

*Áætlana- og þróunarskrifstofa*

**Staða forgangsröðunar í heilbrigðismálum  
í nokkrum löndum**

**Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið  
Janúar 2007**

## Efnisyfirlit

Inngangur .....	2
1. Hvað er forgangsröðun?.....	4
2. Noregur .....	4
3. Oregon.....	6
4. Holland.....	7
5. Nýja-Sjáland .....	8
6. Svíþjóð .....	9
7. Finnland .....	11
8. Danmörk .....	11
9. Bretland.....	12
10. Ísland.....	13
11. Samantekt.....	18

## Inngangur

Forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu var á síðustu tveimur áratugum tuttugustu aldar eitt helsta umræðuefni í heilbrigðismálum víða um lönd. Umræðan átti rót sína að rekja til þess að mörgum þótti sýnt að í framtíðinni yrðu ekki til ráðstöfunar nægilegir fjármunir til að sinna öllum verkefnum heilbrigðisþjónustunnar. Slíkt myndi leiða til þess að ekki yrði hægt að koma til móts við ítrustu kröfur allra. Það yrði því einfaldlega að velja og hafna á sviði heilbrigðismála eins og á öðrum sviðum þjóðlífsins.

Upphaf umræðunnar um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er oft rakið til Oregonfylkis í Bandaríkjunum og til Nýja-Sjálands. Fylkisstjórnin í Oregon ákvað að vinna tillögur að því hvernig unnt væri að forgangsráða í heilbrigðiskerfinu vegna vandamála við fjármögnun „Medicaid“ áætlunarinnar. „Medicaid“ áætlunin hafði það hlutverk að tryggja hinum efnaminni í samfélaginu lágmarks heilbrigðisþjónustu. Niðurstaða fylkisstjórnarinnar var að setja saman á lista þá sjúkdóma og aðgerðir sem kölluðu á nauðsynlega þjónustu og stjórnvöld greiddu fyrir að fullu. Sama átti við á Nýja-Sjálandi, menn vildu koma böndum á heilbrigðisútgjöldin og skipuðu því sérstaka landsnefnd um heilbrigðismál sem fékk það verkefni að skilgreina þá heilbrigðisþjónustu sem kosta bæri af almannafé.

Í kjölfarið var á Norðurlöndunum og í mörgum öðrum löndum Vestur-Evrópu komið á fót nefndum sem unnu að tillögugerð um forgangsröðun í heilbrigðismálum. Má þar nefna nefndir í Noregi undir forsæti Inge Lønning prófessors, nefnd með aðild þingmanna í Svíþjóð og nefnd í Finnlandi sem vann verkefni sitt í náinni samvinnu við finnsku rannsókn- og þróunarstofnunina, (STAKES).

Fyrsta alþjóðlega ráðstefnan um *Forgangsröðun í heilbrigðismálum* (Priorities in Health Care) var haldin á árinu 1996 og síðan hafa verið haldnar fimm alþjóðlegar ráðstefnur um það efni. Sú síðasta var haldin 20.-22. september árið 2006 í Toronto í Kanada. Umfjöllunarefni þessara ráðstefna hafa orðið víðtækari með hverri þeirra og snýst nú um alla meginþætti heilbrigðisþjónustunnar. Höfuðáhersla er þó eftir sem áður lögð á að deila reynslu og þekkingu á forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.

Í ársbyrjun 1996 var skipuð nefnd um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu hér á landi. Meginverkefni nefndarinnar var að gera tillögur til heilbrigðisráðherra um hvernig hægt væri að standa að forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Nefndin skilaði tillögum sínum um mitt ár 1998 og voru þær samþykktar af heilbrigðisráðherra sem fól ráðuneyti heilbrigðis- og tryggingamála að fylgja þeim eftir í skipulegum áföngum. Meginniðurstöður forgangsröðunarnefndar urðu síðar hluti af Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem samþykkt var á Alþingi vorið 2001.

Til þess að tryggja framgang forgangsröðunarinnar hér á landi voru skilgreind 33 markmið sem taka áttu á öllum þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Stöðuyfirlit frá árinu 2004 sýnir að um 2/3 markmiðanna hefur þegar verið náð eða verulega hefur miðað að settu marki. Í um 1/3 tilvika er um óbreytt ástand eða litlar breytingar að ræða og eitt dæmi er um að við höfum fjarlægst sett markmið.

Umræður um framtíð heilbrigðisþjónustunnar hér á landi og víða annars staðar sýna að ein helsta forsenda árangursríkrar stefnumótunar og áætlanagerðar í heilbrigðismálum er að samstaða sé um meginhugmyndir og siðfræðileg viðmið. Stjórn málaflókkar, fagfélög, heilbrigðisstéttir og hagsmunasamtök sem og aðrir, er koma að framkvæmd og mótun heilbrigðisstefnu, verða einfaldlega að standa saman um meginlínur í heilbrigðismálum til að árangur náist á því sviði. Þetta þarf að hafa í huga á komandi árum þegar ráðist verður í að endurskoða nágildandi heilbrigðisáætlun. Sú áætlun gildir til ársins 2010 en gera þarf ráð fyrir að endurskoðun nýrrar áætlunar muni taka 3-4 ár.

Í eftirfarandi samantekt er gerð grein fyrir stöðu forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu í nokkrum löndum í lok ársins 2005 og er Ísland þar á meðal. Einnig er greint frá fyrirbyggjandi verkefnum á þessu sviði. Um er að ræða fyrsta skrefið í að endurskoða skýrslu um *Forgangsröðun í heilbrigðismálum* frá árinu 1998. Þess er að vænta að samantektin efli umræður og skoðanaskipti um hvernig standa beri að gerð nýrrar heilbrigðisáætlunar sem leysa myndi núverandi áætlun af hólmi í byrjun næsta áratugar.

# 1. Hvað er forgangsröðun?

Forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu felur í sér að ákveðnum verkefnum, sérgreinum, sviðum eða sjúklingahópum, sem talin eru mikilvæg fyrir almenn markmið um lýðheilsu þjóðar, er veittur skilgreindur forgangur umfram aðra þjónustu. Þannig er hægt að hrinda í framkvæmd tilteknum aðgerðum en seinka öðrum eða hætta við þær.<sup>1</sup>

Til fræðilegrar aðgreiningar er forgangsröðun í heilbrigðismálum oft talin eiga sér stað á þremur megin sviðum:<sup>2</sup>

1. Á löggjafar- og stjórnvaldssviði (e. macro, political) eru ákvarðanir teknar af þjóðþingum og ráðuneytum um úthlutun fjármagns og dreifingu á þjónustu.
2. Á stofnanasviði (e. meso, institutional) eru ákvarðanir teknar af stjórn og/eða framkvæmdastjórn stofnana.
3. Á einstaklingssviði (e. micro, individual) eru ákvarðanir teknar af stjórnendum og/eða heilbrigðisstarfsmönnum.

