

Apríl 2002

Sjúkrapjálfun

*Stjórnsýsluendurskoðun
á sjúkratryggingasviði TR*

Efnisyfirlit

HELSTU NIÐURSTÖÐUR	5
Almennt	5
Eftirlit	7
Verklag	8
Kostnaður	8
1 INNGANGUR	11
1.1 Markmið	12
1.2 Afmörkun	13
1.3 Aðferðafræði	13
1.4 Orðaskýringar	14
2 HVERJIR EIGA RÉTT Á SJÚKRABJÁLFUN?	17
2.1 Lög um sjúkrabjálfun og þátttöku ríkissjóðs í kostnaði við hana	17
2.2 Stjórnvaldsreglur	18
3 HVERNIG ER AÐGENGI AÐ SJÚKRABJÁLFUN STJÓRNAÐ?	19
3.1 Kostnaðarstýring	19
3.2 Fagleg stýring	23
3.3 Ástæður þess að ekki er farið eftir verklagsreglum	28
3.4 Veikleikar og leiðir til úrbóta	31
4 KOSTNAÐUR TR VEGNA SJÚKRABJÁLFUNAR	37
4.1 Þróun kostnaðar vegna sjúkrabjálfunar	37
4.2 Kostnaður við umsýslu og eftirlit	40
5 ÚTTEKT Á LÆKNISFRÆÐILEGUM FORSENDUM ÞJÁLFUNAR, FORMKRÖFUM OG GREIÐSLUM FYRIR ÞJÁLFUN	43
5.1 Niðurstöður úr úrtaksskoðun Ríkisendurskoðunar	46
6 SAMNINGAR VIÐ SJÚKRABJÁLFARA OG KOSTNAÐUR VIÐ SAMNING TR OG FÍSP	49
6.1 Endurgjald fyrir vinnu sjúkrabjálfa	53
6.2 Sjúkrabjálfa á stofnunum ríkisins	54
7 STJÓRNUN, BOÐSKIPTI, ÁKVARÐANATAKA OG GÆÐAEFTIRLIT	57
7.1 Samskipti TR og sjúkrabjálfa	57
7.2 Upplýsingaflæði innanhúss og til samstarfsaðila	59
7.3 Ákvarðanataka í Samráðsnefnd sjúkrabjálfa og TR	59
7.4 Gæðaeftirlit	60

8	HUGMYNDR AÐ BREYTTU FYRIRKOMULAGI Í SJÚKRAÞJÁLFUN	63
	8.1 Tillögur vinnuhóps TR, sjúkraþjálfara og lækna.....	63
	8.2 Afstaða Ríkisendurskoðunar til tillagna vinnuhópsins	66
	HEIMILDASKRÁ.....	69
	VIÐAUKI 1	72
	Flæðirit 1: Ferill samkvæmt gildandi reglum í gæðahandbók læknadeildar.....	72
	Flæðirit 2: Ferill í reynd	73

Helstu niðurstöður

Almennt

Frá árinu 1990 hefur réttur til sjúkraþjálfunar verið rýmri en almannatryggingalög gerðu ráð fyrir

Fyrir 1990 greiddi Tryggingastofnun ríkisins, hér eftir nefnd TR eingöngu sjúkraþjálfun vegna afleiðinga alvarlegra langvinnra sjúkdóma eða slysa skv. lögum um almannatryggingar. Sjúkrasamlög greiddu hins vegar samkvæmt samningum við sjúkraþjálfara svokallaða „almenna þjálfun“, þ.e. þjálfun sem ekki krafðist þess að sjúklingur þjáðist af alvarlegum eða langvinnnum sjúkdómum. Þegar sjúkrasamlög voru lögð niður árið 1990 tók TR að greiða nefnda „almenna sjúkraþjálfun“. Ákvæðum almannatrygginga er lúta að sjúkraþjálfun var þó ekki breytt samhliða þessari kerfisbreytingu, þó ljóst væri að réttur sjúklinga sem leitað hafði til sjúkrasamlaga hefði verið ríkari en réttur þeirra sem fengu greitt samkvæmt almannatryggingalögum. TR hefur frá yfirtöku sjúkrasamlaganna fylgt þeirra framkvæmd á greiðslu styrkja fyrir sjúkraþjálfun.

Skortur á stefnumótun og reglum um nánari útfærslu á því hverjir eigi rétt á sjúkraþjálfun

Ákvæði um sjúkraþjálfun er að finna í 33. gr. almannatryggingalaga og eru nokkuð almenns eðlis. Þau mæla einungis fyrir um að TR skuli veita styrki til sjúkraþjálfunar vegna afleiðinga *alvarlegra langvinnra sjúkdóma eða slysa*. Nánari leiðbeiningu um hvað í ákvæðinu felist er ekki að finna í lögnum eða lögskýringargögnum. Þá hefur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hvorki sett

reglur né gefið út nánari fyrirmæli um það, hvað felist í orðunum „alvarlegir langvinnir sjúkdómar“ í skilningi almannatryggingalaga. Á sama hátt hefur TR ekki heldur sett reglur í þessa veru. Skortur á skýrum reglum felur í sér hættu á því að fleiri en þeir sem lögvarinn rétt eiga, njóti sjúkraþjálfunar sem ríkið tekur þátt í að greiða. Í ljósi þess að tæplega 850 milljónum var varið til sjúkraþjálfunar á síðasta ári sýnist fullkomin ástæða til að settar verði nákvæmari reglur um þessa þjónustu.

Ríkisendurskoðun telur einnig þörf á að heilbrigðisráðuneytið skilgreini betur hvert sé hlutverk sjúkraþjálfunar í heilbrigðiskerfinu svo að slíkt hlutverk haldist í hendur við opinber markmið í heilbrigðismálum. Skýr stefna ráðuneytisins í sjúkraþjálfunarmálum er forsenda markvissrar stjórnunar TR á þessum málum.

Kvörtunarferill vegna sjúkraþjálfunar er óljós

Tryggingastofnun ríkisins hefur ekki kerfisbundið aflað sér upplýsinga frá viðskiptavinum sjúkraþjálfara um gæði þeirrar þjónustu sem þeim er látin í té.

Ríkisendurskoðun telur að TR þurfi að gera viðskiptavinum betur grein fyrir því en gert er nú hvert þeir geti leitað, hafi þeir einhverjar athugasemdir varðandi þjónustu sjúkraþjálfara sem og annarra heilbrigðisstarfsmanna sem TR semur við og hefur umsjón með greiðslum fyrir þjónustu þeirra. Ríkisendurskoðun vill því beina þeim tilmælum til TR að stofnunin beiti sér fyrir nánara samstarfi við Landlæknisembættið, sem lögum samkvæmt ber að sinna kvörtunum eða kærnum er varða samskipti almennings og heilbrigðisþjónustunnar, sbr. 3. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.

Eftirlit

Óskilvirkt eftirlit tryggingalækna með sjúkraþjálfun

Eftirlit tryggingalækna takmarkast við þann hóp sjúklinga sem nýtur sjúkraþjálfunar á grundvelli slysatrygginga, við beiðnir um sjúkraþjálfun barna og beiðnir um heima-sjúkraþjálfun. Eftirlitið fer fram með skoðun á beiðnum og fylgigögnum þeirra en sjúklingur er aldrei skoðaður. Þetta eftirlit er öflugt svo langt sem það nær en það nær þó aðeins til u.þ.b. 20 % af heildarfjölda þeirra sem njóta sjúkraþjálfunar. Tryggingalæknar hafa ekki beint eftirlit með frumbeiðnum 80% sjúklinga og reiða sig alfarið á mat tilvísandi lækna en hinsvegar skoða þeir beiðnir um framhaldsþjálfun þegar það á við.

Samkvæmt upplýsingum frá TR skoðuðu tryggingalæknar 1344 beiðnir um framhaldsþjálfun af þeim 2606 sem bárust á árinu 2000. Tryggingalæknar sáu ástæðu til að neita einni beiðni af þessum 1344 eða 0,07 % af þeim beiðnum sem þeir skoðuðu.

Ríkisendurskoðun telur að TR eigi að leggja ríkari áherslu á eftirlit sem grundvallast á úrtaki úr öllum beiðnum um sjúkraþjálfun. Einnig telur Ríkisendurskoðun að í kjölfar skýrari reglna um hverjir eigi rétt á sjúkraþjálfun skapist betri skilyrði fyrir tryggingarlækna til að fylgjast með því hvort læknisfræðilegar forsendur fyrir sjúkraþjálfun séu nægar. Þannig telur Ríkisendurskoðun að leggja beri ríkari áherslu á leiðbeiningarhlutverk tryggingarlækna og eftirlitsskyldu með því að reglum sé fylgt.

Ríkisendurskoðun telur að kostnaður á árinu 2000 vegna eftirlits tryggingalækna hafi verið um 5 milljónir króna af þeim 27 milljónum sem umsjón með sjúkraþjálfunarferlinu kostar.

Verklag

Skoða þarf nánar hvort samræma megi afgreiðslu sjúkrabjálfunarbeiðna

Afgreiðsla á beiðnum um sjúkrabjálfun ákvarðast af því hvor deildin, sjúkratryggingadeild eða slysatryggingadeild TR eigi að standa undir kostnaði af meðferðinni. Af því leiðir að afgreiðsla beiðnanna fer ekki í einn og sama feril. Stjórnun og umsýsla vegna afgreiðslu á beiðnum kemur í hlut ofangreindar deilda auk þess sem ýmis eftirlits- og framkvæmdaratriði koma í hlut læknaeildar. Núverandi tilhögun hefur mótast af því að sjúkratryggingar og slysatryggingar eru aðskildar greinar almannatrygginga og lögbundið er að hvor greinin um sig er sjálfstæð deild í TR og hefur sjálfstæðan fjárhag. Í ljósi þess að stofnunin er að kaupa heilbrigðisþjónustu af einni fagstétt samkvæmt sérstökum samningi og verðskrá vill Ríkisendurskoðun beina þeim tilmælum til TR að hún skoði hvort ekki megi til hagræðingar samræma afgreiðsluferli sjúkrabjálfunarbeiðna frekar en nú er gert. Telja verður að slík tilhögun feli í sér möguleika til markvissari stjórnunar og eftirlits.

Kostnaður

Umfang sjúkrabjálfunar hefur aukist stöðugt

Umfang sjúkrabjálfunar jókst stöðugt á tímabilinu 1997-2000. Sjúklingum fjölgaði um 19 % á tímabilinu, úr tæpum 22 þúsundum í 26 þúsund. Heildarkostnaður vegna sjúkrabjálfunar jókst á tímabilinu um 31 %. Kostnaður sjúklinga hefur aukist til muna eða um rúman helming. Einnig koma sjúklingar oftari í sjúkrabjálfun en áður.

Verð vottorða var mun hærra en reglur gerðu ráð fyrir

Sjúklingar þurfa vottorð frá lækni til þess að geta notið sjúkraþjálfunar sem ríkið tekur þátt í að greiða. Á árinu 2001 var í gildi reglugerð nr. 68/1996 með síðari breytingum um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Sú reglugerð kvað á um að sjúklingur ætti að borga kr. 600 fyrir vottorð um sjúkraþjálfun. Á síðasta ári greiddu sjúklingar fyrir hvert vottorð vegna sjúkraþjálfunar á bilinu 800 kr til 1700 kr. Könnun Ríkisendurskoðunar á verðlagningu vottorða hjá heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum leiddi í ljós að obbinn af þessum vottorðum kostaði sjúklinga 1700 kr. Þó fundust örfá dæmi þess að ekki hefði verið krafist greiðslu fyrir vottorð. Í desember 2001 setti heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið reglugerð þar sem kveðið er á um að greiða skuli 700 kr fyrir læknisvottorð vegna beiðni um þjálfun og að þau skuli renna til stofnunar. Þess skal getið að lækna og heilbrigðisráðuneyti hefur greint á um verðlagningu vottorða. Læknafélag Íslands beindi kvörtun um vottorð til Umboðsmanns Alþingis sem afréð að fjalla um álitamál vegna annarra lækna en þeirra er starfa á heilsugæslustöðvum. Álit umboðsmanns liggur nú fyrir. Embættið taldi ekki ástæðu til að fjalla frekar um málið, enda væri það á dagskrá nýrrar samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins að fjalla um greiðslur TR til sjálfstætt starfandi sérfræðinga fyrir læknisvottorð. Heilbrigðisráðuneytið hefur einnig beint því til kjaranefndar að launakjör heilsugæslulækna verði endurskoðuð og tekið tillit til gjalda sem þeir hafa fengið frá sjúklingum fyrir önnur vottorð en þau sem greidd eru af TR.

Hlutast verði til þess að sjúkraþjálfarar greiði hæfilegt gjald fyrir aðstöðu á stofnunum ríkisins

Sjúkraþjálfurum sem starfa á stofnunum ríkisins og taka að sér sjúklinga á eigin vegum ber að greiða sérstakt aðstöðugjald. Í þeim tilvikum sem skoðuð voru bendir

ýmislegt til þess að gjaldið sé nokkuð undir raunkostnaði. Kostnaður vegna aðstöðu fer nærri því að nema um helmingi af rekstrarkostnaði en sjúkráþjálfarar sem starfa á stofnunum ríkisins greiða mun lægra hlutfall fyrir aðstöðuna og dæmi er um að þeir greiði ekkert fyrir hana. Þrátt fyrir þetta er greiðsla TR til þeirra sem þessa aðstöðu hafa sú sama og til þeirra sem reka sjálfir sínar eigin sjúkráþjálfunarstofur. Lagt er til að kannað verði nánar hvort eðlilegt og sanngjarnt verð fáið fyrir aðstöðu þá sem hér um ræðir og hlutast verði til um leiðréttingu ef þörf er á slíku.

Kostnaður ríkisins vegna sjúkráþjálfunar af völdum íþróttameiðsla hefur hækkað um rúm 250% frá árinu 1990

Ríkið greiðir sjúkrakostnað sem hlýst af slysi við íþróttaiðkun svo fremi sem hinn slasaði sé orðinn 16 ára og hafi slasast á íþróttæfingu, íþróttasýningu eða við keppni á vegum skráðs íþróttafélags. Á árabílinu frá 1990 til 2000 hefur kostnaður vegna þessa þáttar aukist um 28 milljónir, reiknaðar á föstu verðlagi eða um 252% úr 11 milljónum í 39 milljónir. Við þessu hefur verið brugðist með nýjum reglum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins sem tóku gildi 1. apríl sl.

1 Inngangur

Skýrsla þessi um sjúkraþjálfun er hluti af stjórnsýsluúttekt Ríkisendurskoðunar á sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins, hér eftir nefnd TR. Áður er komin út skýrsla um hjálpartækjamiðstöð TR.

TR tekur þátt í kostnaði við sjúkraþjálfun á grundvelli 33. gr. laga nr. 117/1993 um almannatryggingar og greiðir á grundvelli laganna hluta eða allan kostnað vegna sjúkraþjálfunar ef viðkomandi hefur fengið tilvísun á sjúkraþjálfun frá lækni. Lagaákvæði um greiðslu styrkja til sjúkratryggðra vegna sjúkraþjálfunar var fyrst að finna í lögum um almannatryggingar nr. 67/1971. Sjúkrasamlög sem voru starfrækt í hreppum og síðar sýslum landsins höfðu þó mörg hver tekið þátt í kostnaði við sjúkraþjálfun fyrir gildistöku laganna.

TR yfirtók starfsemi sjúkrasamlaga að fullu árið 1990 þegar þau voru lögð niður. Fyrir þann tíma greiddi TR eingöngu sjúkraþjálfun vegna afleiðinga alvarlegra langvinnra sjúkdóma eða slysa í samræmi við þágildandi lög um almannatryggingar. Sjúkrasamlög greiddu hins vegar samkvæmt samningum við sjúkraþjálfara svokallaða „almenna þjálfun“, þ.e. þjálfun sem ekki krafðist þess að sjúklingur þjáðist af alvarlegum eða langvinnnum sjúkdómum. Sjúkrasamlögin voru eins og áður sagði, lögð niður árið 1990 og tók TR þá við þessu hlutverki af þeim, þ.e. að greiða nefnda „almenna sjúkraþjálfun“. Ákvæðum almannatrygginga er lúta að sjúkraþjálfun var þó ekki breytt samhliða þessari kerfisbreytingu, þó ljóst væri að réttur sjúklinga sem leitað hafði til sjúkrasamlaga hefði verið ríkari en réttur þeirra sem fengu greitt samkvæmt almannatryggingalögum. Við yfirtöku TR á sjúkrasamlögum var ákveðið að skerða ekki rétt sjúkratryggðra til sjúkraþjálfunar.

