

**Sp.**

**1054. Skýrsla**

**[435. mál]**

heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um íslenska heilbrigðisáætlun.

(Lögð fyrir Alþingi á 109. löggjafarþingi 1986–87.)

Á fundi ríkisstjórnarinnar 20. mars 1986 var eftirfarandi tillaga Ragnildar Helgadóttur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um íslenska heilbrigðisáætlun samþykkt:

„Ríkisstjórnin samþykkir að vinna að landsáætlun í heilbrigðismálum með hliðsjón af stefnu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, sem nefnd er „Heilbrigði allra árið 2000“, í þeim tilgangi að stórauka forvarnir gegn sjúkdómum og slysum ásamt örorku og ótímabærum dauðsföllum af þeirra völdum. Áætlunin skal m.a. taka mið af vörnum gegn langvinnum sjúkdómum og því að búa hinn vaxandi fjölda aldraðra undir gott heilsufar í ellinni. Forgangsverkefni í áætluninni skulu miðast við íslenskar aðstæður.

Áhersla verður lögð á að kynna og efla heilbrigða lífshætti eftir því sem unnt er með stjórnvaldsáðgerðum og er óskað samstarfs við önnur ráðuneyti um framkvæmd verkefnisins.

Heilbrigðisráðherra mun leggja drög að áætluninni fram í ríkisstjórninni innan tíðar.“

Í framhaldi af þessari samþykkt skipaði heilbrigðisráðherra 10. apríl 1986 sérstakan starfshóp til að gera rammadrög að íslenskri heilbrigðisáætlun þar sem í fyrsta áfanga væru

m.a. tillögur um þær aðgerðir sem væru aðkallandi og svo kostnaðarlitlar að unnt væri að hrinda þeim í framkvæmd mjög fljótlega.

Hugsunin er enn fremur, eins og segir í skipunarbréfi starfshópsins, að áætlunin marki stefnu í aðgerðum til að koma í veg fyrir sjúkdóma og slys svo sem verða má. Nauðsynlegt er að gera áætlun um samræmdar aðgerðir og markviss skref í þessu fyrirbyggjandi starfi.

Starfshópin skipuðu Páll Sigurðsson ráðuneytisstjóri, sem jafnframt var formaður hans, Guðjón Magnússon aðstoðarlandlæknir og Hrafn V. Friðriksson yfirlæknir sem annaðist fundarritun.

Við gerð áætlunarinnar miðaði starfshópurinn við íslenskar aðstæður og stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar „Heilbrigði allra árið 2000“ frá árinu 1977. Einnig var tekið mið af heilbrigðisstefnu og heilbrigðismarkmiðum Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar frá 1980 og 1984 og samsvarandi heilbrigðisáætlunum nágrannaljóða okkar, einkum Finnlands.

Tillögur starfshópsins eru í níu liðum með þrjátíu og þremur markmiðum, ásamt fylgiskjali. Skipta má tillögunum í þrjá aðalþætti. Fyrst er fjallað um stefnumörkun í heilbrigðismálum, heilsugæslu og sjúkrahúsmálum og sett fram markmið. Síðan er fjallað um þau atriði sem leggja ber áherslu á til að bæta heilsufar þjóðarinnar og sett fram markmið. Að lokum er fjallað um nauðsynlegar stöðaðgerðir til að ná fram settum markmiðum. Í fylgiritinu eru tekin saman verkefni í þrjátíu og þremur liðum, sem nauðsynlegt er að framkvæma til að ná settum markmiðum heilbrigðisáætlunarinnar.

## 1. INNGANGUR

Heilbrigði er meðal þeirra lífsgæða sem mest eru metin nú á dögum. Heilbrigði er hvort tveggja í senn dýrmætasta eign hvers einstaklings og um leið ein verðmætasta auðlind hversrar þjóðar. Í stofnskrá Sameinuðu þjóðanna segir m.a. að það sé grundvallarréttur hvers manns að fá að njóta bestu heilsu sem völ er á án tillits til kynþáttar, trúarbragða, stjórnmalaskoðana, efnahagslegra eða félagslegra aðstæðna. Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 59/1983 segir að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tæk á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði. Áherslan er því ekki lögð á lækningar heldur á heilsuvernd. Á undanförunum áratugum hefur heilbrigði Íslendinga gjörbreyst og er nú með því besta sem gerist meðal þjóða. Þrátt fyrir batnandi heilsufar hafa kröfur almennings um aukna heilbrigðisþjónustu stöðugt aukist m.a. vegna nýrra og bættra meðferðarmöguleika og breyttra samfélagsaðstæðna, svo sem fjölgunar aldraðra.

Heilbrigðishugtakið hefur jafnframt breyst þannig að fólk leitar nú hjálpar heilbrigðisþjónustunnar af öðrum og minni tilefnum en áður.

Það hefur verið ljóst um nokkurt skeið að lífshættir einstaklinga og umhverfið ráða miklu um heilsufar og framvindu þess. Viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar eru því ekki eingöngu að lækna og hjúkra heldur ekki síður að koma í veg fyrir sjúkdóma. Þetta gerir heilbrigðisþjónustan í samvinnu við fjölda aðila, bæði einstaklingana sjálfa, félög og stofnanir. Heilsufar Íslendinga nú kallar á breyttar aðferðir við skipulagningu og stjórnun heilbrigðisþjónustu en ekki síður á breyttar áherslur í framkvæmd heilbrigðisþjónustu sem aftur gerir aðrar kröfur til heilbrigðisstarfsmanna en verið hefur. Í samræmi við þessar breyttu aðstæður þarf að setja heilbrigðisþjónustunni ný markmið. Í þeim markmiðum verði tekið tillit til þess að:

**Læknisþjónusta** tekur við hinum sjúka og kostar kapps um að bjarga lífi, draga úr þjáningu og örkuðum.

**Heilsuvernd** beinist að þekktri áhættu í umhverfi eða hjá einstaklingnum sjálfum (mengun, reykingar, offita, of há blóðfita o.fl.) og kostar kapps um að útrýma eða draga úr þeirri áhættu eins og frekast er kostur.

**Heilsurækt** miðar að því að gera einstaklingnum kleift að auka hreysti og efla vitund hans og vilja til að viðhalda heilbrigði.

Heilbrigðismarkmið eru sett til að stuðla að og bæta heilbrigði einstaklingsins. Þessu höfuðmarkmiði má skipta í þrjú svið:

1. Að bæta árum við lífið.

Þetta þýðir að ótímabærum dauðsföllum fækki og lífslíkur aukist.

2. Að bæta heilbrigði við lífið.

Þetta þýðir að fólkið í framtíðinni eigi fleiri heilbrigð og starfsöm ár, fólk fái færri sjúkdóma og verði fyrir færri slysum en áður.

3. Að bæta lífi við árin.

Þetta þýðir að heilbrigði aukist og að fleira fólk en nú finnist það vera hraust og stjórna starfsdegi sínum þannig að því finnist lífið ríkt af reynslu og breytilegum verkefnum.

Heilbrigði er hluti af vellíðan einstaklings og þjóðfélags. Menning og fjárhagur getur haft mikil áhrif á heilsufar einstaklinganna. Sjúkdómar eru hluti af lífi hvers manns og fötlun er hluti af lífi margra en hinir sjúku og fötluðu geta einnig notið ánægju lífsins.

Í heilbrigðisþjónustunni á fólkið ekki að líta á sig eingöngu sem neytendur. Hugmyndin er að maðurinn verði þátttakandi í heilbrigðisþjónustunni og honum sé ljóst, hvað hann getur gert fyrir sig og hvað heilbrigðisþjónustan getur gert fyrir hann.

