

Mars 2021



Liðskiptaaðgerðir

Skýrsla til Alþingis



Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Mars 2021

hrn@hrn.is

www.hrn.is

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneyti

© 2019 Heilbrigðisráðuneyti

ISBN 978-9935-515-03-2

Efnisyfirlit

Inngangur	5
1. Fyrirkomulag liðskiptaaðgerða á Íslandi.....	6
1.1 Liðskiptaaðgerðir á vegum einkarekinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi.....	7
2. Biðlistar og viðbrögð við þeim.....	9
2.1 Biðlisti - biðtími	9
2.2 Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni.....	9
2.3 Lýðfræðilegar breytingar.....	10
2.4 Ný tækni.....	10
2.5 Bæta ferla.....	10
2.6 Aðgengi.....	10
3. Liðskiptaaðgerðir sem framkvæmdar eru erlendis.....	12
3.1 Almennt um biðtímamál - Skilyrði og framkvæmd.....	12
3.2 Fjöldi greiddra ferða erlendis og kostnaður.....	13
4. Staða biðlista vegna liðskiptaaðgerða.....	17
4.1 Liðskipti á mjöðm.....	17
4.2 Liðskipti á hné.....	18
4.3 Dulinn biðtími	20
5. Aðgerðir til að stytta biðlista	21
5.1 Samanburður við önnur lönd.....	22
5.2 Þróun miðlægs biðlista.....	24
5.3 Aðferðir til að stytta biðlista í liðskiptaaðgerðum	25
5.3.1 Átaksverkefni, aukið fjármagn í fleiri aðgerðir.....	25
5.3.2 Aðskilja bráða- og valkvæða starfsemi sjúkrahúsa.....	25
5.3.3 Nýta biðtímamann eftir aðgerð í markvissan undirbúning og hæfingu.....	26

5.3.4	Efla 1. og 2. stigs endurhæfingarúrræði.....	27
5.3.5	Starfshópur um langvinna verki	27
5.3.6	Tryggja jafnari kostnaðarhlutdeild sjúklinga milli meðferðarforma.....	27
5.3.7	Endurskoða leiðbeiningar eða viðmið sem farið er eftir þegar fagfólk ráðleggur eða mælir með meðferð, í þessu tilfelli liðskiptaaðgerð	28
5.3.8	Forvarnir til að minnka þörf fyrir aðgerð.....	28
5.4	Átaksverkefni 2021	29
6.	Áhrif Covid á biðtíma	30
6.1	Áætlun til framtíðar	30

Myndaskrá

Mynd 1	– Liðskiptaaðgerðir á mjöðm eftir heilbrigðisumdæmum.....	11
Mynd 2	Fjöldi á biðlista eftir liðskiptum á mjöðm og fjöldi framkvæmdra aðgerða.....	17
Mynd 3	Hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm.....	18
Mynd 4	Fjöldi á biðlista eftir liðskiptum á hné og fjöldi framkvæmdra aðgerða.....	19
Mynd 5	Hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eftir liðskiptaaðgerð á hné.....	19
Mynd 6	Dulinn biðtími.....	20
Mynd 7	Samanburður á þróun biðtíma milli landa.....	22
Mynd 8	Fjöldi aðgerða á 100.000 íbúa - mjöðm.....	23
Mynd 9	Fjöldi aðgerða á 100.000 íbúa - hné.....	23

Töfluskrá

Tafla 1	Aðgerðir sem framkvæmdar voru erlendis árin 2015–2020 og falla undir EB 883/2004	13
Tafla 2	Greidd biðtímamál – samantekt frá Sjúkratryggingum Íslands fyrir árin 2016–2020.....	14
Tafla 3	Fjöldi umsókna og greiddar meðferðir 2015–2020	15

Inngangur

Heilbrigðisráðherra barst í desember 2020 skýrslubeiðni frá Alþingi um liðskiptaaðgerðir þar sem óskað var eftir tillögu og leiðum til úrbóta svo hægt verði að mæta brýnni þörf fyrir slíkar aðgerðir. Verkefnahópur var myndaður af heilbrigðisráðuneytinu með fulltrúum frá embætti landlæknis og Sjúkratryggingum Íslands, sem tóku þátt í gerð skýrslunnar.

Helstu atriði sem kallað var eftir í skýrslubeiðninni tengjast eftirfarandi atriðum:

- Fjöldi þeirra sem bíða eftir liðskiptaaðgerð og staða biðlista sl. fimm ár.
- Sjúkrastofnanir sem framkvæma liðskiptaaðgerðir.
- Reynsla af liðskiptaaðgerðum á landsbyggðinni.
- Tillögur um aukna skilvirkni með samningum við einkarekna heilbrigðisþjónustu.
- Kostnaður vegna liðskiptaaðgerða erlendis.
- Samanburður á kostnaði vegna liðskiptaaðgerða ef þær hefðu verið gerðar héraðs með samningum við einkaaðila.
- Hvernig tryggja megi jafnt aðgengi íbúa landsins að liðskiptaaðgerðum.
- Hvernig tryggja megi stöðuga þjónustu þegar neyðarástand skapast.

1. Fyrirkomulag liðskiptaaðgerða á Íslandi

Liðskiptaaðgerðir eru mikilvægar, bæði fyrir einstaklinga sem í þær fara sem og samfélagið í heild. Algengustu liðskiptaaðgerðirnar eru þær sem framkvæmdar eru á hnjám og mjöðmum. Í aðgerðunum felst að gervilið er komið fyrir í stað skaddaðs vefs, gjarnan vegna viðvarandi verkja eða hreyfiskerðingar sem hamla athöfnum daglegs lífs. Algengar orsakir verkja eða hreyfiskerðingar í hnjám og mjöðmum sem kalla á þörf fyrir liðskiptaaðgerð eru sjúkdómar í brjóski (t.d. gigt) og áverkar. Þegar gervilið í hné er komið fyrir er það ýmist gert að fullu (heill liður) eða að hluta. Er það mat sérfræðings hverju sinni hvor aðferðin er valin en flestar aðgerðir sem framkvæmdar eru héraðis flokkast sem liðskipti að fullu.¹ Gerviliðir hafa takmarkaðan endingartíma en um 10% sjúklinga geta þurft á endurtekinni aðgerð að halda fyrstu 10 árin eftir aðgerð.²

Liðskiptaaðgerðum á hné og mjöðm er gjarnan skipt í nokkra flokka (DRG-flokka, sem er flokkunarkerfi sjúkdóma og meðferða).³ Aðgerðirnar og sjúkralegan sem fylgir í kjölfarið geta verið misflóknar í ljósi ástands sjúklings og alvarleika sjúkdómsins. Gerður er greinarmunur á fyrstu aðgerð og endurtekinni aðgerð sem og á aðgerð með og án aukakvilla.

Hér á landi eru fjórar stofnanir sem framkvæma liðskiptaaðgerðir á hnjám og mjöðmum; Landspítali (LSH), Sjúkrahúsið á Akureyri (SAK), Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi (HVE) og Klíníkin, Ármúla. LSH og SAK eru einu stofnanirnar héraðis sem framkvæma endurteknar aðgerðir, þ.e. þegar endurnýja þarf gervilið sem áður hefur verið settur í sjúkling. Embætti landlæknis kallar reglulega eftir upplýsingum um fjölda framkvæmdra liðskiptaaðgerða, biðtíma eftir aðgerðum og fjölda á biðlista. Greinargerðir eru unnar úr upplýsingunum og birtar á vef embættisins.⁴

Almennt er talið að endingartími gerviliða sé um 10 ár að jafnaði. Þá þurfi að endurnýja liðinn með annarri aðgerð og setja í nýjan lið og er þessi seinni aðgerð mun flóknari í framkvæmd og áhættusamari fyrir sjúklinginn. Kostnaður af endurtekinni liðskiptaaðgerð endurspeglar þennan mun enda er hún ríflega 60% dýrari en fyrsta liðskiptaaðgerð sjúklings.

¹ <https://www.landspitali.is/default.aspx?pageid=836e6080-8480-4140-92f2-6159c80d909c>

<https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/fraedsluefni/gervilidir-i-mjodm/>

² <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/fraedsluefni/gervilidir-i-mjodm/>

³ https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Gjaldskrar/DRG-verdskra/DRG-Gjaldskra_legudeilda_2020_osjukratryggdir.pdf

⁴ <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/bidlistar/>

Gera má ráð fyrir því að meðalkostnaður við gerviliðsaðgerð muni fara vaxandi. Á Norðurlöndunum hafa í gegnum tíðina mest verið settir svokallaðir steypdir gerviliðir í mjaðmir. Fyrir allmörgum árum var þó orðið ljóst að yngri einstaklingar væru betur settir með gerviliði sem eru festir án steypu. Nú sýna nýjustu tölur að einstaklingar upp að sjötugu og jafnvel eldri geti verið betur settir með gerviliði sem settur er án steypu. Það sést í gerviliðaskráum í Svíþjóð og víðar að hlutdeild gerviliða sem settir eru án steypu fer vaxandi og þeir gerviliðir eru þónokkuð dýrari í innkaupum en steypu gerviliðirnir. Einnig má reikna með að hlutdeild enduraðgerða á hné fari vaxandi. Slíkar aðgerðir eru að meðaltali umtalsvert dýrari en enduraðgerðir á mjöðm.⁵

Allar þær stofnanir sem framkvæma liðskiptaaðgerðir hérlandis hafa undanfarin ár unnið að því að straumlínulaga ferla í tengslum við aðgerðirnar og hefur legutíminn styst umtalsvert á síðustu árum án þess að talið sé að sú þróun hafi komið niður á líðan og bata sjúklings. Reyndin er sú að ef sjúklingar eru betur undirbúnir fyrir aðgerð og betur verkjastilltir eftir aðgerð komast þeir fyrr á fætur og geta útskrifast fyrr heim.

Engar vísbendingar eru um að árangur liðskiptaaðgerða sé mismunandi á milli sjúkrahúsa. Helsti kostur stofnana á landsbyggðinni er að flæði liðskiptaaðgerða truflast síður af álagi tengdu bráðaáðgerðum. Áskoranir landsbyggðastofnananna hafa helst tengst sveiflum í framboði skurðlækna vegna tímabundinna forfalla.