Hlutverk TR í dag, varðandi sjúkrabjálfun snýr að því að skipuleggja afgreiðsluferli beiðna um sjúkrabjálfun, allt frá móttöku beiðna til greiðslna til sjúkrabjálfa fyrir veitta þjónustu. Allt þar til í desember 2001 sá TR einnig um að semja við sjúkrabjálfa um að þeir veittu landsmönnum sjúkrabjálfun gegn greiðslu frá TR. Samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins hefur nú tekið við hlutverki samninganefndar TR. Greiðslur fyrir sjúkrabjálfun fara eftir reglum sem gilda um greiðslubátttöku stofnunarinnar í sjúkrabjálfun og samningi við Félag íslenskra sjúkrabjálfa (hér eftir nefnt FÍSP) og nýgerðum samningi TR við Félag sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfa (hér eftir nefnt FSSS). Einnig annast sjúkratryggingasvið eftirlit með því að samningar við sjúkrabjálfa séu haldnir.

Á árinu 2000 var heildarkostnaður landsmanna vegna sjúkrabjálfunar 1.018 m.kr. Kostnaðarhluti ríkisins vegna sjúkrabjálfunar var rúmlega 757 m.kr eða 74% af heildarkostnaði við sjúkrabjálfun. Samkvæmt upplýsingum frá sjúkratryggingasviði TR sem bárust við lokavinnslu skýrslunnar mun kostnaður ríkisins fyrir árið 2001 nema tæpum 850 milljónum.

Ríkisendurskoðun vill færa þeim fjölmörgu er veittu aðstoð við gerð þessarar úttektar bestu þakkir fyrir aðstoðina.

1.1 Markmið

Úttektin hafði þrjú meginmarkmið

1. Að kanna og meta á hvaða hátt aðgengi landsmanna að sjúkrabjálfun sem ríkið tekur þátt í að greiða er stjórnað.
2. Að kanna hvort afgreiðsla TR á sjúkrabjálfunarbeiðnum sé skipulögð á hagkvæman hátt.
3. Að kanna og meta hvernig TR sinnir eftirlitshlutverki sínu með sjúkrabjálfun.

1.2 Afmörkun

Skoðun Ríkisendurskoðunar á sjúkrabjálfun afmarkast við þá löggiltu sjúkrabjálfara sem starfa eftir samningum FÍSP og FSSS við TR. Liðlega 350 sjúkrabjálfarar starfa eftir þessum samningum TR en um 50 bjálfarar starfa utan samninganna. Þegar rætt er um **sjúkrabjálfun** í þessari skýrslu er átt við sjúkrabjálfun sem ríkið tekur þátt í að greiða, nema annað sé sérstaklega tekið fram.

1.3 Aðferðafræði

Við úttektina er horft á málið frá þremur sjónarhornum:

Í fyrsta lagi voru afgreiðsluferlar vegna beiðna um sjúkrabjálfun skoðaðir. Sjónum var sérstaklega beint að innra eftirliti í þessum ferlum.

Annað sjónarhornið var samningar TR við sjúkrabjálfara.

Þriðja sjónarhornið var ákvarðanatataka í málefnum er lúta að sjúkrabjálfuninni og hvernig gert er út um ágreining á efni samnings TR og FÍSP.

Úttekt þessi byggir bæði á eigindlegum (qualitative) aðferðum og megindlegum (quantitative). Annars vegar var byggt á viðtölum, en hins vegar var fengið úrtak 200 beiðna úr hópi beiðna þeirra 23.807 einstaklinga sem fengu sjúkrabjálfun á tímabilinu 1. janúar til 20. desember 2000.

Veigamikill þáttur úttektarinnar fólst í að draga upp mynd af sjúkrabjálfunarferlinu eins og það er skipulagt af TR. Í því skyni var fundað með deildarstjóra sjúkratryggingadeildar og starfsmönnum sem koma að skráningar- og greiðsluferli sjúkrabjálfunar, bæði á sjúkratryggingasviði og á læknasviði. Rætt var við deildarstjóra og trygginga-fulltrúa í slysatryggingadeild. Einnig voru tekin viðtöl við tryggingayfirlækni og tvo tryggingalækna af þremur sem eru með sjúkrabjálfunarmál á sinni könnu.

Þá kynnti stofnunin sér sjónarmið sjúkraþjálfara með viðtölum við fimm þjálfara sem starfa á einkastöðvum, á sjúkrahúsi og hjá Styrktarfélagi lamaðra og fatlaðra. Viðtölin nýttust við að svara spurningum um þjálfunarferlið og samskipti við TR.

Úrtakið sem fyrr var nefnt var notað til þess að meta hvort læknisfræðilegar forsendur væru eðlilegar og hvort greiðslur væru réttar. Athugun á grundvelli úrtaksins var framkvæmd af trúnaðarlækni Ríkisendurskoðunar.

Í þeim tilgangi að meta hvort samningur TR og FÍSP sé eðlilegur með tilliti til rekstrarkostnaðar sjúkraþjálfunarstöðva voru skoðuð gögn sem samninganefnd TR lagði fram.

Þar sem við átti var leitað í skriflegar heimildir, svo sem gæðahandbók læknasviðs TR og drög að gæðahandbók sjúkratryggingadeildar TR auk viðeigandi laga og reglugerða.

1.4 Orðaskýringar

Greinargerð sem sjúkraþjálfari sendir frá sér inniheldur lýsingu á meðferð sjúklings og skipulag áframhaldandi meðferðar. Greinargerðin er rökstuðningur sjúkraþjálfara fyrir meiri sjúkraþjálfun fyrir sjúkling sinn.

Tilvísandi læknir er sá læknir sem upphaflega skrifaði undir beiðni um sjúkraþjálfun.

Tryggingalæknar eru læknar sem eru starfandi innan Tryggingastofnunar og hafa m.a. það hlutverk að fara yfir beiðnir um sjúkraþjálfun og meta hvort slík þjálfun muni bæta líðan sjúklings.

Beiðni Tilvísun um sjúkraþjálfun, fyllt út og undirrituð af lækni er alla jafna nefnd beiðni. Í skýrslunni eru orðin vottorð og beiðni notuð jöfnum höndum um sama hlutinn.

Framhaldsbeiðni er umsókn um áframhaldandi þjálfun þegar sjúklingur hefur lokið 20 meðferðum eða þeim meðferðarskiptum sem áður hefur verið samþykkt.

2 Hverjir eiga rétt á sjúkraþjálfun?

2.1 Lög um sjúkraþjálfun og þátttöku ríkissjóðs í kostnaði við hana

Samkvæmt b. lið 1. mgr. 33 gr. almannatryggingalaga nr. 117/1993 tekur TR þátt í kostnaði við sjúkraþjálfun. Í greininni segir að það sé hlutverk sjúkratryggingadeildar að veita styrk til æfingameðferðar eða þjálfunar vegna afleiðinga alvarlegra, langvinnra sjúkdóma eða slysa. Tryggingaráð setur reglur um greiðslu styrkja til sjúkraþjálfunar. Afla skal greiðsluheimildar frá TR fyrir fram. Stofnunin getur áskilið vottorð sérfræðings um nauðsyn þjálfunar sbr. 2. mgr. 33. gr sömu laga.

Í 1. mgr. 27. gr. laganna, sem fjallar um kostnað vegna bótaskyldra slysa, kemur fram að fyrir sjúkraþjálfun vegna slysa skuli greiða að fullu. Samkvæmt 2. mgr. 27. gr. getur ráðherra ákveðið endurgreiðslu að nokkru eða öllu leyti með reglugerð í þeim tilvikum þar sem samningar ná ekki til sjúkraþjálfar samkvæmt 1. mgr.

Í 5. gr. laga um sjúkraþjálfun nr 58/1976 segir: „Ekki má sjúkraþjálfari taka sjúkling til meðferðar án samráðs við lækni“.

Í 8. gr. laga um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar nr. 154/2001 er lögð sú skylda á herðar heilbrigðisstarfsmanna sem ábyrgð bera á vörslu sjúkraskráa að veita tryggingalæknum þær upplýsingar sem eru TR nauðsynlegar vegna endurgreiðslu reikninga og vegna eftirlitshlutverks stofnunarinnar. Ákvæðið felur einnig í sér heimild til handa læknum stofnunarinnar að skoða þann hluta sjúkraskrár sem reikningsgerð á hendur stofnuninni er byggð á.

2.2 Stjórnvaldsreglur

Tryggingaráð hefur sett reglur um þátttöku TR í kostnaði við sjúkrabjálfun nr. 153/2002. Reglurnar eru tíundaðar hér að aftan í kafla 3.1.

Reglugerð nr. 218/2002 fjallar um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu.

Reglugerð nr 765/2000 fjallar um endurgreiðslu vegna slysatrygginga, sbr. 2. mgr. 27 gr. laga nr. 117/1993.

Reglugerð nr 245/2002 fjallar um slysatryggingar íþróttafólks samkvæmt III. kafla laga nr. 117/1993 um almannatryggingar.

Í gildi hefur verið samningur frá 1998 milli Tryggingastofnunar og Félags íslenskra sjúkrabjálfa um verð þjónustunnar og greiðslumáta. Samningnum var sagt upp frá og með 1. janúar 2002, en sjúkrabjálfarar á stofnunum ríkisins starfa eftir honum nú, þar til aðrir samningar leysa hann af hólmi.

Nýir samningar TR um sjúkrabjálfun voru undirritaðir í mars 2002. Þeir eru annars vegar við Félag sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfa (FSSS) og við Sjálfsbjörgu á Akureyri.

Í gæðahandbók læknadeildar TR er að finna verklagsreglur um meðferð beiðna um sjúkrabjálfun.¹ Þar er skilgreindur ferill beiðnanna frá því þær berast stofnuninni, hvernig þær skuli afgreiddar og hvernig ferlinu ljúki. Sjá ferlilýsingu í viðauka 1.

Í drögum að gæðahandbók sjúkratryggingasviðs er að finna verklagsreglur um greiðslur sjúkrabjálfunarreikninga.² Reglurnar hafa að geyma skilgreindan feril á afgreiðslu reikninganna, tilgreina það sem athugað er og hvernig ferlinu lýkur.

¹ Gæðahandbók læknasviðs TR bls. 62.

² Drög að gæðahandbók sjúkratryggingasviðs, merkt VLR-SJ-2

3 Hvernig er aðgengi að sjúkraþjálfun stjórnað?

Úttekt Ríkisendurskoðunar leiðir í ljós að heilbrigðis- yfirvöld stýra aðgengi að sjúkraþjálfun einkum með tvennum hætti. Annars vegar með *kostnaðarstýringu*, þ.e. með ákvörðun um þátt sjúklings í kostnaði við hvern þjálfunartíma og ákvörðun um hámarksfjölda þjálfunartíma sem TR tekur þátt í að greiða fyrir hvern einstakling á ári. Hins vegar með *faglegri stýringu*, þ.e. sjúklingur getur því aðeins notið sjúkraþjálfunar með þátttöku TR að hann fái tilvísun frá lækni.

Gjald fyrir sjúkraþjálfun er samningsatriði í samningum TR við FÍSP og Félag sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara (FSSS). Tryggingaráð setur reglur um greiðsluþátttöku í sjúkraþjálfun. Ákvarðanir um fjölda þjálfunartíma sem leyfður er á ári eru teknar í samráðsnefnd TR og Félags íslenskra sjúkraþjálfara.

3.1 Kostnaðarstýring

Greiðsluþátttaka ríkissjóðs

Núgildandi reglur tryggingaráðs eru nr. 153/2002 frá 27. febrúar 2002.³ Samkvæmt þeim greiða notendur eftir tvenns konar reglum. Sjá töflu 1.

³ Nú er unnið eftir I. kafla þeirra reglna enda var II. kafli reglnanna bráðabirðaráðstöfun, að sögn forráðamanna TR, vegna þess að fjöldi sjúkraþjálfara hafði sagt sig frá samningi við stofnunina. Með nýjum samningum TR við sjúkraþjálfara sem getið er um í kafla 6 er gert ráð fyrir því að kafli II falli niður.

Tafla 1 Greiðslupátttaka sjúkratrygginga í þjálfun fyrir hvert 12 mánaða tímabil.

Skiptafjöldi	1-15 skipti	16 skipti og fleiri
Börn, ellilífeyrisþegar og öryrkjar greiða	25 % gjalds	ókeypis
Aðrir greiða	50% gjalds fyrstu 24 skiptin.	25% gjalds frá og með 25. skipti.

Börn fram að 18 ára aldri, ellilífeyrisþegar og öryrkjar greiða 25 % af gjaldi fyrstu 15 skipta⁴. Eftir það er þjálfunin ókeypis innan árs frá því að sjúklingur kemur í fyrsta skipti. Aðrir greiða helming gjaldsins fyrstu 24 skiptin en 25% af hverju skipti eftir það innan árs frá því sjúklingur kemur í fyrsta skipti. Í sumum tilfellum geta læknar þess sérstaklega hve mörg skipti þeir óska eftir að sjúklingur þeirra fái í þjálfun. Ef þeir geta þess ekki fær sjúklingur samþykkt 20 skipti á ári en ef þörf er fyrir áframhaldandi þjálfun eftir það, þarf að sækja um hana.

Tafla 2 Greiðslupátttaka slysatrygginga í þjálfun fyrir hvert 12 mánaða tímabil.

Vinnuslys	Ókeypis. Sækja þarf um framhaldsmeðferð eftir 20 skipti
Slys við íþróttaiðkun	Ókeypis. Sækja þarf um framhaldsmeðferð eftir 12 skipti

Þegar um þjálfun vegna slyss er að ræða þá er meðferð sjúklingi að kostnaðarlausu, að því gefnu að TR meti svo að slys sé bótaskyldt og að sjúkrabjálfun sé afleiðing slyssins.

Þegar um íþróttaslys er að ræða er í nýsettri reglugerð gerð sú krafa að sjúklingur sé óvinnufær í a.m.k. 10 daga að öðrum kosti greiðist kostnaður af völdum slyssins ekki

⁴ Gjaldskrá barna yngri en 12 ára og barna með umönnunarkort er hærrí en annarra barna. Samt sem áður er hlutdeild þeirra í kostnaði sú sama og gildir um lífeyrisþega.

úr slysatryggingu íþróttamanna.⁵ Þegar ákvarðað hefur verið um þessa þætti fá viðkomandi sjálfkrafa samþykkt 20 skipti en 12 skipti ef um slys af völdum íþróttaiðkunar er að ræða. Ef þörf er fyrir áframhaldandi þjálfun þarf að sækja um hana.

Sjúkraþjálfun fer fram í heimahúsum,⁶ þegar sjúklingur er ekki fær um að fara úr húsi vegna sjúkdóms eða lasleika. Leita þarf heimildar TR áður en heimasjúkraþjálfun hefst. Reglur TR kveða á um að heimilt sé að fella niður greiðsluþátttöku sjúklings í heimasjúkraþjálfun ef um mjög alvarlegt sjúkdómsástand eða alvarlega fötlun er að ræða.

Síðasta breytingin á þjálfunartíma var tekin í samráðsnefnd sjúkraþjálfara og TR í nóvember 2000, en þá var meðferðartími sem TR tekur sjálfkrafa þátt í að greiða lækkaður úr 36 í 20 skipti hjá sjúkratryggðum, en úr 20 í 12 skipti hjá slysatryggðum sem slasast við íþróttaiðkun.

Kostnaður sjúklinga

Aðgengi að sjúkraþjálfun með greiðsluþátttöku TR er stýrt af læknum utan stofnunarinnar sem eru einskona hliðverðir⁷ að kerfinu. Fyrir þetta greiða notendur sjálfir.

Á árinu 2001 var í gildi reglugerð nr. 68/1996 með síðari breytingum um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Sú reglugerð kvað á um að sjúklingur ætti að borga kr. 600 fyrir vottorð um sjúkraþjálfun. Á síðasta ári greiddu sjúklingar almennt fyrir hvert vottorð um sjúkraþjálfun á bilinu 800 kr til 1700 kr, auk greiðslu fyrir viðtal. Greiðsla fyrir vottorðið rann til læknisins. Á sama ári kostaði viðtal við heilsugæslulækni og heimilislækni kr 300 fyrir börn, ellilífeyrisþega og öryrkja en aðrir greiddu kr 700. Þannig var kostnaður sjúklinga vegna þessa eina þáttar á bilinu frá 1100 kr til 2400 kr.

