

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/3025
komudagur 30.6.2008

Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK

Akureyri, 27. júní 2008
2008050081 / 01-106-05

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál

Félagsmálaráð hefur á fundi sínum þann 23. júní 2008 gert eftirfarandi bókun:

"Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál.

2008050081 / 01-106-05

Erindi dags. 16. maí 2008 frá Hildi Evu Sigurðardóttur f.h. formanns heilbrigðisnefndar Alþingis þar sem óskað er umsagnar um frumvarp til laga um sjúkratryggingar - 613. mál, heildarlög.

Þingskjalið er að finna á slóðinni:

<http://www.althingi.is/altext/135/s/0956.html>

Félagsmálaráð tekur undir athugasemdir sem sendar voru heilbrigðisnefnd Alþingis 22. maí sl. frá Heilsugæslustöðinni á Akureyri."

Þetta tilkynnist hér með.

Virðingarfyllst
f.h. Akureyrarbæjar



Margrét Guðjónsdóttir



ALÞÝÐUSAMBAND ÍSLANDS

Alþingi

Erindi nr. Þ 135/2860

komudagur 20.5.2008

Alþingi
Nefndarsvið
150

Reykjavík, 20. maí 2008
Tilvísun: 200805-0012

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613 mál, heildarlög.

Alþýðusamband Íslands hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613 mál, heildarlög.

Um er að ræða viðamikið frumvarp sem tekur á heildarlöggjöf fyrir mjög mikilvægan málaflokk. Það vekur því furðu hversu skammur tími er gefinn til að veita umsögn um frumvarpið. Á þeim skamma tíma var ekki unnt að taka málið fyrir í þeirri málefnanefnd miðstjórnar ASÍ sem fjallar um velferðarmál. Því er hér ekki gefin efnisleg umsögn um frumvarpið.

Alþýðusamband Íslands leggur á það áherslu að vandað sé til verka við frumvarpið og að eðlilegur tími verði tekinn í umfjöllun um það, bæði innan þings sem utan. Alþýðusambandið leggur því til að núverandi fyrirkomulag sjúkratrygginga verði framlengt til áramóta og afgreiðslu frumvarpsins frestað til næsta þings. Þannig gefst eðlilegur tími til vandaðrar umfjöllunar um frumvarpið.

F.h. Alþýðusambands Íslands

Ólafur Darri Andrason

Ólafur Darri Andrason
Hagfræðingur ASÍ



ALÞÝÐUSAMBAND ÍSLANDS

Alþingi
Nefndarsvið
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/3051
komudagur 9.7.2008

Reykjavík, 8. júlí 2008
Tilvísun: 200805-0012

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Alþýðusamband Íslands hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613 mál, heildarlög.

Frumvarpið kemur í kjölfar laga nr. 160/2007 þar sem verkaskiptingu milli heilbrigðisráðuneytisins og félags- og tryggingamálaráðuneytisins var breytt. ASÍ var í meginatriðum hlynnt þeirri breytingu.

Markmið frumvarpsins er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Jafnframt er markmið frumvarpsins að stuðla að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni heilbrigðisþjónustu og hámarksgæðum hennar og styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna.

ASÍ tekur undir þessi markmið frumvarpsins en vill koma á framfæri eftirfarandi athugasemdum:

1. ASÍ telur mikilvægt að réttur einstaklings til heilbrigðisþjónustu sé betur tryggður með lögum. Í greinargerð frumvarpsins segir m.a.: „Ákvæði um réttindi sjúkratryggðra eru efnislega óbreytt en hafa verið sett upp með öðrum hætti og orðalag gert skýrara, sbr. III. kafla B-D.“ ASÍ telur mikilvægt að tryggja frekar þennan rétt. Í því sambandi má benda á að í 40. gr. frumvarpsins segir m.a.: „Við samningagerð skal tryggja aðgengi sjúkratryggðra að þeirri heilbrigðisþjónustu sem samið er um óháð efnahag.“ Mikilvægt er að kveða skýrar að og tryggja sjúkratryggðum aðgengi að nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu óháð efnahag og félagslegri stöðu.
2. Í áherslum ASÍ í velferðarmálum frá 2003 segir m.a. um verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu og rekstrarform:

„Verkaskipting í heilbrigðiskerfinu

Hlutverk og verkaskipting heilsugæslu, sjúkrahúsa, og sérgreinalækna á að skýra út frá þeirri grunnhugsun, að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður einstaklinga í heilbrigðiskerfinu. Stórefla þarf heilsugæsluna... Undir engum

kringumstæðum má setja sjúkrahúsin undir skilmála markaðskerfisins þar sem hagnaðar- og viðskiptasjónarmið er grundvöllur starfseminnar...

Endurskoða þarf verkaskiptingu sjúkrahúsa og sérgreinalækna. Mikilvægt er að skoða leiðir til þess að fela einkareknum stofum alfarið tiltekin afmörkuð verkefni, sem lúti virku gæða- og kostnaðareftirliti og þar sem jafnt aðgengi er tryggt óháð efnahag. Hins vegar þarf að koma í veg fyrir að sérgreinalæknar starfi bæði á sjúkrahúsum og einkastofum. Þeir verða ýmist launamenn hjá ríkinu eða sjálfstæðir atvinnurekendur. Huga þarf að sérstökum úrræðum í þessum efnum á smærri stöðum á landsbyggðinni þar sem fáir læknar starfa.

Rekstarform

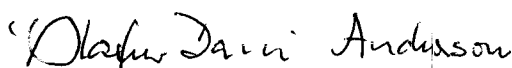
Æskilegt er að fjölga valmöguleikum í þjónustutilboðum. Fjölbreytni gefur frekari möguleika á að leysa ný vandamál og bregðast við breyttum aðstæðum. Fjölbreytni má þó ekki leiða til aukinnar stéttaskiptingar. Mikilvægt er að tryggja, með opinberum stöðlum og eftirliti, að gæði þjónustunnar verði ávallt fullnægjandi og að allir hafi jafnan aðgang að henni óháð efnahag.

Því er nauðsynlegt að draga mjög skörp skil um hvaða eignar- og rekstarform sé heimilt að nota í kjarnaþjónustu heilbrigðiskerfisins. Þegar hagnaðar- og viðskiptasjónarmið verða grundvöllur fyrir þeirri starfsemi, afsalar samfélagið sér auðveldlega ábyrgð og eftirliti með mikilvægum þáttum hennar og þeirri grunngerð sem hún þarf að byggjast á. Hér er ekki aðeins átt við þá grunngerð sem snýr að beinni þjónustu, heldur einnig undirliggjandi þáttum eins og menntun, rannsóknum og nýsköpun.

Nú þegar eru ýmis velheppnuð dæmi um þátttöku einkarekinna stofnana, á vegum félagasamtaka og almannaheillafyrirtækja, í umönnun eldra fólks, barna, endurhæfingu og áfengis- og vímuefnaeðferð. Hugsanlega má styðjast við þessi dæmi við frekari útfærslu á þjónustutilboðum."

3. III kafli frumvarpsins um sjúkratryggjinar er að mestu efnislega samhljóða V. kafla laga nr. 100/2007 um almannatryggingar. Æskilegt er að fara vandlega yfir þær greinar frumvarpsins sem heyra undir þennan kafla og færa til betra horfs. Sem dæmi má nefna að tannréttingar eru sérstaklega undanskyldar í 20. gr., þrátt fyrir að fáir deili um nauðsyn þeirra í dag.

F.h. Alþýðusambands Íslands



Ólafur Darri Andrason
Hagfræðingur ASÍ

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2909
komudagur 22. S. 2008



Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 20. maí 2008

Efni: Umsögn BSRB um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

BSRB hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

BSRB vill vanda til umsagnar um þetta frumvarp og mótmælir því þar af leiðandi mjög ákveðið ef til stendur að afgreiða frumvarpið sem lög nú í vor. Örfáir dagar eru síðan frumvarpið barst BSRB til umsagnar og gerist það í ofanálag mitt í önnum samtakanna við kjarasamningsgerð.

Um er að ræða tillögur um umfangsmiklar breytingar á skipulagi heilbrigðismála og er nauðsynlegt að fá gott tóm til að gaumgæfa þær á vandaðan og yfirvegaðan hátt, meðal annars með því að skoða reynslu erlendis frá. Í því sambandi leyfir BSRB sér að bjóða heilbrigðisnefnd Alþingis til morgunverðarfundar með Allyson Pollock frá háskólanum í Edinborg. Fundurinn verður haldinn í BSRB-húsinu fimmtudaginn 29. maí klukkan 8:15 – 9:45. Þar mun Pollock fjalla um reynsluna í Bretlandi af samsvarandi kerfisbreytingum og stjórnvöld hér vilja innleiða, m.a. með þessu frumvarpi.

BSRB mun síðar skila ítarlegri umsögn um frumvarpið en frábiður sér hvers kyns fljótaskrift við afgreiðslu málsins.

Fyrir hönd BSRB

Helga Jónsdóttir
framkvæmdastjóri

Nefndasvið Alþingis

Heilbrigðisnefnd

Austurstræti 8-10

150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. P 135/3134
komudagur 2.9.2008

Reykjavík 1. september 2008

Umsögn BSRB um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, þskj. 955 - 613. mál.

BSRB hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Samtökin vara alvarlega við því að frumvarpið verði óbreytt gert að lögum á næstu dögum og vilja máli sínu til stuðnings koma eftirfarandi atriðum á framfæri við Alþingi:

Síðastliðið vor mótmælti BSRB því að frumvarpið yrði afgreitt frá Alþingi með þeim hraða sem ætlun stóð til. Í frumvarpinu er gert ráð fyrir að stigin verði skref í átt til markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustunnar. Áhersla er á kaup og sölu og að fram geti farið útboð á einstökum þáttum þjónustunnar. Í greinargerð með frumvarpinu segir að við undirbúning þess „*hafi verið tekið mið af þeirri reynslu sem komin er á fyrirkomulag kaupenda og seljenda í löndum sem Ísland hefur gjarnan borið sig saman við og er þar helst að nefna Svíþjóð og Bretland.*“

BSRB hefur kappkostað að afla upplýsinga um reynslu annarra þjóða af samsvarandi breytingum og hér eru í bígirð. Af þessu tilefni fengu samtökin hingað til lands einn helsta sérfræðing Breta, Allyson Pollock, prófessor við háskólann í Edinborg en hún veitir forstöðu rannsóknarstofnun (Centre for International Public Health Policy) sem sérhæfir sig í skipulagi heilbrigðisþjónustunnar. Í heimsókn sinni til Íslands flutti þessi virti fræðimaður erindi á vegum BSRB um reynslu Breta af sams konar kerfisbreytingum og lagðar eru til í þessu frumvarpi. Erindið fylgir umsögn BSRB. Í því vísar Pollock í áform íslenskra stjórnvalda og ber fyrirbyggjandi frumvarp saman við lagabreytingar í Bretlandi í byrjun 10. áratugar síðustu aldar. Þar segir hún m.a. eftirfarandi: „*Einkavæðingarferlið hefði ekki getað átt sér stað í Bretlandi án löggjafarinnar frá 1991. Hún gegndi lykilhlutverki með því að innleiða þær kerfisbreytingar að koma á innri markaði, aðgreina veitendur og kaupendur og verðleggja veitta þjónustu. Í kjölfarið fylgdi fjöldi nýrra reglugerða og verkferla til að hrinda einkavæðingunni í framkvæmd. Verkferlarnir byggðu ekki einungis á meginlöggjöfinni heldur einnig á reglugerðum sem voru samdar af embættismönnum. Sjúkratryggingafrumvarp íslenskra stjórnvalda nú er af sama toga og opnar leiðir fyrir ógrynni stefnumarkandi reglugerða á forræði ráðherra.*“

Það er einkum IV. kafli frumvarpsins sem þyrfti miklu umfangsmeiri og dýpri umræðu í þjóðfélaginu en fram hefur farið.