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er ekki nýtt fyrirbæri. Verkefnum heilbrigðisþjónustunnar hefur verið raðað í forgang eins lengi og umönnun og lækningar hafa verið stundaðar. Það er einungis hugtakið, skilgreining þess og viðurkenning á nauðsyn forgangsröðunar sem getur talist vera nýtt. Oft er talað um tvenns konar forgangsröðun, dulda (e. implicit) og skýra (e. explicit) forgangsröðun. Dæmi um dulda forgangsröðun eru óformlegar vinnureglur sem hver stofnun/stjórnandi hefur sett. Slík forgangsröðun á sér sífellt stað hvert sem litið er í þjóðfélaginu.<sup>3</sup> Dæmi um skýra forgangsröðun eru formlegar ákvarðanir sem stjórnámálemenn, sérfræðingar, stjórnendur og fulltrúar hagsmunasamtaka taka í sameiningu um það hvernig fyrirbyggjandi verkefnum heilbrigðisþjónustunnar skuli sinnt. Það er krafa nútímans að forgangsröðun eigi alltaf að vera skýr og því er mikilvægt að settar séu reglur þar að lútandi.

Það er hvort tveggja erfitt og margslungið verkefni að forgangsráða á skýran hátt í heilbrigðiskerfinu og það er mjög mismunandi eftir löndum hvernig farið er að því.

## 2. Noregur

Þótt upphaf umræðu um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu megi rekja til Oregonfylkis í Bandaríkjunum og Nýja-Sjálands voru Norðmenn fyrstir þjóða til að gefa út forgangsröðunarskýrslu. Skýrslan var unnin undir forystu Inge Lønning prófessors og kom út árið 1987. Hún var endurskoðuð (Lønning II) og gefin út að nýju árið 1997 og er enn í fullu

---

<sup>1</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

<sup>2</sup> Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasonable Rationing; International Experience of Priority Setting in Health Care.* Open University Press, Philadelphia.

<sup>3</sup> Summary. Sótt 10.08.05 af: [http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/638/summary\\_en.htm](http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/638/summary_en.htm). og Prioritising Health Services; A background paper for the National Health Committee. Sótt 29.07.05 af: <http://www.nhc.govt.nz/publications/PDFs/prioritisation-backgroundpapers.pdf>.

gildi. Á grundvelli skýrslunnar og endurskoðunarinnar hafa norsk stjórnvöld sett fram fjóra forgangsröðunarflokka:

### 1. flokkur – mikill forgangur

Aðgerðir sem á að framkvæma:

A. Einstaklingar sem eru í miklum forgangi og eftirfarandi á við um:

- Meiri en 5-10% hættu er á að þeir látist af völdum sjúkdóms á næstu 5 árum.
- Versnandi líkamleg eða andleg færni (eða mikil hættu á slíku); viðvarandi og mikill færnissskortur sjúklings í dagsins önn miðað við aldur.
- Lamandi verkir sem ólyfseðilsskyld verkjalyf ráða ekki við.

B. Einstaklingar sem hafa líklegan ávinning af meðferð:

- Auknar líkur á 5 ára lifun eru meiri en 10%.
- Betri líkamleg eða andleg færni; fyrri heilsa algerlega eða að hluta til endurheimt.
- Minni verkir sem valda því að færni eykst.
- Hjúkrun og umönnun sem tryggir næga næringu, ásættanlega getu, hreinlæti, færni til að klæða sig og möguleika á ytri örvun eða samveru.

C. Kostnaðarávinningur:

- Kostnaður verður að vera í viðunandi hlutfalli við líklegan ávinning eða bata.

Til að réttlætanlegt þyki að tryggja og veita meðferð þarf að uppfylla a.m.k. eitt skilyrðanna sem gengið er út frá í undirflokkunum A, B og C.

### 2. flokkur – forgangur

Aðgerðir sem ber að gera þar sem meðferðarhorfur eru góðar eða líkur eru á bata.

### 3. flokkur – lítill forgangur

Aðgerðir sem ber að meta hvort eigi að framkvæma þegar haft er í huga:

- Heilsufarsástand sem sjúklingurinn ber sjálfur ábyrgð á.
- Ástand sem hefur í för með sér lítið líkamlegt eða andlegt getutap.
- Meðferð hefur takmarkaðan ávinning í för með sér, lífslíkur næstu fimm árin eru minni en 5%, ekki er hægt með viðurkenndum tölfræðilegum aðferðum að sýna fram á aukningu í lifun, eða meðferðin leiðir ekki til aukinnar færni í tiltekinn tíma.
- Meðferð þar sem árangur er óviss út frá læknisfræðilegu sjónarmiði.
- Meðferð sem er kostnaðarsöm miðað við ávinning.
- Hjúkrun og umönnun tryggir ekki meira en eðlilegan bata.

### 4. flokkur – enginn forgangur

Aðgerðir sem ekki eru kostaðar af opinberu fé:

- Meðferð sem ekki hefur sýnileg áhrif á líf, færni eða verki.
- Meðferð sem tekur til kvilla sem almennt eru ekki skilgreindir sem sjúkdómar.
- Meðferð sem felur í sér of mikla áhættu.
- Mjög dýr meðferð miðað við ætlaðan ávinning.
- Meðferð sem væri siðferðilega rangt að veita.