⁵ Reglugerð nr. 245/2002 sett 22. mars 2002

⁶ svokölluð heimasjúkraþjálfun

⁷ Þýðing á enska orðinu „gatekeeper“

Könnun Ríkisendurskoðunar á verðlagningu vottorða hjá heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum leiddi í ljós að obbinn af þessum vottorðum kostaði sjúklinga 1700 kr. Þó fundust örfá dæmi þess að ekki hefði verið krafist greiðslu fyrir vottorð. Vert er að geta þess að lækna greinir á við heilbrigðisráðuneytið um verð og hvert greiðsla fyrir vottorð skuli renna. Áður var verð vottorða samningsatriði í samningum TR og Læknafélags Íslands. Árið 1996 voru launakjör heimilis- og heilsugæslulækna færð undir Kjaranefnd sem ákvarðaði í fyrsta sinn um heildarlaunakjör þeirra í mars 1998. Læknar telja að ekki hafi verið gert ráð fyrir tekjum þeirra vegna vottorða við þá tilfærslu. Læknafélag Íslands beindi kvörtun vegna fyrirkomulags greiðslna fyrir læknisvottorð til Umboðsmanns Alþingis sem afréð að fjalla um álitamál vegna annarra lækna en þeirra er starfa á heilsugæslustöðvum. Álit umboðsmanns liggur nú fyrir. Embættið taldi ekki ástæðu til að fjalla frekar um málið, enda væri það á dagskrá nýrrar samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins að fjalla um greiðslur TR til sjálfstætt starfandi sérfræðinga fyrir læknisvottorð.

Kjaranefnd kvað upp úrskurð í mars 2002 þess efnis að útgáfa vottorða væri hluti af aðalstarfi heilsugæslulækna.

Í desember 2001, meðan á vinnslu skýrslu þessarar stóð setti heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið reglugerð þar sem kveðið er á um að greiðsla fyrir vottorð sem þessi skuli renna til stofnunar. Í sama ákvæði er greiðsla fyrir vottorð hækkuð úr kr. 600 í kr. 700. Nú hefur sú reglugerð verið leyst af hólmi með reglugerð nr. 218/2002 en sú síðarnefnda breytir ekki upphæðum greiðslna fyrir vottorð.

Miðað við að 25 þúsund beiðnir um sjúkrabjálfun berist á ári nemur heildarkostnaður við þennan þátt um 15 m.kr. ef greiddar eru 600 kr. fyrir hverja beiðni. Ef miðað er við hæsta verðið 1700 kr. nemur heildarkostnaður um 43 m.kr. Raunverulegur heildarkostnaður liggur einhversstaðar á þessu bili. Auk kostnaðar við beiðnina þarf sá sem þjónustunnar þarfnast einnig að greiða komugjald fyrir viðtal við heimilis- eða heilsugæslulækni. Þannig er

ljóst að sá kostnaður við aðgang að kerfinu sem lendir á notendum er umtalsverður. Greiðsla fyrir vottorð samkvæmt reglugerð nr. 218/2002 og lækkingu komugjalda í heilsugæslunni mun leiða til lækkunar á kostnaði sjúklunga á þessu ári.

Í töflu 3 er sýnd aldursdreifing notenda sjúkraþjálfunarkerfisins. Þar sést að langstærstur hluti þeirra sem sjúkraþjálfunar njóta, eða tæp 65 af hundraði, er fólk á aldrinum 18-66 ára. Aldraðir eru rúmlega 17 af hundraði og öryrkjar rúmlega 10 af hundraði.

Tafla 3 Fjöldi sjúklunga sem fékk sjúkraþjálfun árið 2000 greint eftir aldri.⁸

Aldur	Fjöldi	Hlutfall í prósentum
0-17 ára	2.104	7,9
18-66 ára	17.148	64,5
18-66 ára öryrkjar	2.739	10,3
Eldri en 67 ára (fyrrum öryrkjar þar með taldir)	4.599	17,3
Heildarfjöldi	26.590	100

3.2 Fagleg stýring

Hér verður sjónum beint að því verklagi sem unnið er eftir við afgreiðslu sjúkratryggingasviðs á beiðnum um sjúkraþjálfun og á hvern hátt TR sinnir eftirliti með þjálfun og þjálfunartíma.

⁸ Samkvæmt upplýsingum frá sjúkratryggingasviði 27. nóvember 2001

Reglur um afgreiðslu TR á beiðnum

Eins og fram hefur komið er sjúkrabjálfunarferlið í umsjón þriggja deilda TR, læknasviðs, sjúkratryggingadeildar og slysatryggingadeildar. Beiðnir um sjúkrabjálfun eru skráðar og meðhöndlaðar á læknasviði en greiðsla reikninga fer fram á sjúkratryggingadeild að því frátöldu að slysatryggingadeild annast sjálf greiðslu reikninga fyrir sjúkrabjálfun af völdum slysa.

Í gæðahandbók læknasviðs er tilgreint ferli sjúkrabjálfunarbeiðna.⁹ Samkvæmt því hefst ferlið með því að sjúkrabjálfari sendir TR beiðni um bjálfun. Beiðnina hefur tilvísandi læknir útfyllt. Starfsmaður TR skráir beiðnina í tölvukerfi stofnunarinnar og sendir síðan bréf frá stofnuninni til sjúkrabjálfara um að greiðslupátttaka TR hafi verið samþykkt. Í gæðahandbókinni er kveðið á um að tryggingalæknir ákvarði hvort TR taki áfram þátt í að greiða sjúkrabjálfun þegar þeirri bjálfun er lokið sem samþykkt var í upphafi.¹⁰

Í samningi milli Tryggingastofnunar ríkisins og FÍSP um sjúkrabjálfun koma fram ýmis atriði er varða vinnulag við afgreiðslu sjúkrabjálfunarbeiðna og eftirlit með sjúkrabjálfun. Þar er m.a. kveðið á um verkefni samráðsnefndar TR og FÍSP sem meðal annars á „... að fjalla um og taka ákvarðanir um ágreining og álitamál í samskiptum samningsaðila, svo sem vegna ágreinings um tegund eða fjölda meðferða, og verðs þjónustu, þ.m.t. að ákvarða einingafjölda.”¹¹

Á grundvelli þessa ákvæðis eru ákvarðanir um fjölda sjúkrabjálfunartíma, sem heimilaður er á hverju ári, ræddar og teknar í samráðsnefnd. Þess skal getið að í nýjum samningum TR við annars vegar Félag sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfara (FSSS) og Sjálfsbjörgu á Akureyri sem gerðir voru í mars 2002 er ekki kveðið á um að samráðsnefnd ákvarði um verð þjónustu og einingafjölda.

⁹ Gæðahandbók læknasviðs 1997, bls. 62, sjá viðauka 1.

¹⁰ Verklagsreglur og flæðirit í handbók læknadeildar eru ekki samhlið. Af flæðiriti er hægt að ráða að tryggingalæknar skoði alltaf frumbeiðnir um sjúkrabjálfun, en verklagsreglur kveða á um annað.

¹¹ Samningur milli TR og FÍSP um sjúkrabjálfun, 26. mars 1998.

Í samningi milli TR og FÍSP er kveðið á um í 9. grein að tryggingayfirlækni skuli hvenær sem er heimill aðgangur að meðferðarskrá sem sjúkraþjálfari heldur, og öðrum gögnum sem tryggingayfirlæknir telur nauðsynleg til staðfestingar á meðferð sjúklings.¹² Samskonar ákvæði eru í samningum TR og FSSS og Sjálfsbjargar.

Verklag

Athugun Ríkisendurskoðunar sýnir að tryggingalæknar skoða frumbeiðnir um sjúkraþjálfun, þegar um er að ræða heimasjúkraþjálfun, sjúkraþjálfun barna og sjúkraþjálfun í kjölfar slysa. Þegar almenn beiðni (fyrsta beiðni um þjálfun á árinu) berst TR, skráir starfsmaður á læknasviði beiðnina í tölvukerfi stofnunarinnar og kannar jafnframt hvort lagaskilyrðum sé fullnægt, þ.e. að viðkomandi sé sjúkratryggður á Íslandi og að læknir hafi undirritað beiðnina. Tryggingalæknar skoða aldrei sjúklingsa og meta hvort þeir hafi þörf á sjúkraþjálfun. Í þeim tilfellum þegar tryggingalæknar meta læknisfræðilega þörf fyrir sjúkraþjálfun, þá byggir það mat á upplýsingum sem eru færðar á beiðnir og e.t.v. meðfylgjandi gögnum.

Árið 2000 voru skráðar hjá stofnuninni 25.715 beiðnir um sjúkraþjálfun á grundvelli sjúkratrygginga og 2.189 beiðnir um sjúkraþjálfun á grundvelli slysatrygginga. Af þeim fjölda fóru tryggingalæknar yfir 2584 beiðnir um sjúkraþjálfun barna, 437 beiðnir um heimasjúkraþjálfun og 2189 beiðnir um sjúkraþjálfun í kjölfar slysa, samtals 5210 beiðnir eða 18,7 % af heildarfjölda beiðna um sjúkraþjálfun.¹³ Beiðnir sem falla í flokkinn „almennar beiðnir“ og eru um 80% allra beiðna eru á hinn bóginn ekki skoðaðar.

¹² sama

¹³ Þessi tala er rúmlega áætluð sökum þess að möguleiki er á tvítalningu í þeim tilvikum þegar beiðnir um heimasjúkraþjálfun falla í flokkunina: sjúkraþjálfun barna eða sjúkraþjálfun v/slysa.

Eftirlit TR lækna með þjálfun

Sú vinnutilhögun er viðhöfð á læknasviði að meginhluta beiðna um sjúkrabjálfun er skipt í þrjá flokka, þ.e. beiðnir um þjálfun fyrir börn, beiðnir um þjálfun vegna slysa og í síðasta flokknum sem er langstærstur falla allar aðrar almennar beiðnir er heyra undir sjúkratryggingar. Fyrirkomulag læknisfræðilegs eftirlits er mismunandi eftir því hvaða flokk er um að ræða og hvaða læknir á í hlut. Eftirlitið fer ekki fram með skoðunum á sjúklingum á grundvelli úrtaka, heldur er um að ræða skoðun á beiðnum og í sumum tilfellum endurmat á greiningu tilvísandi lækna á þörf fyrir sjúkrabjálfun. Ríkisendurskoðun dregur í efa virkni þessa eftirlitsþáttar því hvorki tryggingalæknar né læknar sem skrifa undir beiðnirnar upphaflega, hafa í höndum leiðbeiningar er lúta að því í hvaða tilfellum TR tekur þátt í kostnaði við sjúkrabjálfun og hvenær ekki. Vert er að geta þess að í samningi við sjúkrabjálfa frá 1988 og í samningi frá 1995 sem gildi til 1997 var að finna ákveðna læknisfræðilega afmörkun á því hverjir ættu rétt á sjúkrabjálfun sem TR greiddi að fullu. Var þá byggt á sjúkdómsflokkun og tiltekið hvaða sjúkdómar og fötlun réttlætti ókeypis sjúkrabjálfun. Frá árinu 1995 a.m.k til loka ágúst 1997 var aðgangi að kerfinu stjórnað að öðru leyti á svipaðan hátt og í dag, þ.e. læknar mátu hvort þjálfun var nauðsynleg vegna „afleiðinga sjúkdóma og slysa annarra en upptalin voru í samningnum.“

Eftirlit með sjúkrabjálfun barna

Sá tryggingalæknir sem annast eftirlit með beiðnum um sjúkrabjálfun barna fer sjálfur yfir allar beiðnir sem berast frá læknum. Þegar sjúkrabjálfari óskar eftir að halda þjálfun áfram eftir að árskvóti er uppurinn sendir hann greinargerð með slíkri beiðni til TR en ekki til tilvísandi læknis eins og verklagsreglan segir til um. Sú greinargerð er ávallt afgreidd af tryggingalækninum en ekki send til tilvísandi læknis til samþykktar eða synjunar. Þessi tilhögun er ekki í samræmi við áðurgreindar verklagsreglur en sparar þó umtalsverðan tíma og þjónar þannig vel hagsmunum þessara barna. Hafa verður í huga að hér er um lítinn hóp að ræða.

Eftirlit með sjúkraþjálfun aldurshópsins 18-66 ára

Beiðnir um þjálfun sem falla undir almenn mál, þ.e. eru ekki slysamál, byggjast á mati tilvísandi lækni bæði vegna fyrstu meðferðar og vegna framhaldsmeðferðar. Þau mál eru því ekki undir virku eftirliti tryggingalækni nema í þeim tilfellum að ný beiðni berist þegar eldri beiðni er í gildi.

Eftirlit með heimasjúkraþjálfun

Beiðnir um heimasjúkraþjálfun eru alltaf skoðaðar af tryggingalæknum, enda þarf að sækja fyrirfram um þátttöku TR í kostnaði vegna þeirra. Á árinu 2000 voru afgreiddar 437 beiðnir um heimasjúkraþjálfun og var samþykkt að fella niður greiðsluþátttöku sjúklinga í 97,5% tilvika.

Eftirlit með sjúkraþjálfun í kjölfar slysa

Læknisfræðilegt eftirlit vegna slysamála er meira en vegna sjúkraþjálfunar af öðrum ástæðum.¹⁴ Í þeim tilfellum eru beiðnir skoðaðar af tryggingalækni í byrjun og metið hvort viðkomandi hafi þörf fyrir sjúkraþjálfun og hvort sú þörf sé vegna afleiðinga slyssins. Einnig er það metið á ný af tryggingalækni ef sjúklingur sækir um framhaldsmeðferð að 20 skiptum loknum (12 skiptum ef um íþróttaslys er að ræða).

Afgreiðslur framhaldsbeiðna

Samkvæmt verklagi TR, sem kom fram við ferilgreiningu Ríkisendurskoðunar,¹⁵ ber sjúkraþjálfara að senda greinargerð með áætlun um áframhaldandi þjálfun til TR sem sendir þá greinargerð áfram til þess lækni sem skrifaði undir upprunalega beiðni um sjúkraþjálfun og óskar eftir samþykki hans við áætluninni. Ef læknir svarar ekki beiðni innan tveggja vikna lítur Tryggingastofnun á það sem neitun og greiðsluþátttaka í þjálfun fellur niður. Þetta gildir þó ekki þegar um er að ræða beiðni um framhaldsþjálfun fyrir börn. Tryggingalæknir er sér um

¹⁴ Sjá kafla 3.3.

¹⁵ Sjá flæðirit 2 í viðauka.

sjúkrabjálfunarmál barna hefur kosið að fara sjálfur yfir greinargerðir sjúkrabjálfara og telur það óþarfa skriffinnsku að senda gögn til tilvísandi lækni og frá honum aftur til TR.

Þegar slysamál eru afgreidd gildir flæðirit læknadeildar (sjá flæðirit 1 í viðauka). Slysamálin koma frá slysatryggingadeild á læknasviði, eru skráð þar en reikningar sjúkrabjálfara vegna slysbjálfunar eru afgreiddir í slysatryggingadeild. Þegar um framhaldsbjálfun vegna slyss er að ræða (eftir 20 eða 12 skipti innan árs) er, andstætt við aðra bjálfun, ætíð óskað eftir nýrri beiðni frá lækni í stað greinargerðar sjúkrabjálfara samþykktari af lækni.

Skýringar á því hvers vegna sami afgreiðsluferill er ekki viðhafður um slysamál og sjúkratryggingamál eru tífundaðar í kafla 3.3.

3.3 Ástæður þess að ekki er farið eftir verklagsreglum

Verklag er varðar skoðun tryggingalækna á greinargerðum sjúkrabjálfara

Tryggingalæknar skoða almennt ekki greinargerðir sjúkrabjálfara þegar þeir biðja um áframhaldandi bjálfun eftir að 20 skiptum er náð. Er ástæðan sú að þeirra sögn að auka þurfti ábyrgð tilvísandi lækna á bjálfun. Það er því á ábyrgð þess lækni sem upphaflega skrifaði tilvísun um sjúkrabjálfun hvort framhaldsbjálfun er veitt.

TR vill koma þeim athugasemdum á framfæri að þessi tilhögun hafi verið ákveðin á grundvelli þess að tilvísandi læknir hafi það hlutverk að halda utan um heildarmeðferð sjúkdómsins, svo sem hvenær rétt sé að beita sjúkrabjálfun fremur en annarri meðferð og hve lengi eigi að halda sjúkrabjálfun áfram fremur en að velja aðra meðferð (svo sem lyfjameðferð eða skurðaðgerð). Tilvísandi læknir eigi að hafa yfirsýn yfir heilsufarsvanda

viðkomandi og þar með að vera betur í stakk búinn að ákveða hversu lengi eigi að halda sjúkraþjálfun áfram.