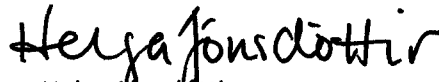
BSRB vekur athygli á því að gert er ráð fyrir mjög rúmum heimildum ráðherra til þess að skipuleggja heilbrigðisþjónustuna eftir eigin höfði. Þannig er Sjúkratryggingastofnun, samkvæmt 40. grein frumvarpsins ætlað að gera samninga „*í samræmi við stefnumörkun skv. 2. grein frumvarpsins, m.a.*

um skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni og gæði þjónustrunnar og aðgengi að henni.“ Í 2. greininni er einmitt áhersla lögð á vald ráðherra til að framfylgja stefnu sinni „hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu“ Opnar heimildir af þessu tagi til einstakra ráðherra eru varasamar eins og reynslan frá Bretlandi sýnir. Ekki á það síst við eins og í tilviki sem þessu, þegar um er að tefla mjög afdrifaríkt hagsmunamál sem snertir þjóðina alla, skipulag sjálfs velferðarkerfisins í landinu.

BSRB lætur einnig fylgja með umsögn sinni erindi sem Göran Dahlgren, virtur sænskur fræðimaður og fyrrum handhafi Norrænu lýðheilsuverðlaunanna flutti á vegum BSRB árið 2004 um reynslu Svía af þeim kerfisbreytingum sem ríkisstjórn Íslands vill koma á hér á landi. Þá fylgir umsögn BSRB bók Allyson Pollock NHS pic, The privatisation of Our Health Care.

BSRB hvetur til ítalegrar og upplýsandi umfjöllunar um frumvarpið en varar eindregið við því að rasað verði um ráð fram og það lögfest á næstu dögum án nauðsynlegrar umræðu í þjóðfélaginu.

Fyrir hönd BSRB


Helga Jónsdóttir

framkvæmdastjóri BSRB

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/3036
komudagur 2.7.2008

**Umsögn vegna :
Frumvarp til laga um sjúkratryggingar 613. mál , heildarlög**

Svar frá Droplaugarstöðum

Ingibjörg Bernhöft forstöðumaður
30. júní 2008.

1 gr. Markmið

Kostnaðargreining heilbrigðisþjónustu sem er mjög brýn og frábært að það sé gert til að hægt sé að vita hvað hlutirnir kosta og hvað þarf að greiða fyrir þá. Kostnaðargreining, og að vinna út frá henni við ákvörðun daggjalda, mun breyta mjög miklu við rekstur á hjúkrunarheimilum og öðrum stofnunum.

32 grein Sjúkradagpeningar.

1040 kr á dag þegar allar tekjur hafa fallið niður er heldur lítið finnst mér og ekki hægt að lifa af því á nokkurn hátt. Er ekki rétt að upphæðin miðist við lágmarksframfærslu. 285 kr fyrir hvert barn er líka mjög lágt.

Það er mjög spennandi að fylgjast með þessum miklu breytingum sem eru að verða á kostnaðargreiningu og fjármögnun í heilbrigðiskerfinu og þeim nútímavinnubrögðum að finna út hvaða fjármagn þarf til að sinna þeirri þjónustunni sem til er ætlast. Einfalda og nútímavæða stjórnsýsluna. Einfalda samskipti almenninga og stjórnsýslunnar. Ríkisrekstur verði markvissari. Metnaðarfull markmið að vera á heims mælikvarða hvað varðar heilbrigðisþjónustu. Gæðaviðmið verði gerð, gæðatrygging og mælingar .

Ég fangna þessari stórkostlegu breytingu og hlakka til að sjá árangurinn .

Með vinsemi og viðöngu


Ingibjörg Bernhöft
Forstöðumaður Droplaugarstaða.

Nefndasvið Alþingis

heilbrigðisnefnd

Austurstræti 8 – 10

150 Reykjavík

Reykjavík 29. ágúst 2008

Varðar: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Heilbrigðisnefnd Alþingis hefur óskað eftir umsögn Félags eldri borgara í Reykjavík (FEB) um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög. Vegna sumarleyfa og mikils tíma sem fór í að yfirfara og kynna sér þetta viðamikla frumvarp tókst ekki að svara beiðninni á tilsettum tíma, þ.e.a.s. fyrir 1. júlí 2008 en félagið vonar að tekið verði tilliti til athugasemda félagsins þrátt fyrir það. Ljóst er að frumvarpið felur í sér grundvallarbreytingar á stjórnsýslu og framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar. Markmiðið er m.a. að auka áherslu á gæðaeftirlit, árangursstjórnunar og kostnaðargreiningu, sem FEB telur að verði til bóta. Félagið vill þó benda á eftirfarandi atriði sem það vonast til að tekið verði tillit til við afgreiðslu frumvarpsins:

1. Í fjölda greina er orðalag á þessa leið: „Ráðherra setur reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar“. FEB telur að ráðherra sé gefið of mikið vald með setningu þessa fjölda reglugerða og að lögin ættu í mörgum tilfellum að vera skýrari og afdráttarlausari þannig að ekki þurfi að koma til setningu mikils fjölda reglugerða.
2. Félagið telur að það ákvæði sem fram kemur í 19. grein, um að greiðsluþátttaka sjúkratrygginga skuli háð því skilyrði að fyrir liggi tilvísun heilsugæslulæknis eða heimilislæknis, sé íþyngjandi fyrir eldri borgara.
3. Félagið telur það afar óheppilegt orðalag í 20. 21. og 22. grein þar sem sagt er að ráðherra geti sett reglugerð um „*takmörkun*“ greiðsluþátttöku sjúkratrygginga vegna tannlækninga og tannréttinga, sjúkraþjálfunar, iðjuþjálfunar og talþjálfunar eða annarrar sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu. FEB leggur til að orðið „*takmörkun*“ falli brott í þessum greinum frumvarpsins.
4. Félagið telur að togstreita geti skapast milli ráðuneyta félags- og tryggingamála annars vegar og heilbrigðismála hins vegar með ákvæði 24. gr. þar sem talað er um að sjúkratrygging taki m.a. til heilbrigðisþjónustu sem veitt er á hjúkrunarrýmum

öldrunarstofnana og hjúkrunarheimila því þessar stofnanir falla að öðru leyti undir félags- og tryggingamálaráðuneyti. FEB telur að öll málefni aldraðra eigi að falla undir félags- og tryggingamálaráðuneyti.

5. Í 26. gr. þykir félaginu eðlilegt að þegar rætt er um hjálpartæki til að aðstoða fatlaða við að takast á við umhverfi sitt, verði aldraðir einnig nefndir sérstaklega því þeir þurfa í mörgum tilfellum á slíkum tækjum að halda.
6. Í 29. gr. er rætt um gjaldtöku varðandi ýmsa þætti heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggðir einstaklingar eiga rétt á. Í 3. tölulið 29. gr. kemur m.a. fram að ekki sé heimilt að taka gjald fyrir hjúkrun í heimahúsum, sem er í samræmi við núgildandi lög. Félagið telur að heimahjúkrun eigi að samþætta félagsþjónustu sveitarfélaga og bendir á að nýlega var skýrt frá verkefni ríkisins og Reykjavíkurborgar um samþættingu heimahjúkrunar og heimilishjálpar sveitarfélaga sem myndi þá falla undir félags- og tryggingamálaráðuneyti. Félagið er því þeirrar skoðunar að ekki sé rétt að festa í lög að heimahjúkrun heyri áfram undir heilbrigðisráðuneyti.
7. Að síðustu vill félagið benda á að ekki kemur skýrt fram í frumvarpinu hvernig samstarfi Tryggingastofnunar ríkisins og hinnar nýju Sjúkratryggingastofnunar verði háttað í framtíðinni.

Virðingarfyllst

f.h. Félags eldri borgara í Reykjavík,



Margrét Margeirsdóttir

formaður

Þegar mest á reynir

Reykjavík 19. maí 2008

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8 - 10
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2833
komudagur. 20.5.2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) þakkar beiðni um umsögn um ofangreint frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Með frumvarpi þessu er framhaldið þeim breytingum sem m.a. voru boðaðar í frumvarpi til laga um breytingu á lögum um almannatryggingar o.fl., sem Fíh veitti umsögn um í nóvember 2007. Í þeirri umsögn Fíh sagði m.a.:

Fíh fagnar einnig hugmyndum um að komið verði á fót sérstakri stofnun sem heyri undir stjórn heilbrigðisráðherra og annist m.a. kaup, greiðslur og samninga um heilbrigðisþjónustu (18. gr.). Náist það markmið stjórnvalda sem ítrekað er í almennum athugasemdum með frumvarpi þessu, að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustu og að taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þannig að heilbrigðisstofnanir fái fjárveitingar í samræmi við þörf og verkefni, þá verður það án efa til mikilla bóta bæði fyrir þá sem þjónustunnar njóta og þá sem hana veita.

Stofnun sjúkratryggingastofnunar er jafnframt í fullu samræmi við þær hugmyndir sem settar voru fram í skýrslunni *Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni* sem kom út í mars 2006. Sú skýrsla er afrakstur vinnu nefndar sem starfaði í tæp þrjú ár undir forystu Jónínu Bjartmarz, þáverandi alþingismanns. Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður Fíh, var einn nefndarmanna.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fagnar þeim markmiðum sem sett eru fram í framkomnu frumvarpi að ætíð skuli stefnt að hámarksgæðum í heilbrigðisþjónustunni og að gætt skuli rekstrar- og þjóðhagslegrar hagkvæmni. Athugasemdir Fíh við einstakar greinar frumvarpsins fara hér á eftir:

- 18. gr. – Fíh leggur til að við 2. mgr. bætist orðið „hjúkrun“ þannig að málsgreinin hljóði „Sjúkrahúsvist skal tryggð eins lengi og nauðsyn krefur ásamt læknishjálp, hjúkrun og lyfjum og annarri þjónustu sem sjúkrahúsið veitir“. Sjúkrahúsvist án hjúkrunar er ekki möguleg og hjúkrunar er oft þörf eftir að virkri læknis meðferð líkur. Því telur Fíh nauðsynlegt að leggja sérstaka áherslu á hjúkrun þegar rætt er um sjúkrahúspjónustu í lögum þeim sem hér er lagður grunnur að.
- 22. gr. – Fíh hefur um árábil haft samning við Tryggingastofnun ríkisins um hjúkrun í heimahúsum vegna alvarlegra sjúkdóma og slysa. Nú er unnið að endurskoðun þessa

samnings með það að markmiði að auka framboð á sérhæfðri hjúkrunarmeðferð utan sjúkrahúsa. Fíh leggur því til að við greinina bætist „sérhæfðar hjúkrunarmeðferðir utan sjúkrahúsa“.