Fullkomin heilbrigðisþjónusta næst aðeins með því móti að þjóðfélagsþegnarnir nýti hana og geri til hennar kröfur.

Heilbrigði er í dag að hluta til ákvörðunaratriði einstaklings og fjölskyldna.

Heilbrigðisþjónustan getur veitt mikla hjálp en án samvinnu við einstaklinginn er hún lítils virði og einstaklingurinn verður að gera sér ljóst að hann er samverkamaður og ekki aðeins neytandi.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur sett fram markmið fyrir heilbrigði allra ára 2000.

Þau þrjú markmið, sem eru hornsteinar í þessu sambandi, eru:

1. Að stuðla að heilbrigðu lífni.

2. Að draga úr hættum sem valda heilsutjóni.

3. Að reka heilbrigðiskerfi sem þjónar fólkinu.

Til þess að ná þessum markmiðum þarf auk heilbrigðisstjórnar samspil margra þátta, svo sem löggjafar, fjármála, stjórnunar, menntamála, upplýsinga og rannsókna og árangurinn þarf að meta.

### *Markmið 1.*

Tilgangur heilbrigðisþjónustunnar er að skapa heilsufarslegt jafnrétti, að bæta árum við lífið, heilbrigði við lífið og lífi við árin. Til þess að svo megi verða þarf að tryggja að tekið sé fullt tillit til heilbrigðisþjónarmiða í þjóðfélagsumræðunni eftir því sem við á, einnig að ákvarðanir stjórnvalda séu ekki síður byggðar á vitneskju um heilsufarslegar afleiðingar þeirra ákvarðana en efnahagslegum og menningarlegum áhrifum. Sérstaklega er áriðandi að gefa gaum að þörfum þeirra sem verst eru settir og þjóðfélagshópa sem ekki njóta fyllsta jafnréttis til að öðlast heilbrigði eða njóta heilbrigðisþjónustu. Í því sambandi er rétt að nefna sérstaklega aldraða, einstæðar mæður með börn og þá sem þjást af langvinnnum sjúkdómum sem valda verulegri fötlun.

## 2. STEFNA Í HEILBRIGÐISMÁLUM

Á Íslandi hefur heilbrigðisþjónustan lengi verið á ábyrgð ríkisvalds og sveitarfélaga.

Síðustu hundrað ár hefur verið reynt að fjölga læknumenntuðu fólki á öllum svæðum landsins og síðustu fimmtíu ár hafa einkennst af sérhæfðri uppbyggingu eftir því sem reynsla og menntun hefur gefið tilefni til.

Sum sveitarfélög hafa tekið mjög ábyrgan þátt í þessari uppbyggingu og þar sem þau hafa verið framkvæmdaaðili hefur þjónustan orðið meiri en þar sem ríkið eitt hefur þurft að byggja upp þjónustuna.

Síðustu fimmtíu ár hafa einkennst af uppbyggingu stofnana, einkum sjúkrahúsa.

Lögin um heilsuverndarstöðvar skiptu sköpum á sínum tíma í þjónustu ungbarna og mæðraverndar.

Lögin um heilbrigðisþjónustu 1973 skiptu verulegu máli í sambandi við að koma upp nútímalegri heilbrigðisþjónustu um landið allt og það má segja að sú þjónusta nái til alls landsins nú nema Reykjavíkur og Garðabæjar.

Á tímabili var læknskortur í landinu og þess gætti mjög í þeim tillögum sem settar voru fram um 1970 en nú er svo komið að lækna fjöldi á Íslandi er meiri en þarf til þess að sinna heilbrigðisþjónustu í landinu.

Það sem einkennir nú heilbrigðisþjónustu á Íslandi er að sjúkrarúma fjöldi er meiri en víðast annars staðar en skortur hjúkrunarfræðinga veldur því að stofnanir eru ekki reknar í þeim mæli sem hægt væri.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur, síðan lög um almannatryggingar komust á, verið greidd af opinberum aðilum að mestu leyti og nú er svo komið að enginn Íslendingur þarf að greiða fyrir dvöl á sjúkrahúsi og aðeins lítilræði fyrir aðra heilbrigðisþjónustu.

### *Markmið 2.*

Verkaskiptingu milli ríkis og sveitarfélaga um rekstur heilbrigðisþjónustu verði breytt á þann veg að saman fari ábyrgð á fjármögnun og rekstri.

Jafnframt verði ríki og sveitarfélögum heimilt að gera samning við einkaaðila og félagasamtök um að annast afmarkaða rekstrarþætti.

Árlega verði á Alþingi lögð fram stefnumörkun í heilbrigðismálum í tengslum við fjárlagafrumvarpið.

## 3. STEFNA Í HEILSUGÆSLU OG SJÚKRAHÚSSMÁLUM

### *1. Heilsugæslustöðvar.*

Svo sem áður sagði var heilbrigðislöggjöfin 1973 stefnumarkandi um það að byggja upp heilsugæslu í landinu öllu.

Síðasti áratugur hefur einkennst af þessum markmiðum og uppbygging heilsugæslustöðva og fjölgun heilbrigðisstarfslíðs um allt land hefur verið liður í framkvæmd þeirrar stefnu.

Erfitt er að meta árangur þessa starfs en ljóst er að dreifðar byggðir landsins una betur við hlutskipti sitt nú en fyrir 15 árum.

Með tölvuvæðingu heilsugæslunnar mun brátt verða unnt að sýna þann árangur sem náðst hefur af þessu starfi fyrir unga og aldna og líklegt er að uppbygging heilsugæslunnar eigi eftir að skila miklum árangri hvað varðar heilbrigðisþjónustu aldraðra í framtíðinni. Á síðasta ári komst tölvuvæðing heilsugæslustöðvanna vel áleiðis.

### *2. Sjúkrahús.*

Það sem nú einkennir heilbrigðisþjónustu á Íslandi er að fjöldi sjúkrarúma er meiri en víðast hvar annars staðar.

Stefnt verði að fækkun sjúkrarúma á sjúkrahúsum en fjölgun rúma á hjúkrunarheimilum þannig að sjúklingar geti dvalist sem næst heimilum sínum sé þess kostur.

Aukin verði göngudeilda- og dagdeildaþjónusta sjúkrahúsa í þeim tilgangi að stytta legutíma og fækka innlögnum. Vistun á hjúkrunarheimili til langframa sé háð mati sérfróðra aðila um að vistun sé óhjákvæmileg.

Heimahjúkrun er nú greidd af sjúkrasamlögum samkvæmt nýjum lögum.

#### *Markmið 3.*

Stefnt skal að því að heilsugæslustöðvar verði hornsteinar heilsugæslunnar hver á sínu starfssvæði í samvinnu við göngudeildir sjúkrahúsa og sérhæfðar stofnanir (t.d. Heyrnar- og talmeinastöðina, Vinnueftirlit ríkisins, Hollustuvernd ríkisins, Húð- og kynsjúkdómadeild ríkisins, berklayfirlækniseimbætti, skólayfirlækniseimbætti, Sjónstöð Íslands o.fl.).

Leitast verði við að auka samstarf heilsugæslunnar við aðra aðila, svo sem íþrótt- og fræðslufirvöld, félagsmálastofnanir, lögreglu o.fl. í því skyni að auka heilsuvernd og heilsurækt.

