvægu stofnana.

Nýr samningur um framleiðslutengda fjármögnun var undirritaður 19. júní 2017 og gildir til ársloka 2019. Samningurinn byggir á sömu forsendum og fyrri samningur og kom að fullu til framkvæmda frá og með árinu 2018. Með samningnum skuldbinda Landspítali og Sjúkratryggingar Íslands sig til að stuðla að ábyrgri, skilvirkri og hagkvæmri opinberri fjárstjórn og starfsemi. Með hliðsjón af hagsmunum sjúklinga skulu samningsaðilar framfylgja megin stefnu heilbrigðisráðherra á málefnasviði sjúkrahúsþjónustu við framkvæmd samningsins. Samningurinn var staðfestur af heilbrigðisráðherra ásamt fjármála- og efnahagsráðherra.

Stefnt að bættri nýtingu fjármagns og markvissum kaupum

Breytt fjármögnun kom til framkvæmda frá og með árinu 2018

Markmið samningsins samkvæmt 2. gr. hans er að tengja saman fjármögnun spítalans og umfang þjónustu til að tryggja árangursríka heilbrigðisþjónustu og hagkvæma nýtingu fjármuna. Þó verður að hafa í huga að samningurinn hefur ekki áhrif á umfang fjármögnunarinnar heldur einungis form hennar. Umfangið, þ.e. fjármagnið, er ákvarðað í fjárlögum hvers árs og í ákvörðun ráðherra um fjárveitingar hverju sinni. Samningurinn tekur einungis til kaupa Sjúkratrygginga Íslands á klínískri þjónustu frá Landspítala byggðri á framleiðslumælingum í samræmi við svokallað NordDRG-IS flokkunarkerfi. Verkefni sem tengjast hlutverki spítalans á öðrum sviðum, s.s. kennslu- og vísindastarfi, eða stofn- og viðhaldskostnaður verða fjármögnuð með fastri fjárveitingu samkvæmt fjárlögum og öðrum tekjum, t.d. styrkjum, gjöfum og gjöldum.

Greiðslur vegna framleiðslu klínískrar þjónustu skiptast í fastan hluta (40%) og breytilegan (60%). Fasti hlutinn tekur mið af áætluðu umfangi þjónustunnar sem samið er um fyrirfram og Sjúkratryggingar Íslands inna greiðsluna af hendi í upphafi hvers mánaðar. Breytilegi hluti greiðslunnar fer fram þegar bráðabrigðauppgjör liðins mánaðar liggur fyrir og tekur mið af raunframleiðslu. Báðar greiðslur taka mið af skilgreindu verði og áætluðum fjölda svokallaðra DRG eininga.

DRG flokkun er notuð á sjúkrahúsum til að búa til einsleita sjúklingaflokka sem hver um sig tekur mið af sjúkdómsgreiningu, aðgerðum, meðferðum, kyni, aldri og eðli útskriftar. Hver flokkur er verðlagður sem gerir mögulegt að skilgreina allan kostnað að baki hverri aðgerð/meðferð. Aðferðin á rætur að rekja til Bandaríkjanna en hefur verið aðlöguð að mismunandi starfsemi í ólíkum löndum. Öll starfsemi Landspítala hefur verið greind samkvæmt NordDRG-IS flokkunarkerfinu frá árinu 2003 auk þess sem klínísk starfsemi hefur verið kostnaðargreind frá 2006. Spítalinn sjálfur hefur séð um innleiðingu og eftirlit með flokkuninni.

5.1.1 Gæðavísar

Samningur Sjúkratrygginga Íslands um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala gerir þá kröfu að þjónusta sé í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu og stefnu heilbrigðisráðherra um öryggi og hagsmuni sjúklinga og aðgengi þeirra að sjúkrahúsmeðferð. Í samningnum eru einnig ákvæði um gæðavísar sem Sjúkratryggingar Íslands hafa hingað til ekki nýtt nema að takmörkuðu leyti í samningum sínum. Að mati Ríkisendurskoðunar er um jákvæða þróun að ræða þar sem kaupandi þjónustunnar umbunar þjónustuveitanda ef tilteknum gæðamarkmiðum er náð. Þar með hefur þjónustuveitandi fjárhagslega hvata til að veita sem besta þjónustu. Í samningnum kemur fram að horfa skuli til þess við endurnýjun hans hvort uppfylling gæðaviðmiða verði meðal forsendna greiðslu.

Í þeim viðtölum sem starfsmenn Ríkisendurskoðunar áttu við sérgreinalækna komu fram jákvæð viðhorf til þess að nýta gæðavísar í auknum mæli í samningum þeirra við Sjúkratryggingar Íslands. Með því fengist bætt yfirsýn um gæði þeirrar þjónustu sem þeir veittu sem væri hægt að tengja við greiðslur. Með því yrði til fjárhagslegur hvati til að tryggja gæði þjónustunnar sem væri ekki til staðar í núverandi samningum. Faglegur metnaður og innleiðing traustra gæðakerfa hefði kostnað í för með sér og gæti því mögulega haft neikvæð áhrif á afkomu þeirra.

Í viðtölum Ríkisendurskoðunar við fulltrúa frá Embætti landlæknis kom fram að gæðavísar væru víða notaðir á Norðurlöndunum til að umbuna sjúkrahúsum nái þau settum markmiðum. Sá hluti fjármögnunarinnar hlýpi oft á nokkrum hundruðshlutum heildarfjármögnunar spítalanna og skapaði raunverulegan hvata til að auka gæði veittrar þjónustu.

