

Ritstjórnargrein

Er þörf forgangsröðunar í heilbrigðismálum?

Forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu hefur verið nokkuð vinsælt umræðuefni undanfarið. Ég hef verið meðal þeirra sem hef gagnrýnt þessa umræðu fyrir að vera ómarkvissa, takmarkaða og oft á tíðum ruglandi (1). Færa má rök að því að heppilegt sé að skoða forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu eins og hún eigi sér stað á nokkrum þrepum. Ástæðan er sú að umfjöllunarefni, rök, vandamál, aðferðir og lausnir eru ekki endilega þau sömu á öllum þessum þrepum.

Forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu hefur venjulega verið skipt í þrjú stig eða þrep sem eru; a) forgangsröðun í meðferð tiltekinna einstaklinga, b) forgangsröðun innan stofnana eða landsvæða og c) forgangsröðun fyrir þjóðina alla.

Í grein sem birtist nýlega í Læknablaðinu bætti Torfi Magnússon við fjórða stiginu sem er *skipting fjárlaga* en á því þrepi er ákveðið hve stórum hluta fjárlaga er veitt til heilbrigðismála ár hvert (2). Venjulega er þetta stig forgangsröðunar haft fyrir þjóðina alla en stundum getur hentað að afmarka það frá hinum.

Á öðru stigi er um að ræða *forgangsröðun í heilbrigðismálum þjóðarinnar*. Á þessu þrepi á að taka margar mikilvægar og stefnumarkandi ákvarðanir, til dæmis hver eiga að vera verkefni og markmið heilbrigðisþjónustunnar í landinu. Á þessu stigi fer fram yfirstjórnin og samræmingin í heilbrigðiskerfinu. Hér á að ákveða hvernig fjármagni sem veitt hefur verið til heilbrigðiskerfisins er skipt til ýmissa verkefna; stofnana, nýbygginga, tækjabúnaðar og

jafnvel stöðugilda svo eitthvað sé nefnt. Hér á að fjalla um verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins, til dæmis milli heilsugæslu, sjúkrahúsa og einkarekinna stofnana. Hér á að ákveða hvaða starfsstétt á að vinna hvaða störf og hvaða starfsstéttir eru nauðsynlegar til að heilbrigðiskerfið virki eins og til er ætlast. Hér þarf líka að ákveða hvaða stofnanir eiga að sinna sérverkefnum sem eru of sjaldgæf eða of vandasöm til að vinna þau á hvaða stofnun sem er.

Umræða um forgangsröðun sjúklingahópa á að fara fram á þessu stigi, það er að segja hvort einn sjúklingahópur eigi að hafa forgang fram yfir annan eða hvort veita skuli eina meðferð á kostnað annarrar. Þessi umræða þarf auðvitað að vera málefnaleg og taka mið af verkefnum og markmiðum heilbrigðiskerfisins en má ekki stjórna af stundaræsingi.

Forgangsröðun innan landsvæða eða stofnana er millistig milli forgangsröðunar fyrir þjóðina annars vegar og einstaklinga hins vegar. Hér er um að ræða ákvarðanir teknar af sveitarstjórnnum eða sjúkrahússtjórnnum og/eða heilsugæslustjórnnum um það hvaða verkefnum þær ætli að sinna og hvernig, innan þess ramma sem þeim er settur af heilbrigðisráðuneyti og því fjármagni sem til þeirra er skammtað. Hér myndu einnig vera ákvarðanir um hvernig stofnanirnar ætli að eyða fjármagni sínu í tæki, mannafla, lyf, aðstöðu og annað.

Þegar rætt er um *forgangsröðun í meðferð tiltekinna einstaklinga* er verið að fjalla um það hvernig velja skuli milli einstakra sjúklinga þegar ekki er til nóg handa öllum. Skort getur hæft starfsfólk, lyf, tíma, aðstöðu eða eitthvað annað. Skorturinn getur verið tímabundinn eða varanlegur. Þetta ástand skapast meðal annars þegar einn læknir þarf að sinna tveimur

eða fleiri sjúklingum á sama tíma. Þessi tegund forgangsröðunar er vel þekkt meðal heilbrigðisstarfsfólks og lenda flestir læknar í þessari aðstöðu á hverjum degi (3–6).