1.1 Liðskiptaaðgerðir á vegum einkarekinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi

Í lögum nr. 112/2008 um sjúkratryggingar er mælt fyrir um sjúkratryggingar almannatrygginga, samninga um heilbrigðisþjónustu og endurgjald ríkisins fyrir heilbrigðisþjónustu. Í 19. gr. laganna segir að greiðsluþátttaka sjúkratrygginga taki til nauðsynlegra rannsókna og meðferðar hjá sérgreinalæknum sem samið hefur verið um. Þannig er samningur Sjúkratrygginga Íslands (SÍ) forsenda fyrir greiðsluþátttöku ríkisins í þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna, sbr. einnig IV. kafla laganna. Samkvæmt 39. gr. laganna gerir SÍ samninga um veitingu heilbrigðisþjónustu og endurgjald vegna hennar. Samkvæmt 40. gr. skulu samningar gerðir í samræmi við stefnumörkun ráðherra sem markar stefnu innan ramma laga um heilbrigðisþjónustu og annarra laga um skipulag heilbrigðisþjónustu. Séu samningar ekki fyrir hendi er í sérstökum tilfellum heimilt tímabundið að endurgreiða sjúkratryggðum útlagðan kostnað vegna heilbrigðisþjónustu á grundvelli gjaldskrár sem SÍ gefur út, sbr. 38. gr. laganna.

Enginn samningur er í gildi milli SÍ og sérgreinalækna um lækningar utan sjúkrahúsa og er greiðsluþátttaka SÍ því ákvörðuð á grundvelli gjaldskrár. Í gildandi gjaldskrá SÍ fyrir þjónustu sérgreinalækna, sem ekki hefur verið samið

⁵ Upplýsingar frá yfirlækni bæklunarskurðlækninga á Sjúkrahúsinu á Akureyri 2019

um, nr. 1257/2018, eru skilgreind þau verk sem stofnuninni er heimilt að taka þátt í að greiða. Í gjaldskránni eru liðskiptaaðgerðir ekki tilgreindar og falla þær því ekki undir þau verk sem greiðsluþátttaka sjúkratrygginga nær til.

Liðskiptaaðgerðir á Íslandi hafa undanfarin ár verið framkvæmdar í um 90-95% tilfella innan opinbera heilbrigðiskerfisins en um 5-10% hafa verið gerðar á Klíníkinni, Ármúla án greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. Hefur hlutfall aðgerða sem framkvæmdar eru á Klíníkinni aukist undanfarin ár, úr 4% á árinu 2017 í 12% á árinu 2020. Ekki verður lagt mat á það hér hvort æskilegt sé til framtíðar að fjölga þeim aðilum sem framkvæma liðskiptaaðgerðir hérlendis enn frekar. Rökin með fjölgun aðila eru helst þau að með því náist virkari samkeppnismarkaður sem leiði mögulega til frekari hagkvæmni. Rökin á móti fjölgun aðila eru aftur á móti helst þau að íslenska þjóðin sé ekki það fjölmenn að hún beri aðkomu margra aðila á þessum sérhæfða markaði og því beri að styrkja frekar þá aðila sem fyrir eru til að tryggja öryggi og gæði á öllum aðgerðarstöðum. Embætti landlæknis fjallaði um kosti og galla á útvistun liðskiptaaðgerða í [minnisblaði](#) sínu til heilbrigðisráðherra árið 2019.

Heilbrigðisstofnunum sem ríkið rekur er heimilt, með leyfi ráðherra, að gera samninga við aðrar heilbrigðisstofnanir eða heilbrigðisstarfsmenn til að sinna ákveðnum þáttum þeirrar heilbrigðisþjónustu sem þeim ber að veita, sbr. 31. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007. Þetta ákvæði heimilar til dæmis opinberum heilbrigðisstofnunum að ganga til samninga við einkaaðila um liðskiptaaðgerðir, telji þær slíka ráðstöfun fýsilega.

Á Alþingi liggur fyrir frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008, með síðari breytingum (endurgreiðsla kostnaðar), 401 mál. Þar er gert ráð fyrir að bætt sé við 38. gr. laganna ákvæði þess efnis að fái sjúkratryggður heimild Sí til að sækja sér heilbrigðisþjónustu í öðru aðildarríki EES-samningsins, skv. 20. gr. reglugerðar Evrópuþingsins og ráðsins (EB) nr. 883/2004, sé viðkomandi heimilt að sækja þjónustuna hér á landi þótt samningur um heilbrigðisþjónustuna sé ekki fyrir hendi.

Sjúkratryggingar Íslands sendu inn umsögn vegna frumvarpsins og þar kemur fram sú afstaða stofnunarinnar að í stað þess úrræðis sem lagt er til í frumvarpinu skuli fela Sí að semja við ákveðna veitendur heilbrigðisþjónustu um að sinna viðkomandi aðgerðum og að mikilvægt sé að stofnunin meti hvort viðkomandi einstaklingur uppfylli skilyrði um greiðsluþátttöku fyrir fram. Sí myndu þá sjá um samningagerð við þjónustuveitendur, sem uppfylla gæðaviðmið, um að sinna ákveðnum liðskiptaaðgerðum fyrir tiltekið verð.

2. Biðlistar og viðbrögð við þeim

2.1 Biðlisti - biðtími

Langur biðtími skapar vandamál fyrir sjúklinga, ekki aðeins vegna þeirrar óvissu og óöryggis sem honum fylgir, heldur ekki síður vegna þess að ástand sjúklings getur versnað ef meðferðin dregst úr hófi. Stuttur biðtími bendir almennt til þess að færri vandamál tengd aðgengi að þjónustu séu til staðar.

Biðlistar eru nauðsynlegir heilbrigðisstofnunum til að skipuleggja og forgangsraða þeim verkefnum sem þeim ber að sinna. Þeir eru tæki til stjórnunar en eru ekki vandamál í sjálfu sér. Það er hins vegar biðtíminn sem líta skal á sem vandamál sem þarf að leysa, verði hann of langur miðað við þau viðmið sem stjórnvöld setja. Of stuttur biðtími getur einnig bent til þess að kerfið sé óskilvirkt þar sem tími, mannaflí og aðstaða eru mögulega illa nýtt. Þess vegna hafa tölur um fjölda einstaklinga á biðlista takmarkað upplýsingagildi einar og sér, þegar horft er til þess hversu tímanlega sjúklingar fá sína meðferð.

Krafa um heilbrigðisþjónustu og valkvæðar skurðaðgerðir ræðst af heilsufari manna, framförum í læknisfræðilegri tækni, óskum sjúklinga sjálfra sem og framboði á annarri þjónustu sem leyst gæti vanda sjúklings ásamt kostnaðarhlutdeild. Biðtími eftir aðgerð er afleiðing af flóknu samspili milli eftirspurnar og framboðs heilbrigðisþjónustu og unnt er að hafa áhrif á hvoru tveggja. Læknar gegna þar mikilvægu hlutverki og ekki síst varðandi eftirspurnarhliðina, þ.e. vegna þeirrar ákvörðunar að mæla með aðgerð fyrir sjúkling eða ekki. Á framboðshliðinni hefur framboð skurðlækna og annars starfsfólks í skurðteyminu áhrif sem og skurðaðstaða og mögulega legurými. Munur á milli þess sem hægt er að gera og þess fjármagns sem úr er að spila getur einnig valdið bið og því getur takmarkað fjármagn lengt biðtíma.

Víða hefur myndast svokallaður tvöfaldur biðlisti, en þá er um að ræða bið eftir mati sérfræðings og síðan bið eftir meðferðinni sjálfri. Um fjórðungur sjúklinga sem fer í mat hjá bæklunarlækni, fer ekki á biðlista eftir liðskiptaaðgerð héraendis. Í síðari áfanga hins miðlæga biðlista sem nú er í þróun verður haldið utan um biðtíma tilvísana. Nánar er fjallað um þetta í kafla 4.3.

2.2 Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni

Oft er mikil áhersla lögð á forgangsröðun bráðra veikinda umfram langtímaveikindi og geðsjúkdóma í heilbrigðiskerfum þjóða með tilheyrandi þrýstingi, sem gerir það að verkum að fjármagnið leitar þangað án þess að beitt sé kostnaðarábatamati á viðfangsefnið.

Sum heilbrigðiskerfi hafa komið sér upp kerfi til forgangsröðunar, þar sem litið er til þess að alvarleiki áhrifa meinsins á heilsufar sjúklings hafi meiri áhrif en umfang eftirspurnar. Dæmi um slíkt kerfi við forgangsröðun má finna í norsku

heilbrigðiskerfi.⁶ Forgangsröðun í þessum kerfum hefur þróast frá yfirgripsmiklu miðstýrðu kerfi í dreifðari nálgun sem nýta má í daglegri ákvarðanatöku og byggist á sameiginlegum ramma sem fagfólk hvar sem er í kerfinu vinnur eftir. Þar eru skilvirkni og kostnaðarábati lykilhugtök.

2.3 Lýðfræðilegar breytingar

Ein af augljósari ástæðum fyrir aukinni eftirspurn eru lýðfræðilegar breytingar þar sem fjöldi og hlutfall aldraðra íbúa eykst. Ekki einungis gerir fólk meiri kröfur um heilsu sína og lífsgæði en áður fyrr, heldur er fólk líka upplýstara þegar ákvörðun hefur verið tekin. Þessar breytingar virðast í flestöllum vestrænum löndum hafa gerst hraðar en aðlögun heilbrigðiskerfisins hefur náð að fylgja, því biðtíminn eftir heilbrigðisþjónustu er víðast hvar lengstur eftir augasteinsaðgerð og liðskiptaaðgerðum.

2.4 Ný tækni

Ný tækni eða aðferð sem kemst í almenna notkun veldur því oft að ábendingum til meðferðar fjölgar og eftirspurnin eykst jafnvel umfram það sem hún var þegar eldri aðferðum var beitt, vegna þess að nýja aðferðin skilar betri árangri og/eða er skilvirkari. Liðskiptaaðgerðir eru dæmi um þetta því áður fyrr voru fylgikvillar algengir og árangur aðgerða ekki eins góður og hann er í dag.⁷

2.5 Bæta ferla

Biðlistar geta endurspeglað óskilvirkni í ferlinu í heild (frá því að beiðni er send inn til loka meðferðar, oft við útskrift). Ef ferlið nær til fleiri en eins þjónustuveitanda eru auk þess meiri líkur á að flöskuhálsar myndist og þá skiptir litlu þótt einstaka þættir ferlisins virki vel og séu skilvirkir. Tafir í ferlinu geta orsakast af takmörkuðu legurými (vegna skorts á húsnæði eða starfsfólki), aðgerðaraðstöðu, skorti á sérhæfðu starfsfólki eða skorti á útskriftarúrræðum.

2.6 Aðgengi

Skert aðgengi einskorðast ekki við það að meina viðkomandi aðgang að þjónustu heldur er spurningin um rétta tímasetningu út frá ákveðnu viðmiði. Það er almennt talið merki um gæði ef þjónustan er veitt innan ákveðinna tímamarka.