Í samningnum eru skilgreindir 20 gæðavísar sem Landspítala er gert að fylgjast með á samningstímanum og birta upplýsingar um í samræmi við fyrirmæli og áherslur Embættis landlæknis. Nota á niðurstöður þeirra mælinga til að meta hvort framleiðslutengd fjármögnun hafi áhrif á gæði þjónustunnar. Að mati Ríkisendurskoðunar kann að reynast varasamt að draga ályktanir um áhrif og ágæti framleiðslutengdrar fjármögnunar út frá niðurstöðum mælinganna þar sem útfærsla samningsins er með þeim hætti að einungis lítill hluti fjárveitinga spítalans er háður framleiðni (sbr. kafla 5.1.2).

5.1.2 Takmörk magns veittrar þjónustu

Samkvæmt samningi Sjúkratrygginga Íslands og Landspítala um framleiðslutengda fjármögnun vegna ársins 2017 var áætluð heildarframleiðsla 44.500 DRG einingar og verð hverrar einingar 1.056.200 kr. Sem fyrr segir verður fjármögnun spítalans ekki tengd framleiðslu fyrr en með árinu 2018 en miðað við þessar forsendur væru greiðslur vegna samningsins rúmar 47 ma.kr. Í samningnum er skilgreint bæði hámark og lágmark greiðslna vegna samningsins.

Samkvæmt samningnum fær Landspítali greitt fyrir allan umsaminn einingafjölda svo framarlega sem sú klíniska þjónusta sem hann veitir er á bilinu 90–100% af áætluðum einingafjölda. Verði þjónustan minni en það skerðast greiðslurnar í samræmi við það, þ.e. prósentustig fyrir prósentustig. Það þýðir, svo að dæmi sé tekið, að ef einingafjöldinn verður 89% af upphaflegri áætlun skerðist greiðslan um 1%. Benda má á að samkvæmt þessu getur spítalinn dregið klíniska þjónustu saman um allt að 10% frá umsamdri áætlun án þess að fjármögnun til hans skerðist. Ríkisendurskoðun telur brýnt að Sjúkratryggingar Íslands tryggi að með þessari útfærslu skapist ekki hagræni hvatar fyrir spítalann til að grípa frekar til niðurskurðar á sviði klínískrar þjónustu en á þeim sviðum sem eru fjármagnaðir með föstu framlagi úr ríkissjóði.

Það svigrúm sem samningurinn gerir ráð fyrir ef Landspítali veitir meiri þjónustu en um er samið er mun þrengra. Með öðrum orðum er styttra upp í þak en niður í gólf. Komi spítalinn til með að veita klíniska þjónustu sem samsvarar milli 100–102% af áætluðum einingafjölda fær hann fullar greiðslur fyrir umfram einingar. Eftir það skerðast greiðslurnar um helming og ekkert er greitt fyrir þá klínísku þjónustu sem er umfram 102,3% af þeim einingafjölda sem gert var ráð fyrir. Það þýðir að greiðslur Sjúkratrygginga Íslands vegna samningsins verða aldrei umfram 102,15% af áætlaðri upphæð, jafnvel þótt spítalinn myndi framleiða meira en 102,3% af áætluðum fjölda eininga.

Í svari Landspítala við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar um tilurð samningsins kom fram að samningurinn byggði í grunninn á nánast óbreyttum fjárframlögum til spítalans og að sú fjárhæð sem ætluð væri til að mæta aukinni framleiðslu, þ.e. vegna veittrar

Ólíkir hvatar til kostnaðaraðhalds innan ólíkra sviða spítalans

2,15% þak á greiðslur fyrir klínísku þjónustu umfram áætlanir

Þjónustuviðmið
samningsins ekki
byggð á þarfa-
greiningu

þjónustu umfram áætlaðan einingafjölda, næmi um 600 m.kr. Eftirspurnin væri mun meiri en sá einingafjöldi segði til um. Spítalinn benti einnig á að samkvæmt skýrslu ráðgjafafyrirtækisins McKinsey & Co. fyrir heilbrigðisráðuneyti og fjárlaganefnd Alþingis væri kostnaður við þjónustu Landspítala allt að 50% lægri en á sambærilegum sjúkrahúsum í Svíþjóð.² Samkvæmt því væri rekstrargrundvöllur spítalans ekki sá sami og samanburðarspítalanna og honum þrengri stakkur sniðinn. Þetta breyttist ekki með nýjum samningi um framleiðslutengda fjármögnun þar sem hann grundvallaðist á þeim rekstrarforsendum sem nú giltu, þ.e.a.s. engin „leiðrétting“ hefði átt sér stað. Það mætti því segja að sjúkrahúsið hefji samningstímann með talsverðum halla.

Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar er samningurinn ekki útfærður þannig að hann taki mið af greiningu á þeirri þörf sem klínísk þjónusta á Landspítala á að svara, heldur sé horft til þeirra fjárframlaga sem spítalanum hafa verið mörkuð. Að mati Landspítala er hugsun „fastrar fjármögnunar á fjárlögum“ enn ráðandi og útgjöld umfram fjárveitingar munu koma fram í halla á rekstri spítalans.