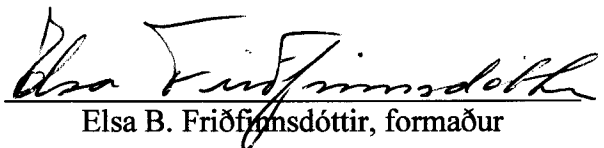
- 26. gr. – Í greininni segir að stofnunin geti „áskilið vottorð sérfræðings um nauðsyn hjálpartækis“. Fíh telur að hér þurfi að kveða skýrar á um hvaða sérfræðingar á heilbrigðissviði geta vottað slíka nauðsyn hjálpartækja. Hjúkrunarfræðingar sem veita sérhæfða hjúkrunarmeðferð utan sjúkrahúsa eru í lykilstöðu að meta þörf skjólstæðinga fyrir hjálpartæki og því nauðsynlegt að þeir geti vottað slíka þörf.
- 27. gr. – Fíh gerir sömu athugasemd við greinina eins og hvað 26. gr. varðar.
- 29. gr. – Fíh fagnar því sem fram kemur í 1.tl. greinarinnar að skýrt sé tekið fram að óheimilt sé að taka gjald fyrir mæðra- og ungbarnavernd, heilsugæslu í skólum og hjúkrun í heimahúsum. Þær fyrirbyggjandi aðgerðir sem í þessari þjónustu felast, og hjúkrunarfræðingar hafa haft forystu um allt frá starfsemi hjúkrunarfélagsins Líknar um og upp úr 1930, eru án efa einn megin grundvöllur þess góða árangurs sem náðs hefur í heilbrigðiskerfinu hér á landi. Í samræmi við athugasemd við 22. gr. frumvarpsins þarf í 3. tl. 29. gr. að taka afstöðu til heimildar til gjaldtöku fyrir sérhæfða hjúkrunarþjónustu í heimahúsum.
- 40. gr. – Í 2. efnisgrein greinarinnar er kveðið á um það til hvers samningar um heilbrigðisþjónustu skuli taka. Fíh leggur áherslu á að skýrar verði kveðið á um að í þjónustusamningum skuli skýrt koma fram þær kröfur sem gerðar eru um samsetningu þess mannafla sem veitir þjónustuna. Þá telur Fíh að takmarkanir þær sem getið er í síðustu efnisgrein greinarinnar, þar sem vísað er í gagnreynda þekkingu sem forsendu fyrir samningsgerð, séu ekki tímabærar þar sem enn skorti nokkuð á að öll heilbrigðisþjónusta byggji á gagnreyndri þekkingu (sjá þó athugasemd við 44. gr.).
- 43. gr. – Fíh fagnar þeim fjölbreyttu möguleikum á greiðsluáðferðum fyrir heilbrigðisþjónustu sem tilgreindir eru í greininni. Eins og fram kom í tilvísaðri umsögn Fíh um frumvarp til breytinga á lögum um almannatryggingar o.fl. telur Fíh að blönduð fjármögnun heilbrigðisstofnana, þannig að heilbrigðisstofnanir fái fjárveitingar í samræmi við þörf og verkefni, verði án efa til mikilla bóta bæði fyrir þá sem þjónustunnar njóta og þá sem hana veita. Í 2. efnisgrein er kveðið upp úr um það að veitendum þjónustu sé óheimilt að krefja sjúkratryggðan aðila um frekara gjald en kveðið er á um í 29. gr. frumvarpsins. Þetta ákvæði hefur opinberlega verið túlkað svo að það tryggi að efnameiri einstaklingar geti ekki keypt sig fram fyrir aðra sem bíða eftir sömu heilbrigðisþjónustu. Fíh hvetur til þess að ef þessi er meining höfunda frumvarpsins verði ákvæðið gert skýrara þannig að það verði ekki opið fyrir ólíkum túlkunum þegar fram líða stundir.
- 44. gr. – Fíh fagnar þeirri áherslu sem fram kemur í greininni að leitast skuli við að byggja heilbrigðisþjónustu hér á landi á gagnreyndri þekkingu. Þekkingarþróun í hjúkrunarfræði er mjög ör og áhersla hér á landi á klínískar rannsóknir í hjúkrun. Áhersla á gagnreynda þekkingu er því mjög í anda hjúkrunar.
- 45. gr. – Fíh fagnar áherslum í greininni á eftirlit með gæðum þjónustu á þeim stofnunum sem samið er við. Fíh hefur t.d. ítrekað bent á nauðsyn þess að gera ítarlega þjónustusamninga við rekstraraðila hjúkrunarheimila þar sem sérstaklega yrði kveðið á um eftirlit með gæðum þjónustunnar. Fíh leggur til að eftirlitshlutverk sjúkratryggingastofnunar verði ekki einskorðað við lækna og tannlækna eins og segir í

síðustu efnisgrein greinarinnar, heldur eingöngu talað um eftirlitsaðila. Þannig væri eftirlitshlutverkið ekki bundið því skipulagi sem nú er við lýði hjá Tryggingastofnun ríkisins, heldur opnað fyrir breytingar á eftirliti með heilbrigðisþjónustu sem kunna að verða nauðsynlegar á næstu árum.

- 46. gr. – Sama athugasemd um eftirlitshlutverk sjúkratryggingastofnunar og við 45. gr.
- 59. gr. – 4. tl. – Fíh telur þær breytingar sem þegar hafa verið gerðar með nýrri reglugerð um mat á þörf einstaklinga á vistun á hjúkrunarheimili og forgangsörðun þeirra sem taldir eru í þörf fyrir hjúkrunarrými, mjög til bóta. Þær breytingar sem lagðar eru til á 16. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 eru í fullu samræmi við hugmyndafræði hjúkrunar að þeir skjólstæðingar sem mesta þörf hafa fyrir þjónustu hafi forgang fram yfir aðra.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fagnar framkomnu frumvarpi til laga um sjúkratryggingar og hvetur til samþykktar þess með þeim breytingum sem lagðar eru til í umsögn þessari.

F.h. stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga,


Elsa B. Friðfinsdóttir, formaður



Félag íslenskra sjúkrabjálfa

Alþingi
Erindi nr. P 135/2832
komudagur 20.5.2008

Reykjavík 19. maí 2008.

Stjórn Félags íslenskra sjúkrabjálfa (FÍSP) fagnar því að fá til umsagnar drög að frumvarpi til laga um sjúkratryggingar, mál nr. 613, lagt fyrir Alþingi á 135. löggjafarþingi 2007 – 2008.

Félag íslenskra sjúkrabjálfa er fagfélag sjúkrabjálfa á Íslandi og nær til svo til allra sjúkrabjálfa landsins.

Við beinum þeirri ósk til hlutaðeigandi að félaginu verði boðin þátttaka í undirbúningsnefndum sem fjalla um málefni fagsins og stéttarinnar og getum þannig lagt okkar lóð á vogaskálarnar strax í upphafi.

Almennt séð felur frumvarpið í sér miklar breytingar á starfsumhverfi veitenda heilbrigðisþjónustunnar og vald ráðherra heilbrigðismála er umfangsmikið. Væntanlegar reglugerðir ráðherra sem byggja munu á frumvarpinu geta sett heilbrigðisstéttum töluverðar hömlur og samningar munu byggjast á tilskipunum. Því verður samningsstaða veitenda þjónustunnar frekar bágborin.

Hins vegar býður lagafrumvarpið einnig upp á tækifæri til þróunar á heilbrigðisþjónustu sem vonandi skilar sér til þeirra sem þjónustunnar njóta. Það gerist einungis ef allir aðilar eru sáttir við þá umgjörð sem þjónustan grundvallast á.

Umsögn stjórnar FÍSP um einstakar greinar draga að frumvarpi til laga um sjúkratryggingar eru svohljóðandi:

8.gr. Við gerum fastlega ráð fyrir að sjúkrabjálfurum eins og öðrum heilbrigðisstéttum verði boðin þátttaka í starfshópum og kallaðir til sem sérfræðingar til að aðstoða stofnunina m.a við gerð samninga.

21. gr Í fyrstu málsgrein greinarinnar sem fjallar um þjónustu sjúkrabjálfa, iðjubjálfa og talmeinafræðinga kemur fram að sjúkratryggingastofnun geti áskilið vottorð sérfræðings um nauðsyn þjálfunar. Í þessu samhengi veltum við því fyrir okkur



Félag íslenskra sjúkrabjálfa

hver sé sérfræðingur? Viljum benda á að innan sjúkrabjálfunar eru sérfræðingar sem ættu þá í þessum tilfellum að vera hæfastir til að ákveða hvort nauðsyn sé á þjónustu sjúkrabjálfa. Sættum okkur ekki við að aðrar heilbrigðisstéttir ákveði hvort nauðsyn sé á þjónsutunni.

29. gr. Stjórn FÍSP furðar sig á 3. lið þessarar geinar þar sem talað er um gjald fyrir þjónustuna utan dagvinnutíma. Þarna er vísað í 2. mgr. 17. greinar laganna þar sem heilsugæslunni er veitt heimild til að innheimta hærra gjald utan dagvinnutíma fyrir almenna lækniþjónustu og hjúkrun. Það er algjörlega óviðunandi að veita tiltekinni heilbrigðisþjónustu sem veitt er af ákveðnum heilbrigðisstéttum kost á að hækka gjald sitt eftir að dagvinnutíma er lokið. Efast er um að þetta ákvæði laganna standist jafnræðisreglu stjórnarskrárinnar.

38. gr. Veltum því fyrir okkur hvað tímabundin heimild geti þýtt í þessu tilfelli. Reglugerð ráðherra á að tilgreina tímalengdina en bendum á að samningar eru samningar en ekki þvingunarleið. Ákvæðið getur verið leið sjúkratryggingastofunar til sparnaðar, en hafa skal í huga það sem fram kemur í 40. grein laganna að hafa skuli hagsmuni sjúkratryggða að leiðarljósi.

40. gr. Í 4. mgr. þessarar greinar er talað um að sjúkratryggingastofnun sé heimilt að takmarka samningsgerð við hluta þeirra aðila sem veitt geta þjónustuna, reynist um offramboð á þjónustunni að ræða með hliðsjón af þörf eða fjárheimildum. Þessi málsgrein getur án efa kippt rekstrargrundvelli undan mörgum fyrirtækjum, stofnunum eða einstaklingum sem veita þjónustu á sviði sjúkrabjálfunar. Verði þessi grein að lögum þá er það skýlaus krafa Félags íslenskra sjúkrabjálfa að 5. grein laga um sjúkrabjálfun verði samhliða þessu felld úr gildi, en greinin fjallar um að sjúkrabjálfarar skuli starfa í samráði við lækni.

Til margra ára hefur FÍSP gert kröfu um fagegt sjálfstæði stéttarinnar og farið fram á að beiðnaskyldunni sé aflétt. Sjúkrabjálfarar eru vel menntuð heilbrigðisstétt og ákvæði 5. greinarinnar í lögunum um sjúkrabjálfun eru fornaldarleg og í engu samræmi við þá hugsun sem nú er að líta dagsins ljós í heilbrigðisþjónstunni. Að öðrum kosti er starfs- og rekstrargrundvöllur sjúkrabjálfunar ótryggur og samkeppni um þjónustu sjúkrabjálfa algjörlega stýrt af sjúkratryggingastofnun. Það teljum við óásættnalegt fyrir okkar stétt og



Félag íslenskra sjúkrabjálfa

förum fram á að njóta sömu tækifæra og aðrar heilbrigðisstéttir varðandi faglegt sjálfstæði, burtséð frá greiðsluþátttöku ríkisins í þjónustunni.