Samspil þrepanna

Þó svo hér hafi verið fjallað um hvert þrep eins og þau væru aðskilin þá er þetta auðvitað ekki svo. Hvert einasta þrep hefur áhrif á hin og ákvarðanir sem teknar eru á einu þrepi geta haft áhrif á ákvarðanir á hinum þrepanum. Þannig getur ákvörðun um mjög dýra meðferð fyrir einn sjúkling minnkað það fjármagn sem hægt er að eyða í meðferð annarra sjúklinga. Ákvörðun um mjög dýra meðferð fyrir einhvern sjúklingahóp getur valdið því að minna er til skiptanna fyrir aðra sjúklingahópa. Einnig getur ákvörðun um að skilgreina ákveðið ástand sem sjúkdóm haft áhrif á þá meðferð sem sjúklingurinn fær. Það að ákveða að sinna ekki einhverju ástandi innan heilbrigðiskerfisins getur líka haft áhrif á þjónustuna sem einstaklingar er þar falla undir fá. Ákvarðanir um að minnka fjármagn til heilbrigðismála hafa óhjákvæmilega áhrif á öllum áðurnefndum þrepum og geta breytt verulega þeirri meðferð sem ákveðnir einstaklingar fá.

Stefnumótun í heilbrigðiskerfinu

Á öllum þessum þrepum er fengist við ákveðin verkefni og reynt að finna heppilegar lausnir. Þegar forgangsröðun er skoðuð á þennan hátt kemur í ljós að verið er að tala um umfangsmikil verkefni og flókin sem tengjast mjög innbyrðis. Til að þetta verði ekki sundurlaus hentistefna á hverju stigi fyrir sig þarf greinilega einhvers konar heildarsýn eða stefnumótun í heilbrigðiskerfinu. Sú stefnumótun tengist ef til vill helst því þrepi sem nefnt hefur verið forgangsröðun fyrir þjóðina alla.

Stefnumótun í heilbrigðiskerfinu er vandasöm enda mikið hagsmunamál þjóðarinnar á ferðinni. Hefur mörgum þótt að stjórnendur í heilbrigðisþjónustunni (hér á ég við stjórn-málamenn og embættismenn heilbrigðismála) hafi vanrækt nokkuð stefnumótunina og jafnvel viljað vísa henni á stig forgangsröðunar fyrir stofnanir eða landsvæði eða beint til lækna sem fást við einstaka sjúklinga. Ég tel ekki heppilegt að þessir aðilar, hvorki einstakir læknar né einstakir stjórnendur innan heilbrigðisþjónustunnar, séu einráða um að marka

stefnuna því veruleg hættu er á að hún verði óæskilegt hagsmunapot ef ekki er tekið tillit til þeirra hagsmuna almennings að hafa almenna og góða heilbrigðisþjónustu. Virk umræða meðal almennings og ráðleggingar fagaðila innan heilbrigðiskerfisins skipta máli þegar stefnan er mörkuð og pólitíkusar og embættismenn þurfa aðhald þessara aðila til að marka skynsamlega stefnu. Það má vissulega gagnrýna fagaðila og almenning fyrir að hafa ekki veitt stjórnendum heilbrigðiskerfisins nægjanlega málefnalegt aðhald hingað til. En stjórnendur í heilbrigðiskerfinu og stjórn-málamenn eru einnig gagnrýni verðir fyrir skammtíma-lausnir og skort á heildarsýn í heilbrigðismál-um.