Að mati Ríkisendurskoðunar eru forsendur þess að framleiðslutengd fjármögnun skili tilætluðum árangri þær að spítalinn hafi raunverulegan hvata til að auka framleiðni og geti brugðist við aukinni þörf sjúklunga eftir þjónustu. Mögulega væri hægt að kveða á um afslætti á einingarverði þegar tilteknu magni eininga er náð og eftir atvikum setja þak á hámarksfjármögnun. Þannig væru fjárframlög í framleiðslutengdri fjármögnun afleiða af eftirspurn eftir þjónustu. Í stað þess að ákveða fyrst heildarfjármögnun ætti að horfa til þess hversu mikla þjónustu spítalinn gæti veitt. Vegna þess hversu lítið svigrúm Landspítali hefur til að standa straum af aukinni þjónustu og hversu litlir hvatar eru til að auka framleiðni má færa rök fyrir því að útfærsla samningsins sé með þeim hætti að hann feli í sér hverfandi breytingu frá því hvernig spítalinn hefur verið fjármagnaður hingað til.

Óvíst að afköst og
framleiðni aukist

Ríkisendurskoðun telur óheppilegt að spítalinn geti mögulega dregið úr klínískri þjónustu sinni um allt að 10% án þess að það hafi áhrif á fjármögnun hans. Þá telur stofnunin óvíst að þak eins og sett er fram í samningnum auki afköst og framleiðni á Landspítala. Í þessu sambandi verður að hafa hugfast að Sjúkratryggingar Íslands taka þátt í kostnaði sjúklunga vegna lækninga utan sjúkrahúsa samkvæmt rammasamningi þar sem einungis er kveðið á um afslætti en ekki þak. Að mati stofnunarinnar þurfa Sjúkratryggingar Íslands og velferðarráðuneyti að taka afstöðu til þess hvernig jafna eigi þann mun sem er á greiðslukerfum þessara samninga.

Samningur um framleiðslutengda fjármögnun Landspítala er stærsti samningur sem gerður hefur verið um kaup á heilbrigðisþjónustu hérlendis. Því er mikilvægt að samningsaðilar leiti allra leiða til að útfæra hann með þeim hætti að hann muni í reynd hvetja Landspítala til bættrar skilvirkni og hagkvæmni með tilliti til árangurs og gæða þjónustunnar. Jafnframt verður að tryggja að útfærslan hvetji ekki til offramleiðslu og stjórnlausrar hækkunar á fjárframlögum, annaðhvort með stigvaxandi afslætti eða þaki sem tekur mið af þörfum sjúkratryggðra. Að mati Ríkisendurskoðunar mætti

² Reiknað út frá sambærilegum þjónustueiningum og að teknu tilliti til gengis og verðlags.

gjarnan horfa til þeirra samninga sem gerðir hafa verið við sjúkrahús í nágrenna- löndum Íslands.

5.1.3 Bið eftir aðgerðum

Starfsemi Landspítala eru settar ákveðnar skorður með því fjármagni sem honum er veitt. Slíkar skorður eru enn til staðar þó að hluti framlaga ríkisins sé tengdur við framleiðslu á klínískri þjónustu, sbr. það þak sem samningurinn felur í sér. Þær skorður birtast m.a. í löngum biðtíma sjúklinga eftir þeim aðgerðum sem tafla 5.1 veitir yfirlit um miðað við stöðuna í júní 2017.

5.1 Aðgerðir sem sjúklingar höfðu beðið eftir í 90 daga í júní 2017			
Aðgerðarheiti	Fjöldi á biðlista	Þar af >90 daga	Hlutfall
Skurðaðgerðir á augasteini	983	451	46%
Gerviliðaaðgerðir á hné	399	278	70%
Gerviliðaaðgerðir á mjöðm	210	139	66%
Valdar aðgerðir á grindarholslíffærum kvenna	146	84	58%
Aðgerðir vegna kviðslits	116	80	69%
Hjarta- og/eða kransæðamyndataka	234	52	22%
Aðgerðir til brjóstaminnkunar	57	42	74%
Brottnám legs	80	41	51%
Gallsteinaaðgerðir eða steinbrjóstmeðferð	89	34	38%
Aðgerðir v/ vélindabakflæðis og þindarslits	41	27	66%
Endurgerð brjóst (brjóstauppbygging)	38	16	42%
Viðgerðir á nefskipt	30	12	40%
Úrnám hálskirtla	18	9	50%
Brottnám hvekkis um þvagrás	21	9	43%
Skjaldkirtilsaðgerðir	24	8	33%
Brjóstnám	18	7	39%
Aðgerðir á hjartalokum	12	5	42%
Brjósksloaaðgerðir	34	3	9%
Ófrjósemisaðgerð kvenna	9	3	33%
Aðgerðir til að bæta heyrn	3	2	67%
Úrnám úr hluta brjóst	9	1	11%
Aðgerðir v/ nýrnasteina og steina í nýrnaleiðurum	4	1	25%
Samtals	2.575	1.304	51%

Heimild: Landspítali

Í júní 2017 höfðu rúmlega 1.300 beðið lengur en 90 daga eftir 22 mismunandi aðgerðum. Þegar þær upplýsingar sem tafla 4.1 veitir eru skoðaðar verður að hafa í huga að samkvæmt viðmiðum Embættis landlæknis er 90 daga biðtími ósættanlegur. Í skýrslu McKinsey & Company *Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans – Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum* (september 2016) kom fram að á árunum 2011–15 hefði vaxandi hlutfall sjúklinga þurft að bíða lengur en þrjá mánuði eftir aðgerð. Því er ljóst að þessi vandi er ekki nýr af nálinni.

