

Svar

heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Þórunni Sveinbjarnardóttur um lækna.

1. Hve mörg stöðugildi lækna voru á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri árið 2021 og árið 2016? Hversu margir læknar mönnum þessi stöðugildi?

	2016		2021	
	Stöðugildi á ári	Fjöldi kennitalna	Stöðugildi á ári	Fjöldi kennitalna
Sjúkrahúsið á Akureyri	59,7	139	69,7	170
Landspítali	499,8	872	590,9	1064

2. Hve mörg stöðugildi lækna voru á heilsugæslustöðvum (skipt eftir heilbrigðisumdæmum) árið 2016 og árið 2021? Hversu margir læknar mönnum þessi stöðugildi?

	2016		2021	
	Stöðugildi á ári (með verktökum)	Heildarfjöldi kennitalna á ári	Stöðugildi á ári (með verktökum)	Heildarfjöldi kennitalna á ári
HH	135,3	266	154,6	397
HSU	21,8	47	22	43
HVE	18,6		18,6	
HSS	15,1	50	18,1	51
HSA	11,27	76	18,15	89
HVEST	5		7	20
Kirkjusandur	5		7	
Heilsuvernd			7	9
Höfðabakki			13,5	16
Salus			8,55	11

Svar barst ekki frá Heilbrigðisstofnun Norðurlands.

3. Hefur ráðuneytið sett viðmið um mönnun lækna á heilbrigðisstofnunum?

Nei, ráðuneytið hefur ekki sett viðmið um mönnun lækna á heilbrigðisstofnunum enn þá.

Skipulag og starfsemi hverrar stofnunar eða einingar hefur áhrif á mönnunarþörf. Hver stofnun ber ábyrgð á því að skipuleggja mönnun út frá sínum þörfum. Þá má nefna að allar stofnanirnar eru með svokallaða verkfallslista sem sendir eru til stéttarféлага. Slíkir listar eru hugsaðir sem öryggislistar þar sem skilgreind er lágmarksmönnun til að halda starfseminni gangandi til skemmri tíma, sbr. svar við 5 tölul. fyrirspurnarinnar.

Í heilbrigðisráðuneytinu fer nú fram vinna við umfangsmikla mönnunargreiningu þvert

á heilbrigðiskerfið sem mun hjálpa ráðuneytinu við að kortleggja mönnunina nú og þörfina til framtíðar. Nálgunin miðast við að móta framtíðarfarveg fyrir gögn og greiningar sem heilbrigðisráðuneytið þarf að búa yfir til að ná yfirsýn yfir mönnun heilbrigðisstétta og styðja við ákvarðanatöku sem snýr að mönnun eins og m.a. varðandi mönnunarviðmið.

Mönnunarþörf lækna þarf að greina út frá fjölmörgum breytum. Taka þarf meðal annars tillit til breyttrar aldursamsetningar samfélagsins, mannfjöldaþróunar, fjölda ferðamanna, fjármagns, auk skipulags og verkefna á hverri stofnun fyrir sig. Verkefnið er viðamikil en stefnt er að því að bæði ráðuneytið og heilbrigðisstofnanir geti farið að nýta vinnuna til ákvarðanatöku síðar á þessu ári.

Landsráð um menntun og mönnun var einnig stofnað í maí 2021. Hlutverk þess er að vera ráðgefandi fyrir undirbúning ákvarðana ráðherra á sviði mönnunar og menntunar í heilbrigðisþjónustu, auk þess að vera samráðsvettvangur á þessu sviði þvert á menntastofnanir, fagfélög, sjúklingasamtök og aðra hagsmunaaðila.

4. Hefur ráðuneytið skilgreint störf lækna í heilbrigðiskerfinu og þá hvort störf þeirra eða hluti starfa þeirra geti verið unninn af öðrum fagstéttum í heilbrigðiskerfinu?

Markmið laga um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012, er að tryggja gæði heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga með því að skilgreina kröfur um menntun, kunnáttu og færni heilbrigðisstarfsmanna og starfshætti þeirra. Í 4. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn segir eftirfarandi: „Rétt til að nota starfsheiti löggildrar heilbrigðisstéttar skv. 3. gr. og starfa sem heilbrigðisstarfsmaður hér á landi hefur sá einn sem fengið hefur til þess leyfi landlæknis.“ Samkvæmt 25. gr. laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, hefur landlæknir eftirlit með að heilbrigðisþjónusta uppfylli faglegar kröfur til reksturs heilbrigðisþjónustu og ákvæði heilbrigðislöggjafar á hverjum tíma.