#### *Markmið 4.*

Taka þarf fyrir, til gagngerðar endurskoðunar:

1. Flokkun sjúkrahúsa, verkaskiptingu þeirra og starfssvið hvers sjúkrahúss.
2. Reglur um starfssvæði einstakra stofnana.
3. Reglur um mönnun eftir starfssviði hverrar stofnunar. Stefnt skal að því að skýrari greinarmunur verði gerður á sérhæfðu sjúkrahúsi, almennu sjúkrahúsi og hjúkrunarheimili.

### 4. HEILBRIGÐIR LÍFSHÆTTIR

Venjur og lífshættir hafa veruleg og sennilega úrslitaáhrif á heilbrigði einstaklingsins. Áróður fyrir heilbrigðum lífsháttum er nauðsyn í nútímaþjóðfélagi.

Of lítið hefur verið gert að því af heilbrigðisyfirvöldum á Íslandi að taka jákvæða og hvetjandi afstöðu í þessum málum.

Sérstök áhersla hefur þó verið lögð á þetta síðustu árin og því eru þessi heilbrigðismarkmið sett fram.

Allt starf að heilbrigðisfræðslu geldur þess hve lítið fjármagn fæst til að gera fræðslufni og hvað því fjármagni er dreift til margra aðila. Mörg lög og reglugerðir sem heyra undir mismunandi ráðuneyti fjalla um heilbrigðisfræðslu í einhverri mynd en lítið verður úr framkvæmdum. Að undirbúa fræðslufni er vandasamt verk þar sem saman þarf að fara þekking á viðfangsefninu, tæknikunnátta til skýrrar framsetningar og kunnátta í dreifingu og samskiptum við fjölmiðla.

Þær stofnanir og ráðuneyti, sem með þessi mál fara í dag, hafa yfirleitt ekki yfir að ráða þeim mannafla sem þarf til heilbrigðisfræðslu — frá hugmynd til framkvæmdar. Starfið verður því oft handahófskennt og árangur minni en ella.

#### *Markmið 5.*

Komið verði á fót stofnun forvarna- og heilbrigðisfræðslu. Þessi stofnun annist ráðgjöf um heilbrigða lifnaðarhætti, gerð fræðslufnis og endurmenntun starfslíðs í heilsugæslu.

Til þessarar stofnunar færast starfsemi áfengisvarnaráðs, tóbaksvarnanefndar, manneldisráðs, tannverndarstarfsemi og starfsemi CINDI-verkefnis.

Til þess að stuðla að heilbrigðum lifnaðarháttum verður lögð á það áhersla að starfslíð heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa fái grundvallarmenntun og kennslu í heilbrigðisfræðslu og kennslu í heilsufræði til þess að geta miðlað þeim sem þangað leita. Samvinna verði hafin við skóla og félög um að þau taki þátt í herferð fyrir heilbrigðari lifnaðarháttum fjölskyldna og einstaklinga.

#### 4.1. Manneldismarkmið og matvælaframleiðsla.

Fram á þessa öld veltu menn ekki fyrir sér manneldi á Íslandi að öðru leyti en því hvort allir hefðu mat til næsta máls.

Nú er þessu öðruvísi háttað. Allir hafa til hnífs og skeiðar og það er ástæða til að gefa ráð um hvaða fæða er holl og hvaða fæða er óholl.

Talið er að leiðbeina þurfi fólki um fæðuval, einkum af þeim ástæðum að minnka þurfi fitu, sykurla og matarsalt í fæðunni.

Almenningur neytir yfirleitt of mikillar fæðu og þess vegna er offita verulegt vandamál á Íslandi.

Fæðan á að innihalda nauðsynleg efni til vaxtar, viðhalds, endurnýjunar og brennslu. Fæðan þarf einnig að vera hættulaus og er eftirlit með aukaeftum í fæðu mikilvægt.

##### *Markmið 6.*

Næringarástand þjóðarinnar er talið gott en það þarf að sjá um að allir fái nægan mat og að í honum séu rétt hlutföll frá næringarfræðilegu sjónarmiði. Leggja skal áherslu á framleiðslu og framboð hollrar innlendrar fæðu. Það á að ýta með ýmsu móti undir neyslu kornmetis, fisks, kjöts sem er magurt, kartafna og grænmetis. Stuðla skal að neyslu mjólkurvara með lágu fituinnihaldi með fræðslu og verðstýringu. Neysla matar, sem hefur mikið af sykri og neysla sætinda svo og saltaðs matar, á að minnka með upplýsingastarfsemi og verðstýringu.

Til þess að gera fæðuval auðveldara eiga upplýsingar á vörum að vera áberandi og vel skiljanlegar.

Eftirlit með aukaeftum í matvælum á að vera fullnægjandi.

Á grundvelli þeirrar vinnu og upplýsinga, sem manneldisráð hefur gert, hafa verið sett fram matvælaframleiðslu- og manneldismarkmið og ný slík markmið verði unnin fyrir árið 1990 og síðan endurnýjuð á fimm ára fresti.

Markmiðin skulu innihalda fyrirmæli um verðlagningu, framleiðslu og þá upplýsingu sem er nauðsynleg til þess að þjóðin snúi sér að heilbrigðara mataræði en nú tíðkast.

#### 4.2. Skaðsemi tóbaksnotkunar.

Á Íslandi er áætlað að 200—300 manns deyi á hverju ári af tóbaksreykingum, beinum og óbeinum. Þess vegna er talið eðlilegt að stuðla markvisst að útrýmingu tóbaksneyslu.

##### *Markmið 7.*

Markmiðið er að draga úr og síðar útrýma neyslu tóbaks með því að fá fólk til að byrja ekki að reykja og það sem reykir til að hætta. Til þess að ná þessu markmiði verður að auka bæði upplýsingar og áróður og taka til sérstakrar íhugunar tengsl milli reykninga og annarra lífnaðarháttanna.

Það verður að minnka verulega og helst útiloka að fólk sem ekki reykir þurfi að líða tóbaksreyk.

Verð á tóbaksvörum á að hækka árlega umfram verðhækkanir almennra neysluvara þannig að tóbaksverð sé ávallt langt yfir almennu verðlagi.

Það á að útiloka áhrif innflytjenda á það að stýra útsöluverði tóbaksvara.

#### 4.3. Skaðleg áhrif áfengis.

Enda þótt heildarnotkun áfengis á Íslandi sé minni en í flestum löndum er það staðreynd að óæskileg heilsufarsleg áhrif áfengisneyslu eru mikil á Íslandi.

Þess vegna verður að vinna að því að minnka heildaráfengisneyslu og útrýma ofneyslu.

#### *Markmið 8.*

Markmiðið er að minnka og eyða að lokum alveg óæskilegum heilsufarslegum áhrifum áfengisnotkunar.

Almenna neyslu áfengis þarf að minnka. Á næsta hálfum áratug verður lögð sérstök áhersla á upplýsingastarfsemi og ráðgjöf sem heilbrigðisgeirinn veitir, svo og að greina áfengisvanda á byrjunarstigi.

Það á að stofna til samvinnu milli heilbrigðisyfirvalda og félagasamtaka sem hafa bindindi á stefnuskrá sinni og reyna að efla starf þessara samtaka.

Verð áfengra drykkja þarf að hækka á næstu fimm árum þannig að verðið hækki árlega umfram verðlag og sterkt áfengi meira en létt.

Sett verði áætlun til að ná þessum markmiðum og hún endurskoðuð á fimm ára fresti, fyrst árið 1990.