Verklag við eftirlit úr meðferðarskrá sjúkraþjálfara

Á árinu 1998 sinnti tryggingayfirlæknir eftirliti úr meðferðarskrá sjúkraþjálfara með því að skoða slíkar skrár á nokkrum starfsstöðvum sjúkraþjálfara. Í ljós kom að mati TR að veruleg brotalöm væri á því að sjúkraþjálfarar færðu meðferðarskrár. Sumir héldu nánast engar en aðrir færðu inn mjög litlar upplýsingar. Í framhaldi af þessum eftirlitsskoðunum var málið rætt í samráðsnefnd TR og FÍSP. Ákveðið var að beina því til FÍSP og landlæknis að samdar yrðu reglur um hvernig færa bæri sjúkraskrár. Niðurstaðan var sú að þann 26. febrúar 2000 samþykkti Félag íslenskra sjúkraþjálfara viðmiðunarreglur um lágmarksskráningu í sjúkraþjálfun.

Eftirlit TR með því að sjúkraþjálfarar haldi meðferðarskrá hefur að öðru leyti legið niðri frá í febrúar 2000 er Tölvunefnd (nú Persónuvernd) úrskurðaði að TR væri ekki heimilt að skoða gögn í sjúkraskrá um meðferð einstaka sjúklinga. TR hefur túlkað úrskurðinn á þann hátt að stofnuninni sé því ekki heimilt, þrátt fyrir eftirlitsákvæði 9. gr. samnings FÍSP og TR, að skoða meðferðarskrá sjúkraþjálfara. Í úrskurði Tölvunefndar er nefnt að sérstaka lagaheimild þurfi til að hægt sé að skoða sjúklingskrár, en þær sérstöku heimildir eru ekki til staðar hvað varðar eftirlit TR. Mikilvægur hluti eftirlits með sjúkraþjálfun hefur því verið óvirkur frá því í febrúar 2000. Nýsamþykkt lög nr. 154/2001¹⁶ fela í sér breytingar á lögum um almannatryggingar og lögum um heilbrigðisþjónustu. Þar er að finna sérákvæði sem gefur tryggingayfirlækni heimild til að skoða þann hluta sjúkraskráa sem reikningsgerð á hendur stofnuninni er byggð á.

¹⁶ um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar.

Mismunandi verklag eftir því hvort um sjúkdóma eða slys sé að ræða

Eins og fram hefur komið fara beiðnir um sjúkraþjálfun í kjölfar slysa í gegnum annað ferli en venjulegar beiðnir um sjúkraþjálfun vegna sjúkdóma. Forráðamenn TR segja ástæður fyrir því vera þær helstar að ekki sé hægt að leggja að jöfnu sjúkratryggingar og slysatryggingar, þar sem þær séu að lögum aðskildar greinar almannatrygginga. Í fyrsta lagi eru allir landsmenn sjúkratryggðir en þeir eru hins vegar alls ekki allir slysatryggðir hjá TR. Hún nær í stórum dráttum til slysa við „vinnu, iðnnám, björgunarstörf og íþróttir“ sbr. III. kafla almannatrygginga. Því eru skilyrði greiðslu sjúkraþjálfunar úr slysatryggingum og sjúkratryggingum gerólík.

Í tilfelli slysatrygginga þarf að tilkynna um slys á þar til gerðum eyðublöðum og TR þarf síðan að ganga úr skugga um að slysið sé bótaskyld. Í framhaldi af því þurfi að meta hvort umbeðin sjúkraþjálfun sé vegna beinna afleiðinga slyssins. TR bendir á að margt fleira sé greitt úr slysatryggingum en sjúkraþjálfun, svo sem kostnaður við aðra sjúkrahjálp, dagpeningar ofl. Einnig bendir stofnunin á að sjúkraþjálfun sem heyri undir slysatryggingar sé sjúklingi að kostnaðarlausu. Hún telur að sú staðreynd geti valdið tilhneigingu til þess hjá sjúklingum og sjúkraþjálfurum að sækjast fremur eftir greiðslum úr slysatryggingum en sjúkratryggingum. Einnig geti sú staðreynd, að sjúklingar fái meðferð sér að kostnaðarlausu, valdið því að meðferðarskipti verði fleiri en ella. Því sé nauðsynlegt að hafa gott eftirlit til að tryggja að slysatryggingar bæti eingöngu það sem þeim ber, annað sé greitt úr sjúkratryggingum.

3.4 Veikleikar og leiðir til úrbóta

Gildandi lög og reglur

Ákvæði um sjúkraþjálfun í 33. gr. almannatryggingalaga eru nokkuð almenns eðlis. Þau mæla einungis fyrir um að Tryggingastofnun skuli veita styrki til sjúkraþjálfunar vegna afleiðinga *alvarlegra langvinnra sjúkdóma eða slysa*. Ákvæðið hefur verið óbreytt frá því almannatryggingalögum nr. 67/1971 var breytt árið 1978. Nánari leiðbeiningu um hvað í ákvæðinu felist er ekki að finna í lögnum eða lögskýringargögnum. Þá hefur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hvorki sett reglur né gefið út nánari fyrirmæli um það hvað felist í orðunum „alvarlegir langvinnir sjúkdómar“ í skilningi 33. gr. almannatryggingalaga. Á sama hátt hefur Tryggingastofnun ekki heldur sett reglur í þessa veru. Skortur á reglum felur í sér hættu á því að fleiri en þeir sem lögvarinn rétt eiga njóti sjúkraþjálfunar sem ríkið tekur þátt í að greiða. Í ljósi þess að tæplega 850 milljónum var varið til sjúkraþjálfunar á síðasta ári sýnist fullkomin ástæða til að settar verði nákvæmari reglur um þessa þjónustu.

Ríkisendurskoðun hvetur heilbrigðisyfirvöld til að endurskoða löggjöf og framkvæmd með samræmingu í huga. Við slíka endurskoðun þyrfti að afmarka betur en gert er hvaða sjúklingar það séu sjúkdóms síns vegna, sem falli undir ofangreint ákvæði almannatryggingalaganna, og hverjir ekki.

Ríkisendurskoðun telur einnig þörf á að heilbrigðisráðuneytið skilgreini betur hvert sé hlutverk sjúkraþjálfunar í heilbrigðiskerfinu svo að slíkt hlutverk haldist í hendur við opinber markmið í heilbrigðismálum. Skýr stefna ráðuneytisins í sjúkraþjálfunarmálum er forsenda markvissrar stjórnunar TR á þessum málum.

Læknisfræðilegt eftirlit með sjúkrapjálfun

Eins og fram kom í kafla 3.2 felst læknisfræðilegt mat tryggingalækna með sjúkrapjálfun í því að þeir skoða upplýsingar sem eru færðar af öðrum lækni á beiðni og e.t.v. meðfylgjandi gögn ef einhver eru. Stundum hafa þeir samband við viðkomandi lækni eða sjúkrapjálfa. Tryggingalæknar skoða aldrei sjúklinga til að meta hvort þeir hafi þörf á sjúkrapjálfun.

Fram hefur komið af hálfu TR að stofnunin efast um að læknum hennar sé heimilt að skoða sjúklinga í þeim tilgangi að hafa eftirlit með sjúkrapjálfun enda telji stofnunin ekki meiri ástæða til að efast um réttmæti ákvarðana tilvísandi læknis varðandi sjúkrapjálfun, en t.d. lyfjameðferð. Stofnunin telur það vera mjög viðkvæmt mál fyrir sjúklinga að vera boðaðir í læknisskoðun til TR auk þess sem hún efast um að slíkt gæti samræmst sjónarmiðum um persónuvernd.

Innanhúss eftirlit

Eftirliti tryggingalækna er ekki sinnt með sama hætti og gert er ráð fyrir í flæðiriti í gæðahandbók læknasviðs.

Fram hefur komið af hálfu TR að gæðahandbók læknasviðs er í heildarendurskoðun. Ekki hafi verið hróflað við verklagsreglu um beiðni um sjúkrapjálfun, þótt gerðar hafi verið ákveðnar bráðabirgðabreytingar á verklagi, því fyrirhugað sé að gjörbreyta því verklagi á grundvelli álits vinnuhóps TR, sjúkrapjálfa og lækna, sem getið er um í 8 kafla skýrslunnar.

Tryggingalæknar hafa sett sér mismunandi verklagsreglur eftir því hvaða sjúklingahópar eiga í hlut og í reynd er því eftirlit misstrangt. Eftirlit tryggingalækna takmarkast við þann hóp sjúklinga sem nýtur sjúkrapjálfunar á grundvelli slysatrygginga, beiðni um sjúkrapjálfun barna og beiðni um heimasjúkrapjálfun.

Eftirlitið fer fram með skoðun á beiðnum og fylgigögnum þeirra en sjúklingur er aldrei skoðaður. Þetta eftirlit er öflugt svo langt sem það nær en það nær aðeins til u.þ.b.

20 % af heildarfjölda þeirra sem njóta sjúkraþjálfunar. Stofnunin hefur ekki beint eftirlit með frumbeiðnum 80% sjúklunga og reiðir sig alfarið á mat tilvísandi lækna en hinsvegar skoða tryggingalæknar beiðnir um framhaldsþjálfun þegar við á.

TR á óhægt um vik að kynna sér í hve mörgum tilfellum læknar neita sjúklingum um sjúkraþjálfun eða hvort slíkt eigi sér stað yfirhöfuð. Samkvæmt upplýsingum frá TR skoðuðu tryggingalæknar 1344 beiðnir um framhaldsþjálfun af þeim 2606 sem bárust á árinu 2000. Tryggingalæknar sáu ástæðu til að neita einni beiðni af þessum 1344 eða 0,07 % af þeim beiðnum sem þeir skoðuðu.

Ríkisendurskoðun telur að TR eigi að leggja ríkari áherslu á eftirlit sem grundvallast á úrtaki úr öllum beiðnum um sjúkraþjálfun. Einnig telur Ríkisendurskoðun að í kjölfar skýrari reglna, sbr. umfjöllun hér að framan, skapist betri skilyrði fyrir tryggingarlækna til að fylgjast með því hvort læknisfræðilegar forsendur fyrir sjúkraþjálfun séu nægar. Þannig telur Ríkisendurskoðun að leggja beri ríkari áherslu á leiðbeiningarhlutverk tryggingarlækna og eftirlitsskyldu með því að reglum sé fylgt.

Jafnframt tekur stofnunin undir tillögur vinnuhóps TR, sjúkraþjálfara og lækna um tilhögun eftirlits með sjúkraþjálfun sem nánar eru ræddar í kafla 8 í þessari skýrslu.

Í reglum tryggingaráðs er mælt fyrir um að tryggingayfirlækni sé heimilt að fella niður greiðsluþátttöku sjúklungs í heimasjúkraþjálfun þegar um „mjög alvarlegt sjúkdómsástand (t.d. krabbamein eða Parkinsonssjúkdóm á lokastigi) eða mjög alvarlega fötlun er um að ræða.“ Heimild þessi mun vera túlkuð fremur rúmt.

Á árinu 2000 ári voru 327 beiðnir um heimasjúkraþjálfun samþykktar en 11 var synjað.

Fram hefur komið hjá TR að aukning í heimasjúkraþjálfun megi væntanlega rekja til þess að sjúkrahús útskrifi nú í vaxandi mæli sjúklunga sem eru veikari en áður, oft með

mjög skerta hreyfifærni. Eðlilegt sé að gera ráð fyrir sjúkrabjálfun í heimahúsi í slíkum tilfellum.

Eftirlit tilvísandi lækna

TR hefur falið læknum utan stofnunarinnar að stjórna frumaðgengi að sjúkrabjálfun. Eftirlit TR með þessum þætti er lítið.

Í kjölfar breytinga á greiðslubáttökureglum tryggingaráðs seint á árinu 1997, sem fólu m.a. í sér að sjúkdómsflokkun var ekki lengur grundvöllur greiðslubáttöku sjúklunga, breyttust vinnuaðferðir tryggingalækna. Þeir hættu að skoða hverja þjálfunarbeiðni til að ákvarða hvort hún skyldi samþykkt eða ekki. Í framhaldi af því var beinlínis kveðið á um í samningi TR og FÍSP frá mars 1998 að sjúkrabjálfari gæti hafið meðferð svo fremi sem hann hefði til þess beiðni frá lækni. Atbeina TR þurfti því ekki lengur til að sjúkrabjálfari gæti hafið þjálfun.

Ljóst er að tilvísun frá lækni er forsenda þess að sjúkrabjálfarar geti tekið sjúklinga til meðferðar. Heilbrigðis- og tryggingamálayfirvöld hafa þó ekki sett neinar leiðbeiningarreglur til handa læknum um hvaða sjúkdómstílfelli það væru sem sjúkrabjálfarar ættu að fá til meðferðar.

Á árunum 1997-2000 jókst heildarkostnaður vegna sjúkrabjálfunar um 31%. Viðbrögð TR voru þau fækka þjálfunartímum sem greiddir voru sjálfkrafa af sjúkratryggingum úr 36 í 20 og tímum sem greiddir voru sjálfkrafa af slysatryggingum vegna íþróttaslysa úr 18 í 12 í byrjun árs 2001.

Eftirlit vegna framhaldsþjálfunar

TR setti þá verklagsreglu árið 1999 að grundvöllur þess að sjúklingur fái samþykkt áframhaldandi þjálfun eftir að úthlutuðum meðferðartímum ársins er náð, sé að tilvísandi læknir staðfesti greinargerð um framhaldsþjálfun frá sjúkrabjálfara.¹⁷ TR greiðir læknum fyrir að votta þessar greinargerðir. Á árinu 2000 greiddi TR fyrir fjögur læknisvottorð af þessu tagi. Á því ári fóru 2.224

¹⁷ Samanber lýsing á verklagi á afgreiðslu framhaldsbeiðna í kafla 3.2.

sjúklingar í framhaldsþjálfun á grundvelli sjúkratrygginga og hefði því verið hægt að búast við því að greinargerðir bærust læknum í öllum þeim tilvikum. TR vill koma því á framfæri að mun fleiri greinargerðir staðfestar af tilvísandi læknum hafi borist án þess að TR hafi greitt fyrir þær.

Könnun Ríkisendurskoðunar staðfesti að nefnd verklagsreglan hefur verið þverbrotin og samkvæmt úrtaksskoðun sem gerð er grein fyrir í kafla 5, vantaði greinargerðir frá sjúkraþjálfurum í 56% þeirra tilfella sem lentu í úrtakinu.

Skýringar er einkum að leita í því að sjúkraþjálfarar hættu almennt að skrifa greinargerðir og senda þær læknum vegna meintra síðbúinna vottunar þeirra síðarnefndu á greinargerðum. Sjúkraþjálfarar hafa bent á að þeir hafi gefist upp á þessu verklagi m.a. vegna þess að þeir fengu ekkert greitt fyrir greinargerðirnar, sem að þeirra sögn, kröfðust í mörgum tilfellum töluverðrar vinnu. Á sama tíma fengu læknar greiðslur frá TR fyrir það eitt að staðfesta greinargerðirnar auk þess sem þeir fengu greiðslur fyrir að útfylla, að þeirra sögn, staðlaðar beiðnir um sjúkraþjálfun.

Þegar á reyndi sætti TR sig við þessa framkvæmd með því að samþykkja þátttöku í kostnaði við framhaldsþjálfun án nokkurra athugasemda.

Af viðtölum við sjúkraþjálfara og þeim þætti úttektarinnar, sem gerð er grein fyrir í kafla 5, og athugasemdum TR má ráða að núverandi framkvæmd sé sú að greinargerðir berast læknum almennt ekki, heldur kemur sjúklingurinn til læknis á nýjan leik og óskar eftir nýrri beiðni með tilheyrandi kostnaði, (sbr. umfjöllun um kostnað sjúklinga í kafla 3.1).

Um eftirlit úr meðferðarskrá sjúkraþjálfara

Ríkisendurskoðun telur nauðsynlegt að TR hafi aðgang að meðferðarskrám sjúkraþjálfara til að geta sinnt nauðsynlegu eftirliti með sjúkraþjálfun. Frá því Tölvunefnd kvað upp úrskurð sinn 4. febrúar 2000 um að TR hefði ekki heimild til að skoða sjúkraskrá tannlækna leit stofnunin svo á að hún hefði heldur ekki heimild til að skoða

meðferðarskrá sjúkrabjálfa. Á sama hátt væri því ekki hægt að fylgjast með því hvort að hver þjálfunartími væri raunverulega 40-60 mínútur eins og kveðið er á um í samningi stofnunarinnar við TR. Með lögum nr. 154/2001 hefur tryggingayfirlæknir fengið sérstaka heimild til að skoða sjúkraskrá og er stofnuninni því ekkert að vanbúnaði að sinna þessum eftirlitsþætti.