Í júní 2017 höfðu um 1.300 beðið aðgerðar lengur en 90 daga

Óhóflega löng bið sjúklinga eftir aðgerðum getur m.a. haft í för með sér þjóðhagslega neikvæð áhrif að teknu tilliti til vinnutaps og annarra ruðningsáhrifa. Þar að auki öðlast sjúkratryggðir rétt til að leita sér lækninga erlendis með greiðsluþátttöku Sjúkratrygg-

Löng bið hefur neikvæð áhrif á heilsu og hagkvæmni

inga Íslands þurfi þeir að bíða lengur en 90 daga eftir aðgerð. Grundvöllur greiðsluþátttökunnar er reglugerð nr. 442/2012 um gildistöku reglugerða Evrópusambandsins um almannatryggingar, sbr. 53. gr. laga um sjúkratryggingar. Greiðsluþátttakan þarf að vera læknisfræðilega réttlætanleg og taka mið af heilsufarsástandi hins sjúkratryggða og líklegri framvindu sjúkdómsins. Læknir hins sjúkratryggða þarf í þeim tilvikum að staðfesta bið á þar til gerðu umsóknarblaði. Sé hún samþykkt greiða Sjúkratryggingar kostnað vegna meðferðar, ferða og uppihalds. Stofnuninni er einnig gert að taka þátt í kostnaði vegna fylgdarmanna.

Kostnaður vegna aðgerða erlendis gæti aukist vegna biðtíma

Á árinu 2015 voru samþykktar tvær umsóknir um meðferð erlendis vegna of langs biðtíma eftir aðgerð á Íslandi. Ári síðar voru þær fimm talsins. Af þessum sjö aðgerðum voru tvær vegna liðskipta á hné og fimm vegna liðskipta á mjöðm. Meðalkostnaður á hverja aðgerð vegna liðskipta á mjöðm var um 2,2 m.kr. og rúmar 1,4 m.kr. vegna liðskipta á hné. Haldi sama þróun áfram er ljóst að kostnaður ríkissjóðs mun aukast. Ríkisendurskoðun hvetur Sjúkratryggingar Íslands til að leita allra leiða til að lágmarka þann kostnað og haga samningum sínum og kaupum á heilbrigðisþjónustu í þá veru.

Að mati Ríkisendurskoðunar er ljóst að kostnaður vegna aðgerða sem beðið er eftir muni á endanum lenda á Sjúkratryggingum Íslands með einum eða öðrum hætti. Fátt bendir til þess að kostnaður vegna þeirra sé hærrí á Landspítala en annars staðar í heilbrigðiskerfinu eða á erlendum sjúkrahúsum. Þjóði hins vegar aðrir þjónustuaðilar hagkvæmari eða árangursríkari þjónustu en Landspítali þarf vart að taka fram að Sjúkratryggingar Íslands hafa val um að kaupa hana af þeim með hliðsjón af lögum um sjúkratryggingar og stefnumörkun heilbrigðisráðherra um kaup á heilbrigðisþjónustu.

Biðlistaátök samrýmast ekki markvissum kaupum

Því er vænlegt að mati Ríkisendurskoðunar að framleiðslutengd fjármögnun verði innleidd með þeim hætti að Landspítali geti sinnt þeim verkefnum sem honum ber að sinna á hagkvæman hátt og án óhóflegs biðtíma. Með því yrði horfið frá þeirri tilhögun að gera sérstaka samninga um biðlistaaðgerðir við spítalann líkt og gert hefur verið um þær tegundir aðgerða sem mest bið hefur verið eftir, þ.e. augasteins- og liðskipta-aðgerðir. Slík biðlistaátök samrýmast ekki þeim markmiðum sem stjórnvöldum eru sett um að kaupa og semja um heilbrigðisþjónustu á markvissan hátt. Þá taka biðlistaátök einungis á hluta vandans þar sem bið eftir mörgum öðrum aðgerðum hefur verið meiri en viðmið landlæknis segja til um.

5.2 Samningar um biðlistaaðgerðir

Biðlistar myndast þegar þörf fyrir heilbrigðisþjónustu er meiri en mögulegt er að veita. Embætti landlæknis hefur kannað hvaða markmið eru sett í nágrannalöndum okkar um aðgengi að heilbrigðisþjónustu og skilgreint viðmiðunarmörk um hvað getur talist ásættanleg bið eftir þjónustu. Eftirfarandi viðmið gilda:

- ✓ Samband við heilsugæslustöð samdægurs.
- ✓ Viðtal við heilsugæslulækni innan 5 daga.
- ✓ Skoðun hjá sérfræðingi innan 30 daga.
- ✓ Aðgerð/meðferð hjá sérfræðingi innan 90 daga frá greiningu.

Athygli vekur að fyrrnefnd biðlistaátök vegna augasteins- og liðskiptaaðgerða voru gerð með samkomulagi milli velferðarráðuneytis og tiltekinnar þjónustuveitenda án aðkomu Sjúkratrygginga Íslands. Ríkisendurskoðun minnir enn á lögbundið hlutverk Sjúkratrygginga og mikilvægi skýrrar verkaskiptingar þeirra og ráðuneytisins.