Í 5. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012, er kveðið á um að ráðherra skuli með reglugerð kveða á um skilyrði sem uppfylla þarf til að hljóta starfsleyfi innan tiltekinnar löggiltar heilbrigðisstéttar. Ráðherra er heimilt að kveða á um starfssvið viðkomandi heilbrigðisstéttar í reglugerð. Í frumvarpi því er varð að lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012, segir í athugasemd við 5. gr. „Þá er gert ráð fyrir að heimilt verði að kveða á um starfssvið viðkomandi heilbrigðisstéttar með reglugerð. Það yrði þó gert með almennum hætti enda er víða mikil skörun milli starfsstétta og því erfitt að afmarka starfssvið með tæmandi hætti. Afmörkun á starfssviði einnar heilbrigðisstéttar gæti einnig falið í sér ónauðsynlegar takmarkanir á starfssviði annarrar heilbrigðisstéttar. Með ónauðsynlegum takmörkunum er hér átt við takmarkanir sem eru ekki nauðsynlegar vegna öryggis og hagsmuna sjúklinga. Mestu máli skiptir að heilbrigðisstarfsmaður virði faglegar takmarkanir sínar og sinni einungis þeim störfum sem hann hefur menntun og hæfni til að sinna, sbr. ákvæði 4. mgr. 13. gr. og 1. mgr. 16. gr. frumvarps þessa.“

Á grundvelli laga um heilbrigðisstarfsmenn hafa verið settar reglugerðir um menntun, réttindi og skyldur hvernar heilbrigðisstéttar fyrir sig ásamt skilyrðum fyrir starfsleyfi í þeirri stétt og eftir atvikum einnig sérfræðileyfi. Í reglugerðunum er ekki kveðið á um það með afgerandi hætti hvaða hlutverk hver og ein heilbrigðisstétt hefur og samræmist það því sem að framan er rakið og kom fram í greinargerð með frumvarpi er varð að lögum um heilbrigðisstarfsmenn. Almennu eru hlutverk ákveðinna heilbrigðisstétta því ekki skilgreind sérstaklega í lögum og reglugerðum.

Hins vegar er þó með skýrum og afgerandi hætti kveðið á um það í lyfjalögum, nr. 100/2020, hvaða heilbrigðisstéttir hafi heimild til að ávísa lyfjum. Til viðbótar er gert ráð fyrir því að læknar gefi út læknavottorð, sbr. reglur nr. 586/1991 um gerð og útgáfu læknavottorða.

Ráðuneytið hefur ekki skilgreint störf lækna í heilbrigðiskerfinu umfram framangreint nema með almennum hætti, sbr. reglugerð nr. 467/2015, um menntun, réttindi og skyldur lækna og skilyrði til að hljóta almennt lækningaleyfi og sérfræðileyfi sem sett er á grundvelli laga um heilbrigðisstarfsmenn. Í 12. gr. reglugerðarinnar segir að læknir skuli virða faglegar takmarkanir sínar og leita eftir aðstoð eða vísa sjúklingi til annars heilbrigðisstarfsmanns eftir því sem nauðsynlegt og mögulegt er, svo sem ef hann telur sig ekki geta veitt sjúklingnum viðeigandi heilbrigðisþjónustu. Sambærilegt ákvæði er að finna í reglugerðum allra heilbrigðisstétta.

Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki skilgreint hvort störf eða hluti starfa lækna megi vinna af öðrum fagstéttum í heilbrigðiskerfinu, en í ráðuneytinu fer nú fram vinna sem miðar að því að öðlast heildstæða sýn á stöðu mönnunar innan heilbrigðiskerfisins, sbr. svar við 3. tölul. fyrirspurnarinnar. Landsráð um menntun og mönnun, sem ráðgefandi samráðsvettvangur á þessu sviði þvert á menntastofnanir, fagfélög, sjúklingasamtök og aðra hagsmunaaðila, er að skoða hvort þörf sé á að skilgreina ákveðin störf fyrir ákveðnar heilbrigðisstéttir umfram framangreint. Annars er það hlutverk hverrar stofnunar fyrir sig að tryggja að hæfni, menntun og reynsla hverrar starfsstéttar nýtist sem best og stuðla að teymisvinnu.

5. *Hvert er lágmarksviðmið um mönnun lækna á heilbrigðisstofnunum?*

Í kröfulýsingu um heilsugæslustöðvar stendur að mönnun sé á ábyrgð rekstraraðila og almennt er mönnun hverrar stofnunar á ábyrgð hennar.