Einnig gæti TR auðveldað sér eftirlit með því að auglýsa að hver þjálfunartími sem greitt væri fyrir væri 40-60 mínútur. Á þann hátt væri það á valdi sjúklinganna sjálfra að sinna tilteknu gæðaeftirliti með sjúkrabjálfun.

Nú hefur verið sett inn sérstakt ákvæði í nýja samninga TR við annars vegar Félag sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfa og hins vegar við Sjálfsbjörgu á Akureyri, þess efnis að sjúkrabjálfarar skuli hafa gildandi gjaldskrá til sýnis fyrir sjúklinga á stofum sínum. Samningarnir voru undirritaðir í mars 2002.

Um mismunandi verklag eftir því hvort um sjúkdóma eða slys er að ræða

Afgreiðsla á beiðnum um sjúkrabjálfun ákvarðast af því hvor deildin, sjúkratryggingadeild eða slysatryggingadeild TR, eigi að standa undir kostnaði af meðferðinni. Af því leiðir að afgreiðsla beiðnanna fer ekki sama feril hjá stofnuninni. Stjórnun og umsýsla vegna þessa þáttar kemur í hlut ofangreindra deilda auk þess sem ýmis eftirlits- og framkvæmdaratriði koma í hlut læknaeildar. Umrædd tilhögun hefur mótast af því að sjúkratryggingar og slysatryggingar eru að lögum aðskildar greinar almannatrygginga með sjálfstæðan fjárhag.

Í ljósi þess að stofnunin er að kaupa heilbrigðisþjónustu af einni fagstétt samkvæmt sérstökum samningi og verðskrá vill Ríkisendurskoðun beina þeim tilmælum til TR að hún kanni hvort ekki megi til hagræðingar samræma afgreiðsluferli sjúkrabjálfunarbeiðna frekar en nú er gert. Telja verður að slík tilhögun bjóði upp á möguleika til markvissari stjórnunar og eftirlits.

4 Kostnaður TR vegna sjúkraþjálfunar

4.1 Þróun kostnaðar vegna sjúkraþjálfunar

Í töflu 4 hér að neðan koma fram upplýsingar um umfang sjúkraþjálfunar og kostnað vegna hennar á árabílinu 1997-2000.

Tafla 4 Útgjöld vegna sjúkraþjálfunar 1997-2000¹⁸

	1997	1998	1999	2000	Hækkun '97-'00 í %
Fjöldi sjúklinga í þúsundum	21,8	22,0	24,4	26,0	19
Fjöldi skipta í þúsundum	357,3	370,1	463,3	485,9	36
Heildarkostnaður í milljónum kr.*	774,5	824,9	947,0	1.018,0	31
Kostnaðarhluti TR í milljónum kr. *	607,2	587,0	693,1	758,0	25
Kostnaðarhluti sjúklinga í milljónum kr.*	168,5	236,8	254,0	261,0	55
Meðal skiptafjöldi á sjúkling	16,4	16,8	18,9	18,6	14
Meðalútgjöld TR á sjúkling í þús.kr *	27,8	26,7	28,4	29,1	5

* Á föstu verðlagi miðað við meðaltal vísitölu neysluverðs og launavísitölu skv. upplýsingum frá Hagstofu Íslands.

¹⁸ Byggt á Staðtölum almannatrygginga 1999 og upplýsingum frá sjúkratryggingasviði

Eins og sjá má af töflunni hefur umfang sjúkrabjálfunar aukist stöðugt á þessu fjögurra ára tímabili. Kostnaður sjúklinga hefur aukist til muna eða um rúman helming. Einnig virðast sjúklingar þurfa að koma oftari í sjúkrabjálfun en áður.

Sjúklingar sem njóta sjúkrabjálfunar eru rúmum fjórum þúsundum fleiri árið 2000 en árið 1997 og hefur fjölgað um 19%. Bjálfunartímum hefur fjölgað um 36 % og heildarkostnaður hefur aukist um 243,5 milljónir á föstu verðlagi. Meðalbjalfunartímum á einstakling hefur einnig fjölgað, var 16,4 skipti árið 1997 en var kominn í 18,6 skipti árið 2000. Aftur á móti hefur hluti TR í heildarkostnaði við sjúkrabjálfun verið á niðurleið. Árið 1997 var hluti TR 78% af heildarkostnaði, tók stökk niður á við 1998 í 71,1% en var komin í rúm 74% árið 2000. Hluttur sjúklinga af heildarkostnaði hefur vaxið á sama tíma, var 21,7% árið 1997, stökk upp í 28,7% 1998 og var kominn í rúman fjórðung árið 2000.

Skýringa er m.a. að leita í breyttu greiðslukerfi sem tók gildi í september 1997. Fyrir þann tíma byggðist réttur til sjúkrabjálfunar á sjúkdómsflokkun. Þannig fengu sjúklingar með tiltekna sjúkdóma eða fötlun sjúkrabjálfun ókeypis, en aðrir greiddu 40 % kostnaðar eins lengi og sjúkrabjálfunin tók yfir. Eftir að kerfinu var breytt gátu allir sem höfðu tilvísun frá lækni fengið sjúkrabjálfun og greitt fyrir hana eftir þeim reglum sem lýst var hér að framan í kafla 3.1. Þessi tilhögun hefur leitt til þess að stýring fer að einhverju leyti úr böndunum, því í henni er innbyggður hvati til að nota þau skipti sem viðkomandi „á inni“ og njóta ríkari kostnaðarpátttöku TR.

Að mati sjúkrabjálfa er meginskýringin á auknum fjölda sjúklinga sú að þeir þjóðfélagshópar fari stækkandi sem mest þurfi á þjónustu þeirra að halda, þ.e. aldraðir, öryrkjar og fötluð börn. Einnig séu sjúklingar útskrifaðir fyrr af sjúkrastofnunum og séu því veikari og þurfi meiri aðstoð í formi bjálfunar. Að sama skapi hafa fatlaðir verið fluttir af stofnunum yfir á sambýli og því hafi sjúkrabjálfun, sem áður fór fram á sjúkrahúsum og ekki var greidd af TR, flust yfir á stofur sjúkrabjálfa.

Ennfremur telja sjúkraþjálfarar að læknar telji sjúkraþjálfun góðan valkost í meðferð sjúklinga og séu því farnir að vísa fleiri sjúklingum til sjúkraþjálfara. Árangur meðferðar hafi spurst út, bæði meðal lækna og almennings.¹⁹

Tafla 5 Útgjöld Tryggingastofnunar vegna sjúkraþjálfunar í kjölfar slysa við íþróttaiðkun²⁰

Ár	Kostnaður í milljónum	Aukning milli ára í prósentum
1990	11,2	
1991	17,1	53,0%
1992	18,5	8,3%
1993	25,4	37,4%
1994	28,8	13,4%
1995	29,3	1,6%
1996	23,8	-18,6%
1997	25,9	8,5%
1998	30,7	18,7%
1999	31,2	1,6%
2000	39,4	26,3%

Ríkið greiðir að fullu kostnað vegna slysa af völdum íþróttaiðkana á grundvelli 22. gr. almannatryggingalaga, sbr. 24. gr sömu laga. Stærstur hluti kostnaðar sem TR greiðir vegna íþróttaslysa er vegna sjúkraþjálfunar, en sá hluti var tæp 73 % af heildarkostnaði stofnunarinnar vegna íþróttaslysa á árinu 2000. Á árabílinu frá 1990 til 2000 hefur kostnaður vegna þessa þáttar aukist um 28 milljónir, reiknað á föstu verðlagi eða um 252%.

Engar breytingar áttu sér stað á lögum, reglum eða vinnulagi TR varðandi íþróttaslys á þessu tímabili. Fjöldi tilkynntra íþróttaslysa hefur þó farið ört vaxandi og að mati TR virðast íþróttamenn þurfa á sjúkraþjálfun að halda í síauknum mæli. Meðal annars eru uppi getgátur um að aukin atvinnumennska („mikilvægt að halda sér inni á vellinum“) og vaxandi harka í íþróttum eigi þar stóran hlut að máli.

¹⁹ Unnur Pétursdóttir, 2002.

²⁰ Á föstu verðlagi miðað við meðaltal vísitölu neysluverðs, og launavísitölu.

Með nýrri reglugerð nr. 245/2002 sem sett var 22. mars sl. eru skilyrði bótaréttar vegna íþróttaslysa þrengd verulega. Er nú miðað við að sjúklingur þurfi að vera óvinnufær í minnst 10 daga. Ætla verður að reglugerð þessi muni stuðla að bættri framkvæmd á þessu sviði.

4.2 Kostnaður við umsýslu og eftirlit

Þættir sem metnir voru

Við skoðun á umsýslu- og eftirlitskostnaði er litið bæði til þess kostnaðar sem fellur til við að stýra aðgangi að kerfinu og kostnaðar við eftirlit og umsjón.

Eins og fram hefur komið er afgreiðsla TR á sjúkrabjálfunarreikningum í umsjá þriggja deilda auk þess sem ýmsar stoðdeildir koma við sögu. Þær deildir sem beint koma að afgreiðslu og eftirliti sjúkrabjálfunarreikninga eru sjúkratryggingadeild, slysatryggingadeild og læknasvið. Eins og áður hefur verið rakið eru afgreiðsluferlar beiðna tveir þar sem mál sem rekja má til slysa fara aðra leið innan stofnunarinnar en almenn mál.

Slysatryggingadeild hefur forsjá slysamála en sjúkratryggingasvið forsjá almennra mála. Eftirlit byggt á læknisfræðilegu mati er í höndum læknasviðs TR sem einnig annast stærstan hluta almennrar afgreiðslu vegna almennra mála. Þáttur sjúkratryggingasviðs í afgreiðsluferli almennra beiðna felst nær eingöngu í greiðslum til sjúkrabjálfara.

Um 13 starfsmenn ofangreindra deilda koma beint að umsjón og eftirliti með sjúkrabjálfunarreikningum. Heildarfjöldi stöðugilda vegna þessa þáttar er 5,9 þar sem margir viðkomandi starfsmanna sinna einnig öðrum verkefnum. Er þáttur yfirmanna við stjórnun með talinn.

Mat á kostnaði

Kostnaður TR við umsjón sjúkrabjálfunar var metinn í þeim tilgangi að greina hversu þungt hann vegur í

hlutfalli við þátttöku TR í kostnaði við sjúkraþjálfun. Kostnaðurinn samanstendur af launum starfsmanna sem vinna beint við umsjón og eftirlit vegna sjúkraþjálfunar og óbeinum kostnaði vegna margskonar stoðþjónustu stofnunarinnar. Reyndist kostnaður vegna umsjónar og eftirlits með sjúkraþjálfun metinn með þessum hætti vera um 27 m.kr. á árinu 2000. Er þessi kostnaður um 3,6% af kostnaði TR vegna styrkja til sjúkraþjálfunarmedferða.

Ríkisendurskoðun telur að með breyttu skipulagi væri líklega hægt að lækka þennan kostnað. Að öðru leyti vísast í umfjöllun um þetta atriði í kafla 3.4.

Kostnaður vegna eftirlits tryggingalækna sem koma að sjúkraþjálfunarferlinu eru um 5 m.kr. af ofangreindum 27 m.kr. Tilvísandi læknar annast læknisfræðilegt mat á þörf fyrir sjúkraþjálfun og er hlutverk tryggingalækna í eftirliti ekki nægilega skýrt, sérstaklega hvað varðar almenn mál.²¹ Það heyrir til algerra undantekninga að beiðnum sé hafnað á læknisfræðilegum forsendum af tryggingalæknum. Sú staðreynd vekur upp spurningar hvort eftirlit þetta þjóni þeim tilgangi sem að er stefnt. Að öðru leyti vísast í umfjöllun um eftirlit tryggingalækna í kafla 3.4.

²¹ Þ.e. ekki slysamál og heimasjúkraþjálfun og sjúkraþjálfun barna.

5 Úttekt á læknisfræðilegum forsendum þjálfunar, formkröfum og greiðslum fyrir þjálfun

Í þessum kafla verður leitað svara við því hvort nægar læknisfræðilegar forsendur séu fyrir sjúkraþjálfun og hvort greiðslur fyrir hana séu í samræmi við reglur.

Í þeim tilgangi að fá upplýsingar um forsendur og vinnslu einstakra sjúkraþjálfunarmála hjá TR var tekið 200 manna úrtak úr hópi þeirra 23.807 einstaklinga sem fengu sjúkraþjálfun á tímabilinu 1. janúar til 20. desember 2000. Skoðaðar voru læknisfræðilegar forsendur, formkröfur, skráning, meðferð hvers einstaklings, og greiðslur fyrir sjúkraþjálfun. Athugunin var framkvæmd af trúnaðarlækni Ríkisendurskoðunar og tveimur starfsmönnum hennar.

Svonefnt lagskipt slembiúrtak (*stratified random sample*) var tekið úr hópi þeirra 346 sjúkraþjálfara sem voru með samning við TR 20. desember 2000. Þessi úrtaksaðferð var notuð því hún er talin gefa góða raun þegar þýðið er ekki að öllu leyti einsleitt, eins og raunin er með sjúkraþjálfara, því þeir starfa á nokkuð mismunandi stöðum. Sjúkraþjálfarahópnum var skipt í fjóra flokka sem hver um sig hefur sameiginleg einkenni. Flokkarnir eru sem hér segir:

1. þeir sem starfa í einkastöðvum,
2. starfsmenn á sjúkrahúsum og öðrum heilbrigðisstofnunum,
3. sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfarar á sjúkrahúsum (þ.e. nýta aðstöðu á heilbrigðisstofnunum en senda reikninga til TR í eigin nafni)

4. sjúkrabjálfarar sem tilheyra fleiri en einum af þessum flokkum, sjá töflu 6.²²

Tafla 6 Flokkun allra sjúkrabjálfara á samningi við TR eftir starfsstöð og dreifing sjúklinga á hvern flokk.

Flokkun sjúkrabjálfara	Fjöldi sjúkrabjálfara	Hlutfall af heildarfjölda	Fjöldi sjúklinga
Sjálfstæðir á sjúkrahúsum	43	12,4%	2.542
Starfsmenn á sjúkrahúsum	82	23,7%	2.011
Sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfarar á einkastöðvum	179	51,8%	20.771
Þeir sem starfa í fleirum en einum ofangreindra flokka	42	12,1%	2.684
Í heild	346	100,00%	28.008 ²³

Eins og sjá má af töflu 6 eru stærstur hluti sjúkrabjálfara þeir sem starfa á einkastöðvum, eða rúm 50 % sem eru á samningi við TR. Þeir sem starfa á sjúkrahúsum eða heilbrigðisstofnunum eru rúm 23% og rúm 12% nota aðstöðu á sjúkrahúsum eða heilbrigðisstofnunum en senda reikninga til TR í eigin nafni. Líðlega 12 % sjúkrabjálfara lenda í fleiri en einum ofangreindra flokka. Af töflu 6 má einnig sjá að sjúkrabjálfarar á einkastöðvum afgangi langstærstan hluta sjúklinga.

²² Þessir flokkar voru svo keyrðir saman við lista sem hafði að geyma alla sjúklinga er höfðu farið í sjúkrabjálfun á tímabilinu frá 1. jan -20. des. 2000. Slembiaðferð var síðan notuð til að taka úrtakið og vegna þess að búið var að lagskipta sjúkrabjálfarahópnum, endurspeglar sjúklingaúrtakið vel dreifingu sjúklinga á sjúkrabjálfara.

²³ Þessi tala skýrist af því að sumir sjúklinga fóru til fleiri en eins sjúkrabjálfara og því er hvert skipti sem sjúklingur hittir nýjan bjálfara talið. Heildarfjöldi sjúklinga er 23.807

Tafla 7 Dreifing 200 manna úrtaks sjúklinga sem leituðu sér sjúkraþjálfunar á árinu 2000.

Flokkun sjúkraþjálfara	Fjöldi sjúklinga	Hlutfall sjúklinga af heild	Skipting sjúkraþjálfara á samningi við TR (Til samanb.)
Sjálfstæðir á sjúkrahúsum	25	12,5 %	12,4%
Starfsmenn á sjúkrahúsum	47	23,5 %	23,7%
Sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfarar á einkastöðvum	104	52 %	51,8%
Sjúkraþjálfari tilheyrir fleiri en einum þessara flokka.	24	12 %	12,1%
	Samtals 200	100	100

Tafla 7 sýnir hve vel úrtak Ríkisendurskoðunar speglar raunverulega dreifingu sjúkraþjálfara á samningi við TR. Eins og sjá má af töflunni voru yfir helmingur þeirra sem lentu í úrtakinu sjúklingar hjá sjúkraþjálfurum sem starfa sjálfstætt á einkastöðvum. Eins og tafla 6 sýnir eru slíkir sjúkraþjálfarar fjölmennastir á samningi við TR. Úrtak Ríkisendurskoðunar speglar að öðru leyti raunverulega dreifingu sjúkraþjálfara á samningi við TR.