#### **4.4. Geðheilsa.**

Vandamál tengd geðheilsu og persónulegum tengslum manna eru fjölmörg og virðast fara vaxandi.

#### *Markmið 9.*

Til þess að minnka líkur á geðrænum vandamálum á að auka möguleika fólks til persónulegra tengsla. Til þess að ná þeim markmiðum á að auka menntun, leiðbeiningar og hjálp í vandasömum tilvikum. Það á að aðlaga heilbrigðisþjónustuna þannig að hún hjálpi fólki að fást við vandamál daglegs lífs og jafnframt verði séð til þess að félagsleg ráðgjöf verði aukin og bætt af hálfu opinberra aðila og félagasamtaka. Víðtæku upplýsingastarfi þarf að koma á til að stuðla að eigin geðvernd einstaklinga.

Peir sem eiga við langvarandi veikindi að stríða, svo og fatlaðir og aldraðir, þurfa sérstakrar hjálpar við til þess að ná og halda tengslum við samfélagið og annað fólk.

#### **4.5. Líkamsrækt og þjálfun.**

Samstaða er um að líkamsrækt og líkamleg þjálfun sé undirstaða heilbrigði. Líkamleg þjálfun er nauðsynleg fyrir alla aldurshópa. Breyttar þjóðfélagsaðstæður, atvinnuhættir og færri áreynslutækifæri gera meiri kröfur um líkamsrækt og þjálfun fyrir alla aldurshópa en áður.

#### *Markmið 10.*

Það á að gefa þjóðfélagsþegnum fleiri og meiri tækifæri til heilbrigðrar hreyfingar en nú er. Efla þarf aðstöðu almennings til íþróttaiðkana innan dyra og byggja í því skyni almenningsíþróttahús eða samnýta betur en nú er tiltæk íþróttamannvirki. Einnig þarf að gefa gaum að því að fólk fái tækifæri til að hreyfa sig utan dyra og setja upp sérstakar gang- og hjólreiðabrautir í þéttbýli. Skipulagsmálum skal haga þannig að fólk, einkum það eldra og þeir sem eru fatlaðir, geti notið umhverfisins með hreyfingu og þjálfun utan dyra.

### **5. HEILBRIGÐISEFTIRLIT**

Heilbrigðiseftirlit er mikilvægur þáttur heilbrigðisþjónustunnar. Það á að tryggja heilsusamleg hífýli og umhverfi, hreint andrúmsloft, neysluvatn, matvæli og neysluvörur.

#### *Markmið 11.*

Eitt af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar er að leggja reglulega mat á hvort heilbrigði manna sé hætta búin af nánasta umhverfi. Heilbrigðiseftirlit á að vinna að því að minnka líffræðilega, eðlisfræðilega og efnafræðilega áhættuþætti.

Framlag þeirra, sem vinna við heilbrigðiseftirlit, felst aðallega í að annast eftirlit og gefa upplýsingar og leiðbeiningar.

Stýring þessara mála með sérstökum lögum og reglugerðum kann að vera nauðsynleg, en megináhersla er lögð á fræðslu og samvinnu fremur en valdboð.

#### **5.1. Minnkun líffræðilegra áhættuþátta.**

Margir sjúkdómar af völdum örvera geta smitast með fæðu og vatni og það hefur verið nauðsynlegt að gera ráðstafanir til að hindra slíka smitun.

Þróun ónæmisáðgerða er fyrirsjáanleg og nauðsynleg með hliðsjón af veiru- og sýklasjúkdómum.

##### *Markmið 12.*

Í heilsugæslunni verður áfram sérstök áhersla lögð á rannsóknir og upplýsingar hvað varðar heilnæmi matar og vatns. Sá árangur, sem náðst hefur í smitsjúkdómavörnum, verður bættur með því að auka almennar varnaðarráðstafanir með auknum ónæmisáðgerðum og þær verða skipulagðar jafnóðum fyrir þá sjúkdóma sem ný og nothæf bóluefni verða til fyrir. Löggjöf um smitsjúkdóma og sóttvarnir verði endurskoðuð, en sú endurskoðun er nú hafin.

#### **5.2. Minnkun eðlisfræðilegra áhættuþátta.**

Aðrir áhættuþættir en líffræðilegir eru fyrst og fremst umhverfisþættir, svo sem hávaði frá umferð og iðnaði og jónandi geislun vegna lækningarannsókna og frá notkun kjarnorku í friðsamlegum tilgangi eða vegna hernaðartilrauna.

##### *Markmið 13.*

Leggja skal áherslu á að fólkið verði fyrir minni jónandi geislun en nú er. Notkun röntgenskoðana verði stillt í hóf og teknar upp aðrar greiningaraðferðir þar sem þær eru til.

Þátttaka í alþjóðasamstarfi um varnir gegn jónandi geislun og kjarnorkuvá verður eflað.

Sérstök áhersla verði lögð á að draga úr áhrifum hávaðamengunar og reynist það nauðsynlegt verða settar sérstakar reglur um það efni.

#### **5.3. Minnkun efnafræðilegra áhættuþátta.**

Þegar á það er litið að það eru tugir þúsunda efna og efnasambanda í notkun og í umhverfi okkar er ljóst að heilbrigðishætta af þessum efnum er oft fyrir hendi og stundum veruleg.

Stöðugt bætist við ný vitneskja um heilbrigðishættu af efnum sem geta verið í nánasta umhverfi okkar svo sem í neysluvatni, matvælum, hífýlum, á vinnustað og í andrúmslofti sem stafar af bruna lífrænna efnasambanda í iðnaði og umferð og notkun eiturefna og hættulegra efna. Auðvelda þarf almenningi og stjórnvöldum að meta þessa áhættu og gera sér grein fyrir hver áhrifin geta orðið.

##### *Markmið 14.*

Heilbrigðisáhætta og varnir gegn eiturefnum og hættulegum efnum verði athuguð sérstaklega. Frumvarp til nýrra laga um eiturefni og hættuleg efni verði lagt fyrir Alþingi fljótlega og þar verði lögð aðaláhersla á að fyrirbyggja heilbrigðisáhættu frá eiturefnum og kanna eiturefni áður en notkun þeirra er heimiluð.

Lög um eftirlit með matvælum og öðrum neyslu- og nauðsynjavörum verði endurskoðuð og þau færð í nútímahorf til að auðvelda eftirlit með matvælum og öryggi þeirra.



#### *Markmið 15.*

Loftmengun verði athuguð sérstaklega og settir loftgæðastaðlar. Áhersla verði lögð á að dregið verði úr eiturefnum í bensíni. Loftræsting í almennum byggingum og á vinnustöðum verði athuguð sérstaklega. Þá verði hert eftirlit með og settar reglur um byggingarefni sem nota má til innréttinga á íbúðarhúsnæði og vinnuhúsnæði og þau efni sem notuð eru í húsgögn til þess að tryggja heilnæmi innilofts.

Samin verði rammalöggjöf um umhverfismál fyrir Ísland þar sem samræmd verði starfsemi þeirra aðila sem starfa að umhverfismálum.

#### **5.4. Vinnuvernd.**

Breytingar í þjóðfélags- og framleiðsluháttum hafa gert það að verkum að atvinnuhættir hafa breyst verulega. Það er því ljóst að vinnuverndarmál þarf að taka sérstökum tókum, einkum með tilliti til nýrrar tækni, og heilbrigðisvandamál tengd þeim svo sem einhæfni í starfi, slyshættu, eiturefnahættu, hávaðamengun og heyrnarskerðingu sem henni fylgir. Tryggja þarf fullnægjandi aðbúnað á vinnustöðum.

