

## Ritstjórnargrein

# Siðfræðilegur grunnur styrkir ákvarðanir um forgangsröðun

Um margra ára skeið hefur staðið yfir handahófskenndur niðurskurður á heilbrigðisþjónustu Íslendinga. Aðgerðirnar hafa haft víðtæk áhrif og um hver áramót bíða stjórnendur heilbrigðisstofnana í ofvæni eftir afgreiðslu fjárlaga, sem taka gildi nánast um leið og afgreiðslu er lokið. Niðurstaðan verður ætíð sú sama; darraðardans undanfarinna ára skal stigin enn um sinn, hefja þarf aðgerðir til að draga úr starfseminni eða loka einstökum deildum og uppsagnir starfsfólks virðast óhjákvæmilegar. Mikið af tíma stjórnenda stofnana fer í að skipuleggja samdrátt og lokanir en lítil tækifæri gefast til markvissrar uppbyggingar. Afleiðingin verður megn óánægja starfsfólks og vannýttar stofnanir þrætt fyrir að á biðlistum sé fjöldi sjúklinga sem verður að sinna. Of langt hefur verið gengið. Skipulagslaus niðurskurður er farinn að skaða verulega starfsemi heilbrigðisstofnana og ekki verður umflúið að koma á markvissri stefnumótun í heilbrigðismálum.

Fjárveitingar til heilbrigðisþjónustunnar hafa í raun farið lækkanði á undanförunum árum og er nú svo komið að fjármagn nægir ekki til daglegs rekstrar og allt of litlu fé er varið til nauðsynlegrar endurnýjunar tækjakosts og viðhalds. Hins vegar hefur kunnátta aukist og sífellt koma fram tækninýjungar sem opna nýja möguleika á bættri og aukinni meðferð og jafnframt mun þörfin fyrir þjónustu heilbrigðiskerfisins aukast á komandi árum vegna mannfjölgunar og aukins fjölda aldraðra. Því er líklegt að veita þurfi meira fé til starfseminnar á ný, hvort sem fjárveitingar koma frá ríkissjóði eða með auknum þjónustugjöldum.

Hagræðingaraðgerðum hefur verið beitt vegna samdráttar í fjárveitingum undanfarin ár. Við óbreyttar aðstæður verður vart lengra komist og reyndar er það svo að hagræðingar- aðgerðir eru að snúast upp í andhverfu sína.

Prengsli og aðstöðuleysi ýmissa stofnana er orðið svo mikið að oft þarf að grípa til neyðarúrreæða þegar framkvæma skal nauðsynlegar breytingar. Slíkar neyðarlausnir geta iðulega orðið dýrari þegar upp er staðið en lausnir sem meira hefur verið lagt í frá byrjun. Þótt örar tækniframfarir opni vafalítið nýja möguleika til hagræðingar á komandi árum er nauðsynlegt að starfsfólk heilbrigðisstofnana fái nú frið til aðlögunar að breytingum undanfarinna ára.

Markviss forgangsröðun er aðferð til að jafna aðstöðu fólks og tryggja að allir geti notið nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu þegar þeir þurfa á henni að halda. Samtímis er hægt að stuðla að sem bestri nýtingu fjármagns með því að draga úr greiðslum fyrir þá meðferð sem skilar takmörkuðum árangri. Full ástæða er til að reynt verði að skilgreina og afmarka þá heilbrigðisþjónustu sem greiðast skal af almannafé. Meta þarf hvort hægt sé að draga úr einhverjum þáttum hennar og skilgreina hvaða verkefnum skuli sinnt í framtíðinni, en jafnframt verður þá að átta starfseminni nægjanlegt fé. Það er óbærilegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vinna við alls ófullnægjandi aðstæður og vera stöðugt í þeirri aðstöðu að geta illa eða ekki liðsinnt fólki sem þarf raunverulega á aðstoð að halda og á rétt á þjónustu samkvæmt íslenskum heilbrigðislögum.

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni hefur ætíð átt sér stað en fer nú fram af miklu handahófi. Forgangsröðuninni má skipta í fjögur stig og hefst hún með því að fjármunum ríkissjóðs er skipt á mismunandi málaflokka með samþykkt fjárlaga á Alþingi og á sér þá stað forgangsröðun ýmissa þátta samfélagsþjónustunnar. Þótt deila megi um, hversu miklu fé skuli verja til velferðarmála í samanburði við aðra starfsemi sem kostuð er af almannafé, er ef til vill ekki síður nauðsynlegt að forgangsræða starfsemi innan velferðarkerfis-

ins sjálfs. Spyrja má hvort afdrifaríkur niðurskurður fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins sé réttmætur ef samhlíða eru teknar upp fjárveitingar til annarra velferðarmála svo sem til greiðslu húsaleigubóta.

Annað stig forgangsröðunarinnar felst í stefnumörkun í heilbrigðismálum, þegar heilbrigðisráðuneytið skiptir fé á stærri einingar heilbrigðiskerfisins. Hafa ráðherra verið mislagðar hendur og eru ábendingar landlæknis um rangar fjárfestingar undanfarin ár, einkum á landsbyggðinni, til marks um það. Einnig bendir endurskoðun núverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á ákvörðunum um byggingaframkvæmdir, sem teknar voru fyrir aðeins fáum mánuðum, ekki til þess að markvissri stefnu hafi verið fylgt. Reyndar er heilbrigðiskerfið í stöðugu uppnámi vegna óvissu um hvert skuli stefna á komandi árum.