Ráðuneytið hefur ekki sett lágmarksviðmið um mönnun lækna á heilbrigðisstofnunum sbr. svar við 3. tölul. fyrirspurnarinnar. Hver stofnun skipuleggur mönnun út frá sínum þörfum. Það skipulag tekur yfirleitt mið af umfangi starfseminnar og starfsemistölum eins og íbúafjölda á hverjum stað, samsetningu innbyrðis eins og aldursdreifingu íbúa, innlögnum, komum, legutíma og einnig er eigindlegum gögnum safnað þ.e. upplifun starfsmanna. Að auki er tekið tillit til sveifla í þörf fyrir þjónustu svo sem tengt ferðaþjónustu. Þannig getur verið munur á skipulagi mönnunar heilbrigðisstarfsfólks eftir einingum, stofnunum og landssvæðum. Við skipulag mönnunar horfa stofnanir einnig til fjárveitinga/fjárheimilda og aðgengi að starfsfólki.

Embætti landlæknis hefur tekið mið af því mönnunarskipulagi sem hver heilbrigðisstofnun leggur upp með til að mæta þjónustubörf. Við eftirlit og í úttektum embættis landlæknis er mönnun metin út frá umfangi starfseminnar. Starfsemistölur eru skoðaðar svo sem upplýsingar um fjölda innlagna og koma, legutíma, biðtíma og fleira. Einnig eru eigindlegum gögnum safnað þ.e. upplifun starfsmanna, sjúklinga og annara ef það á við. Þá eru skoðaðar íbúatölur og fjarlægðir innan heilbrigðisumdæma þegar það á við.

Þá má nefna að allar stofnanirnar eru með svokallaða verkfalllista sem sendir eru til stéttarféлага. Slíkir listar eru hugsaðir sem öryggislistar þar sem skilgreind er lágmarksmönnun til að halda starfseminni gangandi til skemmri tíma.

Við rekstur heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu er til viðmiðunar fjármagn innan fjármögnunarlíkans heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, útgáfa 2023 (janúar). Við rekstur heilsugæslustöðva á landsbyggðinni er til viðmiðunar það fjármagn sem dreift er innan fjármögnunarlíkans heilsugæslu á landsbyggðinni, útgáfa 2023 (janúar). Almennt byggjast greiðslur til stöðvanna á fjölda, lýðfræðilegri samsetningu og einkennum skráðra skjólstæðinga stöðvanna. Tekið er mið af aldri, kyni, mældri sjúkdómsbyrði, félagslegum aðstæðum einstaklinga, mældum þjónustubáttum o.s.frv. Þegar um er að ræða minnstu stöðvarnar á landsbyggðinni er greitt sérstakt smæðarálag.

Próunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) hefur, að ósk fagráðs ÞÍH, lagt mat á mönnunarbörf heilsugæslunnar (fyrsta stigs þjónustu) en ekki lagt mat á lágmarksviðmið

mönnunarþarfa lækna á heilbrigðisstofnunum úti á landi þar sem boðið er upp á annars stigs þjónusta líka. Það var metið svo að það þyrfti sennilega einn heimilislækni á 1.000 til 1.500 íbúa. ÞÍH telur seinni töluna þó sennilega of háa og að hún ætti að vera nær 1.200 íbúum og bendir á að forsendur þessa mats eru afar misjafnar eftir verkefnum, svæðum o.s.frv.

Í svari Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins kemur fram að í fjármögnunarkerfi heilsugæslunnar eru ekki lágmarksviðmið um mönnun stétta en hver svæðisstjóri/yfirmaður stöðvar skipuleggur mönnun og starfsemi sinnar stöðvar út frá þeim viðmiðum sem starfsemi byggist á, þ.e. fjölda skráðra, stærð upptökusvæðis, samsetningu íbúa, fjöldi skóla o.s.frv. Þar er líka bent á að óformlegt viðmið varðandi mönnun lækna hefur verið haft til hliðsjónar við mönnun stöðva og hefur miðast við 1.500 skjólstæðinga á hvern heimilislækni en að Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins hafi sjaldan náð því viðmiði. Hámarksviðmið samkvæmt greiðslulíkani sé hins vegar 2.500 manns.

Mönnun lækna á heilsugæslustöðvum á landsbyggðinni sést í svari við 2. tölul. fyrirspurnarinnar en þær heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni sem gáfu upp mönnunarviðmið vísuðu til þess að reynt væri að miða við sambærileg viðmið og ÞÍH hefur, eða u.þ.b. einn lækni að meðaltali fyrir hverja 1.250 íbúa.