#### *Markmið 16.*

Vinnuverndarmál verði tekin til sérstakrar athugunar og landsáætlun um aðbúnað, öryggi og hollustuhætti á vinnustöðum gerð af hlutaðeigandi aðilum og endurskoðuð reglulega, fyrst árið 1990. Við þá athugun verði þess sérstaklega gætt að huga að bæði líkamlegum og geðrænum heilbrigðisvandamálum sem tengd eru vinnu. Þá er stefnan að fækka slysum við vinnu um helming fram til ársins 2000. Heyrnarskaði vegna hávaða verði minnkaður með því að lækka hávaðapröskuld sem heimill er á vinnustöðum. Annað markmið er að minnka áhrif skaðlegra efna við vinnu. Notkun hættulegustu efnanna verði bönnuð fullkomlega fyrir árið 1995.

#### **5.5. Slysavarnir.**

Slys eru vaxandi vandamál á Íslandi og hafa veruleg áhrif á kostnað þjóðfélagsins og afkomu einstaklinganna.

Flest slys er hægt að koma í veg fyrir með sérstökum ráðum og leiðbeiningum, jafnvel löggjöf, svo sem vinnulöggjöf og umferðarlögum.

Sérstaklega ber að gæta að slysum í umferð, á sjó, á heimilum, í skólum og í frítímum og íþróttum. Slys á börnum og unglingum eru tíð hér á landi og þau þarf að athuga sérstaklega.

#### *Markmið 17.*

Slysavarnir verði samræmdar og sett um þær löggjöf ef nauðsyn krefur. Sérstakt slysaráð verði stofnað til að samræma nauðsynlegar aðgerðir. Verkefni slysaráðs verði m.a. að gera landsáætlun um slysavarnir sem endurskoðuð verði reglulega og fyrst árið 1990. Tekið verði mið af tíðni og orsökum slysa og þau könnuð. Leitað verði samvinnu við þá aðila sem lögum samkvæmt annast rannsóknir á flug- og sjóslysum.

Sérstaklega verður að benda á að nauðsynlegt er að draga úr skaðlegri notkun áfengis sem slysavalds.

### **6. ÞRÓUN HEILBRIGÐISKERFISINS**

Áður hefur verið minnst á ákveðna þætti í breytingu og þróun heilbrigðiskerfisins.

Ísland hefur lagt sérstaka áherslu á heilsugæslukerfið annars vegar og uppbyggingu mjög sérhæfðrar sérfræðiþjónustu hins vegar.

Þátt í þessu taka ríkisvald, sveitarstjórnir, félagasamtök (sjálfseignastofnanir) og einstaklingar.

Heilsugæslukerfið hefur verið byggt upp um landið allt og er betur upp byggt á strjálbýlissvæðum. Hins vegar er sérfræðipjónustan mun meiri á þéttbýlissvæðunum. Stefnt hefur verið að uppbyggingu sérfræðipjónustu á Akureyri, auk Reykjavíkur.

Sérfræðipjónusta tannlækna, sérfræðinga sem vinna utan sjúkrahúsa, atvinnu-sjúkdómavarna, sjúkráþjálfunar og endurhæfingar er mikilvægur þáttur heilsugæslu-pjónustunnar.

#### *Markmið 18.*

Í þróun heilbrigðisþjónustunnar verði sérstök áhersla lögð á heilsugæslu. Sérfræðipjónustu verði haldið á því háa stigi sem hún er nú á.

Meiri fjármunum verði varið til málefna aldraðra, tannlækninga, geðlækninga og endurhæfingar.

Það þarf því meiri fjármuni til heilbrigðisþjónustunnar í framtíðinni en nú.

Starfslíði þarf að fjölga bæði til að sinna þeim nýju verkefnum sem ráð er fyrir gert að tekin verði upp og auknum verkefnum á öðrum sviðum.

Markvisst verði dregið úr þeim mun sem er á möguleikum fólks til heilbrigðisþjónustu eftir búsetu.

#### *Markmið 19.*

Stefnt verði að því að gera heilbrigðisþjónustuna persónulegri og þjalli en hún er nú og reyna að hafa meðferð samfellda þannig að sjúklingar geti ávallt leitað sama læknis þegar um langvarandi meðferð er að ræða.

Meðferðaráttanir, sem staðfestar eru af heilbrigðisstjórn, eiga að auka möguleika sjúklinga á að taka virkari þátt í og fylgjast betur með meðferð sinni.

Hér er gert ráð fyrir meðferðaráætlunum sem gerðar verða fyrir ákveðna sjúkdóma og kynntar sem slíkar.

### **6.1. Heilsugæslan.**

Áður hefur verið minnst á þær breytingar sem urðu við setningu laga um heilbrigðisþjónustu 1973 og uppbyggingu heilsugæslukerfisins um landið.

#### *Markmið 20.*

Stefnt er að aukinni þjónustu og fjölgun starfsmanna í heilsugæslu. Fyrirbyggjandi starfsemi, göngudeildarstarf, heimahjúkrun, sjúkráþjálfun og heilbrigðisfræðsla verður aukin. Ný áætlun verður gerð um nauðsynlega mönnun á hverri heilsugæslustöð og verði markmiðum þeirrar áætlunar náð 1990.

Hvað lækna snertir verði miðað við að ekki séu færri en einn læknir á hverja 1000 íbúa eða brot úr þeirri tölu á heilsugæslustöðvum utan þéttbýlissvæðis og ekki færri en einn læknir á hverja 1500 íbúa á fjölbýlissvæði.

Gera skal áætlun um að fyrir 1990 verði tveir fastráðnir læknar á öllum H1-stöðvum þannig að þeir séu þar starfandi saman a.m.k. sex til átta mánuði á ári.

#### *Markið 21.*

Sérfræðileg göngudeildarþjónusta sjúkrahúsa og sérfræðipjónusta á heilsugæslustöðvum fyrir heilsugæsluumdæmi verði skipulögð þannig að fyrir árið 1995 verði kostur á sérfræðipjónustu á öllum stærri heilsugæslustöðvum og á göngudeildum sjúkrahúsa.

#### *Markmið 22.*

Stefnt verði að því að endurhæfingaraðstæða verði í hverju heilsugæsluumdæmi eða í næsta sjúkrahúsi, en sérhæfð endurhæfingarstarfsemi í Reykjavík og á Akureyri.

Endurhæfingarstarfsemi verði rekin á breiðum grundvelli og taki einnig til fyrirbyggjandi þjálfunar.

Sérstaklega ber að taka tillit til þeirra sem eru mikið fatlaðir.

## **6.2. Tannheilsa.**

Á síðustu árum hefur orðið veruleg fjölgun á tannlæknum og er fjöldi þeirra nú svipaður hér á landi miðað við fjölda íbúa og annars staðar á Norðurlöndum. Jafnframt hefur þáttur hins opinbera í kostnaði við tannviðgerðir barna og unglunga aukist. Þrátt fyrir þetta er ljóst að árangur í baráttunni gegn tannskemmdum er mun lakari hér á landi en í nágrannalöndum. Hluti af skýringunni er að ekki hefur verið lögð næg áhersla á varnir gegn tannskemmdum samhliða aukinni og bættri viðgerðarþjónustu. Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá 1973 var gert ráð fyrir tannheilsugæslu, forvörnum og tannviðgerðum á heilsugæslustöðvum. Af því hefur ekki orðið. Síðasta árið hafa veruleg skref verið stigin til aukinnar tannverndar á vegum heilbrigðisráðuneytisins og framlög Tannverndarsjóðs í þessu skyni margfölduð.