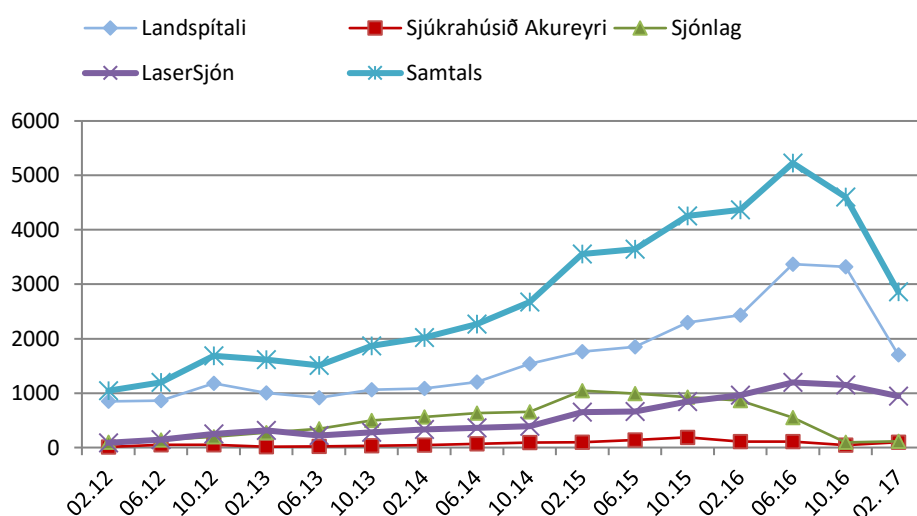
5.2.1 Samningar um augasteinsaðgerðir

Velferðarráðuneyti undirritaði í apríl 2016 samkomulag við augnlæknastöðina Sjónlag hf. og Landspítala um aðgerðir til að vinna á löngum biðlistum sem höfðu myndast eftir augasteinsaðgerðum. Ekki er ljóst á hvaða forsendum gengið var til samninga við þessa aðila eða hvaða sjónarmið lágu til grundvallar. Sjónlag hf. tók að sér 1.000 aðgerðir en Landspítali 1.790 slíkar aðgerðir.

Mynd 5.2 sýnir þróun síðustu fimm ára á þeim fjölda sem beðið hafa eftir augasteinsaðgerðum lengur en 90 daga. Í febrúar 2012 var beðið eftir aðgerð á 850 augasteinum (510 manns) á Landspítala og 200 augasteinum hjá Sjúkrahúsinu á Akureyri, LaserSjón ehf. og Sjónlagi.³ Samtals voru þetta því um 1.050 augasteinar. Biðlistar náðu hámarki í júní 2016 en þá hafði verið beðið í 90 daga eða meira eftir aðgerð vegna 5.230 augasteina hjá þessum aðilum. Í febrúar 2017 hafði sá fjöldi minnkað verulega og var þá um 2.860 augasteinar.

Átaksaðgerðir
drógu úr langri
bið

5.2 Bið umfram 90 daga vegna augasteinsaðgerða



Heimild: Embætti landlæknis

Biðlistaátakið skilaði þeim árangri sem að var stefnt þegar á heildina er litið, þ.e. biðlistar drógust saman. Samt sem áður má velta upp þeirri spurningu út frá þeim gögnum sem mynd 5.2 sýnir hvort ekki hefði verið rétt að bregðast fyrir við vandanum með markvissum hætti. Heildarfjöldi þeirra sem höfðu beðið lengur en 90 daga eftir aðgerð tæplega tvöfaldaðist frá því í febrúar árið 2012 til sama tíma árið 2014, þ.e. úr 1.040 augasteinum í 2.020. Þá verður að benda á að biðlistar drógust einungis saman hjá

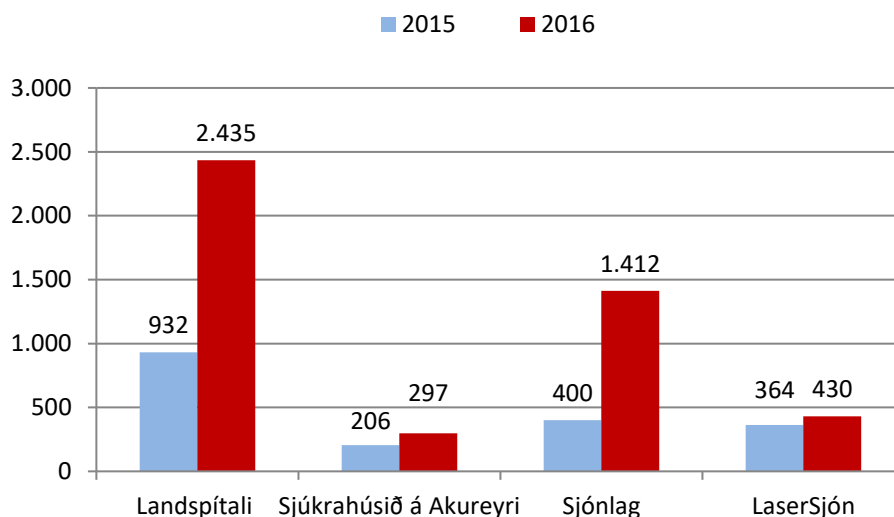
³ Skráningar á biðlista á Landspítala byggjast á fjölda einstaklinga en fjöldi augna hjá öðrum þjónustuaðilum. Skv. upplýsingum frá Sjónlagi hafa um 35% þeirra skjólstæðinga þurft aðgerð á öðru auga og 65% á báðum augum. Til samræmis áætla Ríkisendurskoðun því fjölda augna á biðlista hjá Landspítala.