Á Íslandi er viðhaft það verklag að ef klínískt ástand sjúklings sem bíður meðferðar er komið á það stig að það ógnar heilsu hans, hvort sem er andlega eða líkamlega, þá er litið svo á að þörf sé á bráðameðferð og er hún veitt án tafar. Það er mikilvægt að teymi fagfólks geri slíkt mat til að tryggja heildstæða yfirsýn

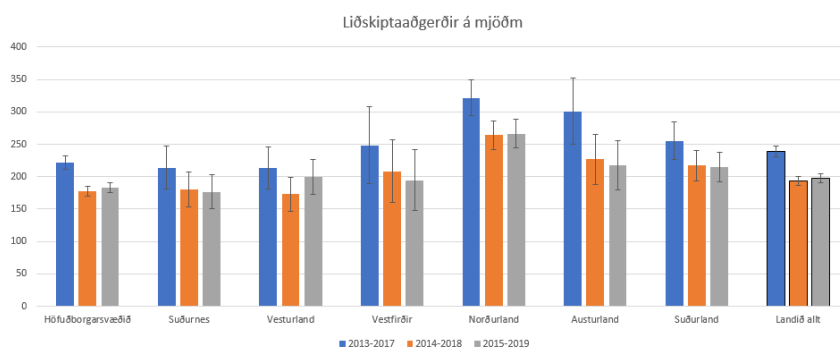
⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/en-gb/pdfs/stm201520160034000engpdfs.pdf>

⁷ <https://www.gigt.is/ad-lifa-med-gigt/gigt-og-medferd/gervilidur-i-mjodm/lifsgaedi-efir-gervilidaadgerdir>

yfir lífsgæði sjúklings. Slíkt eykur líkur á hlutlægu og gegnsæju mati sem byggt er á gagnreyndri nálgun.

Í [mælaborði Lýðheilsu](#) á vef embættis landlæknis má sjá fjölda liðskiptaaðgerða á mjöðm á hverja 100.000 íbúa í hverju heilbrigðisumdæmi landsins. Ef skoðað er meðaltal árána 2015-2019 má sjá að framkvæmdar voru marktækt fleiri liðskiptaaðgerðir á mjöðm meðal íbúa á Norðurlandi en landsmeðaltal segir til um og marktækt færri á íbúum á höfuðborgarsvæðinu. Líklega kemur það til af því hve framboð á þessari þjónustu er gott á Sjúkrahúsinu á Akureyri og þeirri staðreynd að flestir fara í liðskiptaaðgerðir í sama heilbrigðisumdæmi og þeir búa, sjá mynd 1.

Mynd 1 – Liðskiptaaðgerðir á mjöðm eftir heilbrigðisumdæmum



Stefnt er að því að koma upp sambærilegu mælaborði fyrir liðskiptaaðgerðir á hné. Reynst hefur flóknara að vinna úr upplýsingum um framkvæmdar liðskiptaaðgerðir á hné vegna þess að talsverður munur er á því hvernig aðgerðarstaðir skrá þær, þ.e. hvort aðgerðir séu flokkaðar sem liðskipti að hluta eða að fullu.⁸ Embætti landlæknis vinnur að því að samræma skráningu milli aðgerðarstaða.

Samkvæmt úttekt embættis landlæknis í desember 2019⁹ voru flestir sem skráðir voru á biðlista eftir liðskiptaaðgerðum, bæði á mjöðm og hné, á biðlista á þeirri sjúkrahúsinu sem staðsett er í umdæminu þar sem viðkomandi einstaklingur á lögheimili.

⁸ https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item39274/Li%C3%B0skipti%20-%20greinarger%C3%B0_birt_270220.pdf

⁹ https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item39274/Li%C3%B0skipti%20-%20greinarger%C3%B0_birt_270220.pdf

3. Liðskiptaaðgerðir sem framkvæmdar eru erlendis

Kveðið er á um réttindi sjúkratryggðra einstaklinga sem þurfa að bíða lengi eftir lækni meðferð í 20. gr. reglugerðar nr. 442/2012 (innleiðing Evrópureglugerðar nr. 883/2004, sem og í framkvæmdarreglugerð EB nr. 987/2009). Þar kemur fram að sjúkratryggður einstaklingur sem ferðast til annars EES-ríkis í þeim tilgangi að fá lækni meðferð, skuli óska fyrirfram heimildar hjá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ) sem leggja mat á hvert mál. Ef heimild er veitt, greiða SÍ meðferðarkostnað sem og ferða- og upphaldskostnað ásamt mögulegum kostnaði vegna fylgdarmanns.

Oftast er vísað til liðskiptaaðgerða þegar rætt er um biðtíma, þó bið sé eftir fleiri aðgerðum hér á landi s.s. offitu-, brennslu- og augasteinsaðgerðum.

Allar meðferðir sem samþykktar eru á grundvelli biðtímaákvæðis fara fram innan hins opinbera kerfis EES-ríkjanna og því er gert ráð fyrir að öryggi og gæði þjónustunnar séu tryggð þar sem kveðið er á um slíkt í Evrópulöggjöf.

3.1 Almennt um biðtímamál - Skilyrði og framkvæmd

Hvorki er rætt um biðlista né viðmiðunarbiðtíma í evrópsku reglunum eða íslensku útgáfu þeirra. Einungis er kveðið á um að meðferð sé innan þeirra tímamarka sem réttlæta megi lækni- og lækisfræðilega miðað við núverandi heilsufarsástand umsækjanda og líklega framvindu sjúkdómsins. Varðandi það atriði að miða skuli við biðtíma er vísað til dóms Evrópudómstólsins í máli nr. C-372/04, en þar er óskað svara við ákveðnum spurningum varðandi heilbrigðisþjónustu innan annarra EES-ríkja. Í lið 38 í dómnum kemur skýrt fram að hvert mál verði að skoða sérstaklega og lækni- og lækisfræðilegt mat geti ekki farið eftir stöðu á biðlista né eðlilegum viðmiðunarbiðtíma. [Hér](#) má skoða dóminn í heild sinni og þar er einnig vísað til annars dóms.

Skilyrði fyrir því að fá kostnað við ferð og meðferð erlendis greiddan af sjúkratryggingum er að meðferð sé í boði á Íslandi en **einstaklingurinn eigi ekki kost á henni innan tímamarka sem réttlæta megi lækni- og lækisfræðilega sé tekið mið af núverandi heilsufarsástandi hans og líklegri framvindu sjúkdómsins** og að þjónustan sé veitt innan hins opinbera heilbrigðiskerfis. Því er nauðsynlegt að umsókninni fylgi vottorð meðferðarlækni á Íslandi sem staðfestir bæði nauðsyn á meðferð og að of löng bið sé eftir meðferð. Þar sem krafist er fyrir fram samþykkis SÍ þarf samþykki að liggja fyrir áður en leitað er meðferðar í öðru EES-ríki nema í þeim tilfellum þar sem mikill dráttur verður á afgreiðslu umsóknar.

Upplýsingar um biðtíma einstaklinga, sem samþykktir hafa verið, eru oftast fengnar úr umsókn, sem í flestum tilvikum er lækni-vottorð frá viðkomandi meðferðarlækni eða sérfræðilækni í viðkomandi sérgrein. Lagt er mat á upplýsingarnar af yfirtryggingalækni Sjúkratrygginga Íslands sem og fagnefnd SÍ sem fundar mánaðarlega. Í sumum tilvikum er óskað eftir frekari staðfestingu frá

sjúkrahúsi um biðtíma. Við mat á því hvort biðtími sé réttlætanlegur lækisfræðilega hefur m.a. verið litið til mats umsóknarlækis, mats fagnefndar og upplýsinga landlækis.

Til að draga verklag Sjúkratrygginga Íslands saman þá er almennt óskað eftir upplýsingum um bið einstaklinga eftir lækisfræðilega ferð frá þjónustuveitanda, sem getur verið meðferðarlæknir, sérfræðilæknir í viðkomandi sérgrein eða heilbrigðisstofnun á Íslandi.

Varðandi ábendingu fyrir aðgerð er byggt á mati sérfræðilækis og mati yfirtryggingalækis og fagnefndar. Einungis er samþykkt greiðsluþátttaka ef aðgerð fer fram á stofnun sem tilheyrir opinberri heilbrigðisþjónustu eða stofnun sem hefur samning um viðkomandi þjónustu (til dæmis liðskiptaaðgerðir) við opinberar sjúkratryggingar í viðkomandi landi.

Hvorki er því hægt að gera að skilyrði að sjúklingar, sem sækja um samþykki á grundvelli 20. gr. reglugerðar nr. 442/2012, þurfi að vera komnir á biðlista né að hægt sé að fara eingöngu eftir viðmiðunarbíðtíma sem landlæknir hefur sett. Hvert mál ber að skoða og meta sérstaklega.

3.2 Fjöldi greiddra ferða erlendis og kostnaður

Þrátt fyrir að EB-reglugerð nr. 883/2004 hafi verið innleidd í íslenskan rétt árið 2012 með reglugerð nr. 442/2012, er fyrsta biðtímamálið (samþykkt og greidd aðgerð sem framkvæmd er erlendis á grundvelli reglugerðar) frá árinu 2015. Hér að neðan koma fram ýmsar tölulegar upplýsingar varðandi biðtímamál sem afgreidd hafa verið af Sjúkratryggingum Íslands og voru liðskiptaaðgerðir skoðaðar sérstaklega.

Tafla 1 Aðgerðir sem framkvæmdar voru erlendis árin 2015–2020 og falla undir EB 883/2004

Ár	Heildarkostnaður	Fjöldi greiddra mála	Þar af fjöldi liðskiptaaðgerða
Samtals 2015	7.804.330 kr.	3	3
Samtals 2016	6.038.473 kr.	4	4
Samtals 2017	18.179.390 kr.	13	11
Samtals 2018	50.099.623 kr.	29	25
Samtals 2019	139.280.520 kr.	106	36
Samtals 2020	81.507.329 kr.	54	12
Samtals	302.909.665 kr.	209	91

Þessa miklu aukningu milli áranna 2018 og 2019 má skýra með mikilli fjölgun á umsóknum um efnaskiptaaðgerðir tengdum offitu. Fækkunina árið 2020 má rekja til heimsfaraldursins. Taka skal fram að töluverður fjöldi greiddra mála árið 2020 voru meðferðir sem voru framkvæmdar í lok árs 2019 en greiddar árið 2020. Tiltölulega fá mál voru afgreidd á árinu 2020 en yfir 100 mál frá árinu 2020 bíða afgreiðslu.