Atriði sem skoðuð voru:

- Hvort ástand sjúklings eins og því var lýst í beiðni læknis væri þess eðlis að sjúkraþjálfun gæti bætt það.
- Hvort tilgreint væri alþjóðlegt flokkunarnúmer sjúkdóma (svonefnt ICD – númer)
- Hvort fram kæmi rökstuðningur læknis á því hvers vegna hann telji sjúkraþjálfun nauðsynlega.
- Hvort greinargerðir sjúkraþjálfara með rökum fyrir áframhaldandi þjálfun fylgdu með þegar óskað væri eftir framhaldsþjálfun innan 12 mánaða.
- Hvort um of- eða vangreiðslur væri að ræða.
- Hvort reikningar sjúkraþjálfara til TR væru í samræmi við veitta þjálfun.

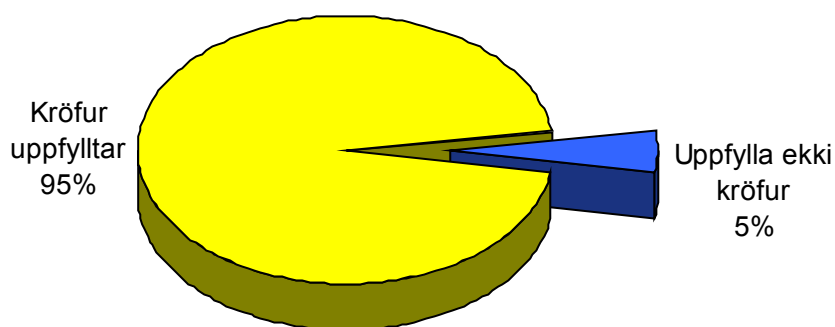
- Hvort sjúkrabjálfarar tækju sjúklinga til þjálfunar án þess að fyrir lægi tilvísun frá lækni.

5.1 Niðurstöður úr úrtaksskoðun Ríkisendurskoðunar

Vandkvæði eru á því að svara þeirri spurningu sem lagt var upp með í byrjun kaflans, þ.e. hvort læknisfræðilegar forsendur fyrir þjálfun væru nægar. Athygli skal vakin á því að spurningu sem þessari verður aldrei svarað með fullnægjandi hætti, enda krefðist það þess að sjúklingarnir sjálfir væru skoðaðir af öðrum lækni en þeim sem fyllir út vottorðið áður en meðferð hæfist. Hins vegar má nálgast svarið með því að skoða beiðnir um sjúkrabjálfun sem læknaar fylla út.

Trúnaðarlæknir Ríkisendurskoðunar telur að af fyrirbyggjandi gögnum verði ekki annað ráðið, en að læknaar standi faglega að útgáfu beiðnanna og taldi ekki ástæðu til athugasemda, hvorki við form þeirra né efni, enda reyndist frágangur yfirleitt viðunandi.

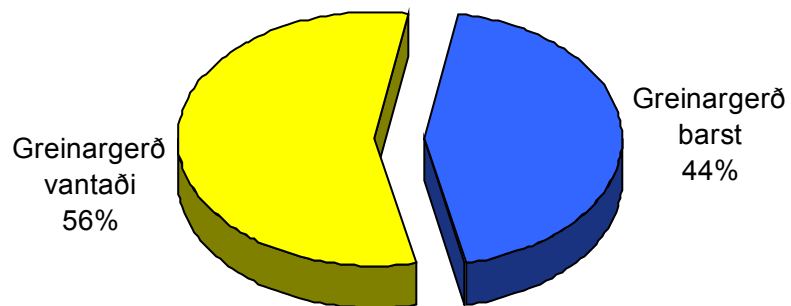
Frágangur beiðna



Mynd 1.

Úttektin leiddi í ljós að í 95 % tilfella gekk læknir frá beiðni um sjúkráþjálfun með fullnægjandi hætti, þ.e. bæði með gildum rökstuðningi og færslu ICD- númers. Því er hægt að álykta með 95 % vissu að í 92 til 98 % tilfella uppfylla beiðnir um sjúkráþjálfun þessar kröfur.

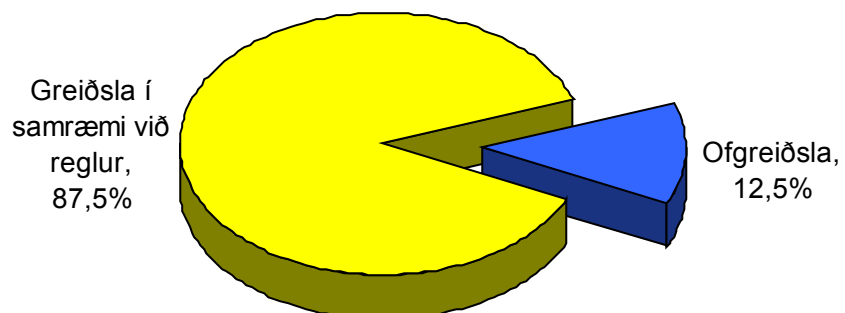
Greinargerðir sjúkráþjálfara



Mynd 2.

Úttektin leiddi í ljós að í rúmum 56 % tilvika vantaði greinargerðir frá sjúkráþjálfurum með ósk um aukinn fjölda meðferðarskipta þegar sjúklingur hafði lokið leyfðum meðferðum á ári. Miðað við úrtaksstærð og 95 % vissu er hægt að álykta að greinargerðir vanti í 49,5 til 63,2 % þeirra skipta sem slíks er krafist.

Greiðslur notenda fyrir sjúkráþjálfun



Mynd 3.

Úttekt Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að í 12,5 % tilvika greiddi sjúklingur fleiri þjálfunartíma að fullu en honum bar, allt frá einu skipti upp í 28 skipti. Miðað við 4,58% vikmörk er hægt að álykta um alla sjúkrabjálfun að ofgreiðsla eigi sér stað í 8 til 17% tilvika.

Í innan við 5 % tilfella samþykkti TR nýja tilvísun þó að önnur væri fullgild og í örfá skipti var um að ræða vangreiðslu sjúklings á sjúkrabjálfun.

Greiðslukerfi TR hefur innbyggt eftirlit með upphæð reikninga og einnig er athugað hvort sjúklingur hafi kvittað fyrir hvert þjálfunarskipti. Greiðslukerfi TR virðist sinna vel því hlutverki sínu að greiða sjúkrabjálfum hlut TR í þjálfunarkostnaði. Aftur á móti sinni kerfið ekki eins vel eftirliti með greiðslubætti sjúklings á því tímabili sem úrtak tók til. Samkvæmt úrtaki greiddu sjúklingar of mikið í 12,5% tilfella og í tæpum 5% tilvika greiddu þeir of lítið. Á því tímabili sem úrtakið tók yfir þurfti sjúklingur að fylgjast með því hvenær kæmi að því að greiðslur hans lækkuðu eða féllu niður og sækja um afsláttarskírteini. Þjónusta við viðskiptavinum TR hefur verið bætt á þann hátt að sjálfkrafa eru útbúin skírteini fyrir þá sjúklinga sem rétt eiga á afslætti eða ókeypis þjónustu.

6 Samningar við sjúkraþjálfara og kostnaður við samning TR og FÍSP

Í gildi eru tveir nýgerðir samningar um sjúkraþjálfun, annar við Félag sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara (FSSS) og hinn við Sjálfsbjörgu á Akureyri. FÍSP sagði upp samingi sínum við TR frá og með 1. janúar 2002 en eftir honum starfa þó þeir sjúkraþjálfarar sem ekki eru í FSSS, þar til nýr samningur kemst á.

Samningur við FÍSP

Samningnum við FÍSP mátti segja upp með sex mánaða fyrirvara eftir 31. mars 2001. Í samningnum er kveðið á um réttindi og skyldur hvors aðila um sig. Hlutverk TR er aðallega tvenns konar. Annars vegar að greiða sjúkraþjálfurum fyrir veitta þjálfun, en einnig er í samningnum heimildarákvæði er lýtur að eftirliti TR með sjúklingabókhalði, sjá nánar umfjöllun um 9. gr. samningsins hér að neðan. Í 2. grein samningsins er kveðið á um aðbúnað starfsstofu sjúkraþjálfara, en hún skal fullnægja þeim kröfum sem samráðsnefnd sjúkraþjálfara og TR telur fullnægjandi. Í 3. gr. er kveðið á um sjúkraþjálfunarmeðferð og kröfur TR um að beiðni undirrituð af lækni sé forsenda þess að TR niðurgreiði þjálfunarkostnað. Í 4. grein er kveðið á um greiðsluþátttöku og í 5. grein er nákvæmlega kveðið á um þann tíma sem greitt er fyrir, þ.e. að hvert þjálfunarskipti eigi að taka 40-60 mínútur. Einnig eru meðferðir greindar niður í einingar og verð þeirra tilgreint. Í sömu grein er ákvæði um afslátt sem sjúkraþjálfarar eiga að veita TR ef heildareiningarfjöldi fer fram úr tilteknum mörkum.

Í 8. grein er í mörgum liðum greint frá tilurð og verkefnum samráðsnefndar TR og sjúkraþjálfara.

Samkvæmt því skal nefndin halda fundi annan hvern mánuð. Ákvarðanir hennar skulu teknar samhljóða og bókaðar í fundargerðarbók. Verkefni hennar eru eftirfarandi:

- a. að hafa eftirlit með að aðstaða sjúkrabjálfa sé fullnægjandi.
- b. að fjalla um og taka ákvarðanir um ágreining eða álitamál í samskiptum samningsaðila, svo sem vegna ágreinings um tegund og fjölda meðferða, og verðs þjónustu, þ.m.t. að ákveða einingafjölda skv. 5 gr.
- c. Nefndin skal einnig fjalla um kærur sem kunna að koma frá sjúklíngum um starfsemi sjúkrabjálfa.
- d. Nefndin skal einnig skera úr öðrum málum er upp kunna að koma í samskiptum TR og sjúkrabjálfa og félaga þeirra.

Í samningnum er einnig kveðið á um í 9. gr. að sjúkrabjálfarar skuli færa í spjaldskrá upplýsingar um hvern sjúkling og veitta meðferð. Tryggingalækni eða lækni sem hann tilnefnir skal hvenær sem er heimill aðgangur að meðferðarskrá og öðrum þeim gögnum sem hann telur nauðsynleg til staðfestingar á meðferð sjúklings. Getur hann gefið fyrirmæli um að meðferð skuli hætt og málinu vísað til samráðsnefndar.

Í gildi er viðbótarsamningur sem tók gildi 1. janúar 2001. Sá samningur kveður á um hækkun á einingafjölda fyrir sjúkrabjálfun barna 12 ára og yngri. Einnig voru mörk afsláttar af heildareiningafjölda sjúkrabjálfa til TR hækkuð.

Rétt rúmlega helmingur sjúkrabjálfa á samningi við TR (51,7%) starfa sjálfstætt á einkastöðvum. Sjúkrabjálfarar sem eru starfsmenn á sjúkrahúsum eru rúm 23%, rúm 12 prósent sjúkrabjálfa starfa sjálfstætt með aðstöðu á sjúkrahúsum, og rúm 12 prósent sjúkrabjálfa vinna á fleirum en einum þessara starfsstaða. Samningur TR og FÍSP gerir ráð fyrir sömu gjaldskrá fyrir alla sjúkrabjálfa hvort sem þeir starfa sjálfstætt eða eru launþegar á

sjúkrastofnunum. Nú þegar sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfarar eru komnir með sérsamning við TR og sjúkraþjálfarar hjá Sjálfsbjörgu á Akureyri með annan, eru þjálfarar á stofnunum ríkisins þeir einu sem eftir eru á samningi FÍSP við TR.

Samningar TR og FSSS og TR og Sjálfsbjargar

Samningar TR við FSSS og Sjálfsbjörgu á Akureyri sem undirritaðir voru í mars í ár eru á margan hátt samhljóða. Þeir byggja að hluta til á samningi TR við FÍSP, þó víkja þeir í nokkru frá honum og byggja á nýjum ákvæðum. Það er til að mynda nýtt að í sérstökum kafla eru kröfur til sjúkraþjálfara taldar upp í 7 málsgreinum. Eru þessar kröfur sambærilegar þeim sem TR hefur gert til sérfræðilækna á samningi við stofnunina. Kafli um aðbúnað tilgreinir kröfur TR til sjúkraþjálfara og í fylgiskjali eru taldar upp kröfur um lágmarksbúnað á sjúkraþjálfunarstofu, annan búnað og lágmarksbúnað fyrir heimasjúkraþjálfun. Í samningnum við FSSS er það tiltekið að samráðsnefnd TR og félagsins skuli hafa eftirlit með þessu. Samsvarandi ákvæði er ekki í samningnum við Sjálfsbjörgu.

Það er nýmæli að í kafla um meðferð geta nú viðkomandi sjúkraþjálfarar sinnt sjúklingum með nálastungum og hnykkmeðferð. Samningur TR og Sjálfsbjargar hefur þó meiri takmarkanir á heimameðferð en samningur TR og FSSS. Þá er einnig kveðið á í síðarnefndum samningi að fylgt skuli reglum sérstakrar samskiptanefndar FÍSP, TR, landlæknis og Læknafélags Íslands varðandi samskipti tilvísandi læknis og sjúkraþjálfara um skiptafjölda. Um er að ræða vinnuhóp TR, sjúkraþjálfara og lækna sem rætt er um í kafla 8 í þessari skýrslu.

Í samningunum eru ákvæði um gjaldskrá, þar sem meðferðir eru greindar niður í einingar og verð þeirra tilgreint. Nýr gjaldskrárliður bætist við um skoðun sjúklings. Sú takmörkun er á gjaldliðnum að hann má aðeins nota einu sinni fyrir hvern sjúkling, þó hvorki í heimaþjálfun né hóppjálfun. Sé um langtímameðferð að

ræða má nota gjaldliðinn að hámarki tvisvar á ári með 6 mánaða millibili.

Í samningi FSSS og TR eru ákvæði um að sjúkrapjálfari skuli veita afslátt af einingum sínum í tveimur þrepum, annars vegar 8% og hins vegar 12% og er einingamarkið mismunandi milli ára. Samningur TR og Sjálfsbjargar kveður aftur á móti á um að TR kaupi að hámarki 2. 200.000 einingar á almanaksári, þó aðeins 85% þeirrar á þessu ári.

Það er nýmæli að í samningunum eru sjúkrapjálfarar skyldaðir til að hafa gildandi gjaldskrá til sýnis fyrir sjúklinga á stofum sínum.

Í kafla um greiðslutilhögun er það nýmæli að taka á upp rafræna reikninga frá 1. janúar 2003 milli TR og félaga í FSSS. Í samningi við Sjálfsbjörgu er kveðið á um að TR geti áskilið að hún sendi reikninga með rafrænum hætti.

Í nýjum kafla um ábyrgð er þess getið að sjúkrapjálfari skuli hafa fullnægjandi starfsábyrgðar- og sjúklinga-tryggingu. Einnig er kveðið á um ábyrgð sjúkrapjálfara á tjóni sem hlýst af galla á tækjum, sbr. lög um skaðsemis-ábyrgð nr. 25/1991.

Ákvæði um samráðsnefnd eru nokkuð breytt frá því sem var í samningi TR og FÍSP. Ólíkt samráðsnefnd í þeim samningi skal samráðsnefnd í samningunum tveimur kölluð til ef annar hvor samningsaðila óskar þess. Samráðsnefnd í nýju samningunum tekur ekki ákvarðanir um verð þjónustu, eins og kveðið er á um í samningi FÍSP við TR. Ákvæði í nýju samningunum eru að öðru leyti samhljóða fyrri samningi við FÍSP, nema að því leyti að nefndin skal í tilfalli FSSS og TR hafa eftirlit með því að aðstaða sé fullnægjandi og hægt er að skjóta innbyrðis ágreiningi innan samráðsnefndar til sameiginlegs fundar samninganefnda aðila.

Nýtt ákvæði um eftirlit er í samningunum og segir þar að eftirlit TR felist í greiningu innsendra gagna, bréfaskriftum við sjúkrapjálfara og lækna og heimsóknum á starfsstofur.