Á þriðja stigi kemur forgangsröðun verkefna innan stofnana. Á þessu stigi hefur forgangsröðunin verið sýnilegust, deildum sem annast bráðveika sjúklinga hefur verið lokað og í kjölfarið hefur fylgt mikill órói og vanlíðan sjúklinga og aðstandenda þeirra. Mismunandi er hvaða aðferðum er beitt þegar draga skal starfsemiina saman og á stundum virðast forsvarsmenn stofnana jafnvel hafa freistast til að draga úr viðkvæmstu starfsemiinni í því skyni að knýja fram auknar fjárveitingar. Þurfi að koma til samdráttar hlýtur þó sú ábyrgð að hvíla á herðum forsvarsmanna heilbrigðisstofnana að aðgerðirnar bitni síst á þeim hópum sem viðkvæmastir eru.

Að lokum kemur forgangsröðun einstakra sjúklinga. Ákvarðanir um þá forgangsröðun hvíla á herðum einstaklinga, oftast lækna og veldur iðulega talsverðu álagi þegar aðstæður leyfa ekki að hægt sé að veita öllum bestu umönnun. Streitan eykst þegar fyrir liggur að fjármunum heilbrigðiskerfisins hafi verið sóað í fjárfestingar sem engum nýtast.

Umræða um klíniska forgangsröðun hefur átt sér stað í nokkrum löndum og tillögur hafa verið mismunandi. Í Oregon fylki í Bandaríkjunum voru 696 sjúkdómar skoðaðir, gagnsemi meðferðar skilgreind og í framhaldi af því var ákveðið að tryggingar skyldu greiða fyrir meðferð 565 þessara sjúkdóma. Þessi aðferð hefur meðal annars verið gagnrýnd fyrir að hafa takmörkuð siðfræðileg viðmið, til dæmis er lítið tillit tekið til einstaklingsfrávika og undantekningatilvika.

Í Hollandi er lagt til að sú heilbrigðisþjónusta sem greidd er af almannafé skuli afmörkuð. Gert er ráð fyrir að til hlíðsjónar verði haft hvort meðferðin sé nauðsynleg, hvort hún geri gagn, sé fjárhagslega skilvirk og loks hvort eðlilegt sé að einstaklingurinn beri sjálfur ábyrgð á meðferðinni.

Á Nýja Sjálandi hefur verið unnið að forgangsröðunarmálum frá 1992 og þar mun áformað að reyna að afmarka starfsemi almennu heilbrigðisþjónustunnar. Einnig mun ætlunin að taka talsvert tillit til álits almennings, sem fengið er með skoðanakönnunum, þegar ákvarðanir um forgangsröðun verða teknar.

Í Noregi hefur verið lagt til að sjúkdómum verði ræðað í fjóra forgangsflokka og viðmiðunardæmi gefin fyrir hvern flokk. Í fyrsta flokki eru lífshættulegir sjúkdómar sem fljótt geta leitt til dauða án meðferðar, til dæmis alvarleg hjartabilun og alvarlegir geðsjúkdómar. Einnig eru í þessum flokki sjúkdómar sem geta haft alvarlegar samfélagslegar afleiðingar, svo sem alnæmi. Í öðrum flokki er sjúkdómsástand sem með tímanum getur haft alvarlegar afleiðingar án meðferðar, til dæmis ýmsir langvinnir sjúkdómar, ástand sem gerir sjúklinginn ósjálfbjarga og kembileit í áhættuhópum. Í þriðja flokki eru minna alvarlegir sjúkdómar eða ástand sem hefur óæskilegar afleiðingar en þar sem meðferð skilar árangri, til dæmis meðferð við of háum blóðþrýstingi og æðahnútum. Í fjórða flokki er síðan ástand sem ekki er skaðlegt en þar sem meðferð getur bætt heilsu og aukið lífsgæði og er glasaftrýggun nefnd þar sem dæmi. Norðmenn hafa auk þess skilgreint 0 flokk þegar um er að ræða ástand þar sem meðferð er ástæðulaus eða án sannaðrar gagnsemi, svo sem kerfisbundið heilsufarseftirlit hjá frískum einstaklingum sem ekki tilheyra sérstökum áhættuhópum.

Nefnd sem starfaði á vegum sænska þingsins, lagði til forgangsröðun sem svipar til þeirrar norsku og lagði áherslu á siðfræðileg gildi, einkum mannlega reisn, jafnrétti og samstöðu með þeim sem mest þurfa á meðferð að halda. Einnig taldi sænska nefndin að ekki ætti að leggja mælikvarða á fjárhagslegan ávinning samfélagsins eða einstaklingsins af meðferðinni, heldur ætti eingöngu að leggja fjárhagslegt mat á mismunandi meðferðarmöguleika þegar um sama sjúkdóm væri að ræða. Íhugunarvert er fyrir Íslendinga að bæði norska og

sænska nefndin komust að þeirri niðurstöðu að hlutfallslega of litlu fé væri varið til meðferðar sjúklinga sem hafa langvinna, alvarlega sjúkdóma.

Ljóst er að ýmsum aðferðum má beita við forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Engin aðferð er gallalaus og víðtæk umræða er nauðsynleg til að ná samstöðu um hvernig best verður varið því fé skattborgaranna sem til heilbrigðismála fer. Siðfræðilegur grunnur styrkir mjög ákvarðanir um forgangsröðun og er líklegt að í umræðu hér á landi um forgangsröðun verði

unnt að nýta sér aðferðir frændþjóða okkar, Norðmanna og Svía.

Íslenska heilbrigðiskerfið er lent í ógöngum og stefnumarkandi aðgerðir í heilbrigðismálum verða ekki umflúnar. Miklu skiptir að við hefjumst handa með opnum huga og mörkum íslenskri heilbrigðisþjónustu á ný stefnu sem leiðir til farsældar. Umræða um sanngjarna forgangsröðun getur lagt mikið af mörkum við þá stefnumótun.

**Torfi Magnússon**