Í 5. mgr. þessarar sömu greinar er talað um að samningur við sjúkratryggingastofnun þurfi að liggja fyrir hyggist aðili hefja sjálfstæðan rekstur heilbrigðisþjónustu. Þarna er mikið í húfi að allt gangi upp og samningar náist. Bendum á að álag á samninganefnd sjúkratryggingastofnunar hljóti að verða mikið og tryggja þarf að þeir sem hyggjast bjóða upp á þjónustu geti leitað samninga og gengið að samninganefnd innan tiltekins tíma.

44. gr. Nauðsynlegt er að styðjast við gagnreynda þverfalgega þekkingu sem og gagnreynda þekkingu innan fagsins. Gagnreynd þekking í sjúkrabjálfun er álíka langt komin og sú þekking innan læknisfræðinnar. FÍSP telur það að sjálfsögðu vera hlutverk beggja samningsaðila að hafa þessi viðmið tiltæk og vinna í sameiningu að bættum gæðum í þeirri þjónustu sem keypt er og veitt er.

45. gr. Eins og fram kemur í athugasemdum við einstaka greinar þá mun sjúkratryggingastofnun og Landlæknisembættið hafa samræmt eftirlit með heilbrigðisþjónustu. FÍSP fagnar þessu en leggur jafnframt mikla áherslu á að eftirlitið sé skilvirkt og hlutverk eftirlitsaðila vel skilgreint.

Félag íslenskra sjúkrabjálfa gerir alvarlega athugasemd við síðustu málsgrein þessarar lagagreinar og telur það með öllu óásættanlegt að tveimur starfstéttum heilbrigðisstarfsmanna innan sjúkratryggingastofnunar sé veitt heimild til upplýsingaröflunar í eftirlitsskyni. Það getur ekki með nokkru móti talist eðlilegt að læknar eða tannlæknar einir heilbrigðisstétta hafi þessa heimild og að sjálfsögðu gerum við ráð fyrir að þarna hafi hreinlega "gleymst" að aðrar heilbrigðisstéttir geti staðið að slíku eftirliti innan sjúkratryggingastofnunar. Förum því fram á að orðalag þessarar málsgreinar verði breytt og opnað á að heilbrigðisstarfsmenn sem sinna eftirliti á viðkomandi þjónsutu sé heimilt, í eftirlitsskyni, að afla upplýsinga hjá notendum þjónustunnar.

46. gr. Að sama skapi mótmælum við því harðlega að sömu starfstéttum, læknum eða eftir atvikum tannlæknum sé einum heimilt að leita eftir upplýsingum úr sjúkraskrá hjá veitendum heilbrigðisþjónustu. Bendum á að slík þröngsýni takmarkar starfssemi sjúkratryggingastofnunar og þá þverfaglegu nálgun og vinnubrögð sem við teljum að stofnunin eigi að vera þekkt fyrir. FÍSP áttar sig



Félag íslenskra sjúkrabjálfa

engan veginn á því hvers vegna þessar tvær starfstéttir eru tilgreindar svo sérstaklega í þessum tveimur lagagreinum (45. og 46. grein) nema ef vera skyldi gamaldags hugsunarháttur. Slík ástæða eru með öllu óásættanleg og er ekki í nokkru samræmi við þá nýju hugsun sem annars endurspeglast í þessu lagafrumvarpi.

Félag íslenskra sjúkrabjálfa þakkar fyrir að fá tækifæri til umsagnar og gerum ráð fyrir að fullt tillit verði tekið til athugasemda félagsins.

Virðingarfyllst,

Stjórn Félags íslenskra sjúkrabjálfa

Auður Ólafsdóttir
Mundína Á Kristinsdóttir
Héðinn Jónsson
Ása Dagný Gunnarsdóttir
Anna Sólveig Smáradóttir



19. maí 2008

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Inngangur

Félag nýrnasjúkra þakkar fyrir að fá tækifæri til þess að gera athugasemdir við frumvarpið. Farið hefur verið yfir frumvarpið og eru athugasemdir okkar frekar almenns eðlis um efni frumvarpsins fremur en athugasemdir við einstakar greinar.

Það má segja að megin athugasemdir okkar séu fyrst og fremst við þætti sem ekki eru í frumvarpinu eða ekki nægilega skýrar að okkar mati.

Hagræðing - Bætt þjónusta

Í frumvarpinu kemur skýrt fram að tilgangur þessara breytinga og hinnar nýju stofnunar er að ná fram hagkvæmni í vinnubrögðum og skilvirkni á innkaupum.

Félag nýrnasjúkra hvetur til þess að jafnframt verði ævinlega haft í huga að bæta þjónustuna og skilvirkni eins og hún snýr að notendum eða skjólstæðingum stofnunarinnar.

Við höfum áhyggjur af því að í sumum tilfellum sé verið að flækja mál gagnvart neytendum með þessum breytingum.

Við leggjum áherslu á að stefnt skuli að því að þjónustan verði betri og öll á einum stað.

Greiðslupátttaka örykja verði ekki aukin

Það er ekki ljóst samkvæmt frumvarpi þessu hver greiðslupátttaka örykja verður eftir þessar breytingar.

Félag nýrnasjúkra leggur megin áherslu á að greiðslupátttaka örykja, langveikra og ellilífeyrisþega aukist ekki við þessar breytingar. Við óskum eftir að tekin verði af öll tvímæli um það.

Réttindi endurhæfinga lífeyrisþega verði tryggð

Það er ekki ljóst við lestur þessa frumvarps hver staða sjúklinga með endurhæfingalífeyri verður eftir þessa breytingar. Við teljum að þeir aðilar hafi gleymst þegar unnið var að þessu frumvarpi. Þeir hafa til þessa haft svipaða stöðu og öryrkjar og ellilífeyrisþegar og við teljum mjög mikilvægt að staða þeirra raskist ekki við þessar breytingar.

Tryggt sé að þjónustan sé á einum stað

Það er mikilvægt fyrir langveika, öryrkja og aldraða að þjónusta af þessum toga verði öll til staðar á einum stað. Það á ekki síður við um þá sem búa utan við höfuðborgarsvæðið.

Ferðir til að sækja þjónustu eru mörgum bótapegum nægilega erfiðar þó að ekki sé verið að flækja málin og senda fólk á marga staði.

Slysatryggingar - öryrkjar haldi rétti sínum

Slysatryggingar verða, að því best verður sérð, enn um sinn hjá Tryggingastofnun ríkisins. Það er ekki ástæða til að gera athugasemdir við það. Þar eiga þær líklega best heima.

Öryrkjar hafa rétt til sjúkratrygginga og það er mikilvægt að þau réttindi falli ekki niður við þessar eða aðrar hugsanlegar breytingar.

Það er einnig ástæða til að hvetja þingmenn til að endurskoða vel lög um slys, vinnuslys og skaðabótalög sem þeim tengjast, þó að það tengist þessu máli ekki beint.

Stjórnin

Það er umhugsunarefni hvort stofnun af þessum toga þurfi sérstaka stjórn, en ef það er niðurstaðan þá hlýtur það vekja upp spurningar um hvernig hún skuli samsett og þá einnig fulltrúar hverra ættu að eiga þar sæti og hverjir ættu að tilnefna þá.

Sjónamið hverra munu þá ráða stefnumótuninni, hagræðingar og peningasjónarmið eða mun áherslan á þjónustuna og þarfir skjólstæðinganna einnig fá hljómgrunn?

f.h. Félags nýrnasjúkra



Jörunn Sörensen formaður

Alþingi
Erindi nr. P 135/3022
komudagur 30. 6. 2008

Reykjavík 30.júní. 2008

Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Alþingishúsinu við Austurvöll
150 Reykjavík

Efni: Frekari athugasemdir vegna Frumvarps til laga um sjúkratryggingar (Þskj.955 – 613.mál)

Félag sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara þakkar fyrir beiðni nefndarinnar um athugasemdir félagsins við frumvarpið. Vísað er til fyrri athugasemda FSSS, dags. ?? maí sl. þar sem gerð er grein fyrir afstöðu félagsins til einstakra greina frumvarpsins.

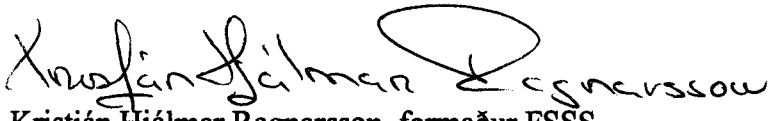
Stjórn FSSS telur að ekki hafi komið nægileg rök fram fyrir því að ekki skuli samið við fag- eða stéttarfélög eins og 39. gr gerir ráð fyrir. Stjórnin fagnar því sjónarmiði nefndarinnar að virða beri samskeppnislög en ítrekar jafnframt það sjónarmið sitt að í veigamiklum atriðum brjóti frumvarpið þau lög í stað þess að fylgja þeim. Dæmi um slíkt eru ákvæði frumvarpsins um fast verð þjónustunnar og samræmd afsláttarkjör jafnframt því sem mismunur á borð við efni 29. greinar um hverjum sé heimilt – og hverjum ekki – að innheima álag fyrir þjónustu utan dagvinnutíma.

Það meginatriði frumvarpsins að koma í veg fyrir að samið verði við einstök félög um þjónustu og verðlagningu eykur að mati stjórnar FSSS verulega hættuna á því að fagleg viðmiðum og metnaði verði smám saman fórnað á altari þess verðstriðs sem frumvarpið hvetur í raun til. Þá er augljóst að frumvarpið þrýstir á samþjöppun í geiranum þar sem hugmyndafræði og dýrmætri hagsýni einstaklings í rekstri er fórnað. Nægir í þessu sambandi að benda á þróun í lyfjasölu á Íslandi.

Stjórn FSSS ítrekar athugasemdir við 29. gr frumvarpsins og til viðbótar við áður nefnd rök vill stjórnin benda á að stuðningur sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara við atvinnulífið er ómældur. Kostnaður einstaklinga og atvinnulífs, og um leið alls samfélagsins, er augljós þegar frí er tekið í vinnu til þess að fara í sjúkraþjálfun. Sjúkraþjálfun eftir hefðbundinn dagvinnutíma er hins vegar óhjákvæmilega kostnaðarsamari fyrir þann sem veitir þjónustuna og eru færð fyrir því sömu rök og vegna starfssemi heilsugæslustöðva eftir klukkan 16.00. Því telur stjórn FSSS fráleitt að binda heimild um hærri gjalddöku fyrir heilbrigðisþjónustu við heilsugæsluna. Heimild fyrir hærri gjaldi gæti aukið framboð á sjúkraþjálfun utan hefðbundis dagvinnutíma með tilheyrandi hagræði fyrir bæði fólk og fyrirtæki. Einnig getur það komið í veg fyrir að einstaklingar dragi úr hófi fram að leita sér aðstoðar og meðferðar sem gjarnan veldur því að vandamálin aukast og meðferð verður mun tímafrekari fyrir vikið.

Stjórn FSSS telur frumvarpið í veigamiklum atriðum setja rekstrargrundvöll einkarekinnar sjúkrabjálfunar í uppnám og skorar á nefndina að endurskoða þau ákvæði sem stjórnin gerði athugasemdir við í áðurnefndu bréfi sínu frá 21. maí sl.