Lönningnefndin lagði einnig til að stuðst yrði við klínískar leiðbeiningar við forgangsröðun en varaði við einhliða notkun þeirra vegna skorts á rannsóknum.<sup>4</sup>

Árið 1999 settu Norðmenn lög um réttindi sjúklinga og þetta tvennt, forgangsröðunar-skýrsluna og lög um réttindi sjúklinga, nota þeir sem viðmiðun við að forgangsráða verkefnum og byggja áætlun í heilbrigðismálum. Í byrjun árs 2001 gengu í gildi fyrirmæli (n. forskrift) um forgangsröðun sem einnig byggjast á Lönning II skýrslunni og lögum um réttindi sjúklinga. Þar er tekið fram að sjúklingar skuli fá meðferð ef hætta er á að þeir látist eða lífsgæði þeirra minnki verulega án meðferðar. Þá þarf jafnframt að vera ljóst að meðferð beri árangur og að ávinningur sé í samræmi við kostnað.<sup>5</sup>

Á hverju ári setja norsk stjórnvöld fram í tengslum við fjárlagagerð í heilbrigðismálum fyrir komandi fjárlagaár fyrirmæli sem snerta forgangsröðun sjúklingahópa, skipulagsmál o.fl. Árið 2005 var lögð áhersla á að forgangsráða þjónustu við geðsjúka og vímuefnaneytendur svo og endurhæfingarþjónustu og hæfingarþjónustu almennt.<sup>6</sup>

### 3. Oregon

Tilkomu skipulegrar forgangsröðunar í Oregonfylki í Bandaríkjunum á 9. áratug 20. aldar má rekja til vandamála við fjármögnun „Medicaid“ áætlunarinnar sem tryggja átti hinum fátæku í samfélaginu heilbrigðisþjónustu. Á þessum tíma jókst kostnaður við heilbrigðisþjónustu mikið og höfðu stjórnvöld áhyggjur af því að sú þróun gæti haft alvarleg áhrif á heilsu almennings, bæði í félagslegu og efnahagslegu tilliti. Mikið var um að fátækt fólk leitaði ekki eftir heilbrigðisþjónustu fyrr en það var orðið alvarlega veikt og þá fór það á bráðamóttökur sjúkrahúsa sem var miklu dýrara en að leita sér lækni snemma í veikindaferlinu.<sup>7</sup>

Til að taka á þessu og tryggja efnaminni þegnum fylkisins ákveðna grunnheilbrigðisþjónustu þurfti að endurskipuleggja heilbrigðisþjónustuna. Tillögur fylkisstjórnarinnar voru þessar:<sup>8</sup>

- Allir hefðu aðgang að tiltekinni grunnþjónustu.
- Hið opinbera bæri ábyrgð á að fjármagna þjónustu fyrir fátæka.

---

<sup>4</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998. Prioritering på ny (Lönning II skýrslan). Sótt 18.09.05 af: <http://odin.dep.no/hod/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020011/index-dok000-b-n-a.html>; Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet skal ha følgende mandat. Sótt 18.09.05 af: <http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/politikkensinnhold/042031-990068/dok-bu.html>.

<sup>5</sup> Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd. Sótt 18.09.05 af: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20001201-1208.html#map0>.

<sup>6</sup> BESTILLERDOKUMENT 2005. Sótt 18.09.05 af: [http://odin.dep.no/filarkiv/235913/bestillerdokument-ost\\_100105.pdf](http://odin.dep.no/filarkiv/235913/bestillerdokument-ost_100105.pdf).

<sup>7</sup> The Oregon Health Plan: An Historical Overview. Sótt 15.09.05 af: [http://www.oregon.gov/DHS/healthplan/data\\_pubs/ohpoverview0204.pdf](http://www.oregon.gov/DHS/healthplan/data_pubs/ohpoverview0204.pdf).

<sup>8</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

- Grunnþjónustan væri skilgreind þannig að hún myndi endurspegla almenn félagsleg gildi og hefði að leiðarljósi hvað væri gott fyrir samfélagið í heild.
- Notaðar yrðu viðurkenndar aðferðir í heilbrigðisþjónustu sem sýnt hefði verið fram á að skiluðu árangri.
- Tryggt yrði samræmi í fjármögnun heilbrigðisþjónustu og annarrar þjónustu sem hefði áhrif á heilsufar fólks.

Þetta var upphafið að Oregonlistanum (The Oregon Health Plan) sem er forgangsöröðunarlisti yfir þau sjúkdómstilvik og meðferðir sem stjórnvöld telja að kalli á nauðsynlega heilbrigðisþjónustu. Listinn þjónar með öðrum orðum því hlutverki að tryggja nauðsynlega þjónustu því fólki sem sökum bágra efnahagsaðstæðna hefur ekki efni á að vera sjúkratryggt.

Af 709 sjúkdómstilvikum og meðferðum, sem tilgreind voru á fyrsta listanum árið 1991, var greitt fyrir 587. Listinn hefur síðan þá verið endurskoðaður á tveggja ára fresti.<sup>9</sup> Á listanum, sem tók gildi í apríl árið 2005, kemur fram að greitt verður fyrir 546 sjúkdómstilvik og meðferðir.

Árangur af þessum aðgerðum er sá að nú njóta fleiri einstaklingar heilbrigðisþjónustu en áður. Árið 1991 var talið að um 18% fullorðinna og um 20% barna þyrftu á heilbrigðisþjónustu að halda en sæktu sér hana ekki vegna bágrar efnahagsaðstöðu. Eftir tilkomu listans hefur þetta hlutfall farið minnkandi og var árið 2003 komið niður í 12% hjá fullorðnum og 8% hjá börnum.<sup>10</sup>

## 4. Holland

Umræðu um forgangsöröðun í hollenska heilbrigðiskerfinu má rekja aftur til ársins 1980 en þá fóru stjórnvöld að velta því fyrir sér hvaða leið skyldi farin í stefnumótun í heilbrigðismálum. Fjórar leiðir komu til greina:

- Setja reglur varðandi þátttöku stjórnvalda í kostnaði vegna tækninýjunga í læknavísindum.
- Tryggja hverjum einstaklingi grunnheilbrigðisþjónustu.
- Forgangsraða á biðlistum.
- Bæta grunnheilbrigðisþjónustu, þ.e. heilsugæsluna.

Árið 1990 skipuðu hollensk stjórnvöld nefnd (Dunningnefndina) sem fékk það hlutverk að vinna að stefnumótun stjórnvalda út frá þessum leiðum og leggja fram tillögur að forgangsöröðun í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla nefndarinnar, „Choices in Health Care“, kom út árið 1992 og byggðust niðurstöður hennar á mikilvægi þess að:

<sup>9</sup> Prioritized list of health services. April 1, 2005. Sótt 18.09.05 af: <http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HSC/docs/Apr05PList.pdf>.