Aðgerðum fjölgaði hjá aðilum sem ekki tóku þátt í átakinu

Þeim aðilum sem gert var samkomulag við, þ.e. Landspítala og Sjónlagi. Þeim sem biðu aðgerða hjá LaserSjón fækkaði mun minna. Að mati Ríkisendurskoðunar veur þetta fyrirkomulag biðlistaátaka upp þá spurningu hvort nægilegs jafnræðis sé gætt milli þeirra einstaklinga sem bíða eftir aðgerðum enda eru biðlistar ekki samræmdir.

Á mynd 5.3 má sjá fjölda framkvæmdra augasteinsaðgerða á Landspítala, Sjúkrahúsinu á Akureyri, Sjónlagi og LaserSjón á tveimur 12 mánaða tímabilum, annars vegar frá 1. febrúar 2015 til 31. janúar 2016 og hins vegar frá 1. febrúar 2016 til 31. janúar 2017. Tímabilin samsvara svo að segja árunum 2015 og 2016 en á síðara árinu hófst biðlistaátakið. Eins og nærri má geta fjölgaði aðgerðunum mest hjá Landspítala (1.503 aðgerðir) og Sjónlagi (1.012 aðgerðir). Þrátt fyrir að hafa ekki verið aðilar að biðlistaátaki velferðarráðuneytis fjölgaði aðgerðum einnig hjá Sjúkrahúsinu á Akureyri og LaserSjón, þ.e. um 91 hjá sjúkrahúsinu og um 66 hjá LaserSjón.

5.3 Fjöldi augasteinsaðgerða árið 2015 og 2016*



*Fyrir árið 2015 er miðað við 1.2.2015–31.1.2016 og fyrir 2016 er miðað við 1.2.2016–31.1.2017. Heimild: Embætti landlæknis

Fjárfestingar ríkisins í tækja-búnaði án lang-tímastefnu

Athygli veur að Landspítali varð að bæta aðstöðu sína til að geta tekist á við aukinn fjölda augasteinsaðgerða. Sem hluta af samningnum fékk spítalinn því 53 m.kr. greiddar vegna stofnkostnaðar. Að mati Ríkisendurskoðunar skýtur skökku við að ákvarðanir um fjárfestingar í innviðum spítalans séu teknar á grundvelli samkomulaga um biðlistaátök. Slíkar ákvarðanir snúa að því hvers konar heilbrigðisþjónustu spítalinn á að veita til lengri tíma litið og verða að teljast stefnumarkandi.

Að frátöldum fyrrgreindum stofnkostnaði voru greiðslur til Landspítala fyrir hverja aðgerð á auga rúmar 74 þús.kr. að frádregnum hluta sjúklings. Sé stofnkostnaðinum bætt við var kostnaður ríkisins tæplega 104 þús.kr. fyrir hverja aðgerð. Sú staðreynd er eftirtektarverð því að samkvæmt samningi sem velferðarráðuneyti fól Sjúkratryggingum Íslands að gera við Sjónlag vegna þessara aðgerða voru greiddar 104 þús.kr. fyrir hverja aðgerð að frádregnum hluta sjúklings. Ekki er ljóst hvort allra leiða hafi verið leitað til að tryggja sem hagstæðust kjör fyrir hönd ríkisins við þessi kaup.

Við þetta verður að bæta að árið 2017 var á ný ráðist í biðlistaátak vegna augasteins- aðgerða. Að einhverju leyti má segja að það hafi verið fyrirséð í ljósi þess vanda sem blasti við. Samkvæmt ákvörðun velferðarráðuneytis fékk Landspítali þá greiddar ríflega 90 þús.kr. fyrir hverja aðgerð og í apríl 2017 fól ráðuneytið Sjúkratryggingum Íslands að bjóða Sjónlagi og LaserSjón að taka þátt í átakinu og fá greiddar 108 þús.kr. fyrir hverja aðgerð. Athygli vekur að Landspítali var reiðubúinn til að taka að sér þessar aðgerðir á lægra verði en einkaaðilar.

Ríkisendurskoðun telur að þetta verklag við kaup og samninga á heilbrigðisþjónustu sé hvorki í samræmi við markmið laga um sjúkratryggingar né reglugerð um kaup á heilbrigðisþjónustu. Ákvarðanir velferðarráðuneytis um að verja fé til uppbyggingar á getu Landspítala til að framkvæma augasteinsaðgerðir þýða að spítalinn er nú fær um framkvæma fleiri aðgerðir en áður og fyrir minni kostnað. Vegna þess fjölda aðgerða sem ráðist var í voru greiðslur til spítalans strax á fyrsta ári átaksins hærri en námu stofnkostnaði. Með samningi um biðlistaátak var því í raun tekin ákvörðun um hvaða heilbrigðisþjónustu Landspítali ætti að veita til framtíðar lítið.