Virðingarfyllst,


Kristján Hjálmar Ragnarsson, formaður FSSS

Reykjavík 21.maí 2008

**Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Alþingishúsinu við Austurvöll
150 Reykjavík**

Efni: Athugasemdir vegna Frumvarps til laga um sjúkratryggingar (Þskj.955 – 613.mál)

Félag sjálfstætt startandi sjúkraþjálfara (FSSS) gætir hagsmuna 280 félagsmanna sinna og hefur í langan tíma verið fulltrúi fyrir fjölmennasta hóp viðsemjenda við ríkisvaldið um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Þess vegna lýsir félagið yfir furðu sinni á því að ekki skuli vera leitað eftir áliti þess á frumvarpi sem afdráttarlaust kveður á um að ekki verði framar samið við félög heldur einungis fyrirtæki eða einstaklinga sem sinna einkarekinni heilbrigðisþjónustu. Slíkt hefur gífurlegar breytingar í för með sér fyrir rekstrarumhverfi sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara og telur FSSS einhliða ákvörðun af þessu tagi, án nokkurs samráðs við félagið, einkennilega og vinnubrögðin ámælisverð.

Verði frumvarpið að lögum er fótum á augabragði kippt undan veigamiklu hlutverki FSSS í samskiptum við ríkisvaldið fyrir hönd félagsmanna sinna. Jafnframt er rekstrargrundvelli einkarekinnar sjúkraþjálfunar ógnað og núverandi fyrirkomulag um forræði menntaðra sjúkraþjálfara á rekstri sínum sett í uppnám. Það veldur ugg að frumvarpið heimilar að samið verði við aðra en sjúkraþjálfara um sjúkraþjálfun og stjórn FSSS varar eindregið við þeirri þróun að menntaðir heilbrigðisstarfsmenn missi bæði sjálfsagðan og nauðsynlegan rétt sinn til þess að bera ábyrgð á þeirri heilbrigðisþjónustu sem veitt er í landinu.

Sjúkraþjálfarar eru háskólamenntuð heilbrigðisstétt með þau réttindi og skyldur sem því fylgja, t.d. varðandi skráningu og varðveislu sjúkragagna, símenntun og fagmennsku í takt við ýtrustu kröfur á hverjum tíma. Gera má ráð fyrir að sú harða samkeppnisstaða sem frumvarpið setur sjúkraþjálfara og/eða fyrirtæki þeirra í muni undir forystu ríkisvaldsins snúast fyrst og fremst um verð. Um leið skapast hættan á að gæði þjónustunnar, fjárfestingar í tækjum og búnaði, símenntun sjúkraþjálfaranna og árangur skjólstæðinganna verði að atriðum sem mæta þurfa afgangi. Hagsmunum tuga þúsunda skjólstæðinga einkarekinnar sjúkraþjálfunar er þannig ógnað í því frumvarpi sem hér liggur fyrir.

Augljóst er að í bígerð eru afar miklar breytingar á rekstrarumhverfi sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara án þess að við þá hafi verið haft nokkuð samráð. Stjórn FSSS skorar því á alþingi að fresta lagasetningu þessa frumvarps og gefa eðlilegt tóm til frekari umræðu um það. Sérstakar athugasemdir eru gerðar við eftirfarandi greinar frumvarpsins um leið og sú ósk er ítrekuð að rætt verði við stjórn FSSS áður en breytingum af þessu tagi verður hrundið í framkvæmd.

3.kafli, 29.grein.

FSSS lítur svo á að þessi grein valdi mismunun innan heilbrigðisþjónustunnar. Það gilda sömu rök fyrir því gagnvart sjúkraþjálfurum og öðrum starfsstéttum í heilbrigðisgeiranum að heimila hærra verð fyrir þjónustu eftir eðlilegan dagvinnutíma. Því telur stjórn FSSS fráleitt að einskorða slíka heimild við lækna og hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni. Kröfur atvinnulífsins, bæði atvinnurekenda og launamanna, um að sjúkraþjálfun standi til boða utan dagvinnutíma verða sífellt meiri. Það er fullkomlega óeðlilegt að sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfurum sé einum allra heilbrigðisstétta ætlað að þiggja flöt dagvinnulaun hvenær sem er sólarhringsins og jafnt virka daga sem helga. Sú spurning er áleitin hvort mismunun af þessu tagi á milli einstakra stétta innan heilbrigðisgeirans standist lagalega skoðun.

4.kafli, 39. grein.

Það kemur á óvart að í lögum þessum sé ekki gert ráð fyrir að samið sé við fagfélög eða stéttarfélög eins og gert hefur verið án þess að fyrir því séu færð nokkur rök. Einnig lítur FSSS (sem reyndar er hvorki fag- né stéttarfélag) svo á að í þessari grein felist engin trygging fyrir því að einungis sé samið við fagaðila um þjónustu á sviði sjúkraþjálfunar.

4.kafli, 40. grein.

Í greininni er kveðið á um að Sjúkratryggingastofnun sé heimilt að takmarka samningagerð við hluta þeirra aðila sem veitt geta þjónustuna t.d. með hliðsjón af fjárheimildum. Stjórn FSSS hefur miklar efasemdir um að slíkt ákvæði geti staðist samkeppnislög og/eða jafnræðisreglur stjórnsýslulaga og stjórnarskrárinnar. Með slíkri heimild er ekkert því til fyrirstöðu að sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfurum verði mismunað eftir geðþótta hverju sinni. Einnig myndi það raska verulega samkeppnistöðu sjúkraþjálfara yrði samið við hluta þeirra án skilyrða um útboð eða aðrar lögmætar aðferðir þannig að jafnræðis-og samkeppnissjónarmiðum yrði fullnægt.

Virðingarfyllst,

F.h.

Kristján Hjálmar Ragnarsson, formaður FSSS





Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2887
komudagur 20.5.2008

Sjúkrahús Akureyrar

Heilbrigðisnefnd Alþingis,
Alþingi,
150 Reykjavík.

Akureyri 20. maí 2008.

Með bréfum dags. 13. maí og 16. maí 2008 óskar Heilbrigðisnefnd Alþingis eftir umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613 mál, heildarlög.

Nýtt frumvarp til laga um sjúkratryggingar er mikið að vöxtum og er sagt að megin hluta til byggt á ákvæðum laga nr. 100/2000 um almannatryggingar og nr. 40/2007, um heilbrigðisþjónustu. Uppistaða frumvarpsins er annars vegar kafli um sjúkratryggingar, 5. kafli og lög um almannatryggingar og hins vegar kafli um samninga um heilbrigðisþjónustu og lög um heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt athugasemdum er fylgja lagafrumvarpinu er gert ráð fyrir að þessum lagaákvæðum sé steipt saman í einn lagabálk þar sem annars vegar er að finna þau ákvæði sem lúta að réttindum einstaklinga til heilbrigðisþjónustu og hins vegar lagaákvæði sem lúta að aðferðum og aðgerðum við öflun og gerð samninga um endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu. Gert er ráð fyrir að sérstök stjórnsýslustofnun; Sjúkratryggingar, verði undir yfirstjórn ráðherra og annist framkvæmd sjúkratrygginga gagnvart einstaklingum og enn fremur að semja um veitingu heilbrigðisþjónustu og endurgjald fyrir veitta þjónustu til handa sjúkratryggðum.

Það verður að teljast framfaraskref að heilbrigðisþjónustan í heild sé kostnaðargreind og tekin verði upp blönduð fjármögnun á heilbrigðisstofnunum og annars staðar þannig að fjármagn fylgi sjúklingum. Heilbrigðisstofnanir fái þá fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Með þessu er skapað svigrúm til fjölbreyttari rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang og óháð efnahag.

Það er rétt sem kemur fram í athugasemdum með lagafrumvarpinu að eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu virðist vera ótakmörkuð og mikill vandi að stýra kostnaðarþróun í heilbrigðiskerfinu. Því er það fagnaðarefni að fjármagn fylgi verkum og þannig verður hægt að vinna niður biðlista og sjá til þess að fólk fái þjónustu innan eðlilegra tímaramma.

Þó ber að hafa af því áhyggjur að í afkastatengdu umhverfi er hætt á því að læknisverkum fjölgi og ný eftirspurn myndist. Því er eðlilegt að fram komi í frumvarpinu að setja þurfi samhæfðar aðgerðaáðendingar, ný forgangsröðun verka þannig að tryggt er að fólk fái þjónustu á réttum stað á réttum tíma og að afkastatenging verði ekki hvatning til oflækninga. Ein af forsendum þess að frumvarpið verði til framfara er sú að upplýsingakerfi í heilbrigðisþjónustunni verði

með þeim hætti að Sjúkratryggingastofnun hafi þær upplýsingar sem hún þarf á hverjum tíma. Einnig er nauðsynlegt að mælanleg viðmið verði sett og gildi sem víðast þannig að hægt sé að fylgjast með heilsu, heilbrigðisþjónustu og kaupum á henni.

Sú breyting að allir samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu flytjist á eina hendi er mikið til bóta og kemur í veg fyrir víxlverkun á milli núverandi heilbrigðisstofnana og þess reksturs sem fjármagnaður er af Tryggingastofnun ríkisins. Tilfærsla milli þessara kerfa hefur verið óljós og hægt er að færa rök fyrir því að kerfið hafi “lekið” peningum.

Kerfisbreyting sem þessi að skilja á milli kaupanda og seljanda í heilbrigðisþjónustunni er gríðarmikið verk og er ekki annað hægt en hafa af því áhyggjur að þetta takist ekki á þeim tímaramma sem áætlaður er. Einnig er það óljóst hversu stór stofnunin verður og hversu mikið fjármagn þarf til reksturs hennar.

Að loknum þessum almennu orðum verður fjallað um einstakar greinar frumvarpsins eftir því sem við á:

1. gr.

Fram kemur í 1. gr. að markmið laga þessara er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Spurning er hvort taka þurfi fram að aðgangur að heilbrigðisþjónustu sé óháður efnahag, kyni og trúarbrögðum.

2. – 7. gr.

Ekki athugasemdir.

8. gr.

Eðlilegt er að Sjúkratryggingastofnun geti kallað til sérfræðinga til að aðstoða stofnunina við gerð samninga á sviði heilbrigðisþjónustu. Hér sem áður vegna “markaðsráðandi” stærðar Landspítala – háskólasjúkrahúss veltir maður fyrir sér hvernig hægt verði að tryggja aðgreiningu kaupanda og seljanda þjónustunnar þar sem mesta þekkingin á þessu sviði liggur að sjálfsögðu hjá LSH.

9. og 16. gr.

Ekki athugasemdir

17. – 18. gr.

Hér er nýmæli að komið er stjórnþæki þar sem ráðherra er m.a. heimilt að ákveða að tilvísun heimilis-/ eða heilsugæslulæknis sé skilyrði fyrir greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í kostnaði við rannsóknir eða meðferð hjá sérgreinalæknum.

18. gr.

Í greininni kemur fram að sjúkratryggingar taka til ókeypis vistar að ráði læknis í sjúkrahúsum sem rekin eru af ríkinu eða samkvæmt samningi. Velta má því fyrir sér hvort eðlilegt sé að sjúkrahúsvist sé ókeypis. Hvort ekki er eðlilegt að dýrasta

þjónustan kosti, það sé innheimt t.d. lágt daggjald í stað þess að láta þá ódýru þjónustu sem veitt er utan spítala kosta og það talsvert fé. Hægt er að færa rök fyrir því að vegna þess að þjónustan sé ókeypis inn á sjúkrahúsum þá auki það líkur á að sjúklingur sé lagður inn í stað þess að vera rannsakaður og fái meðferð utan spítala þar sem hann þarf að bera kostnað. Þurfa lögin ekki að hvetja heilbrigðisstarfsfólk og sjúklinga til að nota ódýrasta meðferðarformið.

19. – 22. gr.

Ekki athugasemdir

23. gr.