<sup>10</sup> Prioritization of Health Services. A Report to the Governor and the 72nd Oregon Legislative Assembly. Sótt 18.09.05 af: <http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HSC/docs/BiReport03-05.pdf>.



- Tryggja öllum nauðsynlega heilbrigðisþjónustu.
- Forgangsröðun ætti að vera bæði skýr og almenn.
- Forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu byggðist á félagslegum gildum sem og sjónarmiðum heilbrigðisstarfsmanna.

Niðurstaða nefndarinnar var sú að taka þyrfti tillit til allra ofangreindra leiða en leggja áherslu á sjúkratryggingarnar, þ.e. að tryggja hverjum einstaklingi grunnheilbrigðisþjónustu. Einnig kom fram í skýrslunni að nauðsynlegt væri að styrkja og bæta ákveðna þætti heilbrigðisþjónustunnar, svo sem heimaþjónustu við aldraða, þjónustu við þá sem þjást af langvinnnum sjúkdómum og efnaminni einstaklinga í þjóðfélaginu.

Niðurstaða hollenskra stjórnvalda var að forgangsröðun eigi að vera hluti af heilbrigðisáætlun og einnig áætlunum í forvarnamálum. Leggja skal áherslu á skýra forgangsröðun og til þess að ná þeim markmiðum styðjast hollensk heilbrigðisyfirvöld í vaxandi mæli við klínískar leiðbeiningar.<sup>11</sup>

Stór hluti hollenska heilbrigðiskerfisins er fjármagnaður af sjúkratryggingum almanna-trygginga. Þess vegna var svo komið að sífellt fleiri einstaklingar voru, sökum bágrar efnahagslegrar stöðu sinnar, ekki sjúkratryggðir. Til að bregðast við þessu hófu hollensk stjórnvöld að byggja upp nýtt sjúkratryggingakerfi almanna-trygginga sem gengur m.a. út á það að allir þjóðfélagsþegnar eru skuldbundnir til að vera með sjúkratryggingu. Í staðinn fá þeir frían aðgang að grunnlæknis- og sjúkrahúspjónustu.

Tryggingakerfið er að stærstum hluta einkarekið en stjórnvöld borga sjúkratryggingu fyrir þá sem eru undir ákveðnu tekjumarki. Einungis er þó greitt fyrir lágmarksgrunnþjónustu, þ.e. fyrir tiltekna sjúkdóma og meðferðir samkvæmt ákvörðun stjórnvalda.<sup>12</sup>

## 5. Nýja-Sjálalnd

Árið 1992 var á Nýja-Sjálalndi skipuð landsnefnd um heilbrigðismál, „National Health Committee“ (NHC), sem fékk það hlutverk að endurskilgreina heilbrigðisþjónustuna og setja fram viðmið um hversu mikill stuðningur ríkisins ætti að vera. Stjórnvöld vildu með þessu jafna aðgengi borgaranna að heilbrigðisþjónustu og tryggja réttláta skiptingu fjármuna sem væri varið til heilbrigðismála.<sup>13</sup>

Nefndinni var falið að vinna að forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu út frá þremur þáttum:

- Setja saman lista eins og þann sem verið var að móta í Oregon.
- Þróa bókunarkerfi sem kæmi í staðinn fyrir biðlista.
- Vinna klínískar leiðbeiningar.

<sup>11</sup> Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasonable Rationing; International Experience of Priority Setting in Health Care.* Open University Press, Philadelphia.

<sup>12</sup> Health insurance system. Sótt 08.03.06 af <http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>.

<sup>13</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

Nefndin vann tillögur sínar í samráði við ýmsa sérfræðinga og almenning. Á grundvelli þeirrar vinnu var ákveðið að forgangsröðunin skyldi byggjast á:

- Árangri (e. effectiveness).
- Sanngirni (e. equity).
- Aðgengileika (e. acceptability).
- Skilvirkni (e. efficiency).

Í kjölfarið var ákveðið að hafna hugmyndum um lista. Farin skyldi sú leið að skilgreina hvort og hvenær ætti að bjóða upp á tiltekna þjónustu. Slíkar aðgerðir væri hægt að setja inn í klínískar leiðbeiningar og þar með uppfylla það skilyrði að forgangsröðun yrði skýr. Bókunarkerfið var jafnframt þróað og er lykilatriði í því að enginn bíði lengur en sex mánuði eftir meðferð. Einnig var ákveðið að hraða vinnu við klínískar leiðbeiningar og telja Nýsjálendingar sig vera í fremstu röð við gerð slíkra leiðbeininga. Áhersla þeirra hvílir því á að forgangsráða bæði með biðlistum og klínískum leiðbeiningum.<sup>14</sup>

Nýsjálendingar hafa leitað fleiri leiða við að forgangsráða.<sup>15</sup> Í Auckland er verið að gera tilraun þar sem er forgangsráðað eftir ákveðnu stigakerfi sem gengur út á það að sjúklingum er ráðað eftir sjúkdómsástandi, þeir, sem fá 35 stig eða fleiri, eru í forgangi, aðrir bíða lengur.<sup>16</sup>

## 6. Svíþjóð

Forgangsröðunarnefndin í Svíþjóð var skipuð árið 1992 og skilaði hún tillögum árið 1995. Nefndin greindi á milli forgangsröðunar á tveimur stigum.

### Pólítísku/stjórnunarlegu stigi:

1. Meðhöndlun bráðra lífshættulegra sjúkdóma og sjúkdóma sem án meðferðar mundu leiða til örorku eða ótímabærs dauða. Meðhöndlun alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Meðhöndlun í lok æviskeiðs. Umönnun fólks með skert sjálfræði.
2. Forvarnir sem hafa notagildi. Hæfing/endurhæfing.
3. Meðhöndlun minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
4. Jaðartilfelli.
5. Meðhöndlun af öðrum ástæðum en vegna sjúkdóms eða slysa.

### Klínísku stigi:

- 1.a. Meðhöndlun bráðra lífshættulegra sjúkdóma og sjúkdóma sem án meðferðar mundu leiða til örorku eða ótímabærs dauða.

---

<sup>14</sup> Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasonable Rationing; International Experience of Priority Setting in Health Care.* Open University Press, Philadelphia.

<sup>15</sup> Prioritising Health Services; A background paper for the National Health Committee. Sótt 29.07.05 af: <http://www.nhc.govt.nz/publications/PDFs/prioritisation-backgroundpapers.pdf>.