Tafla 2 Greidd biðtímamál – samantekt frá Sjúkrtryggingum Íslands fyrir árin 2016-2020

2016	Fjöldi	Meðferðar- kostnaður	Ferðir og uppihald	Heildar- kostnaður	Meðaltal	Meðalverð LSH
Liðskipti á mjöðm	2	3.184.212	0	3.184.212	1.592.106	897.952
Liðskipti á hné	2	2.571.153	283.108	2.854.261	1.427.131	897.952
Samtals	4	5.755.365	283.108	6.038.473		
2017	Fjöldi	Meðferðar- kostnaður	Ferðir og uppihald	Heildar- kostnaður	Meðaltal	Meðalverð LSH
Liðskipti á mjöðm	5	7.503.839	1.186.336	8.690.175	1.738.035	949.534
Liðskipti á hné	6	7.777.728	1.217.688	8.995.416	1.499.236	949.534
Samtals	11	15.281.567	2.404.024	17.685.591		
2018	Fjöldi	Meðferðar- kostnaður	Ferðir og uppihald	Heildar- kostnaður	Meðaltal	Meðalverð LSH
Liðskipti á mjöðm	6	7.948.990	2.838.927	10.787.917	1.797.986	985.522
Liðskipti á hné	19	25.782.160	8.292.225	34.074.385	1.793.389	985.522
Samtals	25	33.731.150	11.131.152	44.862.302		

2019	Fjöldi	Meðferðar- kostnaður	Ferðir og uppihald	Heildar- kostnaður	Meðaltal	Meðalverð LSH
Liðskipti á mjöðm	12	14.523.198	5.192.289	19.715.487	1.642.957	1.021.000
Liðskipti á hné	24	33.862.088	6.047.944	39.910.032	1.662.918	1.021.000
Samtals	36	48.385.286	11.240.233	59.625.519		
2020	Fjöldi	Meðferðar- kostnaður	Ferðir og uppihald	Heildar- kostnaður	Meðaltal	Meðalverð LSH
Liðskipti á mjöðm	4	5.802.537	2.362.998	8.165.535	2.041.384	1.052.906
Liðskipti á hné	8	10.859.019	4.117.649	14.976.668	1.872.084	1.052.906
Samtals	12	16.661.556	6.480.647	23.142.203		

Í töflu 2 er kostnaðurinn brotinn niður enn frekar þar sem fram kemur meðferðarkostnaður, ferðakostnaður og uppihaldskostnaður, enda bætist sá kostnaður við þegar farið er í meðferðir erlendis samkvæmt reglum um biðtíma. Hér ber að hafa í huga að meðaltal í töflunni er meðaltal heildarkostnaðar en ekki aðeins meðaltal meðferðarkostnaðar. Jafnframt þarf að hafa í huga að fylgdarmaður er nánast alltaf samþykktur þegar um er að ræða liðskiptaaðgerðir erlendis þar sem almennt er sjúklingur ófær um að ferðast einn. Að lokum kemur fram í töflunni meðaltalsverð á Landspítalanum skv. DRG-verðskrá Landspítala.

Tafla 3 Fjöldi umsókna og greiddar meðferðir 2015-2020

Tegund	Fjöldi umsókna	Samþykktar umsóknir	Greiddar meðferðir	Heildarkostnaður
Liðskipti á hné	119	112	59	100.810.762 kr.
Liðskipti á mjöðm	126	103	32	58.347.656 kr.
Samtals	245	115	91	159.158.418 kr.

Samkvæmt töflu 3 hafa 112 einstaklingar haft rétt til að fara til annars EES-ríkis í liðskiptaaðgerð á hné árin 2015-2019 en einungis 59 einstaklingar farið í

meðferðina erlendis. Alls hafa 103 einstaklingar haft rétt til að fara til annars EES-ríkis í liðskiptaaðgerð á mjöðm á sama tíma en einungis 32 einstaklingar farið í meðferðina erlendis.

Komið hefur fram við afgreiðslu Sjúkratrygginga Íslands að hluti þessara einstaklinga komast að á viðkomandi heilbrigðisstofnun innanlands og fá þá meðferð sem nauðsynleg er. Aðrir treysta sér ekki til að ferðast til annarra ríkja í meðferð og síðan eru einstaklingar sem taka þá ákvörðun að fá nauðsynlega meðferð hér á landi hjá einkaaðila og greiða þá fullt verð fyrir þjónustuna. Þessir einstaklingar hafa verið í sambandi við Sjúkratryggingar Íslands og óskað eftir að fá kostnaðinn endurgreiddan en stofnunin hefur synjað þeim umsóknum þar sem ekki er heimilt að greiða fyrir aðgerðir þegar samningar eru ekki til staðar. Þó nokkur fjöldi þessara mála hefur ratað til úrskurðarnefndar velferðarmála þar sem synjun Sí á greiðsluþátttöku hefur verið staðfest. Slíkt synjunarmál er nú til meðferðar í dómsskerfinu hér á landi.

Árið 2020 var afar frábrugðið fyrri árum þar sem nánast allar samþykktar beiðnir um valkvæðar aðgerðir erlendis fóru í bið vegna Covid-19. Nú þegar hafa verið samþykktar yfir 100 beiðnir og tengist stærsti hlutinn offituefnaskiptaaðgerðum en einnig er þar að finna beiðnir um liðskiptaaðgerðir.

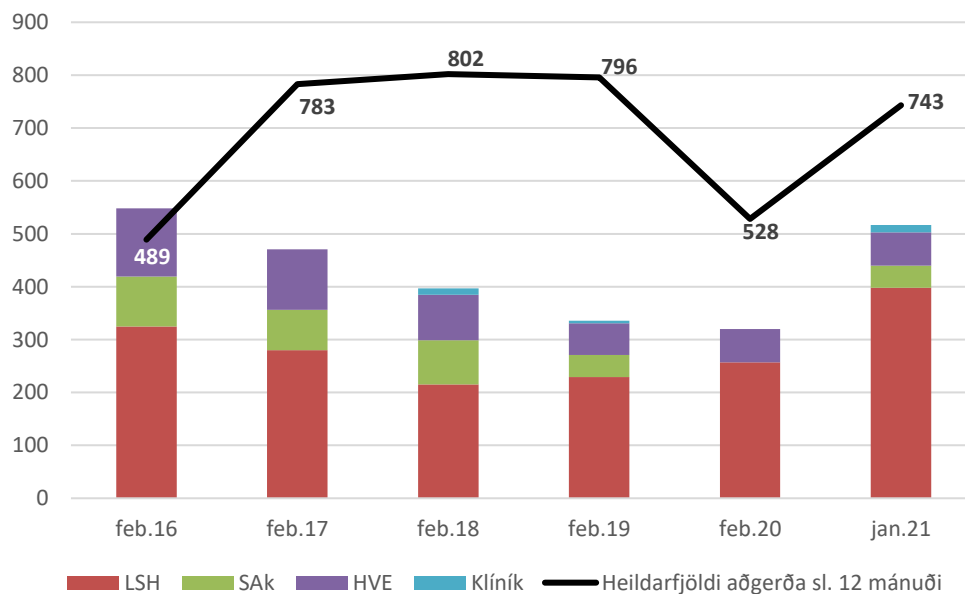
4. Staða biðlista vegna liðskiptaaðgerða

4.1 Liðskipti á mjöðm

Upplýsingar úr nýjustu innköllun embættis landlæknis frá því í janúar síðastliðnum sýna að miðgildi biðtíma þeirra sem fóru í liðskiptaaðgerð á mjöðm á árinu 2020 var 29 vikur á Landspítala (LSH), 20 vikur á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK), 26 vikur á Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE) og 3 vikur á Klíníkinni. Fjöldi framkvæmdra aðgerða á árinu var 743 og því ljóst að margir biðu umfram ásættanlegan biðtíma.

Mynd 2 sýnir heildarfjölda á biðlista eftir liðskiptaaðgerðum á mjöðm á LSH, SAK, HVE og Klíníkinni samkvæmt gögnum sem bárust í fyrstu innköllun hvers árs frá árinu 2016. Svarta línan sýnir heildarfjölda framkvæmdra aðgerða á undangengnum 12 mánuðum. Á myndinni sést að fjöldi á biðlista eftir aðgerðum dróst saman eftir að biðlistaátak hófst árið 2016 (umfjöllun um átakið í næsta kafla) en jókst á ný á árinu 2020. Hafa ber í huga að engin gögn bárust frá SAK eða Klíníkinni í febrúar 2020 og því er heildarfjöldi á biðlista það ár vanmetinn, sem og fjöldi framkvæmdra aðgerða. Á myndinni sést að það fækkaði á biðlistum í kjölfar biðlistaátaks, í takt við aukinn fjölda aðgerða, en að fjölgun varð á ný á árinu 2020.

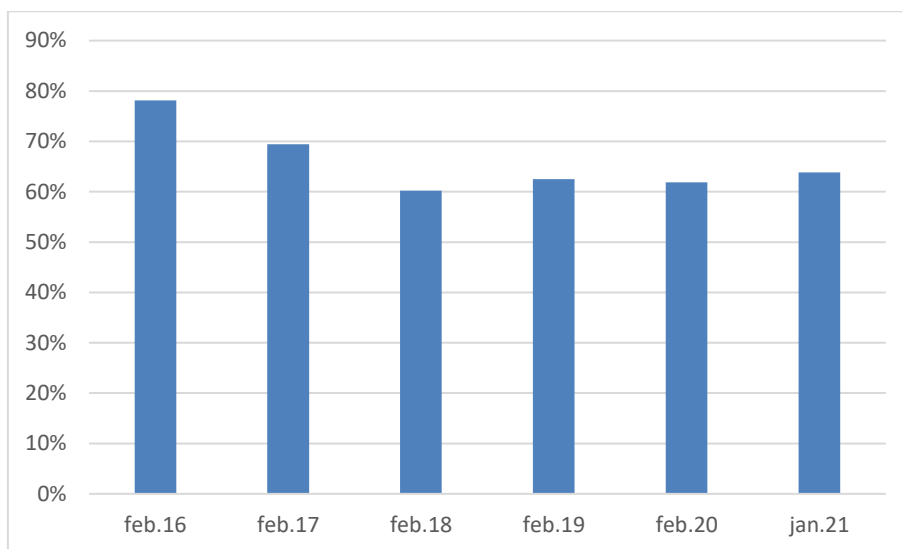
Mynd 2 Fjöldi á biðlista eftir liðskiptum á mjöðm og fjöldi framkvæmdra aðgerða.