Fram kemur að sjúkratryggingar greiði sjúkratryggðum ferðastyrk og fylgdarmanni hans þegar sérstaklega stendur á. Eðlilegt væri að viðkomandi einstaklingur fengi ferðakostnað greiddan en ekki styrk.

24. gr.

Ekki athugasemd.

25. gr.

Í greininni kemur fram að sjúkratrygging tekur til nauðsynlegra lyfja sem hafa markaðsleyfi hér á Íslandi. Velta má því fyrir sér hvort ekki sé eðlilegt að víkka þetta ákvæði þannig að sjúkratryggingin næði til þeirra lyfja sem væri til sölu innan EES landanna. Slíkt gæti dregið úr kostnaði.

26. og 27. gr.

Ekki athugasemd.

28. gr.

Í 2. mgr. um sjúkraflutninga kemur fram að sé fylgd nauðsynleg þá taka sjúkratryggingar þátt í kostnaði við fargjald fylgdarmanns, jafnvel þó að um áætlunarferð sé að ræða.

Í athugasemdum við frumvarpið kemur fram að ef sjúklingur getur ferðast sitjandi í áætlanafærð er ekki um sjúkraflutning að ræða og koma þá ákvæði um ferðakostnað til skoðunar sbr. 30. gr. frumvarpsins. Þetta þýðir að sjúklingur þarf að bera hluta af sínum sjúkraflutningi sjálfur skv. núverandi reglugerð og er verulega íþyngjandi og hér gæti verið um kostnaðarauka ríkisins að ræða þar sem tilhneigingin yrði án efa sú að flytja sjúklinga í áætlunarflugi á sjúkrabörum til þess að kostnaður myndaðist ekki fyrir sjúklinginn. Á sama hátt vantar sérákvæði um sjúkraflutninga fyrir fólk á landsbyggðinni sem er útskrifað af sjúkrahúsum og á síðan að koma sér til síns heima sjálft á eigin kostnað. Jafna þarf mun fólks eftir búsetu hvað það varðar.

29. gr.

Ekki athugasemd við liði 1 – 4.

Í 5. lið kemur fram að taka má gjald fyrir útgáfu læknisvottorða í heilsugæslu og á sjúkrahúsum og í athugasemdum með frumvarpinu kemur fram að ekki standi til að semja við sjálfstætt starfandi lækna og fyrirtæki þeirra hvað þetta varðar en ákvæði girði þó ekki fyrir að það verði gert. Ljóst er að sjálfstætt starfandi læknar þurfa að

skrifa sín vottorð sjálfir, hið opinbera heilbrigðiskerfi getur ekki tekið það að sér fyrir þeirra hönd. Því þarf að breyta þessu ákvæði.

Í lok greinarinnar kemur fram að þær heilbrigðisstofnanir sem fengið hafa heimild ráðherra til að veita ósjúkratryggðum einstaklingum heilbrigðisþjónustu á einkaréttarræðum grundvelli. Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu verður heimilt að taka hærra gjald fyrir þjónustuna er nemur kostnaði hennar. Þetta er nauðsynlegt úrræði ef markaðssetja á íslenska heilbrigðisþjónustu erlendis og getur hjálpað okkur að þróa útrás heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

30. gr.

Hér þarf að útvíkka ferðakostnaðarhugtakið. Sem sakir standa er mikill munur á aðstöðu fólks hvað varðar aðgengi að heilbrigðisþjónustu og kostnað af ferðum sem hlýst af því að fá þá þjónustu eða sækja þjónustu. Sjúklingar sem þurfa á sérfræðiþjónustu að halda á landsbyggðinni og þurfa til Reykjavíkur, Akureyrar eða á aðra þá staði sem þjónustu er að fá, verða fyrir talsverðum kostnaði vegna ferðalaga sem hljótask af því að nota þessa þjónustu. Hér þarf að skerpa á reglum og jafna aðstöðumun fólks.

31. – 39. gr.

Ekki athugasemdir.

40. gr.

Greinin er skýr og gott að það komi fram að við samningsgerð um heilbrigðisþjónustu skal þess gætt að raska ekki þeirri þjónustu sem veita ber samkvæmt lögum. Það er einnig mikilvægt sem fram kemur í athugasemdum með frumvarpinu að ekki er gert ráð fyrir að samið sé við einkaaðila um veitingu þjónustu ef slíkt raskar hinu opinbera þjónustukerfi þannig að ekki sé unnt að tína út ábatasömustu þjónustubættina ef það þýðir að opinber stofnun missi hæfni til að veita þjónustu á hagkvæman og öruggan hátt.

Ljóst þarf að vera hvort kaup á heilbrigðisþjónustu eru útboðsskyld og hvort samkeppnislög gildi um rekstur í heilbrigðisþjónustu en í athugasemdum um frumvarpið eru útskýringar með þeim hætti að ljóst er að samkeppnislög gilda ekki um ákvarðanir sjúkratryggingastofnunar um hvort leitað skuli samninga við einkaaðila eða samið við opinberar stofnanir.

41. – 42. gr.

Ekki athugasemdir.

43. gr.

Það er nýtt sem fram kemur í þessari grein að kostnaðargreining skuli taka mið af öllum hugsanlegum kostnaði, þar með talið kostnaði vegna húsnæðis, fjármagns og afskrifta. Í DRG greiningu Landspítala – háskólasjúkrahúss og FSA hefur hingað til ekki verið tekið tillit til húsnæðis, fjármagns og afskrifta en að sjálfsögðu er eðlilegt að svo sé. Í þessu sambandi er eðlilegt að sá kostnaður opinberu heilbrigðisstofnana að vera á vakt fyrir þær einkareknu eftir að vinnudegi líkur sé metinn í þessu sambandi svo og óbeinn viðbúnaður.

44. gr.

Eðlilegt er að veitendur heilbrigðisþjónustunnar skuli að jafnaði byggja starfsemi sína á gagnrýnni þekkingu á sviði heilbrigðisþjónustu og fylgja faglegum fyrirmælum landlæknis og nýta eftir því sem við á faglegar leiðbeiningar hans, sbr. lög um landlæknisembættið. Þetta ákvæði er mjög mikilvægt og alveg ljóst að veita þarf meira fjármagni til landlæknis til þess að hann geti haldið úti klíniskum leiðbeiningum en útgáfa slíkra leiðbeininga er mjög vinnufrek og kostnaðarsöm en á sama hátt mjög nauðsynleg.

45. gr.

Greinin er skýr og sérstaklega gott að fram kemur að Sjúkratryggingastofnun geti krafist þess að samningsaðilar nýti samræmt upplýsingakerfi, þar með talið samræmda skráningu biðlista. Eðlilegt er að biðlistar séu samræmdir hér á landi og einnig eins og áður hefur komið fram að ábendingar fyrir aðgerðum séu samræmdar.

46. gr.

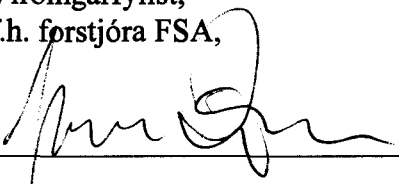
Upplýsingaskylda er heilbrigðisstarfsmönnum eðlileg og velta má því fyrir sér hvort seinasta setningin: “Skoðun skal fara fram á stað þar sem sjúkraskrá er varðveitt” sé ekki úrelt á tímum rafrænna sjúkraskráa og íþyngjandi fyrir eftirlit sem þetta.

Ekki eru athugasemdir við aðrar greinar frumvarpsins.

Samantekt:

Frumvarp þetta er framfararspor á þann hátt að skilið verður á milli kaupanda og seljanda í heilbrigðisþjónustunni. Slíkt eykur gagnsæi og það að fjármagn fylgi verkum er mjög jákvætt og á eftir að bæta þjónustu og gæði hennar. Þessar breytingar geta haft í för með sér aukinn tækifæri í heilbrigðisþjónustunni og þar með ný og aukin verkefni fyrir Sjúkrahús Akureyrar.

Virðingarfyllst,
f.h. forstjóra FSA,



Þorvaldur Ingvarsson,
framkvæmdastjóri lækninga.

ÞI/JR



Heilbrigðisnefnd Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík.

Alþingi
Erindi nr. **P 135/3047**
komudagur **7. 7. 2008**

2. júlí 2008.

Efni: Beiðni um umsögn um frumvarp um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Ég vil fyrir hönd framkvæmdastjórnar FSA þakka fyrir þann möguleika að gera athugasemdir við frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Framkvæmdastjórn FSA hefur ekki aðrar athugasemdir en þær er sendar voru nefndinni þann 20. maí 2008.

Virðingarfyllst,
F.h. framkvæmdastjórnar FSA,

Þorvaldur Ingvarsson,
framkvæmdastjóri lækninga.

ÞI/JR



Til Nefndasviðs Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög

Reykjavík 14. maí 2008

Almenn umsögn

Nýtt frumvarp um sjúkratryggingar skilgreinir hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og kveður á um að öllum verði tryggður aðgangur að góðri heilbrigðisþjónustu. Fjallað er um kostnaðarþátttöku ríkisins við heilbrigðisþjónustuna án þess að sú þátttaka sé tilgreind nema varðandi sjúkrahúsvist (ókeypis). Tryggja á að öllum standi til boða heilbrigðisþjónusta sem er sambærileg við það sem nágrannaþjóðir okkar bjóða upp á. Sjúkratryggingastofnun er falið að gera samninga við ríkisreknar og einkareknar heilbrigðisstofnanir, innlendar sem erlendar, og á hún að hafa hagkvæmni, gæði, öryggi og aðgengi að þjónustunni að leiðarljósi. Þessi meginhugsun frumvarpsins er að mínu mati nútímaleg og mun sveigjanlegri en núverandi kerfi.

Frumvarp til laga um sjúkratryggingar er rammalöggjöf sem fyrst og fremst snýst um að afmarka hverjir fara með samningagerð um heilbrigðisþjónustu og hver ákveði kostnaðarskiptinguna. Í lögunum er ekki tiltekið hver kostnaðarskiptingin milli ríkis og sjúkratryggðra er en vísað er til reglugerða sem heilbrigðisráðherra setur. Ég tel að það geti verið skynsamlegt að Alþingi fjalli t.d. um nýja þjónustu sem á að fara að veita eða þjónustu sem á að fella niður og að Alþingi fjalli einnig um hve stóran hluta ríkið eigi að greiða af kostnaðinum. Heilbrigðisráðherra og Sjúkratryggingastofnun sæju síðan um að gera samninga um þjónustuna en þessir aðilar ákveði ekki einhliða hvað þjónustu á að veita og hver kostnaðarskiptingin er.

Athugasemdir við nokkrar greinar

1. gr.

Ég hef ákveðnar efasemdir um að rétt sé að nota orðið *jafnan* um aðgang að heilbrigðisþjónustu. Hluti af aðgangi er aðgangseyrir og það er ekki ætlunin að hann sé hinn sami (jafn) hjá öllum. Til dæmis eru tannlækningar barna greiddar að hluta en ekki

fullorðinna. Ég legg því til að orðið *jafnan* falli úr fyrstu málsgrein. Málsgreining verður þá: „Markmið laga þessara er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag, svo sem nánar er kveðið á um í lögum þessum og í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.”

2. gr.

“Heilbrigðisráðherra markar stefnu innan ramma laga þessara, laga um heilbrigðisþjónustu og annarra laga. Ráðherra er heimilt að gripa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu, m.a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni.” Ég tel að ráðherra fái of mikið vald til að marka stefnu og framfylgja henni. Eins og fram kemur í almennu umsögninni eru lögin mjög opin og mikið vald sett í hendur ráðherra, vald sem hann er ekki öfundsverður af. Ég tel að Alþingi eigi að ræða stefnumörkun og kostnaðarskiptingu einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar.