Í svari Landspítala kemur fram að þegar skilgreina á lágmarksviðmið mönnunar eru ótal breytur sem líta þarf til innan hvernar sérgreinar og þjónustueiningar. Þannig er skilgreining lágmarksmönnunar bráðþjónustu og legudeilda gerólík gæsluvaktaþjónustu sérhæfðari greina, svo fátt eitt sé nefnt. Hæfnidreifing lækna á Landspítala hefur einnig þróast mjög hratt á undanförunum áratug samhliða innleiðingu vottaðs sérnáms í flestum stærri sérgreinum lækninga, sem kallað hefur á gagngera endurskoðun. Heildstæð lágmarksviðmið um mönnun lækna þvert á stofnunina liggja ekki fyrir en öryggismörk hafa verið skilgreind út frá nauðsynlegum vaktalínum sem endurspeglast m.a. í öryggisviðmiðum sem fram koma í verkfallslistum. Mikilvægt er þó að gera greinarmun á öryggisviðmiðum og lágmarksviðmiðum mönnunar, þar sem lágmarksviðmið taka mið af fullum afköstum þjónustu af viðeigandi gæðum og öryggi á meðan öryggisviðmið taka mið af lágmarksþjónustu við sérstakar aðstæður, svo sem verkföll.

Þá bendir Landspítali á að mönnunarviðmið lækna skortir líka í öðrum löndum og eru ástæður þessa margar, en þar leikur eðli sjálfrar þjónustunnar stóran þátt. Álagssveiflur eru algengar og oft miklar á bráðasjúkrahúsum eins og Landspítala og er þá gjarnan miðað við áætlað meðalalag við skipulag mönnunar. Sú nálgun verður sífellt flóknari samhliða takmörkuðu framboði á læknum og almennt vaxandi álagi. Gerð gegnsærra og áreiðanlegra mönnunarviðmiða lækna er eitt af forgangsverkefnum Landspítala. Sem stendur er, í samvinnu við Læknafélag Íslands og Félag sjúkrahúslækna, unnið að gerð starfsáætlana og skilgreiningar vinnuskipulags lækna með aðkomu erlendra ráðgjafa. Áætlað er að verkefninu ljúki á þessu ári og verður þá hægt að svara fyrirspurninni á markvissari og ítarlegri máta fyrir Landspítala.

Viðmið læknamönnunar Sjúkrahússins á Akureyri hafa miðast umfang starfseminnar, fjárheimildir og hvernig aðgengi er að starfsfólki. Sjúkrahúsið er að hefja það verkefni að greina betur eigin viðmið mönnunar. Unnið er að stefnumótun á sviði lækninga sem leitast við að skilgreina umfang þeirrar þjónustu sem sjúkrahúsið á að veita.

6. Getur ráðuneytið upplýst um meðalaldur og kynskiptingu í læknaþétt?

Eftirfarandi upplýsingar bárust frá Læknafélagi Íslands (LÍ), unnar að beiðni LÍ.

Fjöldi	Meðalaldur	Meðalaldur karla	Meðalaldur kvenna	Fjöldi karla	Fjöldi kvenna	Hlutfall karla	Hlutfall kvenna
1493	45,8	49,2	42,2	763	730	51%	49%

7. *Hversu mörg leggja stund á kandídatsnám í læknisfræði hér á landi?*

Fjöldi þeirra sem stunda nám í læknisfræði til cand.med.-gráðu við Háskóla Íslands eftir námsárum háskólaárið 2022–2023 er:

- 1. ár: 61
- 2. ár: 61
- 3. ár: 61
- 4. ár: 61
- 5. ár: 56
- 6. ár: 53

8. *Hversu mörg luku 12 mánaða starfsþjálfun á sjúkrahúsum og heilsugæslum til að uppfylla skilyrði um almennt lækningaleyfi (kandídatsár) árið 2016 og 2022?*

Árið 2016 luku 44 læknakandídatar með tímabundið lækningaleyfi 12 mánaða starfsþjálfun sem var til ársins 2021 skilyrði fyrir almennu lækningaleyfi. Árið 2022 luku 74 læknar með almennt lækningaleyfi 12 mánaða þjálfun í sérnámsgrunni. Með reglugerð nr. 411/2021, um breytingu á reglugerð um menntun, réttindi og skyldur lækna og skilyrði fyrir almennu lækningaleyfi og sérfræðileyfi nr. 467/2015, var skilyrðum fyrir almennu lækningaleyfi breytt. Ekki var lengur gerð krafa um 12 mánaða verklega þjálfun (kandídatsár) að loknu 6 ára háskólanámi í læknisfræði (cand.med.). Frá þeim tíma hófst kennsla sérnámsgrunns sem er með svipuðu sniði og þjálfunin sem áður var skilyrði fyrir almennu lækningaleyfi, sbr. núgildandi 3. mgr. 8. gr. reglugerðar nr. 467/2015. Þar segir „Sérnám skal hefjast á sérnámsgrunni sem skal vera 12 mánaða klínískt nám og þannig skipulagður að 4 mánuðir séu á lyflækningadeild, a.m.k. 4 mánuðir á heilsugæslu, og 2 til 4 mánuðir á öðrum deildum, hámark tveimur. Sérnámsgrunni skal að fullu lokið áður en sérnám í aðalgrein hefst.“