Viðmiðunarmörk embættis landlæknis um ásættanlega bið eftir heilbrigðisþjónustu kveða á um að aðgerð skuli framkvæmd innan 90 daga frá

greiningu. Stefnt skuli að því að 80% sjúklinga fái meðferð innan þess tíma.¹⁰ Mynd 3 sýnir hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði (90 daga) eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm undanfarin ár. Nokkuð dró úr hlutfallslegum fjölda þeirra sem beið lengur en þrjá mánuði eftir að biðlistaátaki var hrundið af stað árið 2016 en ljóst er að enn bíður meirihluti sjúklinga of lengi eftir aðgerð.

Mynd 3 Hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm.

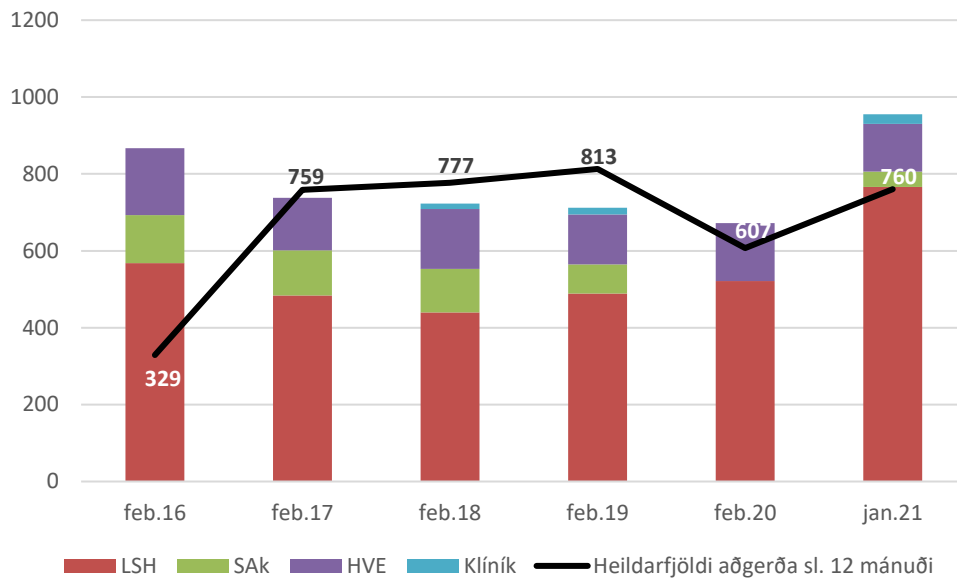


4.2 Liðskipti á hné

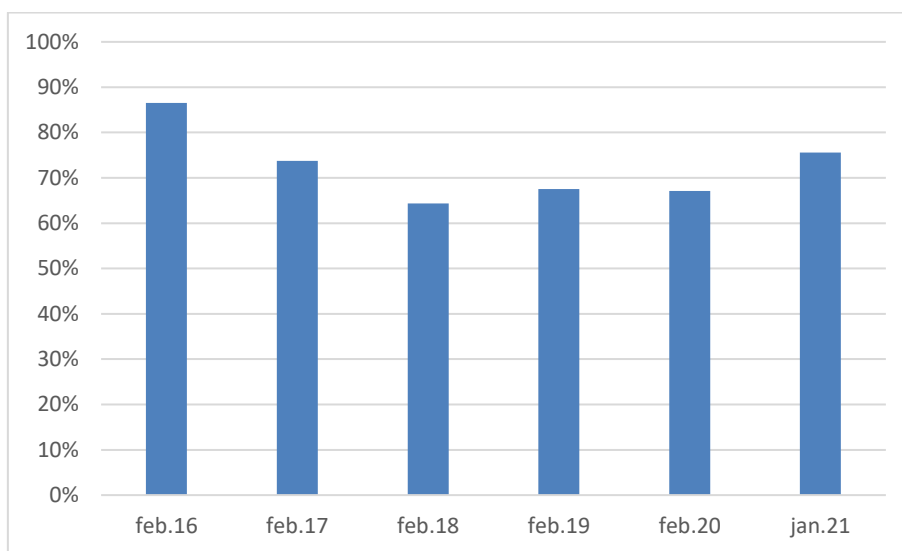
Samkvæmt nýjustu innköllun embættis landlæknis var miðgildi biðtíma eftir liðskiptaaðgerð á hné á síðastliðnu ári 43 vikur á LSH, 24 vikur á SAK, 32 vikur á HVE og 3 vikur á Klíníkinni. Fjöldi framkvæmdra aðgerða á árinu var 760. Líkt og með mjaðmaaðgerðirnar biðu margir umfram ásættanlegan biðtíma eftir liðskiptaaðgerð á hné.

Mynd 4 sýnir heildarfjölda á biðlista eftir liðskiptaaðgerðum á hné á LSH, SAK, HVE og Klíníkinni. Á myndinni sést að fjöldi á biðlista eftir aðgerðum dróst saman í kjölfar biðlistaátaks, í takt við aukinn fjölda framkvæmdra aðgerða, en jókst á ný á árinu 2020. Aftur ber að hafa í huga að ekki bárust tölur frá SAK og Klíníkinni í febrúar 2020 og því er heildarfjöldi á biðlista sem og fjöldi framkvæmdra aðgerða vanmetinn það ár.

¹⁰ <https://www.landlaeknir.is/um-embættid/frettir/frett/item29708/Vidmidunarmork-um-bidtima-efrir-heilbrigdisthjonustu>

Mynd 4 Fjöldi á biðlista eftir liðskiptum á hné og fjöldi framkvæmdra aðgerða.

Mynd 5 sýnir hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eftir liðskiptaaðgerð á hné. Líkt og með mjaðmaaðgerðirnar dró úr hlutfallslegum fjölda í kjölfar biðlistaáttaks. Hlutfallið hefur þó aukist á ný á undanförunum árum og er nú 76%.

Mynd 5 Hlutfall þeirra sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eftir liðskiptaaðgerð á hné.

Langur biðtími dregur úr hagkvæmni aðgerða og hefur áhrif á lífsgæði sjúklinga.¹¹ Forgangsröðun á biðlista byggist á læknisfræðilegum sjónarmiðum. Mat þetta

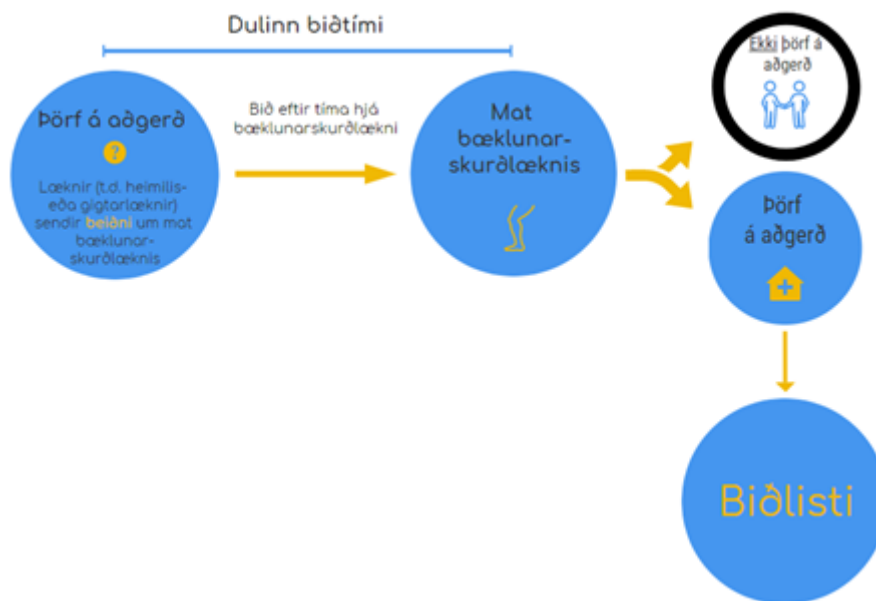
¹¹ Mascarenhas, R. (2009). The Manitoba arthroplasty waiting list: impact on health-related quality of life and initiatives to remedy the problem. *J Eval Clin Pract.* Feb;15(1):208-211

felst meðal annars í því að þeir einstaklingar sem hafa brýnasta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, svo sem vegna bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma eða slysa, gangi fyrir.

4.3 Dulinn biðtími

Biðtími eftir aðgerð endurspeglar ekki allan hluta ferlisins þar sem einstaklingur fer ekki á biðlista fyrr en skurðlæknir á aðgerðarstað hefur metið þörf á aðgerð. Bið eftir slíku mati getur verið umtalsverð og hefur sá biðtími verið nefndur „dulinn biðtími“. Um er að ræða ferli frá því grunur kviknar um þörf á aðgerð þar til einstaklingur kemst á biðlista.

Mynd 6 Dulinn biðtími



Í lok október 2019 var áætlaður biðtími eftir mati bæklunarlæknis á LSH 6-8 mánuðir, 12-16 vikur á SAK og 5-6 vikur á HVE.

5. Aðgerðir til að stytta biðlista

Sérstakt átak til að stytta biðlista í völdum aðgerðarflokkum var sett af stað árið 2016 með aðaláherslu á liðskiptaaðgerðir á hnjám og mjóðmum. Til átaksins var varið árlega 840 m.kr. Aðgerðirnar koma til viðbótar aðgerðum sem stofnanirnar framkvæma fyrir fastar fjárveitingar. Stofnanir sem tóku þátt í átakinu voru Landspítali, Sjúkrahúsið á Akureyri (SAK) og Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi (HVE) en þær hafa nýtt þetta viðbótarfjármagn til að manna stöður og að einhverju leyti í kaup á búnaði. Stuðst var við meðalverð aðgerða skv. verðskrá Landspítala fyrir hvert ár og ákveðinni nálgun beitt við verðlagningu aðgerða fyrir HVE og SAK út frá þeirri verðskrá. Í upphafi hvers árs gerðu stofnanirnar áætlun um fjölda aðgerða umfram fasta fjármögnun, og í lok árs var greitt fyrir fjölda aðgerða sem framkvæmdar voru innan átaksins. Árangur náðist í öllum aðgerðarflokkum, en þó mismikill.

Eins og fram kom í minnisblaði landlæknis til heilbrigðisráðherra¹² styttest biðtíminn á tímabili átaksins en var þó enn langt umfram viðmið um ásættanlega bið. Lagt er til að halda áfram með inngjöf í þá aðgerðarflokka sem verið hafa undir, svo ekki komi til þess að kúfur myndist að nýju. Sérstaklega er talið mikilvægt að framkvæma eins margar liðskiptaaðgerðir og hægt er á hverjum stað miðað við mannskap og aðstöðu, þar sem nýgreindum fjölgar stöðugt milli ára.