6. gr.

Í 4. gr. er talað um heilbrigðisráðherra en í 6. gr. og reyndar fleiri greinum um ráðherra. Ég legg til að alls staðar í frumvarpinu verði orðinu ráðherra breytt í heilbrigðisráðherra.

18. gr.

“Sjúkratryggingar taka til ókeypis vistar að ráði læknis í sjúkrahúsum sem rekin eru af ríkinu eða samkvæmt samningum...” Ég legg til að ókeypis verði tekið út úr setningunni. Þar með er ekki verið að segja að ríkið greiði ekki allan kostnað. Mörgum þykir þó sérkennilegt að einn fari í aðgerð á sjúkrahús og borgi ekkert meðan annar fer í sömu aðgerð á stofu og borgi hluta kostnaðar.

19., 20., 21 og 22. gr.

Í 19., 20. og 21. grein er orðinu nauðsynlegar skotið inn í setningarnar en ekki í 22. gr. sbr. í 19. gr.: *Sjúkratryggingar taka til nauðsynlegra rannsókna og meðferðar hjá sérgreinalæknum*, en í 22. gr. *Sjúkratryggingar taka til annarrar sérhæfðar heilbrigðisþjónustu*. Í 22. gr. stendur ekki: *annarrar nauðsynlegrar sérhæfðar*... Ég legg til að orðið nauðsynlegar verði tekið út í greinum 19 til 21. Það er hvort sem er eftir að skilgreina nákvæmlega fyrir hvaða þjónustu er greitt í reglugerð (eða lögum skv. minni tillögu).

Virðingarfyllst,



Gísli Ragnarsson skólameistari
Fjölbrautaskólans við Ármúla



Alþingi
Erindi nr. Þ 135/3044
komudagur 2.7. 2008

Reykjavík, 2. júlí 2008

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613 mál.

Umsögn frá hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands þakkar tækifæri til að veita umsögn um fyrrgreint frumvarp og tekur undir mikilvægi þess sem fram kemur í athugasemdum við frumvarpið að heilbrigðisþjónusta skuli veitt á heimsmælikvarða með hámarksgæðum. Að auki er það mjög mikilvægt í nútímasamfélagi að auka áherslu á forvarnir á öllum sviðum og stuðla að heilbrigðari lífsháttum.

Það er ljóst að eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu er mikil og vaxandi. Framfarir í menntunarmálum hjúkrunarfræðinga á undanförmum áratugum endurspeglast í þeim árangri í heilbrigðisþjónustunni sem fram kemur í bættu heilbrigði þjóðarinnar. Framlag þessarar stéttar til heilbrigðismála er ekki síst mikilvægt á sviði forvarna og heilsueflingar. Með bættri menntun hjúkrunarfræðinga og aukinni sérhæfingu þeirra á ýmsum sviðum ættu þeim að gefast fleiri tækifæri innan heilbrigðisþjónustunnar til að taka að sér ýmiss verkefni sem þörf er á að skilgreina og sinna. Þær greinar (17.-23.) sem settar hafa verið fram um þjónustuna gefa ekki nægjanlega skýra mynd af framlagi sérfræðinga í hjúkrun til heilbrigðisþjónustunnar. Sérfræðingar í hjúkrun hafa fjögurra ára BS nám að baki og meistaranám á ýmsum sérsviðum hjúkrunar eða öðrum sérgreinum. Að auki hafa þeir tveggja ára starfsreynslu við sitt sérsvið. Hér er því um vel menntaða heilbrigðisstétt að ræða sem getur lagt mikið til samfélagsins til að stuðla að heilbrigði þjóðarinnar. Framlag þessarar heilbrigðisstéttar er óljós eins og frumvarpið er nú sett fram og því lagt til að bætt verði úr því.

Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands, Eirberg, Eiríksgötu 34, 101 Reykjavík, s. 525 4961, fax 525 4963

Athugasemdir við einstaka greinar frumvarpsins:

I. KAFLI

6. gr. *Stjórn.*

Engin menntunarskilyrði eru gerð til þeirra einstaklinga sem skipaðir eru í stjórn sjúkratryggingarstofnunarinnar. Lagt er til að bæta inn eftirfarandi setningu eftir aðra málsgreinina: „Skulu að minnsta kosti tveir í stjórn vera sérmenntaðir á sviði heilbrigðisvísinda.“

7. gr. *Forstjóri.*

Eftirfarandi kemur fram í frumvarpinu: „Forstjóri skal hafa lokið námi á háskólastigi og búa yfir reynslu af rekstri og stjórnun sem nýtist honum í starfi.“

Nám á háskólastigi getur verið mjög mismunandi. Það getur t.d. verið 15-20 eininga diplómanám. Samkvæmt þessum skilyrðum sem hér eru tilgreind er nánast hægt að ráða hvern sem er til starfsins. Hér þyrfti að gera lágmarkskröfu til meistaranáms. Einnig þarf að tilgreina nánar um þá reynslu af rekstri og stjórnun sem gerð er krafa um. Lagt er til að forstjóri sjúkratryggingarstofnunar hafi reynslu af rekstri og stjórnun innan heilbrigðisgeirans sem nýtist honum í starfi. Lögð er til eftirfarandi breyting á annarri málsgrein: „Forstjóri skal hafa lokið meistaranámi og búa yfir reynslu af rekstri og stjórnun á sviði heilbrigðismála sem nýtist honum í starfi.“

III. KAFLI

B. Aðstoð

Ný grein: *Þjónusta sérfræðinga í hjúkrun.*

Setja þarf fram nýja grein eftir 19. grein sem ber heitið: *Þjónusta sérfræðinga í hjúkrun.* Þar segi: Sjúkratryggingar taki til nauðsynlegs heilbrigðismats og meðferðar hjá sérfræðingum í hjúkrun sem samið hefur verið um skv. IV. Kafla.

Með sérfræðingum í hjúkrun er átt við þá hjúkrunarfræðinga sem fengið hafa leyfi frá heilbrigðisráðuneytinu til að kalla sig sérfræðing í tilteknum sérgreinum hjúkrunar og skyldum greinum. Þjónusta sérfræðinga í hjúkrun getur náð til margvíslegrar sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu.

26. gr. og 27. gr. *Hjálpartæki/Næringarefni og sérfæði.*

Báðar greinarnar koma inn á vottorð sérfræðinga um nauðsyn hjálpartækis eða nauðsyn næringarefnis eða sérfæðis. Hér er mikilvægt að fleiri en lækna geti gefið út slík vottorð. Kerfið reynist skjólstæðingnum oft of þungt ef það er eingöngu lækni sem gefur út slík vottorð. Sérfræðingar í hjúkrun eru iðulega að meta þörf fyrir ýmiss hjálpartæki og því er mikilvægt að þeim sé það heimilt að veita slík vottorð.

28. gr. *Sjúkraflutningar.*

Í þessari grein kemur fram að: „Sé fylgd nauðsynleg taka sjúkratryggingar þátt í kostnaði við fargjald fylgdarmanns.“

Hér er einungis greitt fyrir einn fylgdarmann og því væri einvörðungu greitt fyrir annað foreldrið ef um barn væri að ræða. Ýmiss dæmi eru um að senda hefur þurft bráðveik börn til meðferðar og sú staða komið upp hvort foreldrið eigi að fara. Það getur reynst fjárhagslegur baggi á heimili ef ríkið tekur aðeins þátt í greiðslu eins fylgdarmanns. Lagt er til út frá heilsu barnsins og velferð fjölskyldunnar að báðir foreldrar geti fylgt barni sínu þegar það þarf á meðferð að halda. Lagt er til eftirfarandi orðalag á fyrrnefndri málsgrein: „Sé fylgd nauðsynleg taka sjúkratryggingar þátt í kostnaði við fargjald fylgdarmanns eða beggja foreldra ef um veikt barn er að ræða.“

29. gr. *Gjaldtaka.*

Í fyrsta lið er fjallað um ýmsa gjaldtöku. Tilgreind er þjónusta sem ekki er bundin við gjaldtöku. Hér mætti bæta við að greining og meðferð tilkynningaskyldra smitsjúkdóma skal vera sjúklingi sem leitar til göngudeilda smitsjúkdóma að kostnaðarlausu sbr. 11. gr. reglugerðar nr. 414/2007. Hið sama ætti að gilda um fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir fyrir þá sem eru 24 ára og yngri.

Í lið 3 stendur: „Þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna og fyrirtækja þeirra, sbr. 2. mgr. 17. gr. og 19.–22. gr., sem samið hefur verið um samkvæmt ákvæðum IV. kafla. Ekki er þó heimilt að taka gjald fyrir hjúkrun í heimahúsum, mæðra- og ungbarnavernd og aðstoð ljósmóður við fæðingu í heimahúsum.“

Óljóst þykir hvað felst í hjúkrun í heimahúsum. Þýðir þetta ákvæði að sérfræðingur t.d. í geðhjúkrun sem stundaði hjúkrunarmeðferðir sínar í heimahúsi hefði ekki heimild til að taka gjald fyrir vinnu sína? Hér er eflaust átt við að ekki megi taka gjald fyrir heimahjúkrun veitta af heilsugæslunni en strangt til tekið hamlar þessi grein sérfræðingum í hjúkrun, þó sjálfstætt starfandi væru, að vera með nærþjónustu fyrir sína skjólstæðinga.

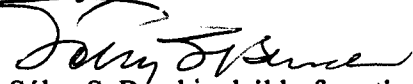
43. gr. Endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu.

Í þessari grein kemur fram eftirfarandi: „Heilbrigðisstofnanir og aðrir veitendur heilbrigðisþjónustu skulu kostnaðargreina þjónustu sína samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum aðferðum. Við kostnaðargreiningu skal taka mið af öllum hagrænum kostnaði, þ.m.t. kostnaði vegna húsnæðis, fjármagns og afskrifta.

Ráðherra setur reglugerð um framkvæmd mats á hjúkrunarþyngd vegna endurgjalds fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er í hjúkrunarrýmum.“

Hér gætir ákveðins ósamræmis. Heilbrigðisstofnanir og aðrir veitendur heilbrigðisþjónustu skulu sjálf kostnaðargreina þjónustuna samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum aðferðum. Hins vegar mun ráðherra setja reglugerð um framkvæmd mats á hjúkrunarþyngd vegna endurgjalds fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er í hjúkrunarrýmum. Þannig er væntanlega komið í veg fyrir að þeir sem veita heilbrigðisþjónustu í hjúkrunarrýmum geti sjálfir kostnaðargreint samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum aðferðum.

F.h. hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands,



Sóley S. Bendir, deildarforseti



Alþingi
Erindi nr. p 135/3023
komudagur 30.6.2008

Skrifstofa rektors

Alþingi - nefndasvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

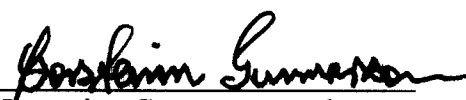
Akureyri, 30. júní 2008
Tilv.: 0805056

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Háskólinn á Akureyri þakkar fyrir tækifærið til að veita umsögn um frumvarpið.

Háskólinn fagnar endurskoðun eldri laga um sjúkratryggingar og gerir ekki efnislegar athugasemdir við frumvarpið.