Gildistími samninganna er í tilviki FSSS frá 1. apríl 2002-31. desember 2004. Samningur TR og Sjálfsbjargar gildir frá 1. mars 2002 og er hann uppsegjanlegur með 6 mánaða fyrirvara.

Nýju samningarnir við FSSS og Sjálfsbjörgu eru að mati Ríkisendurskoðunar mun skýrari en samningur TR við FÍSP. Kröfur til sjúkraþjálfara eru meiri, kröfur um aðbúnað eru einnig ítarlegri og kröfur um að sjúkraþjálfarar hafi gjaldskrá til sýnis veita þeim síðarnefndu aðhald frá sjúklingum sínum. Ákvæði um eðli eftirlits er og til bóta.

6.1 Endurgjald fyrir vinnu sjúkraþjálfara

Sjúkraþjálfarar fá greidda fasta fjárhæð fyrir hvern meðferðartíma sem reiknað er með að sé 40 – 60 mínútna langur. Algengasta gjald fyrir meðferð á starfsstöð sjúkraþjálfara er nú 2.655 kr. hjá sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara, en 2.256 kr. hjá sjúkraþjálfara á stofnunum ríkisins. Eftir að tilteknum þjálfunartíma er náð er veittur afsláttur frá ofangreindum taxta. Í sértílfellum er greiddur hærri taxti svo sem fyrir heimasjúkraþjálfun og sjúkraþjálfun barna. Í þessum kafla er til athugunar kostnaður vegna samnings TR og FÍSP. Nýgerðir samningar TR við FSSS og Sjálfsbjörg á Akureyri eru fyrir utan þessa athugun.

Mat á rekstrarkostnaði sjúkraþjálfunarstöðvar byggir á upplýsingum um nýtingu mannafla og búnaðar og hversu langan tíma hver meðferð tekur. Rekstrarforsendur eru nokkuð mismunandi milli stöðva svo sem vegna margra starfsmanna, stærðar húsnæðis og gæða og fjölbreytni búnaðar. Útgjöld sjúkraþjálfara vegna hvers þjálfunartíma er því eflaust mismunandi milli stöðva ef grannt er skoðað.

Gjaldskrá sjúkraþjálfara er niðurstaða samningaferlis þar sem fleiri þættir en rekstrarkostnaður stöðva skipta máli.

Þannig ráða þeir fjármunir sem eru til ráðstöfunar til kaupa á þessari tegund heilbrigðisþjónustu miklu um þann taxa sem samið er um.

Samninganefnd TR lagði fram þau gögn sem voru grundvöllur samninga við FÍSP. Í þessum gögnum eru ýmsar upplýsingar um rekstrarkostnað stöðva miðað við fyrirfram gefnar forsendur. Samninganefndin byggir ekki á sérstöku kostnaðarlíkani sem tekur tillit til þróunar verðlags. Á grundvelli þeirra kostnaðarupplýsinga sem komu fram í ofangreindum gögnum og upplýsinga um laun sjúkrabjálfa eru ekki gerðar athugasemdir við það endurgjald sem samið hefur verið um miðað við að hver meðferð taki 40-60 mínútur og sé veitt af faglærðum sjúkrabjálfa. Hafa verður í huga að TR hafði til gildistöku laga nr. 154/2001 ekki nein virk úrræði til eftirlits með því hvernig sjúkrabjálfarar sinntu samningsbundnum skyldum sínum.

6.2 Sjúkrabjálfarar á stofnunum ríkisins

Sjúkrabjálfurum sem starfa á stofnunum ríkisins og taka að sér sjúklinga á eigin vegum ber að greiða sérstakt aðstöðugjald. Í þeim tilvikum sem skoðuð voru bendir ýmislegt til þess að gjaldið sé nokkuð undir raunkostnaði. Kostnaður vegna aðstöðu fer nærri því að nema um helmingi af rekstrarkostnaði en sjúkrabjálfarar sem starfa á stofnunum ríkisins greiða mun lægra hlutfall fyrir aðstöðuna. Dæmi er um að þeir greiði ekkert fyrir hana. Þegar TR greiðir fyrir sjúkrabjálfun sem fram fer með þessum hætti má því segja að stofnunin greiði einstaklingum fyrir aðstöðu í eigu ríkisins.

Vert er að geta þess að TR sendi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu bréf í mars 2000 þar sem stofnunin fór fram á að ráðuneytið hlutaðist til þess að opinberar heilbrigðisstofnanir fengju fjárframlög til að mæta kostnaði vegna sjúkrabjálfunar en TR myndi hins vegar hætta að greiða fyrir sjúkrabjálfun sem fram fer í

opinberu húsnæði. Tryggingastofnun fór jafnframt fram á það að þessi breyting tæki gildi 1. júlí sama ár. Ráðuneytið hefur ekki svarað þessu bréfi Tryggingastofnunar.

Ríkisendurskoðun tekur undir þá skoðun að starfsemi sem telst eðlilegur hluti af starfsemi stofnunar sé greidd af framlögum til hennar og þannig fari saman fjárhagsleg og fagleg ábyrgð á viðkomandi þjónustu. Hinsvegar gætu hagkvæmnisrök mælt með því að vannýttur tækjabúnaður væri leigður út ef svo ber undir. Útleiga verður að byggja á skýrum ávinningi fyrir ríkið og tryggja þarf að þessi starfsemi skarist ekki við reglulega starfsemi viðkomandi stofnunar. Forsendur þess að tryggja megi að fullnægjandi aðskilnaður ríki milli ríkisstarfsemi og einkastarfsemi eru gott innra eftirlit og styrk stjórnun. Endurgjald fyrir aðstöðu og tækjabúnað þarf að vera sanngjarnt og eðlilegt og byggja á viðurkenndri kostnaðargreiningu. Það þarf m.a. að tryggja sanngjarna samkeppnisstöðu rekstraraðila við sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara.

Sjúkraþjálfarar hafa bent á að sjúklingar sem meðhöndlaðir eru á stofnunum ríkisins séu gjarnan mjög veikir, einnig að þjálfun þeirra krefjist oft á tíðum búnaðar sem ekki sé til staðar á einkareknum sjúkraþjálfunarstöðvum. Þjálfun þessara sjúklinga sé einnig lítil hluti af heildarsjúkraþjálfun sem veitt sé skv. samningi TR og FÍSp.

Ríkisendurskoðun leggur til að kannað verði nánar hvort eðlilegt og sanngjarnt verð fáið fyrir aðstöðu þá sem hér um ræðir og hlutast verði til um leiðréttingu ef þörf er á slíku.

7 Stjórnun, boðskipti, ákvarðanataka og gæðaeftirlit

Könnun Ríkisendurskoðunar á sjúkraþjálfunarferlinu í TR sýnir að enginn einn starfsmaður hefur fulla yfirsýn yfir ferlið frá upphafi til enda. Starfsmenn líta á sig sem fulltrúa sinnar deildar, er hafi umsjón með ákveðnum verkþætti, í stað þess að vinna verkefnið sem einn þátt í ákveðnu ferli. Slíkt krefst aftur á móti góðrar yfirsýnar allra starfsmanna sem að því koma.

Kerfið eins og það er í dag krefst þess að sjúkraþjálfarar séu sífellt að hafa samband við TR vegna ýmissa upplýsinga sem auðveldlega væri hægt að nálgast á annan hátt. Sjúkraþjálfarar þurfa til að mynda að hafa samband við TR til að ganga úr skugga um hvort sjúklingur sé í þjálfun vegna slyss eða ekki, sökum þess að þáttaka sjúklings í kostnaði fer eftir því hvort sjúkratryggingar eða slysatryggingar styrkja þjálfun hans.

7.1 Samskipti TR og sjúkraþjálfara

Sjúkraþjálfarar kvarta yfir skilningsleysi stofnunarinnar á störfum sínum. Jafnframt gera þeir athugasemdir við þá ákvörðun stofnunarinnar sem tók gildi 1. janúar 2001 að fækka meðferðartímum á ári úr 36 í 20 og 18 í 12. Hún hafi ekki verið til annars en að auka enn á skriffinnsku fyrir sjúkraþjálfara og óþægindi og tafir fyrir sjúklinga.

Breytingarnar fólu í sér að sjúkraþjálfarar þurftu að skila greinargerðum fyrir en áður, þ.e. frá og með 1. janúar

2001 skulu þær berast áður en 20/18 skiptum er náð, óski sjúkrabjálfari eftir framhaldsbjálfun.

Fram hefur komið af hálfu TR að stofnunin var þarna að reyna að stemma stigu við auknum kostnaði af sjúkrabjálfun enda er stofnunin bundin af þeim fjárveitingum sem veittar eru í málaflokkinn og telur sig verða að bregðast við þegar í óefni er komið. Stofnunin telur ennfremur að sjúkrabjálfurum sé unnt að senda greinargerð með góðum fyrirvara svo ekki skapi óþægindi fyrir sjúkling.

Upplýsingar um það hve margir þurfi á framhaldsbjálfun að halda eftir þau 36 skipti sem áður var hámarkið á ári lágu ekki fyrir hjá TR þegar kerfinu var breytt. Ríkisendurskoðun telur að stofnunin hefði þurft að hafa þá tölfræðilegu yfirsýn yfir starfsemina til að geta tekið markvissar ákvarðanir um kostnaðarstýringu. Aðeins hafi legið að baki ákvörðuninni upplýsingar um hver meðal bjálfunartími var á sjúkling.

Úttekt Ríkisendurskoðunar leiðir í ljós að um það bil 10 % sjúklinga þurftu á framhaldsmeðferð að halda á árinu 2000. Meginþorri sjúklinga fékk bót meina sinna áður en framangreindu 36 tíma hámarki var náð. Þegar af þeirri ástæðu telur Ríkisendurskoðun að leita hefði þurft annarra leiða til sparnaðar en þeirra að krefjast greinargerða frá sjúkrabjálfurum vegna allra sjúklinga við 20 eða 18 meðferðartíma markið, jafnt vegna þeirra sjúklinga sem þurfa á stöðugri meðferð að halda og þeirra sem þurfa á tilfallandi framhaldsmeðferð að halda. Í því sambandi er rétt að minna á að könnun Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að almennt er ekki farið eftir verklagsreglunni um greinargerðir, sjúklingar fara í staðinn til lækna og fá nýjar beiðnir sem hefur aukakostnað í för með sér fyrir þá fyrrnefndu. Fyrir þá sjúklinga sem þurfa á stöðugri bjálfun að halda vegna sjúkdóma sinna er þetta umtalsverður kostnaður. Ríkisendurskoðun getur tekið undir það með sjúkrabjálfurum að sjúklingum með langvinna sjúkdóma er gert erfitt fyrir með þessari tilhögun. Í tillögum vinnuhóps TR, lækna og sjúkrabjálfara sem kynntar eru í kafla 8 er lagt til að

beiðnir um langtímameðferð fái sérmeðhöndlun. Þær fari fyrir tryggingalækna sem eiga að geta skrifað upp á sjúkraþjálfunarskírteini sem gildi til nokkurra ára í senn.

Ríkisendurskoðun telur að slík sérmeðhöndlun sjúklinga með langvinna sjúkdóma sé til mikilla bóta.

Að frumkvæði TR var settur á fót vinnuhópur í mars árið 2001 sem hafði það verkefni meðal annars að miða að bættum samskiptum milli sjúkraþjálfara og TR og þróa nýtt vinnufyrirkomulag. Ríkisendurskoðun telur að samráð TR við fagstéttir sé mikilvægt og stuðli að jákvæðum samskiptum aðila.

7.2 Upplýsingaflæði innanhúss og til samstarfsaðila

Við athugun Ríkisendurskoðunar kom í ljós að það fórst fyrir að tilkynna sjúkraþjálfurum tímanlega um breytingar á aðgengi sjúklinga að sjúkraþjálfun sem tóku gildi 1. janúar 2001. Fulltrúar TR töldu að samráðsnefndarfulltrúar sjúkraþjálfara ættu að kynna breytingar á fundi hjá félagsmönnum sínum, en þeir síðarnefndu töldu það vera alfarið á könnu TR að tilkynna samningsaðilum sínum um breytingar á aðgengi sjúklinga að sjúkraþjálfun.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að TR tilkynni tímanlega, hlutaðeigandi heilbrigðisstarfsmönnum á samningi við stofnunina, um allar breytingar sem hafa áhrif á starfsemi þeirra síðarnefndu. Einnig er mikilvægt að stofnunin bæti upplýsingaflæði sitt til starfsmanna.

7.3 Ákvarðanataka í Samráðsnefnd sjúkraþjálfara og TR

Í 8 gr. samnings FÍSP og TR er kveðið á um starfssvið samráðsnefndar sjúkraþjálfara og TR. Sjá umfjöllun um

hlutverk nefndarinnar í kafla 6. Unnt er að skjóta ákvörðunum nefndarinnar til sameiginlegs fundar samninganefnda aðila.

Ákvarðanir nefndarinnar skulu hljóta samþykki allra nefndarmanna og skulu bókaðar í fundargerðarbók.

Samráðsnefnd skal halda fasta fundi annan hvern mánuð að undanskildum mánuðunum júní, júlí og ágúst.

Samkvæmt þeim fundargerðum, sem Ríkisendurskoðun hafði undir höndum, er nefndin ákveðinn umræðugrundvöllur um sjúkrabjálfun og um þau ágreiningsefni sem eru milli TR og FÍSP. Um leið hefur nefndin ákvörðunarvald í sömu efnum. Mál eins og kvartanir sjúkrabjálfa vegna afgreiðslu TR eru rædd í nefndinni sem og athugasemdir bjálfa og félagsins um verklag TR og stýringu á þjónustu sjúkrabjálfa. Þannig eru teknar stefnumarkandi ákvarðanir á fundum nefndarinnar um verklag TR, afgreiðslufresti og tilhögun greiðslna og um synjun á meðferð einstakra sjúklinga. Nefndin tekur einnig ákvarðanir um starfsleyfi fyrir nýjar sjúkrabjálfunarstöðvar og fjallar um og tekur ákvarðanir um húsnæðismál sjúkrabjálfunarstöðva.

7.4 Gæðaeftirlit

Tryggingastofnun hefur ekki kerfisbundið aflað sér upplýsinga frá viðskiptavinum sjúkrabjálfa um gæði þeirrar þjónustu sem þeim er látin í té. Ríkisendurskoðun hefur áður bent stofnuninni á nauðsyn þess að gera reglubundnar þjónustukannanir til að sinna þörfum notenda betur.²⁴ Aftur á móti sinntu fulltrúar í samráðsnefnd TR og sjúkrabjálfa eftirliti með því að starfsstöðvar sjúkrabjálfa uppfylltu kröfur til að geta fengið starfsleyfi, þar til Tölvunefnd úrskurðaði í febrúar 2000 að stofnunin hefði ekki heimild til þess. Kröfur samráðsnefndarinnar lutu að húsnæðismálum, tækjamálum og aðgengi.

²⁴ Sjá skýrslu um stjórnsýsluendurskoðun á hjálpartækjamiðstöð TR, október 2001.

Fyrir nokkrum árum setti Tryggingastofnun á fót þjónustumiðstöð í þeim tilgangi að bæta þjónustu við viðskiptavinum stofnunarinnar. Eftir sem áður telur Ríkisendurskoðun að TR þurfi að skilgreina betur feril kvartana frá viðskiptavinum. Bent hefur verið á að það sé hlutverk landlæknis að sinna kvörtunum eða kærum er varða samskipti almennings og heilbrigðisþjónustunnar, sbr. 3. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990. Þar sé einnig kveðið á um að heimilt sé að vísa ágreiningsmálum til sérstakrar nefndar sem í eiga sæti þrír menn, tilnefndir af Hæstarétti og ráðherra skipar til fjögurra ára í senn.

Það er álit Ríkisendurskoðunar að TR eigi sem kaupandi heilbrigðisþjónustu, að hafa frumkvæði að því að kynna áðurnefnda kvörtunarleið fyrir viðskiptavinum sínum betur en nú er gert. Að sama skapi hafa starfsmenn TR leiðbeiningarskyldu gagnvart viðskiptavinum sem kvarta til stofnunarinnar undan þjónustu þeirra heilbrigðisstarfsmanna sem stofnunin semur við og hefur umsjón með greiðslum til þeirra fyrir veitta þjónustu. Ríkisendurskoðun hefur áður bent stofnuninni á nauðsyn þess að kvartanaleið sé skýr í áðurnefndri skýrslu um hjálpartækjamiðstöð TR. Það veitir sjúkráþjálfurum, jafnt sem öðrum heilbrigðisstarfsmönnum aðhald að vita að notendur þjónustunnar eigi greiða kvartanaleið.

