

Alþingi, nefndarsvið  
Austurstræti 8 – 10  
150 Reykjavík

*Alþingi*  
*Erindi nr. P 141/1581*  
*komudagur 14.2.2013*

Reykjavík, 14. febrúar 2013

**Efni: Tillaga til þingsályktunar um velferðarstefnu – heilbrigðisáætlun til ársins 2020.  
Mál nr. 470.**


Samtök heilbrigðisfyrirtækja (SH), en fyrirtæki innan þeirra samtaka eiga aðild að SVP, sendu umsögn sína um drög að heilbrigðisáætlun með bréfi til velferðarráðuneytisins þann 5. október s.l. (sjá meðfylgjandi). Sú þingsályktun sem hér er til umfjöllunar byggist á því plaggi.

Eins og kemur fram í umsögn samtakanna eru það fjölmörg atriði sem gerðar eru athugasemdir við. Samtökin bentu sérstaklega á mikilvægi þess að auka vægi einkarekstrar í heilbrigðisþjónstu og lýstu vonbrigðum sínum með hversu lítill hluti er ætlaður einkarekstri í þeim drögum sem þá lágu fyrir. Var í því sambandi vísað til þess sem OECD hefur ítrekað bent á, þ.e. hversu lítill hluti heilbrigðisþjónustunnar er rekinn af einkaaðilum hér á landi og nauðsyn þess að þar verði breyting á. OECD telur að með því móti muni fjármagn nýttast betur og þjónusta í heilbrigðiskerfinu batna.

Ekki er að sjá að tekið hafi verið tillit til þessa meginatriðis í umsögn samtakanna og því er það sem þar var sagt hér með áréttað. Þegar höfð er í huga sú staðreynd að 1/3 allra heimsókna til lækna, er til sérfræðinga sem starfandi eru utan spítala, hlýtur það að vekja upp áleitnar spurningar um merkingu þeirrar þingslályktunartillögu sem hér um ræðir, að ekki þyki ástæða til að gera einkarekinni heilbrigðisþjónustu hærra undir höfði en raun ber vitni. Samtökin vilja því hvetja nefndina til að taka tillöguna til gagn Gerrar endurskoðunar að því leyti, áður en hún verður afgreidd frá Alþingi.

Að öðru leyti vísa samtökin til þeirrar umsagnar sem send var til velferðarráðuneytisins, en í einstaka atriðum hefur verið tekið tillit til þeirra athugasemda sem komu fram í þeirri umsögn samtakanna.

Virðingarfyllt,

  
Andrés Magnússon, framkvæmdastjóri.

Velferðarráðuneytið  
Hafnarhúsinu við Tryggvagötu  
150 Reykjavík

5. október 2012.

### ***Efni: Umsögn um drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020***

SH-Samtök heilbrigðisfyrirtækja þakka ráðuneytinu fyrir að fá tækifæri til að senda inn athugasemdir við drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020 og vona að tekið verði tillit til ábendinga samtakanna þrátt fyrir að umsögn berist eftir gefinn uppsagnarfrest sem var alltof stuttur miðað við umfang draganna.

#### **Inngangur**

Minnt er á að hér er um yfirgripsmikið efni að ræða og markmiðssetningu til langs tíma sem mun snerta alla neytendur þjónustunnar sem og veitendur. Því er mikilvægt að markmiðin sem stefnt er að séu skýr, raunhæf og skiljanleg öllum.

SH vilja leggja áherslu á að í heilbrigðisáætlun sé staðið vörð um grundvallar framtíðarsýn sem byggir m.a. á:

1. Valfrelsi neytenda til þjónustu
2. Fjölbreytileika þjónustuforma
  - a. Samfélagsrekstur (ríki og sveitarfélög)
  - b. Einkarekstur
  - c. Rekstur sjálfseignarstofnana
3. Tryggu aðgengi að þjónustu
4. Samkeppni þjónustuveitenda.

SH telja umhugsunarefni ríkisvæðingu og samþjöppun heilbrigðisþjónustu í spítala – og heilsugæsluþjónustu undanfarinna ára. Ljóst er öllum sem sjá vilja að þessi samþjöppun hefur ekki leitt til skilvirkari þjónustu. Heilsugæslan býr við tilvistarkreppu sem SH telja fyrst og fremst á grundvelli þess rekstrarforms sem hún býr við. Á höfuðborgarsvæðinu hefur sjúkrahúsum fækkað úr fjórum í eitt á fáum árum. Meintur ávinningur þess er óljós og í það besta til skamms tíma fjárhagslegur. Mikilvægt er að samkeppni og samanburður eigi sér stað í þeirri þjónustu sem og annari. Svo er ekki í dag.