### *Markmið 23.*

Sérstakt átak verði gert til að bæta tannheilsu þjóðarinnar. Kannaðar verði leiðir til að auka verulega varnir gegn tannskemmdum. Huga þarf að skipulagi tannheilsugæslunnar með það fyrir augum að áherslur séu í samræmi við meginmarkmið um bætt tannheilsu almennings. Er þá bæði átt við greiðslur hins opinbera og samræmdar aðgerðir til að draga úr tannskemmdum. Sérstaklega þarf að kanna hvernig megi tryggja betur en nú er að tannheilsugæslan sé hluti af almennri heilsugæslu og starfsemi heilsugæslustöðva.

Stefnt skal að því að fyrir árið 1995 verði tannlækningar orðnar hluti þeirrar heilsugæslu sem sjúkrasamlög greiða á sama hátt og lækniþjónustu.

## **6.3. Sérfræðiþjónusta sjúkrahúsa.**

Markmið sérfræðiþjónustu sjúkrahúsa er að sjá fyrir þeirri sérhæfðu þjónustu sem er nauðsynleg til þess að taka við þeim einstaklingum sem heilsugæslukerfið getur ekki sinnt.

### *Markmið 24.*

Gæðum sérfræðiþjónustu verði haldið og þau aukin eftir því sem kostur er.

Hlutverk sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri verði skilgreind sérstaklega, svo og annarra sjúkrahúsa utan Reykjavíkur þar sem sérfræðingar starfa.

Tengsl milli sérfræðiþjónustu sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva verði aukin svo sem greint er frá fyrr og bein tengsl verði tekin upp milli heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa að þessu leyti.

Beinum tengslum verði komið á milli sérfræðinga sem starfa á sjúkrahúsum í Reykjavík og á Akureyri og heilsugæsluumdæma þannig að ákveðið sjúkrahús fái umsjón með sérfræðiþjónustu á ákveðnu heilsugæslusvæði.

## **6.4. Geðlækningar.**

Geðlækniþjónusta hefur tekið verulegum breytingum síðasta áratug. Vistun hefur færst á deildir við sérhæfð sjúkrahús og göngudeildarstarfsemi hefur eflst svo og öll sérfræðiþjónusta vegna nýrra starfsstétta í faginu. Óleyst vandamál eru aðallega vegna unglunga og aldraðra.

### *Markmið 25.*

Sérstakar ráðstafanir verði gerðar vegna geðlækninga og almenn geðlækniþjónusta aukin.

Sérstök áhersla verður lögð á að geðlæknisþjónusta komi á heilsugæslustöðvum og menntun heilsugæslulækna miðist við að þeir geti sinnt geðsjúklingum að ákveðnu marki. Gera verður ráð fyrir að geðspítalar í Reykjavík og á Akureyri taki að sér þjónustuhlutverk fyrir ákveðin heilsugæslusvæði. Barna- og unglingsgeðdeild verði aðeins í Reykjavík.

Sjúkrarúmum fyrir geðsjúka verði ekki fjölgað en vaxandi áhersla lögð á að sjúklingar með langvarandi geðsjúkdóma fái rými á langlegudeildum eða í sambýlum með öðrum sjúklingum í þeim mæli sem unnt er. Aldraðir geðsjúklingar verði vistaðir í þeim mæli sem unnt er á almennum hjúkrunardeildum.

#### **6.5. Öldrunarlækningar.**

Ljóst er að á næstu árum fjölgar öldruðum hér á landi bæði hlutfallslega og tölulega. Heilbrigðisþjónustan verður að vera við því búin að mæta þjónustukröfum vegna þessa aldurshóps þegar á þessum áratug og í vaxandi mæli eftir það.

##### *Markmið 26.*

Þeirri uppbyggingu öldrunarlækninga, sem hafin er, verði haldið áfram. Öldrunarlækningadeildirnar í Reykjavík og á Akureyri hafi lykilhlutverk í sambandi við öldrunarmál, en stefnt verði að því að vista aldraða sjúklinga á hjúkrunarheimilum eða sjúkrahúsum í heimabyggð sinni.

Öldrunarþjónustan verði tengd heilbrigðisþjónustunni á heilsugæslustöðvum og félagslegri þjónustu félagsmálaráða svo sem lög mæla fyrir.

Lögð verði áhersla á endurhæfingu aldraðra og að þeir geti dvalist í heimahúsum með heimilishjálp og heimahjúkrun sem skipulögð er frá heilsugæslustöðvum, með starfslíði stöðvanna eða sjálfstætt starfandi hjúkrunarfræðingum.

#### **6.6 Sjúkratryggingar og örorkumat.**

Almenn sjúkratrygging hefur verið lögboðin hérlandis í áratugi og nú eru allir sjúkratryggðir hafi þeir lögheimili hér á landi.

Sjúkratryggingar greiða allan kostnað við sjúkrahúsvist en takmarkanir eru á greiðslum fyrir aðra þjónustu. Þannig greiðir fólk að hluta fyrir lyf og læknishjálp bæði á heilsugæslustöðvum og hjá sérfræðingum.

Sjúkratryggingar greiða ekki heilsuverndarkostnað og aðeins hluta af kostnaði vegna tannlækninga, endurhæfingar og ferðalaga vegna sjúkdóma. Ýmis þessi atriði þurfa endurskoðunar við, svo og fyrirkomulag dagpeningagreiðslna.

Vaxandi gagnrýni er á fyrirkomulag örorkumats almannatrygginga og er nauðsynlegt að taka það til gagngerðar endurskoðunar.

##### *Markmið 27.*

Sjúkratryggingabálgur almannatryggingalaga og ákvæði um örorkumat verði endurskoðuð sérstaklega. Tekið verði til athugunar að færa allan sjúkrahúskostnað frá sjúkratryggingum til fastra fjárlaga.

Einnig verði tekið til endurskoðunar greiðsluform sjúkratrygginga og greiðsluhlutur sjúklinga í hinum ýmsu lækningum. Þá verði sérstaklega gefinn gaumur að sjúkradagpeningagreiðslum og launum í veikindum þannig að betra samræmi verði á þeim ákvæðum en nú er milli ýmissa stétta og starfshópa.

Við endurskoðun verði sérstaklega gætt að því að fólki sé ekki mismunað með greiðslum eftir því hvar það er búsett á landinu og þarf því bæði að taka tillit til

ferðakostnaðar og upphaldskostnaðar sjúklinga og aðstandenda sé um að ræða sjúkdóma sem ekki er hægt að lækna í heimabyggð.

Tryggja þarf réttlátt örorkumat með hliðsjón af heilsufarslegum og félagslegum aðstæðum tryggðra.

#### **6.7. Lyfjamál.**

Fyrirkomulag lyfsöllumála er þannig hérlandis nú að lyfjaheildsala er öllum frjáls sem hafa í þjónustu sinni lyfjafræðinga. Smásalan er hins vegar með þremur undantekningum bundin við að lyfjafræðingur fái leyfi forseta Íslands til rekstrar lyfjabúðar í tilteknu umdæmi.

Ekkert mælir á móti breytingum til frjálsræðis og hagræðingar í lyfjasmásölu og er hægt að gera það án þess að slaka á kröfum um sérþekkingu.

#### *Markmið 28.*

Öll málefni lyfjasölu og lyfjaneyslu verði tekin til sérstakrar athugunar.