<sup>16</sup> Ráðstefna um forgangsröðun í Wellington. Sótt 20.08.05 af: <http://www.healthcarepriorities.org/default.html>.

- 1.b. Meðhöndlun alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Meðhöndlun í lok æviskeiðs. Umönnun fólks með skert sjálfræði.
2. Einstaklingsbundnar forvarnir í sambandi við samskipti við heilbrigðisþjónustuna. Hæfing/endurhæfing.
3. Meðhöndlun minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
4. Jaðartilfelli.
5. Meðhöndlun af öðrum ástæðum en vegna sjúkdóms eða slysa.

Á pólitíska/stjórnunarlega stiginu taldi nefndin að málið snerist um að skipta fjármunum í samræmi við þarfir íbúanna fyrir heilbrigðisþjónustu. Slík skipting ætti það þó til að vera ópersónuleg og byggjast á faraldsfræðilegum upplýsingum sem og stöðumati óháð aðstæðum. Því væri nauðsynlegt að greina á milli forgangsröðunar á pólitíska/stjórnunarlega stiginu og klíníska stiginu. Á klíníska stiginu er reynt að veita hverjum og einum sjúklingi eins góða þjónustu og unnt er út frá fjárhagslegum möguleikum viðkomandi stofnunar. Með hliðsjón að þessu taldi nefndin mikilvægt að skipta þessu svona upp en jafnframt að vinna þetta saman. Tillögur nefndarinnar náðu lítt fram að ganga en helsta gagnrýnin á þær fólst í því að þær einkenndust um of af hugtakaruglingi.<sup>17</sup>

Svíar hafa að öðru leyti farið þá leið að forgangsraða í gegnum klínískar leiðbeiningar. Þeir eru þó ekki eingöngu að reyna eina leið heldur hafa landsþingin, hvert á sinn þátt, markað sér stefnu um forgangsröðun til að finna út hvað hentar hverju svæði fyrir sig. Stjórnvöld hafa einnig lagt sig fram um að koma skýrri forgangsröðun inn í heilbrigðiskerfið og stofnuðu m.a. forgangsröðunarmiðstöð (Prioritering Centrum) árið 2001 og settu lög í kjölfarið um skýra forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu.<sup>18</sup>

Landsþingin í Svíþjóð eru komin mislangt í að forgangsraða í heilbrigðiskerfinu en í Östergötlandi er röðunin komin einna lengst. Önnur landsþing hafa tekið vinnu þingsins í Östergötlandi sér til fyrirmyndar en yfirleitt þarf að sníða aðferðir forgangsröðunar að hverju svæði fyrir sig.<sup>19</sup>

Í ítarlegri úttekt ríkisendurskoðunar í Svíþjóð var þetta fyrirkomulag þó gagnrýnt. Þar kom fram að þrátt fyrir góðar fyrirætlanir skorti mikið á að forgangsröðun væri skýr. Helsta ástæðan fyrir því væri sú að ekki væri um sameiginlega og samhæfða vinnu að ræða heldur væri hver að vinna í sínu horni.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

<sup>18</sup> Ráðstefna um forgangsröðun í Wellington. Sótt 20.08.05 af: <http://www.healthcarepriorities.org/default.html>.

<sup>19</sup> Horizontal Political Prioritisation. From words to action. Sótt 11.11.05 af: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>.

<sup>20</sup> Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Sótt 11.11.05 af: <http://www.riksrevisionen.se/templates/OpenDocument.aspx?documentid=4568>.

## 7. Finnland

Árið 1993 skipuðu finnsk stjórnvöld vinnuhóp til að gera tillögur um hvernig unnt væri að standa að forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla vinnuhópsins kom út árið 1995 og fjallaði mest um siðfræðilega, efnahagslega og stjórnunarlega þætti í ákvarðanatöku og við forgangsröðun. Í skýrslunni var ekki að finna lista yfir þá einstaklinga eða hópa sem skyldu ganga fyrir um meðferð og þjónustu. Árið 1998 var ekki að sjá að umræður um tillögurnar hefðu verið miklar í finnsku samfélagi nema þá helst á meðal heilbrigðisstétta.<sup>21</sup>

Ekki er þar með sagt að Finnar séu ekki að forgangsráða, stjórnvöld hafa bara ekki sett sér stefnu um skýra forgangsröðun. Á þessu er þó ein undantekning. Skýr stefna hefur verið mörkuð varðandi forgangsröðun í áfengis- og vímuefna meðferð. En finnsk stjórnvöld vita að ekki verður hjá því komist að setja reglur um skýra forgangsröðun víðar í heilbrigðiskerfinu þar sem bilið milli fjármuna og sívaxandi þarfa sjúklinga fyrir meðferð hefur verið að aukast verulega á undanförunum árum. Einnig hafa heyrst gagnrýnisráddir í Finnlandi í þá átt að á undanförunum árum hafi þjónusta innan heilbrigðiskerfisins verið að versna en með reglum um skýra forgangsröðun væri hægt að bæta úr því.<sup>22</sup>

## 8. Danmörk

Í lok ársins 1996 kom út í Danmörku skýrsla danska siðaráðsins um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Þar er mælt með að tryggja eins og unnt er, bæði á pólitísku/stjórnunarlegu stigi og klínísku stigi, eftirfarandi atriði:

- Allir skulu hafa jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu og grundvallarreglan verði að sambærileg tilfelli séu meðhöndluð á sama hátt.
- Þeir, sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, gangi fyrir.
- Sérstakt tillit verði tekið til þarfa þeirra hópa sem höllum fæti standa í heilsufarslegum efnunum.
- Keppa beri að því að heilbrigðisþjónustan verði eins hagkvæm og árangursrík og unnt er.

Siðaráðið telur að meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar séu að stuðla að bættu heilsufari, fyrirbyggja sjúkdóma og berjast gegn og draga úr heilsufarslegum þjáningum í því skyni að tryggja öllum möguleika til þátttöku í þjóðfélaginu, óháð félagslegum bakgrunni eða efnahagslegri stöðu.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Forgangsröðun í heilbrigðismálum: Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

<sup>22</sup> Priority setting in health care in Finland – drug therapy as an example. Sótt 02.10.05 af: <http://groups.stakes.fi/KAY/FI/Hankkeet/kaypriorisointi.htm>.

<sup>23</sup> Forgangsröðunarskýrslan. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998. Priority-setting in the Health Service. Sótt 25.11.05 af: <http://www.etiskraad.dk/sw309.asp>.