OECD hefur ítrekað bent á að lítill hluti heilbrigðisþjónustunnar sé rekinn af einkaaðilum hér á landi en jafnframt hvatt til þess að þessu verði breytt. Þannig nýtist fjármagn betur og þjónusta batni. Vert er að halda þessu á lofti í heilbrigðisáætlun.

Það veldur vonbrigðum hve lítið er ætlað einkarekstri í fyrirliggjandi drögum. Einnig er með ólíkindum að aðeins fáeinum línunum sé varið í utanspítala sérfræðiþjónustu lækna í plagginu. Þess ber að minnast að 1/3 allra koma til lækna er á vegum sérfræðinga utan spítala. Lesa má þau skilaboð úr drögunum að eina markmiðið sé að skilgreina þörfina á þessari þjónustu. Þannig megi lesa á milli línanna að eitthvað sé þar nú þegar sem ekki eigi rétt á sér. Svo er auðvitað ekki.

Mönnum er tíðrætt um hugtakið „grunnþjónusta“ og samasem merki er sett á milli heilsugæslu og þessa hugtaks. Þetta er ill skiljanlegt þar sem hugtakið á við almenna grunnþjónustu í

heilbrigðiskerfinu sem heilsugæslan ein hvorki getur, á eða mun geta sinnt ein. Til grunnþjónustu verður að telja spítala- og sérfræðiþjónustu samhliða. Sérþekking á milli þessara þriggja grunnveitenda þjónustunnar er misjöfn en til að öflugt og skilvirkt heilbrigðiskerfi geti starfað í þágu neytenda og greiðenda þjónustunnar verða allir þessir þættir að vinna saman. Drögin sem fyrir liggja stuðla ekki að því.

#### **Tillögur að textabreytingum og viðbótum:**

Í ljósi þess að í skýrslu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (World Report on Disability, 2011) er viðurkennt að fatlað fólk býr við verri heilsu og lélegra aðgengi að heilbrigðisþjónustu en aðrir er lögð til eftirfarandi viðbót inn í kafla

**A. Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum** – á bls. 10 verði bætt við eftirfarandi (tillaga að viðbót feitiletruð):

1. „Viðurkennt er að fatlað fólk býr við verri heilsu og lélegra aðgengi að heilbrigðisþjónustu en aðrir. Í 25. grein sammings SP um réttindi fatlaðs fólks segir að aðildarríki viðurkenni að fatlað fólk hafi rétt til þess að njóta góðrar heilsu að hæsta marki, sem unnt er, án mismununar vegna fötlunar. Heilbrigðisþjónusta eigi meðal annars að miða að því að draga úr fötlun eins og framast sé kostur og koma í veg fyrir frekari fötlun“. Jöfnuður er því grundvallaratriði þegar tryggja á lífsgæði og heilbrigði þjóða.

Á bls. 14 verði bætt við einni aðgerð:

2. **5. aðgerð:** Að gerð verði könnun á því hvort notkun óhefðbundinna tjáskiptaleiða hamli aðgengi fatlaðs fólks að velferðarþjónustu.  
**Ábyrgð:** Velferðarráðuneytið  
**Framkvæmdaraðili:**  
**Samstarfsaðilar:**  
**Kostnaður:**  
**Tímabil:** Árslok 2014

#### **C2 Heilsugæsla**

Markmið: Heilsugæslan fyrsti viðkomustaður og samhæfingaraðli heilbrigðisþjónustu. Hér er visst misræmi í markmiðum hins opinbera og framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar að minnsta kosti hvað snýr að kostnaðarþátttöku sjúklinga. Ef einstaklingur leitar til heilsugæslunnar vegna heilbrigðisvanda og þarf á tilvísun að halda áfram í kerfinu svo sem á bráðamóttöku sjúkrahús er honum í raun refsað með því að hann þarf að greiða fullt komugjald á báðum stöðum. Sá sem leitar beint á bráðamóttökuna sparar sér þannig pening. Þessu þarf að breyta, að afsláttur verði veittur sem nemur að minnsta kosti sjúklingagjaldinu í heilsugæslunni við komu á bráðamóttöku.