Verklag hvorki í samræmi við markmið laga né reglugerð

5.2.2 Liðskiptaaðgerðir

Hluti af því samkomulagi sem velferðarráðuneyti gerði við Landspítala 26. apríl 2016 voru 204 aðgerðir vegna mjaðmaskipta og 136 vegna hnjáskipta. Greiðslur til Landspítala voru tvenns konar, annars vegar vegna stofnkostnaðar og hins vegar fyrir aðgerðirnar sjálfar. Stofnkostnaður vegna mjaðmaskipta nam 75 m.kr. og 50 m.kr. vegna hnjáskipta. Fyrir hverja mjaðma- og liðskiptaaðgerð fékk Landspítali greiddar 1.256 þús.kr.

Að mati Ríkisendurskoðunar er bið eftir liðskiptaaðgerðum óásættanlega löng og veldur auknum kostnaði hjá Sjúkratryggingum Íslands vegna liðskiptaaðgerða sem fara fram á erlendum sjúkrahúsum. Stofnunin beinir því til velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga Íslands að samningur við Landspítala um framleiðslutengda fjármögnun verði útfærður með þeim hætti að ekki þurfi að koma til greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands vegna liðskiptaaðgerða á erlendri grundu.

Bið eftir liðskiptaaðgerðum of löng

5.3 Leiga á insúlíndælum

Um árabíl var í gildi samkomulag milli Sjúkratrygginga Íslands og Landspítala að göngu- deild sykursjúkra annaðist innkaup og úthlutun á insúlíndælum til að nota utan sjúkrahúsa. Samkvæmt samkomulaginu voru innkaupin í samráði við hjálpartækjamiðstöð Sjúkratrygginga Íslands og hittust fulltrúar spítalans og hjálpartækjamiðstöðvar einu sinni á ári til að fara yfir gæði og árangur þjónustunnar.

Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands kom að því að Landspítali taldi að umsýsla í kringum kaupin væri orðin of mikil og lagði því til að Sjúkratryggingar Íslands keyptu dælurnar milliliðalaust af innflytjandanum. Úr varð að stofnunin gerði samning við innflytjandann um leigu á dælum með gildistöku frá 1. janúar 2015. Nú sækja læknar Landspítala um insúlíndælur fyrir sjúkratryggða einstaklinga sem þurfa á slíkum dælum að halda til hjálpartækjamiðstöðvar Sjúkratrygginga Íslands. Að fengnu samþykki stofnunarinnar, sem birtist í Gagnagátt hennar og innflytjandinn hefur

aðgang að, er afgreiðslunni lokið. Að mati stofnunarinnar hefur þessi breyting einfald-
að ferlið og gert það skilvirkara.

5.3.1 Þjónusta takmörkuð án viðunandi greininga

Þann 8. janúar 2016 rituðu yfirlæknir barnalækninga á Barnaspítala Hringisins og fram-
kvæmdastjóri Kvenna- og barnasviðs Landspítala bréf til Sjúkratrygginga Íslands. Þar
kom fram að síðastliðinn áratug hefðu u.þ.b. 18 börn á ári greinst með sykursýki 1.
Góð blóðsykurstjórnun væri mjög mikilvæg til að forðast alvarlega fylgikvilla og miklar
framfarir hefðu orðið í meðferð á sjúkdómnum. Mætti þar nefna betra insúlín,
blóðsykurmæla og penna til insúlíngjafa. Til viðbótar hefðu insúlíndætur verið í notkun
á Íslandi s.l. áratug. Nýlegar rannsóknir á sænskum ungmönnum bentu til 30% hærrí
dánartíðni hjá þeim sem var gefið insúlín með pennum en þeim sem fengu dætur.

Í bréfinu kom einnig fram að það hefði ekki verið fyrr en á árinu 2015 sem tryggt var
að byrja mætti með 30 nýjar dætur árlega. Tólf dætur komu í hlut barna og 18 fullorð-
inna. Í byrjun árs 2016 voru 20 börn og unglingar á biðlista eftir dælum og sum höfðu
beðið meira en tvö ár. Þær tólf dætur sem áformað var að taka í notkun á árinu 2016
stytta því ekki biðlistann þar sem ný börn bættust á hann. Því þyrfti augljóslega að
fjölga þeim insúlíndælum sem væru til ráðstöfunar fyrir börn og unglinga, bæði til að
stytta langa biðlista og einnig til að halda í við þarfir sem mynduðust á komandi árum.

Forsvarsmenn Landspítala höfðu í janúar 2013 ritað sams konar bréf til Sjúkra-
trygginga Íslands til að hvetja stofnunina til að kaupa fleiri insúlíndætur. Þeir bentu á
að hætta á alvarlegu blóðsykurfalli (meðvitundarleysi, krampar) væri samkvæmt
rannsóknum minni meðal þeirra sem notuðu insúlíndætur en hjá þeim sem fengu
pennamedferð. Einnig væru lífsgæði metin meiri hjá þeim sem væru á dælum meðferð. Í
bréfinu komu fram gefnar forsendur um að sjúklingur með dælu notaði minna magn
af insúlíni en með penna. Árlegur sparnaður í lyfjakostnaði væri um 114 þús.kr. Þegar
einstaklingurinn notaði dælu frekar en penna.