Í skýrslu frá árinu 2002, sem er bæði heilbrigðisáætlun og áætlun um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu, voru sett fram tiltekin áhersluatriði:<sup>24</sup>

- Stytta biðtíma eftir þjónustu og ætla ákveðna fjármuni í það.
- Auka valfrelsi notenda, auka gæði.
- Auka sveigjanleika heilbrigðisstofnana til að skipuleggja sig m.t.t. gæða og afkasta.
- Auka samkeppni milli stofnana, tengja fjármögnun heilbrigðiskerfisins meira afköstum.
- Auka notkun á upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustu, m.a. með því að setja sjúkraskrár á rafrænt form og hafa rafræna upplýsingamiðlun milli veitenda þjónustunnar.
- Leggja áherslu á fyrirbyggjandi aðgerðir og rannsóknir.

Svo virðist sem dönsk heilbrigðisyfirvöld hafi lengst af nánast forðast alla opinbera umræðu um forgangsröðun í heilbrigðismálum.<sup>25</sup> Ástæðan er sú að slík umræða gæti skapað óöryggi meðal borgaranna, einkum hjá þeim sem höllum fæti standa í lífsbaráttunni.

Á ráðstefnunni á Nýja-Sjálandi árið 2004 kom fram að langir biðlistar væru eitt helsta vandamálið í dönsku heilbrigðiskerfi en verið væri að vinna í því að setja skýrar reglur til að stytta biðtímann. Einnig kom fram að slíkar reglur mundu nýtast til að setja skýrar reglur um forgangsröðun.<sup>26</sup>

## 9. Bretland

Þegar umræðan um skýra forgangsröðun fór af stað á áttunda áratugnum settu stjórnvöld í Bretlandi á stofn sjálfstæða stofnun, National Institute for Clinical Excellence (NICE), sem fékk það hlutverk að auka gæði heilbrigðisþjónustunnar og ná fram betri nýtingu á fjölmörgum framleiðsluþáttum hennar. Hlutverk NICE er einnig að samræma þá þjónustu sem stofnanir innan National Health Service (NHS) veita. Þetta er gert með því að gefa út leiðbeiningar er snerta lækni meðferð og almenna heilbrigðisþjónustu fyrir allar heilbrigðisstofnanir innan NHS. Um er að ræða tæknilegar leiðbeiningar, klínískar leiðbeiningar og leiðbeiningar við skurðaðgerðir og aðrar aðgerðir. Leiðbeiningarnar eru ætlaðar heilbrigðisstarfsmönnum svo auðveldara sé að ákveða hvaða meðhöndlun og þjónusta er nauðsynleg.<sup>27</sup>

NICE hefur skilgreint þrjá forgangsröðunarflokka:<sup>28</sup>

<sup>24</sup> Sundhedspolitiske redegørelse. Sótt 25.11.2005 af:

<http://www.im.dk/publikationer/sundpolred2002/sundhedspolitisk%20redegørelse.pdf>.

<sup>25</sup> Forgangsröðunarskýrslan. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.

<sup>26</sup> Ráðstefna um forgangsröðun í Wellington. Sótt 20.08.05 af:

<http://www.healthcarepriorities.org/default.html>.

<sup>27</sup> Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir. (2003). *Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu*. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, Reykjavík.

<sup>28</sup> Priorities for the NHS. Sótt 20.08.05 af: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/02/04/04070204.pdf>.

1. Veita skal alla nauðsynlega þjónustu óháð staðsetningu þegar hennar er þörf.
2. Dregið verði úr töfum og bið í heilbrigðiskerfinu.
3. Sérstök áhersla skal lögð á að bæta heilbrigðisþjónustu og gæði við skjólstæðinga sem hafa greinst með krabbamein, hjartasjúkdóma og geðsjúkdóma. Sama áhersla skal lögð á að bæta þjónustu við aldraða.

Með þessum flokkum telja Bretar sig geta mætt auknum kröfum um aðhald og hagræðingu í fjármálum sem krafist er ásamt því að forgangsröðunin sé skýr og markviss.<sup>29</sup>

Langir biðlistar eftir meðferðum og aðgerðum eru þó enn þá vandamál en heilbrigðisfyrirvöld hafa einsett sér að bæta úr því. Búið er m.a. að marka NHS sérstaka stefnu sem einkennist af jafnræði og gegnsæi og er markmiðið að í lok árs 2008 bíði enginn lengur en í þrjá mánuði eftir þjónustu og/eða skurðaðgerð.<sup>30</sup> NHS hefur einnig komið sér upp svipuðu stigakerfi og í Auckland á Nýja-Sjálandi sem gengur út á það að sjúklingum er raðað eftir sjúkdómsástandi, þeir, sem fá 35 stig eða fleiri, eru í forgangi, aðrir bíða lengur. Jafnframt hefur verið komið á samvinnu milli heilbrigðisstofnana út um allt land og þannig er unnt að forgangsræða á skýrari hátt sjúklingum sem eru á biðlista.<sup>31</sup>

## 10. Ísland

Ætlun íslenskra stjórnvalda með forgangsröðunarskýrslunni árið 1998 var að marka sér ákveðna framtíðarsýn í heilbrigðismálum. Í skýrslunni er lögð áhersla á rétt sjúklinga, samábyrgð þegnanna, sem jafnast aðgengi að þjónustu, forgang þeirra sem mest þurfa á þjónustu að halda, skýrar reglur um biðlista, hagnýtingu upplýsingatækni, umbætur í skipulagsmálum og að heilbrigðisþjónustan skyldi að mestu kostuð af almannafé. Forgangsröðunarskýrslan skiptist í þrjá meginhluta og til þess að tryggja framgang forgangsröðunarinnar voru skilgreind alls 33 markmið. Í yfirlitinu hér á eftir kemur fram að árið 2004 hafi nítján þeirra verið náð eða verulega hafi miðað að því að ná settu marki. Í þrettán tilvikum var um óbreytt ástand eða litlar breytingar að ræða og eitt dæmi þess að sett markmið hafi fjarlægst.<sup>32</sup>

Forgangsröðun íslenskra stjórnvalda byggir á:

### 1. Siðferðislegum þáttum

- a. Heilbrigðisþjónustan verði réttlát.
  - Byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé.