Siðferðileg verðmæti og önnur verðmæti

Hér er þó ekki allt talið þegar rætt er um stefnumörkun í heilbrigðiskerfinu því stefnan verður aldrei góð nema siðferðileg verðmæti og gildi séu lögð til grundvallar heilbrigðiskerfinu. Þau verðmæti sem þarf að leggja til grundvallar eru meðal annars réttlæti, velferð og sjálfsákvörðunarréttur sjúklinga. Hingað til hafa þau gildi verið höfð í heiðri í íslenska heilbrigðiskerfinu að menn eigi rétt á bestu mögulegu meðferð án tillits til efnahags, búsetu eða aldurs. Jafnframt hefur verið reynt að tryggja velferð sjúklinga og virða sjálfsákvörðunarrétt þeirra eftir því sem unnt er. Þess má geta að sjálfsákvörðunarréttur sjúklinga er heldur nýrri af nálinni sem siðferðilegt gildi innan heilbrigðiskerfisins en hin gildin. Þessi siðferðilegu verðmæti hafa verið grunnur heilbrigðiskerfisins og það þarf málefnalega umræðu meðal almennings, fagaðila og stjórnenda heilbrigðiskerfisins áður en hægt er að breyta þeim grunni. Jafnframt þarf að gæta þess að ákvarðanir sem teknar eru séu í samræmi við þau gildi sem þjóðin hefur komið sér saman um. Dæmi um hið gagnstæða höfum við frá Danmörku þar sem óopinberlega er viðurkennt að aldraðir fá ekki sömu þjónustu og yngra fólk. Því má heldur ekki gleyma að önnur viðmið skipta einnig máli svo sem að heilbrigðiskerfið sé markvisst og aðferðir þess árangursríkar. Jafnframt á þjóðin kröfu á að það sé farið vel með fjármuni hennar og því má segja að hún eigi kröfu á að heilbrigðiskerfið verði eins ódýrt og hagkvæmt og hægt er miðað við þau verkefni sem það á að þjóna.

Nokkur umhugsunarefni

Umræðan um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu hefur að mörgu leyti gengið út frá þeirri forsendu að nú þurfi að draga saman seglin og spara. En það hefur ekki verið gerð nákvæm úttekt á því hvernig heilbrigðiskerfið stendur. Til að geta metið gagnsemi væntanlegra breytinga er nauðsynlegt að meta upphafsstöðuna og skoða vel hvaða verðmæti liggja í heilbrigðiskerfinu. Þar á ég við verðmæti í víðustu merkingu; siðferðileg verðmæti, byggingar, mannafla, tækjakost, þekkingu og ýmislegt fleira.

En æskilegt væri líka að fá upplýsingar um hvaða árangri ýmsar þær aðgerðir sem reyndar hafa verið skila í raun. Hér má meðal annars nefna sumarlokanir sjúkrahúsdeilda og flatan niðurskurð til ákveðinna málefna. Hafi þessar aðgerðir ekki skilað þeim árangri sem til var ætlast þarf að finna aðrar betri.

Það þarf að skoða í alvöru hverju hagræðing í heilbrigðiskerfinu getur skilað. Hér á ég ekki endilega við að draga úr notkun einnota hluta eða skipta sjaldnar á rúmum. Ég á líka við að rætt sé í alvöru um breytingar á skipulagningu heilbrigðiskerfisins. Þessar breytingar geta verið allt frá því að skera niður eða breyta samsetningu mönnunar upp í að breyta kerfinu sjálfu. Hér er samt nauðsynlegt að reyna að gera sér grein fyrir afleiðingum væntanlegra breytinga og flana ekki að neinu.