Í ofangreindum bréfaskrifum kom ekki fram hver væri kostnaður við hverja dælu.
Ríkisendurskoðun leitaði því til innflutningsaðila insúlíndælanna sem getið var um í
bréfinu frá í janúar 2016. Samkvæmt upplýsingum frá honum hefur leiguverð hversrar
dælu verið um 80 evrur á mánuði síðustu ár. Það jafngildir um 13.700 kr. miðað við
verðlag í janúar 2013 eða um 164 þús.kr. á ári. Sem fyrr segir var árlegur sparnaður í
lyfjakostnaði með notkun dælu var á þeim tíma talinn vera um 114 þús.kr. Því mætti
líta svo á að hver dæla hafi kostað um 50 þús.kr. á ári umfram þá fjárhæð sem annars
væri varið til hefðbundinnar lyfjagjafar. Þann kostnaður verður að veða á móti árangurs-
ríkari meðferð og bættum lífsgæðum bæði sjúklingsins og aðstandenda.

Sykursýki 1 hjá börnum er alvarlegur sjúkdómur sem skerðir lífsgæði þeirra og for-
ráðamanna þeirra. Sýnt hefur verið fram á að meðferð með insúlíndælum er árangurs-
ríkari en meðferð með insúlínpennum og bætir lífsgæði bæði barna og forráðamanna
þeirra. Í viðtölum sem starfsmenn Ríkisendurskoðunar áttu við fulltrúa frá Landspítala
komu fram áhyggjur af því að bið eftir dælum gæti mögulega leitt til varanlegs skaða.
Einnig komu fram efasemdir um að nægilegs jafnræðis væri gætt með því að sum börn
fengju insúlíndætur en ekki önnur. Þar sem búið væri að innleiða þessa nýju tækni

Löng bið eftir
insúlíndælum

Fjárhagslegur og
heilsufarslegur
ávinningur af
notkun dælna

væri Sjúkratryggingum ekki stætt á að kvótasetja hana með þeim hætti sem gert hefði verið. Ríkisendurskoðun tekur ekki afstöðu til þeirra atriða þar sem það er fremur í verkahring umboðsmanns Alþingis.

Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands var markmið þjónustusamningsins um insúlíndælur m.a. að stytta biðtíma eftir þjónustunni. Fjöldi dæla fyrir nýja notendur hefði verið takmarkaður við þann fjölda sem Landspítali gæti sinnt á hverju ári með viðeigandi kennslu um notkun (grunnþjálfun, fræðilegar upplýsingar og eftirlit með sykurstjórnun). Miðað hefði verið við 30 dælur til nýrra notenda á ári, 18 fyrir fullorðna og 12 fyrir börn og unglínga. Á árinu 2016 hefði komið fram að biðlistar væru að lengjast. Þetta hefði verið rætt á fundi með fulltrúum Landspítala í apríl það ár og niðurstaðan verið sú að skoðuð yrði aukning um 20 insúlíndælur á árinu 2016 fyrir börn, til viðbótar þeim 12 sem áður hafði verið reiknað með fyrir nýja notendur. Á árinu 2016 hefðu verið afgreiddar samtals 36 dælur þar af 21 til barna og unglínga og 43 dælur árið 2017, þar af 18 til barna og unglínga. Frá árinu 2017 yrði miðað við 40 nýjar dælur, þar af 16 fyrir börn. Í lok janúar 2018 voru 16 börn á biðlista og 10 fullorðnir á biðlista eftir insúlíndælum.

Biðlistar lengdust árið 2016

Í viðtölum Ríkisendurskoðunar við sérgreinalækna kom fram að auk þess sem fylgikvillar sykursýki 1 væru í sumum tilvikum alvarlegir fyrir sjúklingana væru þeir einnig kostnaðarsamir, bæði fyrir sjúklinginn og ríkið. Sá kostnaður væri mun hærri en aukinn kostnaður við að nota insúlíndælu fremur en penna. Þá væri sú sérfræðikunnátta sem nauðsynleg væri til að veita þjónustu við notkun á sykursýkisdælum til staðar hjá sjálfstætt starfandi sérgreinalæknum. Því ættu Sjúkratryggingar Íslands ekki að þurfa takmarka leigu á dælum út frá afkastagetu Landspítala. Þá hefur Læknafélag Reykjavíkur bent á að röksemdir um ábata af leigu á sykursýkisdælum eigi ekki síður við varðandi fullorðna en börn. Að mati félagsins er brýnt að fram fari kostnaðar-ábatagreining og endurskoðun á þeim fjöldatakmörkunum sem eru til staðar.

Að mati Ríkisendurskoðunar er notkun á insúlíndælum lýsandi dæmi um mikilvægi þess að samningar Sjúkratrygginga Íslands um heilbrigðisþjónustu verði að byggja á vönduðum kostnaðar- og ábatagreiningum og tryggi jafnt aðgengi sjúkratryggðra að þjónustunni. Út frá fyrirliggjandi gögnum er vandséð að fjármunum sé illa varið með leigu á insúlíndælum og að slík þjónusta geti í raun haft í för með sér umtalsverðan ábata. Ríkisendurskoðun telur brýnt að Sjúkratryggingar Íslands taki þessi atriði til endurskoðunar.

Byggja þarf samninga um heilbrigðisþjónustu á vönduðum greiningum



Ríkisendurskoðun – Bríetartúni 7
Pósthólf 5350 – 125 Reykjavík
Sími 569-7100
postur@rikisend.is – www.rikisendurskodun.is