**1. aðgerð:** Að verklag innan heilsugæslunnar verði endurskoðað með það að markmiði að auka teymisvinnu innan heilsugæslunnar með breyttri samsetningu mannafla.

Spurning hvað er átt við með þessu, óljóst orðalag. Snýst ekki málið um að samsetning mannafla heilsugæslunnar verði í samræmi við þau verkefni sem hún á að sinna. Að teymisvinna verði þar hluti af verkferlum.



Er verið að fela og reyna bregðast við skorti á sérmenntuðum heimilislæknum með þessari aðgerð. Í svona aðgerðaáætlun vantar það grundvallaratriði að hver og einn landsmaður eigi að eiga þess kost að hafa sinn eigin heimilislækni. Það á að byggja heilsugæsluna þannig upp að sérmenntaðir heimilislæknar fái til starfa innan hennar. Þar á meðal á að skoða þann möguleika að bjóða upp á mismunandi rekstrarform heilsugæslunnar. Án nægjanlegs framboðs sérmenntaðra heimilislækna mun heilsugæslan aldrei geta staðið undir merkjum. Skipting verkefna milli starfsstétta og verkferlar innan heilsugæslunnar er svo annað mál. Gera þarf úttekt á mannaflapörf læknahluta heilsugæslunnar, þar kreppir skóinn mest að í dag.

Í svona aðgerðaáætlun ætti að vera ein aðgerð sem hljómar einhvern vegin svona:

**1. aðgerð: Sérhver einstaklingur á að eiga þess kost að skrá sig hjá ákveðnum heimilislækni sem hefur umsjón með heilsu hans, lækningu sjúkdóma og forvörnum, og sinnir samhæfingu úrræða fyrir einstaklinginn. Vinna þarf að því að fjölga sérmenntuðum heimilislæknum svo þetta verði raunhæft.**

**3. aðgerð: Að settar verði á fót unglíngamóttökur fyrir fólk á aldrinum 14-23 ára sem bjóði meðal annars upp á ráðgjöf um kynlíf og kynheilbrigði.**

Mjög vafasamt er að vera að brjóta upp heilsugæsluna. Það á einmitt að tengja unglíngana við heilsugæsluna svo þeir leiti þangað áfram síðar. Ekki vera að búa til sérúrræði sem halda unglíngunum frá móttöku heilsugæslustöðvanna. Í dag fer fram mikil fræðsla og ráðgjöf til unglíngana um kynlíf og kynheilbrigði í viðtölum á heilsugæslustöðvunum. Ef áhyggjur eru af aldurshópnum 18-23 ára ætti að endurskoða kostnaðarhlutdeild þeirra í heilbrigðisþjónustunni, sbr. frítt fyrir yngri en 18 ára.

### C.3 Sérfræðiþjónusta

**Markmið: Greiður aðgangur að nauðsynlegri sérfræðiþjónustu**

**Mælikvarðar:**

**1. Að þarfagreining fyrir sérfræðiþjónustu í heilbrigðisumdæmum liggi fyrir í árslok 2015.**

**1. aðgerð: Að greina þarfir íbúa fyrir mismunandi tegundir heilbrigðisþjónustu eftir fólksfjölda, aldurssamsetningu, atvinnusamsetningu og atvinnustigi.**

Er þetta allt og sumt sem skýrsluhöfundar hafa til málanna að leggja þegar horft er til umfangs og mikilvægis sérfræðiþjónustu innan íslensks heilbrigðiskerfis. Þessi kaflar sérstaklega kallar á meiri tíma til að vinna að bitastæðum og raunhæfum tillögum sem samtökin verða að koma að á síðari stigum.