<sup>29</sup> Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasonable Rationing; International Experience of Priority Setting in Health Care*. Open University Press, Philadelphia.

<sup>30</sup> Prasad, S., Kapoor, P.K.D., Kumar, Areddy, K.T.V. og Kumar, B.N. Wating-list prioritization in the National Health Service. *The Journal of Laryngology and Otology*; January 2004; 118, 1. Bls. 39-45. Sótt 20.08.05 af:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=86&did=538875311&SrchMode=1&sid=5&Fmt=4&VInst=PRQD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1142424534&clientId=58032>.

<sup>31</sup> Summary. Sótt 10.08.05 af: [http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/638/summary\\_en.htm](http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/638/summary_en.htm).

<sup>32</sup> Ingimar Einarsson (2004). Erindi flutt á ráðstefnu um forgangsröðun á Akureyri haustið 2004.

- Aðgengi að heilbrigðisþjónustu skal vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn.
  - Þeir einstaklingar, sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, skulu ganga fyrir.
- b. Tryggja skal rétt sjúklinga.
- Réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni skal vera tryggð.
  - Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.
  - Meðferð og umönnun við ævilok skal miðast við óskir einstaklingsins og/eða aðstandenda og vera eins nærgætin og frekast er unnt.
  - Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar.
  - Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýi þekkingu sína.
  - Sjúklingar hafi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.
  - Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggi ekki á göngum eða öðrum stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum.

## 2. Áherslum í heilbrigðisþjónustunni

- a. Ákveðnir þjónustupættir skulu ganga fyrir.
- Eftirtaldir þjónustupættir og tegundir þjónustu skulu hafa forgang (þessi forgangur miðast við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu):
    - Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, jafnt líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
    - Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Endurhæfing og hæfing. Líknandi meðferð.
    - Meðferð vegna minni alvarlegra slysa og minni alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
    - Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri. Tryggja skal að þeir, sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns, njóti jafnræðis á við aðra.
- b. Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins.
- Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.
  - Setja skal fram hlutlæg skilmerki (e. criteria) fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð, skilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en biðtíminn skal ekki vera lengri en 3-6 mánuðir.
  - Hver sjúklingur skal á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.
  - Tryggja ber að sú greining eða meðferð, sem valin er í hverju tilviki, sé gagnleg og eins hagkvæm og kostur er.
- c. Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar, svo sem með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna.
- Öll ný lækningatæki og meðferðarúræði skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.

- Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstöðna.
- Tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður, t.d. með því að árlega verði 3-5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði.
- Efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga.
- Heilbrigðisþjónusta skal styðjast við viðurkennda gæðastaðla.

### 3. Skipulagi og stefnumörkun

- a. Grunnþjónustan og sérfræðiþjónustan verður að vera öflug.
  - Tryggja skal öfluga grunnþjónustu um allt land.
  - Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðaþjónustu.
  - Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.
  - Aukin áhersla skal lögð á heilsuvernd.
- b. Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka.
  - Rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið.
  - Skilgreina ber verksvið og hlutverk heilbrigðisstofnana.
  - Samræmt verði upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar og skapaðir möguleikar á tengingu við tölvu- og upplýsingakerfi.
  - Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagsþjónustu skulu efla.
- c. Móta verður stefnu og heildarskipulag.
  - Skilgreina skal meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar og setja einstökum þáttum hennar tiltekin markmið.
  - Heildarskipulag heilbrigðisþjónustu grundvallist á þremur meginþáttum, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu.
  - Verkaskipting ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skal vera skýr og markviss.
  - Fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar.

Íslenska forgangsröðunarskýrslan var gefin út árið 1998 og er enn í fullu gildi.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Íslenska forgangsröðunarskýrslan. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998.



## Markmið heilbrigðisáætlunar í sambandi við forgangsörðun

Staðan 2004

	Markmiðið fjarlægist	Óbreytt eða breytingar	ástand litlar	Miðað áleiðis markmiði náð	verulega eða
<b>A. Siðfræðilegir þættir</b>					
<b>A.1 Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát.</b>					
1. Heilbrigðisþjónustan skal vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé.		X			
2. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu skal vera auðvelt og sem jafnast.				X	
3. Þeir einstaklingar, sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, skulu ganga fyrir.				X	
<b>A.2 Tryggja skal rétt sjúklinga.</b>					
1. Réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni skal tryggð.				X	
2. Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.				X	
3. Meðferð og umönnun við ævilok skal taka mið af óskum einstaklingsins og/eða aðstandenda og vera eins nærgætin og frekast er unnt.				X	
4. Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar.		X			
5. Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýi þekkingu sína.		X			
6. Sjúklingar hafi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.				X	
7. Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggi ekki á göngum eða öðrum þeim stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum.		X			

## B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar

<b>B.1 Ákveðnir þjónustubættir skulu liggja fyrir.</b>					
1. Tilgreindir þjónustubættir og tegundir þjónustu skulu liggja fyrir.				X	
<b>B.2 Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins.</b>					
1. Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.				X	
2. Setja skal fram hlutlæg skilmerki (criteria) fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð.		X			
3. Hámarksbiðtíma eftir þjónustu skal tilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en hann skal ekki vera lengri en 3-6 mánuðir.		X			
4. Hver sjúklingur skal á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.		X			
5. Tryggja ber að sú greining eða meðferð, sem valin er í hverju tilviki, sé gagnleg og eins hagkvæm og kostur er.				X	

<b>B.3 Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar, svo sem með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna.</b>			
1. Öll ný lækningatæki og meðferðarúrræði skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.			X
2. Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstaðna.	X		
3. Tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður, t.d. með því að árlega verði 3-5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði.		X	
4. Efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga.			X
5. Heilbrigðisþjónusta skal styðjast við viðurkennda gæðastaðla.		X	

### C. Skipulag og stefnumörkun

<b>C.1 Grunnþjónustan og sérfræðiþjónustan verður að vera öflug.</b>			
1. Tryggja skal öfluga grunnþjónustu um allt land.			X
2. Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðabjónustu.			X
3. Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.			X
4. Aukin áhersla skal lögð á heilsuvernd.			X
<b>C.2 Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka.</b>			
1. Rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið.			X
2. Skilgreina ber verksvið og hlutverk heilbrigðisstofnana.			X
3. Samræmt verði upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar og skapaðir möguleikar á tengingu tölvu- og upplýsingakerfa.		X	
4. Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagsþjónustu skulu eflid.			X
<b>C.3 Móta verður stefnu og heildarskipulag.</b>			
1. Skilgreina skal meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar og setja einstökum þáttum hennar tiltekin markmið.		X	
2. Heildarskipulag heilbrigðisþjónustu grundvallist á þremur meginþáttum, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu.		X	
3. Verkaskipting ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skal vera skýr og markviss.		X	
4. Fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar.		X	

**Alls**

**1**

**13**

**19**

## 11. Samantekt

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er flókið og erfitt verkefni. Allt frá því að mannkynið hóf að stunda lækningar og umönnun hefur þurft að forgangsráða verkefnum eftir því hversu aðkallandi þau eru. Ekki er þó til ein leið við að forgangsráða heldur þarf hvert og eitt samfélag að finna sinn takt og sínar áherslur til að marka sér stefnu varðandi skýra og skilvirka forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.