Nauðsynlegt er að menn geri sér grein fyrir því að sú upphæð sem veitt er til heilbrigðismála hverju sinni er ekki heilög prósentutala, heldur er hún ákveðin hverju sinni (af alþingismönnum). Stundum kann að vera rétt að draga úr fjármagni til þessara mála en í önnur skipti að auka upphæðina vegna sérstakra aðstæðna eða vandamála. Á hinn bóginn er líka rétt að gera sér grein fyrir því að það er erfitt að skipuleggja heilbrigðisþjónustu ef miklar og ófyrirsjáanlegar breytingar verða á fjárframlögum frá ári til árs. Það er vissulega raunhæf spurning hvort stöðugur áróður um sparnað í heilbrigðiskerfinu sé til þess ætlaður að beina athygli okkar frá óhófi í fjárveitingum til annarra málaflokka. Spyrja má í fullri alvöru í hvað Íslendingar eyði þeim fjármunum sem aðrar þjóðir veita til uppbyggingar hers og landvarna. Þessar peningar virðast hvorki fara í lög-gæslu né landhelgisgæslu. Ennfremur er það raunhæf spurning hvort niðurskurður sé svipaður í öllum málaflokkum eða ráðuneytum eða

hvort heilbrigðis- og menntamál verði fyrir sérstökum niðurskurði ráðamanna.

Umræða um forgangsröðun, sem beinist eingöngu að forgangsröðun ákveðinna sjúklingahópa eða meðferðar á kostnað annarra er óheppileg. Hún elur á ótta fólks að vegna ákveðins sjúkdóms eða aldurs verði það látið mæta afgangi við meðhöndlun. Hræðsla kemur í veg fyrir málefnalega umræðu og veldur erfiðleikum við að komast að þjóðfélagslegu samkomulagi.

Mér hefur lengi verið spurn af hverju *allocation of resources* hefur verið kallað *for-gangsröðun* á íslensku. Allocation of resources er mun nær því að vera nýting auðlinda. Kannski kemur þetta úr Norðurlandamálum þar sem talað er um *prioriteringu* sem vissulega er forgangsröðun. Prioritering eða forgangsröðun er að raða einhverju á undan öðru. En það sem raunverulega er verið að fjalla um undir nafninu forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu er mun víðtækara en niðurröðun því það er verið að tala um hvernig eigi að nýta þær auðlindir sem til eru í mannafla, þekkingu, byggingum, tækjum og öðru til að það nýtist sem best fyrir sjúklinga og aðra sem þurfa á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda.

Þannig má kannski segja að tilvísun orðsins forgangsröðun hafi tilhneigingu til að vera línuleg, eins og að sjúklingum sé skipað í biðröð. Þetta er allt of einföld hugsun fyrir heilbrigðiskerfið. Að mínum dómi er æskilegra að tala um stefnumörkun í heilbrigðiskerfinu. Hana sé ég fyrir mér eins og þrívíddarmynd þar sem verkefnum er skipað eins og punktum í þrívíddarhnitakerfi. En fjórða víddin, sem er tíminn, þarf einnig að vera með í þessari mynd enda mjög mikilvæg fyrir heilbrigðisþjónustu.

Annar galli við orðið forgangsröðun er að það er gjarnan skilið sem forgangsröðun sjúklinga eða sjúklingahópa og þar með týnist grundvallaratriðið, sem er heildarstefnumörkun, þar sem tekið er tillit til margra þátta sem aldrei verður skipað upp í línulega biðröð.

Að lokum vil ég gjalda varhug við hagfræðikennningum sem eiga að meta hagkvæmni heilbrigðiskerfisins eða þátta innan þess og raða verkefnum upp eftir fjárhagslegu mikilvægi. Þessar kenningar gefa sér oft forsendur til útreikninga sem byggja á mjög vafasömum siðferðilegum grunni og ættu því ekki að notast sem grunnur fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild (7).

Lokaorð

Umræða um forgangsröðun, sem ég vil nefna stefnumótun, er mikilvæg, nauðsynleg og tímabær.

Einfaldasta svarið við spurningunni, hvort þörf sé forgangsröðunar í heilbrigðismálum er, **já auðvitað**, forgangsröðun hefur alltaf verið til í heilbrigðiskerfinu og er nauðsynlegur hluti hennar svo lengi sem við erum háð mannlegri þekkingu og tíma, það er að segja svo lengi sem einn læknir þarf að sinna tveimur sjúklingum á sama tíma. Kannski breytist þetta þegar við förum að ferðast í tímanum og nota tölvur sem lækna í stað manna.