### C.6 Mannafli í heilbrigðisþjónustu

**3. aðgerð: Að fjölga námsstöðum í heimilislækningum úr 12 í 17.**

Mjög mikilvægt að framkvæma. Mannaflapörf heilsugæslunnar fyrir sérmenntaða heimilislækna er um 11-17 á ári eftir því við hvaða forsendur er miðað, það er hve marga einstaklinga einn heimilislæknir getur sinnt. Það er ekki nóg bara að fjölga stöðuheimildum. Það þarf að tryggja að einstaklingar í þessum stöðum geti komist tafarlaust í gegnum deildavinnu á sjúkrahúsum. Í þessu samhengi er einnig mikilvægt að tryggja að unglæknar geti sérmenntað sig í heimilislækningum á landsbyggðinni enda er mönnun þar nú þegar orðin kritísk. Það er einnig áhyggjuefni hversu margir af unglæknunum fara erlendis að loknum þessum 3 ára námsstöðum. Óvíst hvort og hvenær þeir snúa aftur heim.

## C 7. Rafræn skráning, miðlun og nýting heilbrigðisupplýsinga

### 1. Að koma á samræmdri skráningu og samtengdri rafrænni sjúkraskrá fyrir allt landið fyrir árslok 2015.

Mjög mikilvægt. Hins vegar þarf að huga að notanda viðmóti rafrænnar sjúkraskrár og aðlaga hana hvað heimilislækna snertir að starfsumhverfi heimilislækna. Gæði upplýsinga úr rafrænni sjúkraskrá verða aldrei betri en þær upplýsingar sem settar eru í hana. Hvað varðar heimilislækningar þá er ill mögulegt fyrir heimilislækna að setja inn réttar sjúkdómsgreiningar í mörgum tilvikum. Allt of hátt flækjustig á greiningum.

#### Niðurlag

Það er skoðun SH að umrædd drög beri þess merki að vera hroðvirknislega unnin og ekki rista djúpt málefnalega séð. Skýrslunni er skipt niður í þrjá efnisþætti sem síðan eru brotnir niður í nokkur markmið sem lofar góðu en þegar svo mælikvarðar og yfirlit eru skoðuð er eins og skýrsluhöfundar hafi fallið á tíma og ekki náð að klára vinnuna. Í fyrsta lagi eru flestir mælikvarðar og aðgerðir miðaðar við að þessi "aðgerðaáætlun" sé til 2015 en ekki 2020. Í öðru lagi eru þessir mælikvarðar efnislega skelfilegur vitnisburður um þekkingarleysi innan opinberrar stjórnáætlun innan heilbrigðiskerfisins. T.d. þegar litið er til hluta heilsugæslunnar þá miða tveir helstu mælikvarðarnir að því að því annars vegar að komast að því innan tveggja ára hvaða þjónustu heilsugæslan er yfirhöfuð að bjóða! og hins vegar að komast að því aftur innan tveggja ára hvaða hlutfall sjúklinga leita til heilsugæslunnar sem fyrsta viðkomustaðar.

Þetta er meginverkefnið hjá þjónustuaðila sem skv. þessari skýrslu hefur rækilega verið undir smásjóni undanfarin ár, þrátt fyrir það og mikla stjórnáætlunulega yfirbyggingu liggur ekki fyrir hvaða þjónustu þessi skipulagsheild er að bjóða uppá. Ekki orð um raunverulegan vanda þessa þjónustuaðila s.s. hækkandi meðalaldur lækna, flótti lækna, of fáa lækna, mikla óánægju og gríðarlegan mismun á afköstum heilsugæslustöðva hvorki þarna né í kaflanum um mannafla (C6).

Aðgerðaáætlun tekur vanalega til skrefa sem miða að því að brúa bilið á milli núverandi stöðu og æskilegrar stöðu (framτίðarsýnar). Þessi skýrsla er miklu frekar "drög að inngangi að heilbrigðisáætlun" þar sem flest allir mælikvarðar og aðgerðir miða að því að greina núverandi stöðu frekar en að útlísta raunverulegar aðgerðir sem miða að því að færa núverandi stöðu að æskilegri. Aðgerðir sem sýna raunverulega hvernig hið opinbera ætlar sér að afla, stýra og ráðstafa auðlindum (mannafla, þekkingu og fjármunum) til þess að geta boðið íbúum þessa lands upp á "fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverju tíma eru tök á að veita".

Þá verður að teljast afar sérstakt að flest allir kostnaðarliðir eru skilgreindir "innan ramma" sem er þægileg en afar ótrúverðug lausn og skýr vísbending um grunn vinnubrögð skýrsluhöfunda.

F.h. SH-Samtaka heilbrigðisfyrirtækja



Stefán E. Matthíasson, formaður SH