Krafan um að forgangsröðun sé skýr og skilvirk hefur verið að aukast á undanförunum árum. Upphaf þeirrar umræðu má rekja aftur til níunda áratugarins og í kjölfarið hefur verið unnið að því að setja fram hugmyndir um hvernig hægt sé að standa að skýrri og skilvirkri forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu víða um heim.

Forgangsröðunarskýrsla Norðmanna kom út árið 1987 en var endurskoðuð árið 1997. Í kjölfarið gáfu stjórnvöld út fyrirmæli um forgangsröðun en þau byggjast á seinni skýrslunni sem og lögum um réttindi sjúklinga frá árinu 1999. Slík fyrirmæli hafa síðan þá verið sett fram árlega og eru tengd fjárlagagerð stjórnvalda fyrir viðkomandi fjárlagaár.

Stefnumótun um forgangsröðun í Oregonfylki í Bandaríkjunum er oft talin marka upphaf umræðunnar um skýra forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Oregonlistinn kom fyrst út árið 1991 og hefur síðan þá verið endurskoðaður á tveggja ára fresti. Á upphaflega listanum voru tilgreind 587 sjúkdómstilvik og meðferðir sem átti að borga fyrir en í dag hefur þeim fækkað í 546. Eftir tilkomu listans hefur fækkað verulega í þeim hópum sem síður leituðu eftir heilbrigðisþjónustu vegna bágrar efnahagslegrar stöðu sinnar.

Í Hollandi kom forgangsröðunarskýrsla út árið 1992. Stjórnvöld gerðu lítið með tillögurnar en ákváðu þess í stað að beina kröftum sínum að því að byggja upp nýtt heilbrigðistryggingakerfi. Með hinu nýja tryggingakerfi eru allir skyldugir til að vera sjúkratryggðir en í staðinn fá þeir tiltekna grunnheilbrigðisþjónustu ókeypis. Einnig settu Hollendingar markmið forgangsröðunar inn sem hluta af heilbrigðisáætlun og inn í áætlanir í forvarnamálum.

Nýsjálendingar gáfu einnig út forgangsröðunarskýrslu árið 1992. Þar voru settar fram hugmyndir að nokkrum leiðum sem stjórnvöld gátu valið úr. Sú leið, sem varð fyrir valinu, var að forgangsráða með biðlistum og samkvæmt klínískum leiðbeiningum.

Forgangsröðunarnefndin í Svíþjóð skilaði tillögum sínum árið 1995 en þær tillögur náðu ekki fram að ganga. Það var síðan árið 2001 sem forgangsröðunarmiðstöð var stofnuð og í kjölfarið voru sett lög um skýra forgangsröðun. Þessu hafa Svíar reynt að fylgja eftir með því að forgangsráða í samræmi við klínískar leiðbeiningar. Einstök landsþing í Svíþjóð forgangsráða einnig út frá sínum viðmiðum og áherslum í heilbrigðimálum.

Finnska forgangsröðunarskýrslan kom út árið 1995 en fékk litlar undirtektir. Skýr forgangsröðun í heilbrigðismálum er einungis notuð sem stendur við forgangsröðun þeirra sem fara í áfengis- og vímuefnaferð.

Danska siðaráðið gaf út forgangsröðunarskýrslu árið 1996 en lengst af höfðu dönsk heilbrigðisyfirvöld nánast forðast alla opinbera umræðu um forgangsröðun. Í kjölfar skýrslunnar var ákveðið að leggja áherslu á að forgangsráða í heilbrigðiskerfinu samhliða heilbrigðisáætlun sem kom út árið 2002. Dönnum hefur gengið erfiðlega að forgangsráða í heilbrigðisþjónustunni og hafa þeir m.a. átt í erfiðleikum með að vinna á löngum biðlistum eftir heilbrigðisþjónustu. Til að taka á því hafa þeir verið að setja skýrar reglur um biðlista sem nýtast jafnframt við forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu.

Í Bretlandi var stofnuð sjálfstæð stofnun, NICE, árið 1999 sem hefur m.a. það verkefni að halda utan um verklagsreglur forgangsröðunar í heilbrigðiskerfinu. Bretar forgangsráða á biðlistum en eru einnig að gera tilraun með að forgangsráða eftir öðrum leiðum.

Íslenska forgangsröðunarskýrslan kom út árið 1998 og í henni er að finna 33 skilgreind markmið. Í kjölfar skýrslunnar fylgdi heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem byggist m.a. á reglum um forgangsröðun. Samhliða því sem unnið er að forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu er unnið því að ná markmiðum heilbrigðisáætlunar. Árið 2004 var tekið saman yfirlit yfir forgangsröðunarmarkmiðin og þá kom í ljós að rúmlega helmingi þeirra hafði verið náð eða verulega hafði miðað að því að ná settu marki.

Hugmyndir um skýra og skilvirka forgangsröðun eru svipaðar í þeim löndum sem fjallað hefur verið um hér að framan en áherslurnar eru ólíkar. Mjög mismunandi er hversu mikil vinna er lögð í forgangsröðun í heilbrigðiskerfum landanna. Umræðunni er þó sífellt haldið lifandi með tilraunum, rannsóknum og ráðstefnum um forgangsröðun, svo eitthvað sé nefnt.

*Þessi úttekt á stöðu forgangsröðunar í heilbrigðismálum í nokkrum löndum var unnin af Guðrúnu Þóreyju Gunnarsdóttur, stjórnarsýslufræðingi í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu á árunum 2005-2006.*