Sérstaklega verði litið á möguleika heilsugæslustöðva til þess að annast lyfjasölu og ráða lyfjafræðinga til að sinna þeim verkefnum á sama hátt og lækna og annað heilbrigðisstarfslið.

Upplýsingar til fólks um lyf og lyfjaneyslu skulu stórauðnar og sérstakar ráðstafanir gerðar til þess að draga úr ónauðsynlegri og óhóflegri lyfjaneyslu hvort sem hún er á kostnað sjúkratrygginga eða ekki.

Greiðslufyrirkomulag sjúklinga á lyfjum verði tekið til sérstakrar endurskoðunar með tilliti til þess að sanngirni sé gætt hvað snertir langvarandi sjúkdóma.

#### **6.8. Skaðabætur til sjúklinga.**

Reynslan sýnir að af og til verða óhöpp við lækningar sem koma óvænt og engum verður um kennt. Sanngjarnt er að þeir sem fyrir slíku verða fái hæfilegar bætur án þess að stofna þurfi til málaferla.

#### *Markmið 29.*

Settar verði sérstakar reglur um rétt sjúklinga til bóta ef þeir verða fyrir heilsutjóni vegna læknismeðferðar eða vegna veru á sjúkrastofnun þannig að þeir þurfi ekki að standa í málaferlum til þess að ná rétti sínum fram.

## **7. FRAMLÖG TIL HEILBRIGÐISMÁLA OG MANNAFLI**

### **7.1. Fjármunir.**

Síðustu 25 ár hafa fjárveitingar til heilbrigðisþjónustu aukist mjög verulega og er nú þannig komið að Ísland eyðir hlutfallslega af þjóðarframleiðslu jafnmiklu og aðrar Norðurlandþjóðir, eða um 10%.

#### *Markmið 30.*

Þeir fjármunir, sem verja á til heilbrigðismála, verði auknir frá því sem nú er til þess að mæta auknum þörfum vegna öldrunar íbúanna og vegna aukningar langvarandi sjúkdóma og ráðstafana til fyrirbyggjandi aðgerða og meðferðar.

Gerð verði áætlun um byggingu heilbrigðisstofnana þannig að heilbrigðisstofnanir til þess að sinna heilsugæslu verði allar komnar upp fyrir árið 1995 og fyrir árið 2000 verði að fullu sinnt stofnanarþjónustu eins og áætlunin gerir ráð fyrir.

## 7.2. Mannafli.

Starfslíði í heilbrigðisþjónustu hefur fjölgað mjög síðustu tvo áratugi án þess að áætlun hafi verið gerð um samræmingu menntunartilboða og starfa. Því er svo komið nú að offjölgun er í sumum starfsstéttum en skortur í öðrum. Til að leiðrétta þetta þarf samræmingu og skipulag, og launamálastefnu sem hvetur til starfa sem nú búa við skort á mannafla.

### *Markmið 31.*

Gerð verði sérstök áætlun fyrir 1990 um heildarmannaflapörf í heilbrigðisþjónustu og auk þess sérstök áætlun um þann fjölda sem þarf af læknum, hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum, sjúkraþjálfurum, iðjuþjálfum og meinatæknum fram til ársins 2000.

Námsskrár skóla almennt og skóla heilbrigðisstétta sérstaklega verði endurskoðaðar með sérstöku tilliti til þeirrar áherslu sem leggja skal á heilsugæslu og heilbrigðisfræðslu og skulu allar námsskrár þessara stétta samdar af aðilum sem tilnefndir eru bæði af menntamála- og heilbrigðisyfirvöldum.

Sérstaklega verði kannaðir möguleikar á sameiginlegri grunnmenntun þessara stétta þannig að fólk geti skipt um starf án mikillar viðbótarmenntunar.

## 8. RANNSÓKNIR

### 8.1. Rannsóknir vegna heilbrigðisstefnunnar.

Heilbrigðisþjónustan þarf að búa við virkt og öflugt upplýsingakerfi til eftirlits og mats á árangri ákvörðunartöku og aðgerða. Forsendur heilbrigðisáætlunarinnar eru þekking á heilsufari, dánarorsökum og þeim þáttum sem áhrif hafa til góðs eða ills í því sambandi eins og lífsmáti fólks, umhverfi þess, notkun og fyrirkomulag heilbrigðisþjónustunnar ásamt möguleikum á virkri ákvörðunartöku og stefnumörkun um heilbrigðismálefni. Núverandi upplýsingakerfi er ófullkomið og þungt í vöfum. Það byggir aðallega á dánarmeinaskrá en tölvuvæðing á útskriftaskrá sjúkráhusa og samskiptaskrá heilsugæslustöðva er í örri þróun.

### *Markmið 32.*

Fullnægjandi upplýsingakerfi til eftirlits og mats á heilbrigðisþjónustunni verði skipulagt fyrir 1990. Heilbrigðisrannsóknir verði eflar og í því skyni sérstök rannsóknaráætlun fyrir 1990 til stuðnings framkvæmd þessarar heilbrigðisáætlunar. Í því skyni verði tryggð nauðsynleg aðstaða og fjölgun fólks sem stundar heilbrigðisrannsóknir. Sérstaklega verði gefinn gaumur að rannsóknum á sambandi lífsmáta fólks og umhverfis á heilsufar þess, svo og rannsóknum á heilsugæsluverkefnum í heilbrigðiskerfinu sjálfu, hvernig það reynist, hvernig það starfar og hver árangur þess er.

## 9. ALÞJÓÐASAMSTARF

Skipti á upplýsingum og reynslu um heilbrigðismál, einkum við önnur Norðurlönd og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina, eru sérstaklega mikilvægar fyrir lítið land eins og Ísland. Ísland hefur tekið virkan þátt í þessu samstarfi og verið bæði þiggjandi og veitandi. Nauðsynlegt er að viðhalda og efla þetta samstarf einkum með hliðsjón af þeim möguleikum sem Ísland hefur að miðla af eigin reynslu og góðum árangri í heilbrigðismálum.

### *Markmið 33.*

Áætlun verði gerð um í hve miklum mæli og hvernig Ísland getur tekið þátt í alþjóðasamstarfi um heilbrigðismál.

## Fylgiskjal I.

### **Verkefni sem þarf að framkvæma til þess að markmiðin náist.**

#### Vegna M 1:

Afla gagnagrunns um heilsufarslega, faraldsfræðilega og lýðfræðilega stöðu landsbúa.

#### Vegna M 2:

Lagabreytingar um verkefnaskiptingu ríkis og sveitarfélaga í heilbrigðismálum.

#### Vegna M 3:

Tryggja að framkvæmd heilsugæslu sé sambærileg um allt landið og að sköpuð séu tengsl við aðra þætti starfs og við stofnanir í og utan heilbrigðiskerfisins.

#### Vegna M 4:

Setja reglugerð um starfsemi sjúkrahúsa, flokkun þeirra, verksvið, starfssvæði og mönnun.

#### Vegna M 5:

Setja lög um heilbrigðisfræðslu og forvarnir. Auka menntun heilbrigðisstétta hvað varðar heilbrigðisfræðslu.

#### Vegna M 6:

Kynna reglulega manneldismarkmið í samræmi við bestu þekkingu. Setja reglur um vörukynningu og vörumerkingar. Stefna að reglum um verðstýringu í samræmi við heilsuvernd.

#### Vegna M 7:

Gera áætlun um útrýmingu tóbaks fyrir aldamót. Ítarlegri aðhaldsreglur um reykingar í fjölmenni.