Bent var á að fjölga þyrfti liðskiptaaðgerðum og var það mat embættis landlæknis að ekki skyldi dreifa aðgerðunum um of á ólíkar stofnanir. Þó var það metið sem svo að ef opinberar sjúkrastofnanir gætu ekki aukið afkastagetu þyrfti að skoða aðrar leiðir, meðal annars þá að útvista aðgerðum til einkaaðila.

Í ofangreindu minnisblaði landlæknis til heilbrigðisráðherra var reifað að meginástæða þess að ekki náðist að stytta biðtíma eftir liðskiptaaðgerðum, eins og ráð var fyrir gert í upphafi biðlistaátaks, var að eftirspurn eftir liðskiptaaðgerðum hafi vaxið hraðar en reiknað var með og fleiri komið inn á biðlista heldur en forsendur gerðu ráð fyrir þegar átakið hófst.

Slitgigt í hné, sem getur leitt af sér þörf fyrir liðskipti, getur verið ein af afleiðingum offitu. Því má leiða líkur að því að aukin eftirspurn eftir liðskiptaaðgerðum vegna aukinnar tíðni slitgigtar í hné haldist í hendur við aukna offitu í samfélaginu.¹³ Fjölgun í efri aldurshópum er önnur skýring á aukinni

¹²

<https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37293/Minnisblad%20landl%3%A6knis%20vegna%20li%C3%B0skiptaa%C3%B0ger%C3%B0a.pdf>

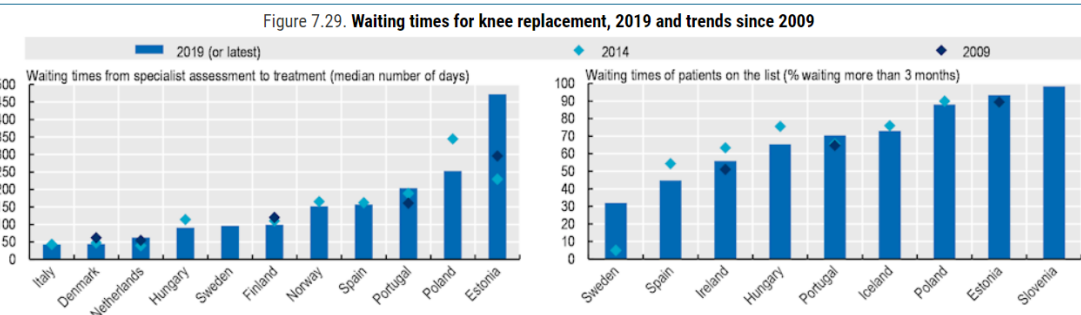
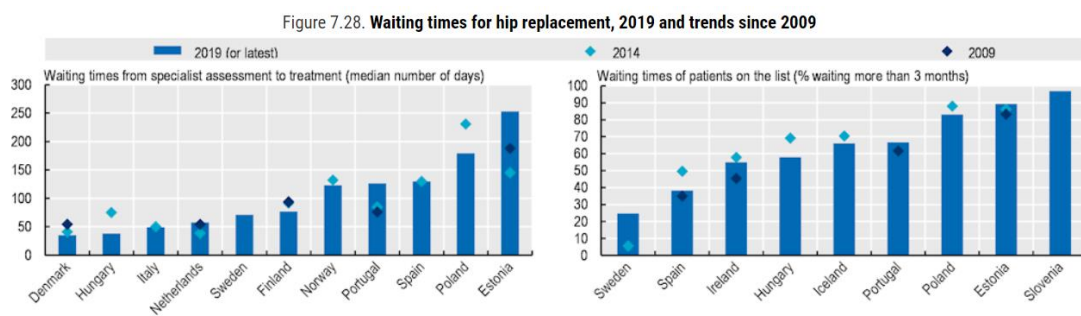
¹³ <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item35858/Tolulegar-upplýsingar-ur-Heilsa-og-lidan-Islandinga>

eftirspurn eftir liðskiptaaðgerðum. Einnig er talið að fólk í dag geri auknar kröfur til eigin getu og hreyfingar og sætti sig síður við skerðingu á lífsgæðum samanborið við fyrri kynslóðir. Þetta veldur því að yngra fólk sækist eftir liðskiptaaðgerðum í auknum mæli.

5.1 Samanburður við önnur lönd

Á mynd 6 má sjá samanburð á þróun biðtíma milli nokkurra landa skv. upplýsingum frá OECD.¹⁴ Eins og sjá má hefur hlutfall þeirra sjúklinga sem bíða lengur en þrjá mánuði lækkað með tímanum og þá sérstaklega milli 2014 og 2019. Athygli vekur þó að eftir góðan árangur Svía við að ná niður biðtíma árið 2014 hefur hann lengst aftur árið 2019, bæði vegna aðgerða á hné og mjöðm.

Mynd 7 Samanburður á þróun biðtíma milli landa



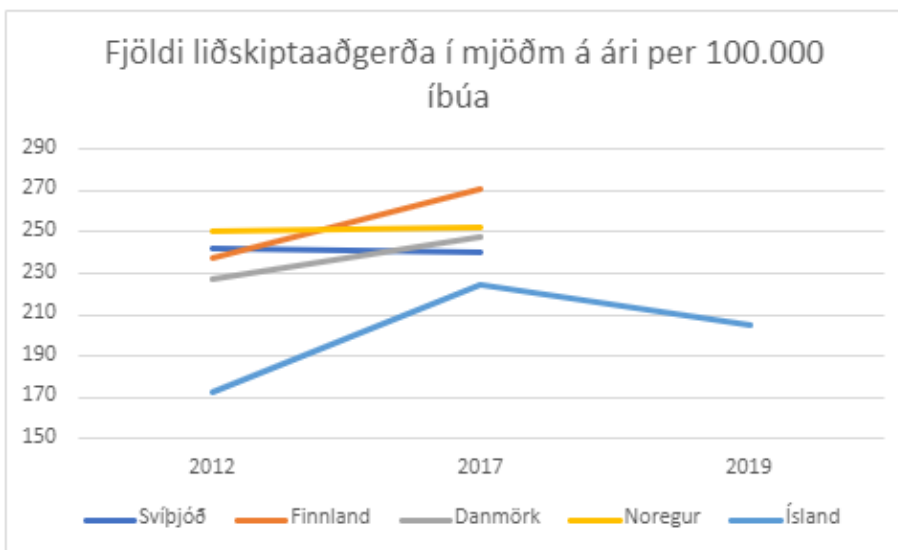
Á myndum 7 og 8 kemur fram að aðgerðartíðni¹⁵ í liðskiptaaðgerðum á Íslandi hefur vaxið töluvert á tímabilinu og virðist nú orðin nálægt því sem hún er í nágrannalöndunum, sérstaklega hvað varðar liðskipti á hnjám.¹⁶

¹⁴ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/5/12/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&_csp_ =e7f5d56a7f4dd03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e27868 og https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/5/12/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&_csp_ =e7f5d56a7f4dd03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e27897

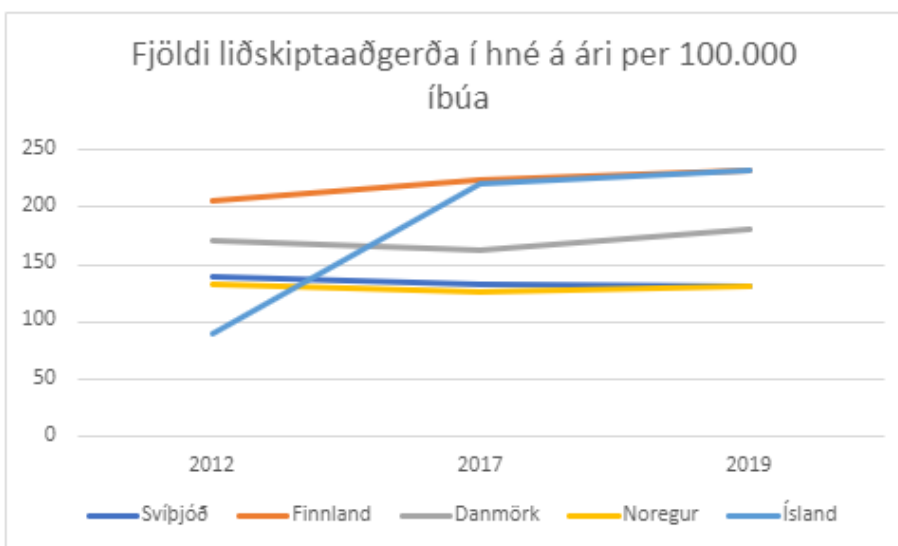
¹⁵ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/2fc83b9a-en/index.html?itemId=/content/component/2fc83b9a-en>

¹⁶ <https://www.statista.com/statistics/236586/number-of-knee-operations-in-selected-countries/>

Mynd 8 Fjöldi aðgerða á 100.000 íbúa - mjöðm



Mynd 9 Fjöldi aðgerða á 100.000 íbúa - hné



Íslensku gildin á myndinni eru reiknuð út frá fjöldataölum aðgerðarstaða sem tóku þátt í biðlistaátaki en tölur Norðurlandanna eru frá OECD og Statista.com. Hugmyndin með svona rýni er að reyna að átta sig á því hvar á grafinu Ísland liggur m.t.t. viðunandi aðgerðarfjölda miðað við Norðurlöndin, að teknu tilliti til mögulegrar sérstöðu Íslands (t.d. vegna tíðni offitu, gigtar, fjölda aldraðra o.s.frv.). Þá er auðveldara að meta framtíðareftirspurn eftir liðskiptaaðgerðum og taka ákvörðun um fyrirhugaðan aðgerðarfjölda til næstu ára.

Áframhaldandi fjármagn fékkst til að framlengja biðlistaátakið fyrir árin 2019, 2020 og 2021, sem hefur valdið því að árangurinn hefur viðhaldist, en heldur þó ekki í við aukningu bæði vegna fjölgunar aldraðra og fjölgunar þeirra sjúkdóma sem valda sjúkdómum í liðum, eins og t.d. offitu.

Nú þegar er hafinn undirbúningur á framleiðslutengdri fjármögnun með DRG (Diagnosis related group) og er stefnt að því að fjármagna stóran hluta Landspítala og Sjúkrahúsins á Akureyri með þeim hætti frá og með árinu 2022 sem og aðrar stofnanir og sjálfstætt starfandi aðgerðarstofur í framhaldinu. Talið er að þessi fjármögnunaraðferð muni auðvelda umsjón og yfirsýn stjórnvalda með framleiðslu þjónustuaðila í heilbrigðisþjónustu á Íslandi auk þess sem hún hvetur til aukinnar framleiðni.