8 Hugmyndir að breyttu fyrirkomulagi í sjúkraþjálfun

8.1 Tillögur vinnuhóps TR, sjúkraþjálfara og lækna

Níu manna starfshópur hefur undanfarna mánuði unnið að tillögum um breytt vinnufyrirkomulag milli lækna, sjúkraþjálfara og TR með það að markmiði að minnka skjalasendingar til stofnunarinnar. Í hópnum eru fulltrúar sjúkraþjálfara, fulltrúar lækna og fulltrúar TR. Hópurinn hefur ekki lokið störfum en fyrir liggja drög að tillögum hans um breytingar á vinnufyrirkomulagi.

Meginbreytingar sem tillögur um nýtt fyrirkomulag hefðu í för með sér eru eftirfarandi:

- a. Sjálfvirk samþykkt á greiðslu fyrir sjúkraþjálfun verður aukin úr 20 þjálfunartímum í 25 fyrir sjúkling á 12 mánuðum
- b. Flokkun og skráning upplýsinga á grundvelli sjúkdómseinkenna yrði tekin upp.
- c. Ef þörf er á framhaldsþjálfun sendir sjúkraþjálfari greinargerð með beiðni um slíkt til tilvísandi læknis. Ef athugasemd berst ekki frá læknum innan 10 daga telst læknir hafa samþykkt beiðni um framhaldsþjálfun.

Einnig hefur verið rædd sú tillaga um að breyta verklagi TR á sjúkraþjálfunarafgreiðslum í þá veru að eitt ferli eigi við um sjúklinga sem njóta sjúkraþjálfunar. Það myndi fela í sér að tvígreining í annars vegar sjúklinga sem eiga bótarétt á grundvelli sjúkratrygginga og hins vegar slysa-trygginga og mismunandi verklag við afgreiðslu umsókna

á grundvelli þeirrar aðgreiningar yrði lögð niður. Enn á eftir að ganga frá þessu atriði.

Ofangreindar tillögur í lið a., b. og c. fela í sér ákveðna einföldun á samskiptum lækna, sjúkrabjálfa og TR. Í raun er þó verið að færa verklagsreglur að því verklagi sem hefur að hluta verið að þróast í samskiptum þessara aðila, þrátt fyrir að reglur hafi verið aðrar. Til dæmis er með þessum tillögum staðfest að tryggingalæknar skuli ekki vera milliliður í samskiptum sjúklings, sjúkrabjálfa og tilvísandi læknis, en sú tilhögun var að hluta komin til framkvæmda í núverandi verklagi. Með tillögunum er áhersla lögð á góða samvinnu tilvísandi lækna og sjúkrabjálfa og stýring tilvísandi lækna á aðgengi í sjúkrabjálfun staðfest.

Verkefni TR yrði áfram að annast skráningu á upplýsingum um sjúklinga og því hver annist þjálfun þeirra. Aftur á móti er samkvæmt tillögunum gert ráð fyrir nánari skráningu á ástæðum þess að viðkomandi sjúklingur leitar í sjúkrabjálfun. Auk flokkunar sjúkdómseinkenna er einnig gert ráð fyrir að tegund meðferðar verði skráð svo og niðurstaða meðferðarinnar.

Þau rök sem færð hafa verið fyrir tillögunum byggja á greiningu á þjálfun sjúklinga árin 1999 og 2000. Hún benti til þess að rúmlega 75% sjúklinga sem fengið hafa sjúkrabjálfun fái bót meina sinna í 25 þjálfunartímum eða færri. Töflur nr. 8 og 9 hér á eftir sýna að rúmlega 80% sjúklinga þurfa að koma í 30 skipti eða sjaldnar til að öðlast bót meina sinna.

Tafla 8 Fjöldi meðferða sjúklinga í sjúkrabjálfun árið 1999

Fjöldi meðferða	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	50-200
Fjöldi sjúklinga	10.158	6.798	3.114	1.818	936	1.687
Hlutfall af heildarfjölda í %	41,4	27,7	12,7	7,4	3,8	6,8
Samtals %	41,4	69,1	81,8	89,2	93,1	100

Tafla 9 Fjöldi meðferða sjúklinga í sjúkraþjálfun árið 2000

Fjöldi meðferða	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	50-200
Fjöldi sjúklinga	10.883	6.851	3.452	2.164	1.097	1.557
Hlutfall af heildarfjölda í %	41,8	26,3	13,2	8,3	4,2	5,9
Samtals %	41,8	68,1	81,4	89,7	94	100

Tillögurnar fela einnig í sér að einstaklingar sem þurfi á langtímameðferð að halda fái sérmeðhöndlun. Beiðnir um langtímameðferð munu til að byrja með fara til TR þar sem þær verða metnar af tryggingalæknum sem munu eiga að geta skrifað upp á sjúkraþjálfunarmeðferð til allt að 5 ára. Viðkomandi einstaklingar gætu því fengið einskonar skírteini líkt og tíðkast í hjálpartækja- og lyfjamálum.

Þáttur TR í sjúkraþjálfunarferlinu breytist nokkuð. Samkvæmt tillögnum verður áherslan lögð á að stofnunin sinni eftirlitshlutverki með útgjöldum til sjúkraþjálfunar auk nánari tölfræðilegrar greiningar á því í hvað fjármagnið fer. Til þess að þetta verði að veruleika er lagt til að sérfræðipækning innanhúss verði efl.

Áherslubreytingin í eftirliti er fólgin í því að stofnunin mun fylgjast með sjúkraþjálfun á tvennan hátt. Annars vegar með tilviljanakenndum úrtökum þar sem ástæður meðferðar eru skoðaðar, fjöldi meðferðarskipta o.s.frv. Hins vegar mun vera ætlunin að fylgjast með einstökum tilvikum sem skera sig úr norminu og mun verða fylgst með því hvaða sjúkraþjálfarar skera sig úr fjöldanum hvað varðar þjálfun hvers sjúklings, árangur o.fl.

8.2 Afstaða Ríkisendurskoðunar til tillagna vinnuhópsins

Að mati Ríkisendurskoðunar væri ákjósanlegast að einn ferill gildi um sjúkrabjálfunina, hvort sem einstaklingar njóta hennar á grundvelli sjúkratrygginga eða slysatrygginga. Einn ferill sem gildir um meginþorra afgreiðslna um sjúkrabjálfun einfaldar alla vinnu fyrir hlutaðeigandi. Mismunandi afgreiðsluferill eftir því hvort um slysamál, sjúkratryggingamál, heimasjúkrabjálfun eða barnasjúkrabjálfun er að ræða flækir vinnu þeirra, sem að verkinu koma og veldur oft á tíðum misskilningi hjá þeim sem standa utan TR.

Á sama hátt telur Ríkisendurskoðun það hagkvæmt að sjúklingar sem þurfa á langtímameðferð að halda fái sjúkrabjálfunarskírteini til nokkurra ára í senn.

Tillögur hópsins um að fjölga þjálfunartímum og þau rök sem fyrir þeim hafa verið færð eru allrar athygli verð og sjálfsagt fyrir stjórnvöld að gefa þeim nánari gaum.

Í tillögum nefndarinnar er kveðið á um nýjar vinnureglur um skráningu upplýsinga. Ríkisendurskoðun telur að slík skráning geti auðveldað markvisst eftirlit með sjúkrabjálfun. Einnig opnaðist þar möguleiki á að kanna ástæður þess að einstaklingar leita sjúkrabjálfunar og greina nánar hvað slíkt kostar samfélagið. Ríkisendurskoðun telur að huga verði gaumgæfilega að því, hvort slík skráning nýtist til annars en eftirlits og greininga og hvort stofnunin sé að skrá upplýsingar sem ekki nýtast.

Hvað varðar c-lið tillagnanna er verið að koma til móts við kröfur sjúkrabjálfa með því að setja læknum tímamörk. Gjalda verður varhug við þessum þætti tillagnanna, þ.e. að meðferð hefjist ef athugasemd berst ekki frá læknum innan 10 daga. Gera verður þá kröfu að framhaldsmeðferð hefjist ekki án þess að skýr afstaða læknis liggi fyrir.

Ríkisendurskoðun telur rétt að benda fulltrúum í starfs-
hópnum á að hugleiða hvort ekki ætti almennt að senda

beiðnir um framhaldsþjálfun til heilsugæslulækna og eftir atvikum heimilislækna en ekki tilvísandi lækna. Slíkt væri í samræmi við það hlutverk heimilis- og heilsugæslulækna að vera sá aðili innan kerfisins sem hefur heildaryfirsýn yfir heilsu sjúklinga. Heimilis- og heilsugæslulæknar ættu að vera betur í stakk búnir að tjá sig um þau mál en tilvísandi læknar sem í sumum tilfellum hitta sjúkling aðeins einu sinni. Annað kann að gilda í þeim tilfellum þegar sjúkráþjálfun er hluti af heildstæðri meðferð sem sérfræðingur í læknisfræði hefur umsjón með.

Hvað varðar þessar tillögur nefndarinnar að öðru leyti þá telur Ríkisendurskoðun að með þeim sé staðfest sú vinnu-tilhögun sem hafi gilt síðastliðin ár, þ.e. að læknisfræðilegt eftirlit með framhaldsbeiðnum sé fært frá tryggingalæknum og til lækna utan stofnunarinnar.

Svo sem áður er rakið í þessari skýrslu telur Ríkisendurskoðun þörf á nákvæmari reglum um það hverjir eigi rétt á sjúkráþjálfun og hverjir ekki. Að slíkum reglum settum aukast möguleikar á markvissu og skilvirku eftirliti TR. Óraunhæft er að ætla tryggingalæknum að skoða hverja einstaka beiðni um sjúkráþjálfun. Slík yfirferð yrði allt of umfangsmikil og kostnaðarsöm. Ríkisendurskoðun tekur undir tillögur vinnuhópsins um eftirlit í formi úrtaks-skoðana.

Breytt vinnu-tilhögun, sbr. tillögur vinnuhópsins, rafræn skráning og flutningur gagna milli sjúkráþjálfunarstöðva og TR í nánustu framtíð munu væntanlega gjörbreyta vinnuumhverfi TR og auka mjög ýmsa möguleika til aukins eftirlits. Til dæmis blasir við að áhersla stofnunarinnar mun færast frá skráningu gagna í virkt eftirlit. Bæta þarf við sérhæfðu starfsfólki í eftirlit og algjörlega nauðsynlegt er að dómi Ríkisendurskoðunar að þangað ráðist starfsfólk með fagþekkingu á sjúkráþjálfun.

Heimildaskrá

Ákvörðun samkeppnisráðs vegna kvörtunar sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara yfir samkeppnisstöðu þeirra gagnvart opinberum og hálfopinberum heilbrigðisstofnunum. Nr. 6/2002, mánudaginn 11. mars 2002.

Álit Tölvunefndar um heimild og skyldu tannlækna til þess að veita tryggingayfirtannlækni Tryggingastofnunar ríkisins afrit af sjúkraskrá sjúklinga sinna. Tölvunefnd 4. febrúar 2000.

Félag íslenskra sjúkraþjálfara. Vefslóð:
<http://www.physio.is/>

Fundargerðir samráðsnefndar Tryggingastofnunar ríkisins og Félags íslenskra sjúkraþjálfara 1998, 1999 og 2000.

Gæðahandbók læknasviðs Tryggingastofnunar ríkisins. Tryggingastofnun ríkisins, 2000.

Gæðahandbók sjúkratryggingasviðs (drög) Tryggingastofnun ríkisins, nóvember 2000.

Handbók Tryggingastofnunar ríkisins. Vefslóð:
<http://www.tr.is/>

Heidenheimer, Arnold J., Hugh Hecló, Carolyn Teich Adams,: Comparative Public Policy, The Politics of Social Choice in America, Europe, and Japan, Third edition St. Martins Press 1990.

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Heilbrigðis – og tryggingamálaráðuneytið nóvember 2000.

Hjálpartækjamiðstöð Tryggingastofnunar ríkisins. Stjórn-sýsluendurskoðun, Ríkisendurskoðun, október 2001.

Hver er stefnan í sjúkratryggingum á Íslandi? Samantekt unnin af yfirstjórn sjúkratryggingasviðs Tryggingastofnunar ríkisins. Júní 2001

Læknablaðið 83. árgangur, 1997 Nýjar reglur um greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í þjálfun. Læknafélag Íslands.

Læknablaðið 85. árgangur, júlí 1999. Afgreiðsla framhaldsbeiðna um sjúkrabjálfun. Læknafélag Íslands.

Læknablaðið 86 árgangur desember 2000. Breytt greiðsluþátttaka TR. Læknafélag Íslands.

Læknahandbók Tryggingastofnunar ríkisins. Tryggingastofnun ríkisins 1997.

Lög um almannatryggingar nr. 117.1993.

Lög nr 154/2001 um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar.

Lög um sjúkrabjálfun nr. 58/1976.

Minnisblöð frá innri endurskoðun Tryggingastofnunar ríkisins.

Minnisblöð frá Sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins.

Minnisblöð og tillögur nefndar um breytt fyrirkomulag í samskiptum TR, lækna og sjúkrabjálfa, nóvember 2001.

Reglugerð nr. 953/2001 um 6.breytingu á reglugerð nr.68/1996 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu.

Reglugerð nr. 218/2002 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu

Samningur milli Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og Félags sjálfstætt starfandi sjúkrabjálfa (FSSS) um sjúkrabjálfun. Undirritaður 22. mars 2002.

Samningur um sjúkraþjálfun milli Tryggingastofnunar ríkisins og Sjálfsbjargar Akureyri. Undirritaður 13. mars 2002

Samningur milli Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og Félags íslenskra sjúkraþjálfara (FÍSP) um sjúkraþjálfun. Undirritaður 11. febrúar 1988.

Samningur milli Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og Félags íslenskra sjúkraþjálfara (FÍSP) um sjúkraþjálfun. Undirritaður 11. apríl 1995.

Samningur milli Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og Félags íslenskra sjúkraþjálfara (FÍSP) um sjúkraþjálfun. Undirritaður 26. mars 1998.

Sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfarar. 2001. Bréf til Samkeppnisstofnunar, 14. mars.

Tryggingastofnun ríkisins (1998-2000), Staðtölur almannaþrygginga (Reykjavík: T.R.)

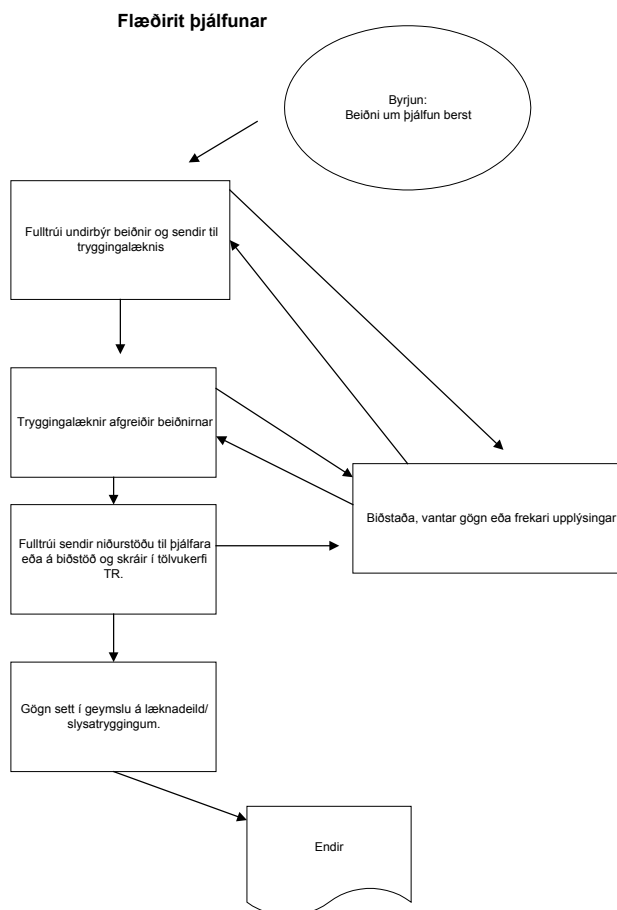
Umboðsmaður Alþingis. 2002 . Bréf til Læknafélags Íslands 22. febrúar.

Unnur Pétursdóttir. „Verður endurhæfing 24 þúsund Íslendinga í uppnámi?“ Morgunblaðið 17. janúar 2002.

Úrskurður kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna, dags. 13. mars 2002.

Viðauki 1

Flæðirit 1: Ferill samkvæmt gildandi reglum í gæðahandbók læknadeildar



Flæðirit 2: Ferill í reynd