Beinist spurningin hins vegar ekki að þessari gerð forgangsröðunar heldur hinum tveimur eða þremur þrepunum, verður svar mitt að mjög líklega þurfi að forgangsráða verkefnum á þessum sviðum, enda hefur það vissulega verið gert hingað til þó í mismunandi miklum mæli sé og mismikið hafi verið eftir því tekið. Dæmi um forgangsröðun á þessu stigi er að láta þjónustu við bráðveika sjúklinga ganga fyrir þjónustu við sjúklinga með langvinna sjúkdóma.

Sé hins vegar spurt hvort þurfi að forgangsráða ákveðnum sjúklingahópum á kostnað annarra sjúklingahópa eða meðferð við einhverjum sjúkdómi á kostnað annarrar meðferðar, þannig að til komi einhvers konar gengisfelling á meðferð frá því sem nú er, þá verð ég að viðurkenna að ég er ekki viss um hvert sé rétta svarið. Það sem ég tel mig ekki vita ennþá er hvað gera megi til dæmis með hagræðingu innan kerfisins, þannig að ekki þurfi að gengisfella meðferð eða ráða sjúklingahópum á annan hátt en gert er í dag. En ég veit heldur ekki til þess að neinn annar hafi gott svar við þessari spurningu ennþá. Beinist upphafsspurningin í þessa átt tel ég hana allt of mikla einföldun á vandamálum heilbrigðiskerfisins. Að mínum

dómi er ekki æskilegt að fjalla um forgangsröðun sjúklingahópa eða meðferða án þess að fjalla um margt annað í heilbrigðiskerfinu sem hefur beint og óbeint áhrif á þessa röðun.

Ef merking spurningarinnar er nær því að vera: Er þörf á að ráða forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu?, er svarið já. Það er alltaf þörf á því að ráða hvað er að gerast og hvað best sé að gera, þannig að ekki verði óvart teknar ákvarðanir sem eru siðferðilega vafasamar eða kannski kostnaðarsamari en þær sem við höfum í dag.

Ef spurningin er: Er þörf heildarstefnumótunar í heilbrigðiskerfinu til framtíðar?, þá er svarið einfalt — **oft var þörf en nú er nauðsyn**.

Hér vil ég meina að við séum komin að kjarna málsins og svörin við spurningunum hver stefnan eigi að vera og hvers vegna hún eigi að vera þannig er verðugt rannsóknarefni og niðurstaðan skiptir miklu máli fyrir alla þjóðina.

**María Sigurjónsdóttir,
geðdeild Landspítalans**

HEIMILDIR

1. Sigurjónsdóttir M. Staða lækna í þjóðfélaginu, nokkur siðferðileg atriði. Læknablaðið 1995; 81: 819–22.
2. Magnússon T. Siðferðilegur grunnur styrkir ákvarðanir um forgangsröðun. Læknablaðið 1995; 81: 704–6.
3. Outka G. Social justice and equal access to health care. In: Munson R, ed. Intervention and Reflection. Basic Issues in medical Ethics. 4th ed. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, 1992: 594–603.
4. Rescher NP. The allocation of exotic medical lifesaving therapy. In: Mappes TA, Zembathy JS, eds. Biomedical Ethics. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Inc., 1991: 598–608.
5. Daniels N. Health-care needs and distributive justice. In: Arras J, Rhoden J, eds. Ethical Issues in Modern Medicine. 3rd ed. California: Mayfield Publishing Company, Mountain View, 1989: 501–9.
6. Callahan D. Meeting needs and rationing care. In: Mappes TA, Zembathy JS, eds. Biomedical Ethics. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Inc., 1991: 575–81.
7. Emery DD, Schneiderman LJ. Cost-effectiveness analysis in health care. Hastings Center Report, 1989; July-August: 8–13.