5.2 Þróun miðlægs biðlista

Nýtt kerfi fyrir miðlægt utanumhald um biðlista hefur nú verið í þróun hjá embætti landlæknis (EL) um nokkurt skeið og er að komast í fulla notkun hvað varðar biðlista fyrir liðskiptaaðgerðir á tveimur stofnunum, Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE) og Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK). Í dag þurfa heilbrigðisstofnanir að leggja í mikla handavinnu við að taka saman gögn sem send eru EL 2-3 sinnum á ári og þar fer jafnframt fram tímaflek vinnsla á innsendum upplýsingum. Miðlæg yfirsýn á landsvísu næst eingöngu með þessari samantekt. Auk þess viðhafa stofnanir mismunandi vinnubrögð við samantekt biðlista sem veldur ákveðinni ónákvæmni. Erfitt/ómögulegt hefur verið að fá yfirsýn yfir heildarbiðtíma sjúklinga eða biðlista á milli stofnana og hvort sjúklingar séu á fleiri en einum biðlista. Til viðbótar virðast margt konar biðlistar vera í gangi og hver og einn þeirra er ‚eyland‘, jafnvel tengdir ákv. læknum.

Markmiðið með hinu nýja kerfi er m.a. að:

- Fá heildaryfirsýn yfir biðlista á öllum heilbrigðisstofnunum
- Koma í veg fyrir tvítalningar – Betri/réttari gögn
- Minnka handavinnu við að ná gögnunum saman
- Auðvelda tölfræðilega úrvinnslu
- Gagnsærra ferli verði fyrir sjúklinga með upplýsingagjöf í gegnum Heilsuveru
- Samræma vinnubrögð á milli stofnana
- Auka skilvirkni og hagræði

Í fyrsta áfanga verkefnisins er unnið að því að fá yfirsýn yfir liðskiptaaðgerðir og aðrar bæklunaraðgerðir. Til að fá þá heildarmynd vantar nú aðeins gögn úr skurðstofukerfi Landspítala sem notað er til að halda utan um biðlista þar. Í framhaldi verður síðan unnið að því að ná utan um aðra biðlista á öðrum stofnunum.

Í næstu áföngum verður síðan unnið að því að upplýsa sjúklinga um stöðu þeirra á biðlista og fá nánari upplýsingar um ástand þeirra með notkun spurningalista í Heilsuveru, fá yfirsýn yfir heildarbiðtíma með því að taka líftíma undirliggjandi tilvísana með í reikninginn, gera hverri stofnun fyrir sig kleift að sjá hvort sjúklingar þeirra séu á biðlistum á öðrum stofnunum o.fl.

Heildaryfirsýn yfir liðskiptaaðgerðir mun fást um leið og hafinn verður gagnaflutningur úr kerfi Landspítala í kjölfar innleiðingar á nýrri útgáfu þess kerfis en henni hefur verið að seinka en er nú við það að ljúka. Þegar þessum áfanga verkefnisins verður lokið í mars má gera ráð fyrir að komið sé yfirlit yfir biðlista liðskiptaaðgerða í rauntíma með daglegum uppfærslum.

Hjá heilbrigðisstofnunum og þjónustuveitendum sem halda ekki utan um upplýsingar um fyrirhugaðar meðferðir með skipulögðum og kerfisbundnum hætti getur verið erfitt að meta biðtíma.

Huga þarf að ákveðnum viðmiðum um hvenær sjúklingur fer á biðlista (snemma eða seint í ferlinu) en í dag er slíkt mismunandi eftir læknum. Það að setja sjúkling á biðlista er alltaf ákvörðun læknis. Raunveruleg ákvörðun sjúklings um að þiggja meðferð fer ekki að hafa áhrif fyrr en kominn er aðgerðartími. Í einhverjum tilfellum hætta sjúklingar sjálfir við meðferð eða fresta henni og veldur það lengri biðlistum. Viðbrögð við þessu væru t.d. að innleiða það verklag að sjúklingur væri ekki settur á biðlista nema að fyrir lægi upplýst samþykki af hans hálfu að þiggja viðkomandi meðferð.

Á Íslandi hefur í vaxandi mæli myndast sú hefð meðal bæklunarskurðlækna að sjúklingar séu settir á biðlista eftir aðgerð þó að þeir séu klínískt ekki tilbúnir til þess fyrr en eftir 1-2 ár. Þess háttar venja skapast þegar biðlistar eru viðvarandi og notaðir sem ákall á meira fjármagn, en slíkt skekkir matið á hverjum tíma.

5.3 Aðferðir til að stytta biðlista í liðskiptaaðgerðum

Hér á eftir eru tilgreindar nokkrar af þeim leiðum og aðferðum sem beita má til að vinna á eða halda biðlistum í skefjum, þó svo að þær séu engan veginn tæmandi.

5.3.1 Átaksverkefni, aukið fjármagn í fleiri aðgerðir

Átaksverkefni um fjölgun aðgerða gengur út á að gera samninga við þær heilbrigðisstofnanir sem framkvæma liðskiptaaðgerðir um fjölgun aðgerða til þess að ná niður biðlistum. Nýtt fjármagn í biðlistaátak af þessu tagi þarf að koma fram í fjárlögum sem samþykkt eru á Alþingi. Reynsla hér á landi og erlendis sýnir þó að oftast reynist nauðsynlegt að viðhalda slíkum átaksverkefnum, svo biðlistinn aukist ekki að nýju þegar átakanu sleppir. Því er talið gagnlegt að átaksverkefni séu sett í gang samhliða öðrum aðferðum til að ná niður biðlistum. Þó ber að athuga að aukin framleiðsla getur í sumum tilfellum valdið aukinni eftirspurn án þess að aðrir þættir hafi þar áhrif.

Hægt er að nota fjárhagslega hvata til umbunar eða refsingar til þess að stýra áherslum eða forgangi. Slíkir hvatar tengjast gjarnan markmiðum um ákv. gæði, aðgengileika, kröfur um afköst og/eða breytingar á ferlum þjónustunnar.

5.3.2 Aðskilja bráða- og valkvæða starfsemi sjúkrahúsa

Hópur úr viðskiptadeild Háskólans í Reykjavík skilaði pilot-verkefni árið 2016 um tillögur til að minnka biðlista og þá sérstaklega vegna bæklunarskurðlækninga

innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Þar kemur fram að bráðatilvik á Landspítala valda því að fresta þarf um 25% af valkvæðum bæklunaraðgerðum. Af þeim sökum er lagt til að komið verði á fót sérhæfðu liðskiptasetri á Akranesi, sem er ætlað að mæta vaxandi eftirspurn til framtíðar án þess að starfsemin raskist vegna annarra bráðatilfella.

Heilbrigðisráðherra samþykkti árið 2019 að koma á fót liðskiptasetri við Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi og gera áætlanir ráð fyrir að það geti hafið starfsemi í mars árið 2022. Með liðskiptasetri og viðbótarskurðstofu sem eingöngu sinnir liðskiptaaðgerðum skapast aðstaða til að fjölga aðgerðum sem á sama tíma verða ekki fyrir truflun vegna bráðra aðgerða sem metnar eru í forgangi í skipulagi skurðstofa. Framkvæmdir eru hafnar við stofnunina sem m.a. fela í sér að viðbótarskurðstofu verður bætt við þær tvær sem fyrir eru. Markmiðið er að þar verði hægt að framkvæma 430 liðskiptaaðgerðir á ári, sem er um 60% aukning miðað við aðgerðafjölda undanfarinna ára. Fjármögnun þeirrar viðbótar hefur verið tilgreind í fjárlögum fyrir árið 2021.

5.3.3 Nýta biðtímann eftir aðgerð í markvissan undirbúning og hæfingu

Liðskiptaaðgerð er áhrifarík leið til að meðhöndla lokastig slitgigtar. Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar um árangur og eftirfylgd sjúklinga sem þurfa á liðskiptaaðgerð að halda. Ein þeirra var til að mynda gerð á sjúklingum með slitgigt í hné sem allir biðu eftir liðskiptaaðgerð og var þeim skipt upp í tvo sambærilega hópa. Annar hópurinn fékk hæfingarmeðferð sem samanstóð af markvissri fræðslu, þjálfun, næringarmeðferð, innleggjum í skó og verkjameðferð en hinn hópurinn fór í aðgerð auk þess að fá sambærilega hæfingarmeðferð. Lagt var mat á verki, hreyfigetu (KOOS- spurningalisti), virkni og lífsgæði hjá báðum hópunum á nokkra mánaða millibili. Niðurstaðan var sú að báðir hóparnir sýndu bætingu á öllum rannsóknarþáttum, en skurðhópurinn sýnu meiri, en aukaverkanir voru þó ívið algengari í þeim hópi. 74% af þeim sem fengu eingöngu hæfingarmeðferð ákváðu að fara ekki í aðgerð í framhaldi af rannsókninni (innan 12 mánaða), sem bendir til þess að hægt sé með góðum árangri að fresta aðgerð hjá stórum hluta þeirra sjúklinga sem bíða eftir aðgerð með markvissri hæfingu og stuðla jafnframt að því að lífsgæði og hreyfigeta þessa sjúklingahóps batni til muna.¹⁷

Á Íslandi er í gangi rannsóknarverkefni á vegum Maríu Sigurðardóttur, svæfingalæknis á Landspítala, sem unnið er í samstarfi við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Þar er verið að kanna áhrif langtíma undirbúnings og uppvinnslu sjúklinga í bið eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm á aðgerðarferilinn og tíðni fylgikvilla. Rannsóknir sýna að markviss undirbúningur sjúklings fyrir aðgerð hefur mikið að segja um hvernig til tekst með aðgerðina og

¹⁷ https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1505467?query=featured_

hvernig sjúklingum reiðir af. Sjúklingum er fylgt eftir í tvö ár eftir aðgerð og árangurinn metinn.¹⁸

5.3.4 Efla 1. og 2. stigs endurhæfingarræði

Í nýlega samþykktri aðgerðaráætlun um endurhæfingu, er í kafla 2.1. lagt til að endurhæfingarteymi verði sett á fót í öllum heilbrigðisumdæmum sem er ætlað að forgangsraða og veita ráð um endurhæfingarræði auk þess að vera bakhjarl endurhæfingar og eftirfylgni í heilsugæslum. Í kafla 5.2 er jafnframt lagt til að í samningum við þjónustuveitendur verði gerð krafa um árangursmarkmið og heildstæðan feril endurhæfingar með skýrri ábyrgð á framvindu.