#### Vegna M 8:

Gera markvissa áætlun um samdrátt í notkun áfengis.  
Ríkið hætti að vera háð tekjum af áfengissölu og meiri hagnaður af áfengissölu renni til áfengisvarna.

#### Vegna M 9:

Skapa skilyrði til þess að heilsugæslan geti sinnt vandamálum geðsjúkra, langvarandi veikra, fatlaðra og aldraðra í meira mæli en nú er.

#### Vegna M 10:

Skapa betri skilyrði til útivistar en nú er í þéttbýli og gera átak í skipulagsmálum til að koma upp sérstökum hlaupa-, göngu- og hjólreiðabrautum. Almennum íþróttahúsum fjölgi. Endurskoða skipulagsreglur um ferlimál fatlaðra.

#### Vegna M 11:

Tryggja þarf að gætt sé heilbrigðissjónarmiða þegar fjallað er um umhverfis- og náttúruverndarmál.

Vegna M 12:

1. Matvælaeftirlit verði endurskipulagt bæði vegna innlendra framleiðslu og innflutnings.
2. Skipulag ónæmisaðgerða tryggi að minnsta kosti 95% aðild og stöðugt eftirlit.
3. Í nýjum lögum um sóttvarnir verði m.a. ákveðið um fyrirkomulag alnæmismedferðar og einangrunar smitbera.

Vegna M 13:

1. Strangar reglur verði settar um hávaðamengun við vinnu, á skemmtistöðum og utan dyra.
2. Reglur verði settar um notkun röntgengreiningar og leitað leiða til minnkandi geislunar við rannsóknir.

Vegna M 14:

Ný löggjöf verði sett um eiturefni og hættuleg efni og allt eftirlit með slíkum efnum stóraukið.

Vegna M 15:

1. Settar verði reglur um blýmengun frá bensíni.
2. Byggingarreglugerðum verði breytt í samræmi við bestu þekkingu um efnisnotkun.
3. Reglur er tryggja heilnæmt andrúmsloft á vinnustöðum verði settar.

Vegna M 16:

Vinnuverndarmál verði gerð að heilbrigðismálum og þau tengd heilsugæslustöðvum þar sem það á við.

Vegna M 17:

Sett verði á fót sérstakt slysavarnaráð eða stofnun sem annast samvinnu allra aðila sem tengjast eða annast slysavarnir hvers konar.

Vegna M 18:

Lög um heilbrigðisþjónustu verði endurskoðuð með tilliti til þarfa sérstakra hópa. Verði ekki hægt að sjá fyrir þörfum þeirra innan laga um heilbrigðisþjónustu verði sérlög endurskoðuð og fleiri sett ef með þarf, sbr. lög um málefni fatlaðra og lög um málefni aldraðra.

Vegna M 19:

Valdir verði þeir sjúkdómar þar sem talið er æskilegt og nauðsynlegt að gera meðferðaráætlanir um til þess að gera sjúklingana virkari þátttakendur við meðferðina, þannig að lækni og sjúklingur geti betur gert sér grein fyrir því hvort sú meðferð, sem beitt er, er í samræmi við bestu þekkingu.

Vegna M 20:

Áætlun verði gerð um starfsemi og mönnun heilsugæslustöðva komist í það horf sem lög gera ráð fyrir. Lögin verði endurskoðuð, sbr. M 18, og breytt í það horf að fjölga læknum í heilsugæslu þannig að mönnun H1 heilsugæslustöðva breytist.

Vegna M 21:

Skýr skil verði gerð milli sérfræðistarfa á sjúkrahúsum og utan. Sérfræðingar í fullu starfi á sjúkrahúsum sinni ekki sérfræðistarfi utan sjúkrahússins. Sérstakir læknar verði ráðnir á göngudeildir sjúkrahúsanna til sérfræðistarfa og verksvið göngudeilda skýrar ákveðið.



Vegna M 22:

Við endurskoðun laga um heilbrigðisþjónustu verði sérstakt tillit tekið til endurhæfingarmála.

Vegna M 23:

Lög um almannatryggingar verði endurskoðuð með tilliti til þess að tannlækningar verði gerðar greiðsluskyldar á sama hátt og læknisstörf.

Vegna M 24:

Í reglugerð um sjúkrahús, sbr. M 4, verði hlutverk svæðissjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri skilgreint sérstaklega. Sérfræðingar og göngudeildir sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri verði tengd ákveðnum heilsugæsluumdæmum og komið verði upp sérstöku kerfi farandsérfræðinga í þeim sérgreinum þar sem það er álitlegt.

Vegna M 25:

Geðlæknisþjónustan verði endurskipulögð með tilliti til þess að heilsugæslustöðvar taki að sér ákveðin verkefni á því sviði. Áfengis- og fíkniefnameðferð verði endurskoðuð sérstaklega með tilliti til samræmingar stofnanþjónustunnar og göngudeildarþjónustan verði í svo miklum mæli sem unnt er flutt inn á heilsugæslustöðvar. Áfengis- og fíkniefnamál unglinga verði athuguð sérstaklega.

Vegna M 26:

Skil verði gerð milli öldrunarlækningadeilda og hjúkrunardeilda og kappkostað að leysa allan hjúkrunarvanda svæðisbundið. Heimaþjónusta vegna aldraðra og langvarandi veikra verði skipulögð fyrir landið í heild með tilliti til þess að nýta sem best allt hjúkrunarrými.

Vegna M 27:

Almannatryggingalög verði endurskoðuð í heild með sérstöku tilliti til þess að jafna aðstöðumun fólks í landinu til heilbrigðisþjónustunnar. Ákvæði um örorkumat verði endurskoðuð og sett á laggirnar áfrýjunarnefnd.

Vegna M 28:

Lög um lyfjamál og lyfjadreifingu verði endurskoðuð með tilliti til þess annars vegar að færa lyfjaafgreiðslu til heilsugæslunnar þar sem það á við og að ráða lyfjafræðinga að heilsugæslustöðvum til að sinna lyfjasölu á sama hátt og annað starfslið heilsugæslu er nú ráðið og hins vegar til aukins frjálsræðis án þess að slaka á kröfum um sérþekkingu.

Vegna M 29:

Löggjöf verði sett eða samningar gerðir við tryggingafélög um að koma á sérstökum tryggingum vegna sjúklinga sem hljóta örorku eða miska vegna lækninga.

Vegna M 30:

Gerð verði rammaáætlun vegna bygginga heilbrigðisstofnana til næstu 10 ára og ítarleg áætlun til næstu 5 ára.

Vegna M 31:

Gera þarf áætlun um mannaflapörf í heilbrigðisþjónustunni á öllu sérhæfðu starfsliði næstu 5 ár og næstu 10 ár miðað við breytingar í þjóðfélagi og aldursskiptingu.

Endurskoða þarf námsskrá skóla heilbrigðisstétta með tilliti til þeirrar áherslu sem leggja þarf á heilbrigðisfræðslu og heilsuvernd.

Vegna M 32:

Fullnægjandi upplýsingakerfi til eftirlits og mats á heilbrigðisþjónustunni verði komið á. Sérstök rannsóknaráætlun verði gerð vegna framkvæmdar þessarar heilbrigðisáætlunar og jafnframt tekið tillit til áætlana Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna HFA 2000.

Vegna M 33:

Sérstök athugun fari fram á alþjóðasamstarfi Íslands í heilbrigðismálum og gerð áætlun um framtíðaráform um áframhaldandi starf.