5.3.5 Starfshópur um langvinna verki

Í lok árs 2020 var settur á fót starfshópur um langvinna verki af hálfu heilbrigðisráðherra. Hlutverk starfshópsins er að taka saman upplýsingar um fjölda, aldur og kyn einstaklinga hér á landi sem eiga við langvinna verki að stríða, meðferðir sem nýttar eru til að meðhöndla langvinna verki og hvar meðferð er helst veitt. Þá er hópnum ætlað að leggja fram tillögur um úrbætur í þjónustu við einstaklinga með langvinna verki og koma ennfremur með tillögur að skipulagi sem auðveldar aðgengi að þjónustunni og einfaldar ferli þessara sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Mögulega mun greining og vinna þessa hóps og aðgerðir til framtíðar skila einhverju til þeirra sem þjást af langvarandi verkjum í hnjám og mjöðmum.

5.3.6 Tryggja jafnari kostnaðarhlutdeild sjúklinga milli meðferðarforma

Þegar kemur að vali á því að velja aðgerð eða nýta sér aðrar leiðir til meðferðar getur þáttur eins og kostnaðarhlutdeild sjúklings skipt máli. Í dag er kostnaðarþátttaka sjúklinga sem fara í liðskiptaaðgerð engin er varðar sjúkrahúsleguna sjálfa. Hins vegar ef sjúklingar velja aðrar leiðir, eins og sjúkrabjálfun, lyfjameðferð eða sálfræðiþjónustu, er um að ræða þjónustuþætti með greiðsluþátttöku sjúklinga samkvæmt reglugerð, greiðsluþátttöku sem jafnframt er viðvarandi allan þann tíma sem hennar er þörf.

Samkvæmt félagsvísunum Hagstofu Íslands neita að jafnaði ríflega 2% landsmanna sér um heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar. Í lægsta tekjubílinu er hlutfallið um 6%.¹⁹ Auk þess má geta þess að skv. upplýsingum frá OECD er Ísland með lægsta hlutfall niðurgreiðslu (health care coverage) fyrir göngudeildarþjónustu af Norðurlöndunum, sem bendir til þess að sjúklingar á Íslandi greiði hlutfallslega

¹⁸ <https://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1863/PDF/r02.pdf>

¹⁹ https://visar.hagstofa.is/felagsvisar/heilsa/neita_heilbrigdisthjonustu/

mest fyrir almenna og sérhæfða göngudeildarþjónustu miðað við sjúklinga á Norðurlöndum.²⁰

5.3.7 Endurskoða leiðbeiningar eða viðmið sem farið er eftir þegar fagfólk ráðleggur eða mælir með meðferð, í þessu tilfalli liðskiptaaðgerð

Vaxandi krafa um aukin gæði þjónustunnar hefur leitt til þess að áhersla hefur verið lögð á gagnreyndar lækningar og virði meðferðar fyrir sjúklinginn, þannig að áframhaldandi notkun greiningar- og meðferðaraðferða sé háð mati á því hvort þær hafi tilætluð áhrif. Bein afleiðing af þessari áherslubreytingu er Cochrane-samstarfið²¹ sem hófst í Bretlandi og hefur breiðst út á alþjóðavettvangi. Um er að ræða vettvang þar sem öll rannsóknarverkefni sem unnin hafa verið með mismunandi greiningar- eða meðferðaraðferðum eru metin ítarlega og lögð fram á aðgengilegan hátt fyrir fagfólk.

Choosing Wisely²² er annar alþjóðlegur vettvangur sem miðar að því að bæta samtöl milli sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks þannig að tekið sé meira tillit til sjónarhorns sjúklings þegar staðið er frammi fyrir vali á meðferð. Þörfin hefur skapast vegna vaxandi tilhneigingar um ofnotkun læknisfræðilegra inngripa. Slík nálgun hefur sýnt sig að fækki ónauðsynlegum rannsóknum eða meðferðum sem koma sjúklingnum jafnvel ekki að gagni.

Hérlendis berast spítölunum margar tilvísanir um aðgerð, þar sem sjúklingar hafa ekki verið upplýstir um aðra meðferðarmöguleika en aðgerð við sínum sjúkdómi og því líta margir á aðgerð sem það eina mögulega í stöðunni. Val á meðferðarkostum við ákv. meini getur auk þess stjórnað af annarri þjónustu sem er aðgengileg fyrir sjúklinginn í hans næsta nágrenni.

5.3.8 Forvarnir til að minnka þörf fyrir aðgerð

Mikilvægt er að skapa aðstæður í samfélaginu til heilsusamlegra lífnaðarháttá sem geta átt þátt í að draga úr þörf á liðskiptaaðgerðum. Offita er lýðheilsuvandi og hefur tíðni hennar farið vaxandi í heiminum, og ekki síst á Íslandi. Offita er sjúkdómur sem tengist ýmsum langvinnnum sjúkdómum, þar á meðal stoðkerfissjúkdómum eins og slitgigt í hnjám. Offita er sjúkdómur sem hægt er að fyrirbyggja að vissu marki en jafnframt er mikilvægt að huga að aðgerðum vegna offitu.

Í minnisblaði landlæknis til heilbrigðisráðherra vegna liðskiptaaðgerða og biðlistaátaks var lagt til að fjölga skyldi aðgerðum vegna offitu. Þetta gæti

²⁰ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/5/4/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&_csp_=e7f5d56a7f4d03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oced&itemContentType=book

²¹ <https://www.cochrane.org/>

²² <https://www.choosingwisely.co.uk/>

minnkað áhættu á slitgigt í hnjám sem myndi leiða til minni eftirspurnar eftir liðskiptaaðgerðum.

5.4 Átaksverkefni 2021

- **Miðlægur biðlisti** – Eins og fram hefur komið verður miðlægur biðlisti tekinn í gagnið á fyrri hluta ársins 2021 en með honum verður mögulegt að fá upplýsingar um fjölda sjúklinga og biðtíma á hverjum stað í rauntíma. Samhliða verður þróað verklag tengt samræmdri skráningu í grunninn ásamt því að hanna töl þar sem hægt er að fylgjast með líðan sjúklinga meðan þeir bíða.
- **Liðskiptasetur á Akranesi** – Unnið að húsnæðisbreytingum á árinu, samhliða öðrum breytingum á stofnuninni. Stefnt að því að hefja starfsemi á nýrri skurðstofu í febrúar 2023 með afköst sem miða að 430 liðskiptaaðgerðum á ári við hið nýja liðskiptasetur.
- **Viðbótarfjármagn** - Sem fyrr er stofnunum veitt viðbótarfjármagn til að stytta biðtíma þeirra sem bíða eftir valkvæðum skurðaðgerðum. Stofnanir forgangsraða aðgerðum eftir lengd biðtíma og sjúkdómsástandi þeirra sjúklinga sem bíða eftir aðgerð.

6. Áhrif Covid á biðtíma

Í skýrslubeiðni Alþingis er spurt hvernig tryggja megi stöðuga þjónustu í neyðarástandi, eins og í núverandi COVID-19 faraldri.

Þegar lýst er yfir neyðarástandi almannavarna vegna smitsjúkdóma, eins og gert var í október sl., miðast viðbrögðin við tafarlausar aðgerðir til lífsbjargandi aðstoðar og viðleitni til að afstýra frekara tjóni fyrir landið í heild eða afmörkuð svæði. Þá skiptir engu máli hver þjónustuveitandinn er, opinber þjónusta eða aðili í einkarekstri. Í mars og október 2020 gaf heilbrigðisráðherra út fyrirmæli um að fresta skyldi valkvæðum skurðaáðgerðum og öðrum ífarandi aðgerðum tímabundið vegna mikils álags á sjúkrastofnunum vegna COVID-19 faraldursins. Á báðum þessum tímabilum fækkaði aðgerðum í öllum flokkum, þar á meðal liðskiptaaðgerðum.²³ Þess má þó geta að vegna áhrifa COVID-19 fækkaði komum til sérfræðilækna á sjúkrahúsum, þar með talið bæklunarlækna, umtalsvert sem leiddi til þess að færri sjúklingar fóru inn á biðlistann en venja var í hefðbundnu árferði.

Þegar valkvæðum aðgerðum var hætt vegna COVID-19 faraldursins jók Landspítali aðgengi að göngudeildum til að vinna gegn flöskuhálsi sem þar hafði myndast. Átakshelgar í liðskiptaaðgerðum voru nýttar til þess að vinna upp biðlista eftir aðgerðum á tímabilum þegar COVID-19 smit voru í lágmarki í samfélaginu. Tímabundið svigrúm á legudeildum var einnig nýtt í sama tilgangi.

6.1 Áætlun til framtíðar

Langur biðtími eftir heilbrigðisþjónustu eins og valaáðgerðum á sér langa sögu í mörgum ESB-löndum. Jafnvel áður en heimsfaraldur COVID-19 skall á fór biðtími eftir valaáðgerðum vaxandi í mörgum löndum, þar sem eftirspurn eftir aðgerð jókst hraðar en framboð. Þessi biðtími munu líklega aukast enn frekar til skamms tíma í nokkrum löndum þar sem mörgum valaáðgerðum hefur verið frestað meðan á heimsfaraldrinum stendur. Lönd eins og Danmörk og Ungverjaland hafa náð varanlegri styttingu biðtíma eftir mörgum valaáðgerðum með því að sameina aðgerðir sem beinast bæði að stýringu framboðs og eftirspurnar, ásamt reglulegu eftirliti með framvindu verkefnisins. Eitt meginmarkmið ungersku áætlunarinnar 2014-2020 hefur verið að stytta biðtíma í minna en 60 daga eftir minni háttar skurðaáðgerð (eins og augasteinsaáðgerð) og innan við 180 daga fyrir meiri háttar skurðaáðgerð (eins og liðskiptaaðgerð) fyrir alla sjúklinga um allt land. Til að ná þessu markmiði hafa stjórnvöld samþykkt ný lög og reglur um stjórnun biðlista og stutt uppbyggingu biðlistakerfis á netinu til að fylgjast með aðstæðum í rauntíma um allt land. Þá var viðbótarfjármagn sett í kerfið, til að draga úr biðtíma

²³ https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item42081/Talnabrunnur_Juli_2020.pdf

https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item44014/Talnabrunnur_Desember_2020.pdf

eftir völdum aðgerðum á afmörkuðum svæðum og stutt við tilfærslu sjúklinga frá veitendum með lengri biðtíma til þeirra sem voru með styttri biðtíma.²⁴

²⁴ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en>