Virðingarfyllst,


Þorsteinn Gunnarsson, rektor



Alþingi
Erindi nr. P 135/2916
komudagur 22.5.2008

Skrifstofa rektors

Alþingi - nefndasvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

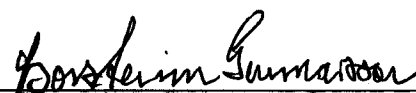
Akureyri, 22. maí 2008
Tilv.: 0805056

Háskólinn á Akureyri (skrifstofa rektors, hjúkrunarfræðibraut) hefur móttekið beiðni Heilbrigðisnefndar Alþingis um umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Erindi nefndarinnar er dagsett 16. maí og barst háskólanum 20. maí sl. Óskað er eftir í bréfi nefndarinnar að svar berist eigi síðar en 22. maí 2008 til Nefndarsviðs Alþingis.

Háskólinn á Akureyri harmar þann afar stutta fyrirvara sem gafst til umsagnarinnar og telur sér ekki fært að skila umsögn innan þessa þrönga tímaramma.

Virðingarfyllst,


Þorsteinn Gunnarsson, rektor

**Samanburður á greinum frumvarps til laga um sjúkratryggingar
og nágildandi lögum um almannatr. og lögum um heilbrigðisþjónustu**

**Sjúkratrygginga-
frumvarpið**

- 1. gr.
- 3. gr.
- 4. gr.
- 5. gr.
- 6. gr.
- 7. gr.
- 8. gr.

- 9. gr.
- 10. gr.
- 11. gr.
- 12.-14. gr., 16. gr.
- 15. gr.
- 17. gr.
- 18. gr.
- 19. gr.
- 20. gr.
- 21. gr.
- 22. gr.
- 23. gr.
- 24. gr.
- 25. gr.
- 26. gr.
- 27. gr.
- 28. gr.
- 29. gr.
- 30. gr.
- 31. gr.
- 32. gr.
- 33. gr.
- 34. gr.
- 35. gr.
- 36. gr.
- 37. gr.
- 38. gr.

- 4. mgr. 43. gr.
- 46. gr.
- 47. gr.
- 50. gr.
- 1. og 2. másl. 51. gr.
- 52. gr.
- 1. mgr. 53. gr.
- 2. og 3. mgr. 53. gr.
- 54. gr.
- 55. gr.

Lög um almannatryggingar, nr. 100/2007

- tekur mið af 76. gr. stjórnarskrár og norrænum lögum nýmæli (skilgreiningar á hugtökum í frumvarpinu)
- 2. gr. og 2. og 28. gr. laga um heilbr.þjón.
- 10. gr. og 2. og 3. mgr. 11. gr.
- 3. og 4. gr.
- 5. og 6. gr.
- nýmæli (skipun starfshópa og sérfræðinga til starfa fyrir sjúkratryggingastofnunina)
- 3. mgr. 37. gr.
- 1., 2. og 4. mgr. 37. gr., 3. mgr. 12. gr., 15. gr.
- 13.-15. gr.
- var í reglugerð
- nýmæli (sjúkratrygging friðargæsluliða við störf erlendis)
- 2. mgr. 39. gr., a- og j-liður 1. mgr. 41. gr.
- 1. mgr. 39. gr.
- b-liður 1. mgr. 41. gr.
- 42. gr.
- b-liður 1. mgr. og 3. mgr. 38. gr.
- kemur í stað nokkurra ákvæða í 38. og 41. gr.
- 40. gr. og d-liður 1. mgr. 38. gr.
- 2. mgr. 44. gr.
- c-liður 1. mgr. 41. gr.
- a-liður 1. mgr. og 3. mgr. 38. gr.
- e-liður 1. mgr. og 3. mgr. 38. gr.
- h-liður 1. mgr. 41. gr.
- c- og h-liður 1. mgr. 41. gr. og 34. gr. laga um heilbr.þj.
- 1. másl. i-liður 1. mgr. 41. gr.
- 2. og 3. másl. i-liður 1. mgr. 41. gr.
- 43. gr.
- 45. gr.
- 1.-3. mgr. 52. gr.
- 53. gr. og 2. mgr. 54. gr.
- 1. mgr. 7. gr., 1. og 2. mgr. 8. gr., 3. mgr. 9. gr.
- 55. gr.
- nýmæli (heimild til að ákveða með reglugerð tímabundna endurgreiðslu á útlögðum sjúkrakostnaði einstaklinga ef sjúkratr.stofnunin hefur ekki náð samningum við veitendur heilbrigðisþjónustu, t.d. sérgreinalækna eða tannlækna)
- 5. másl. 2. mgr. 44. gr.
- 5. mgr. 52. gr.
- 1. mgr. 46. gr.
- lokamásl. 5. mgr. 52. gr.
- 2. og 3. másl. 4. mgr. 52. gr.
- 7. mgr. 48. gr.
- 1. mgr. 68. gr.
- 2. og 3. mgr. 58. gr.
- 1. mgr. 47. gr.
- 70. gr. og 3. mgr. 41. gr.

Sjúkratrygginga- frumvarpið

2. gr.

29. gr.

1. mgr. 39. gr.

2. mgr. 39. gr.

40. gr.

41. gr.

42. gr.

1.-3. mgr. 43. gr.

44. gr.

45. gr.

48. gr.

49. gr.

Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007

3. gr.

34. gr.

28. gr.

nýmæli (tilgreining á því hverja samið er við)

29. gr. (ítarlegri í sjúkratryggingafrumvarpinu, t.d. ítarlegri ákvæði um efni samninga, svo sem um gæði þjónustu og eftirlit með framkvæmd samninga. Einnig kveðið á um að tryggja skuli aðgengi einstaklinga að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag og að sjúklingar skuli njóta jafnræðis. Hagsmunir hinna sjúkratryggðu ávallt hafðir að leiðarljósi við samningsgerð. Auk þess kveðið á um hvernig sjúkratr. stofnunin skuli velja þá sem samið er við um veitingu heilbrigðisþjónustu)

1. mgr. 30. gr.

2. mgr. 30. gr.

nýmæli (hvernig sjúkratr.stofnunin greiðir fyrir heilbrigðisþjónustu og hvernig heilbrigðisstofnanir og aðrir kostnaðargreina þjónustuna)

nýmæli (heilbrigðisþjónusta skal byggjast á gagnreyndri þekkingu)

nýmæli (gæði heilbrigðisþjónustu og eftirlit sjúkratr.stofnunarinnar)

nýmæli (vanefndir samningsaðila og aðgerðir sjúkratr.stofnunarinnar vegna vanefnda)

nýmæli (ágreiningur um samninga o.fl. og meðferð ágreinings)

From: vilborg.hauksdottir@hbr.stjr.is [mailto:vilborg.hauksdottir@hbr.stjr.is]
Sent: 20. maí 2008 19:08
To: Elín Valdís Þorsteinsdóttir
Subject: Re: Sjúkratryggingar

*Alþingi
Erindi nr. P 135/2886
komudagur 20.5.2008*

Sæl Elín,

Ég er búin að renna yfir allar umsagnirnar.

Þessi atriði sem SA benda á eru að mínu mati reglugerðarmál. Þá virðist að einhverju leyti vera um að ræða atriði sem eru andstæð EES-reglugerðinni um almannatryggingar, t.d. jafnræðisreglunni og að starfsmaður geti eingöngu verið tryggður í einu landi. Meginreglan er að starfsmaður skuli vera tryggður í starfslandi og því getur Ísland ekki gert undanþágu frá því nema með tilteknum hætti.

Í 3. mgr. 10. gr. frv. er gert ráð fyrir að sjúkratrygging falli niður þegar sjúkratryggður flytur búsetu sína frá Íslandi nema milliríkjasamningar kveði á um annað. Það er almenn framkvæmd hjá ríkjum að semja við önnur ríki um gagnkvæm réttindi borgara sinna til sjúkratrygginga en ekki að ákveða þetta einhliða.

Ef við veitum sérfræðingum utan EES-svæðisins undanþágu vegna sjúkratrygginga þá gætum við verið skyldug til að veita EES-borgurum sömu réttindi á grundvelli jafnræðis. Þetta er reglugerðarmál, sbr. lokamgr. 10. gr. frv. og þyrfti að skoða vandlega hvaða áhrif slíkt hefði.

Það er varla hægt að finna örlátara sjúkratryggingakerfi en hér á landi, þ.e. byggist á búsetu í sex mánuði og þá ertu að fullu sjúkratryggður. Flest ríki nota reglur um dvalar- og atvinnuleyfi sem takmarkanir að velferðarkerfinu.

Í þessu sambandi tel ég rétt að benda á reglugerð nr. 463/1999 um framkvæmd almannatrygginga og skráningu í tryggingaskrá.

Kveðja,

Vilborg

Stefnufirlýsing heilbrigðisráðherra

Breytt skipulag og fyrirhugað hlutverk nýrrar stofnunar sjúkratrygginga.

1. **Samkvæmt stefnufirlýsingu ríkisstjórnarinnar** á að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgi sjúklingum. Þannig fái heilbrigðisstofnanir fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag.
2. **Markmið breytinganna** er að bæta stýringu innan heilbrigðisþjónustunnar og gera þar með heilbrigðiskerfinu kleift að takast á við áskoranir næstu ára og áratuga:
 - a. Að tryggja borgurunum bestu fáanlegu heilbrigðisþjónustu með jöfnum aðgangi allra.
 - b. Að tryggja hagkvæman rekstur heilbrigðisþjónustunnar.
 - c. Að hámarka þjóðhagslegan ávinning af rekstri heilbrigðiskerfisins með forgangsroðun og útgjaldastýringu.
3. **Skipulag heilbrigðismála hins opinbera** mun byggja á fjórum meginstoðum undir yfirstjórn heilbrigðisráðuneytisins:
 - a. Nýrri stofnun sjúkratrygginga sem tekur til starfa 1. september 2008 og mun annast heildstæða fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar með samningum um kaup og greiðslur fyrir þjónustuna.
 - b. Eftirlitsstofnunum með veitingu/framkvæmd heilbrigðisþjónustu (Landlæknir og Lyfjastofnun) sem ætlað er að tryggja að þjónusta sé veitt með öruggum hætti og í samræmi við kröfur um gæði og árangur.
 - c. Heilbrigðisstofnunum og –fyrirtækjum sem veita almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu.
 - d. Öðrum stofnunum sem meðal annars annast lýðheilsumál og samhæfingu forvarna.
4. **Heilbrigðisráðuneytið** mun fara ólíkar leiðir við stjórnun þessara meginstoða:
 - a. Fjárhagsleg og fagleg stefnumótun sem beinist einkum að starfsemi hinnar nýju stofnunar sjúkratrygginga og felur m.a. í sér að heilbrigðisráðuneytið setur ramma um hvaða þjónusta skuli veitt og hversu miklum fjármunum skuli veita til ólíkra verkefna.
 - b. Setning reglna um starfsemi þeirra sem vinna innan heilbrigðiskerfisins. Landlæknir og Lyfjastofnun annast framkvæmdina.

- c. Stefnunumótun um eignarhald og yfirstjórn heilbrigðisstofnana og –fyrirtækja í eigu ríkisins, s.s. um skipulag og rekstrarform, fjármálastjórn, sérhæfingu og önnur áhersluatriði í rekstri.
5. **Skipulag allrar fjármögnunar** á heilbrigðisþjónustu mun verða samþætt og annast stofnun sjúkratrygginga framkvæmd hennar fyrir hönd heilbrigðisráðuneytisins. Stofnunin annast því verkefni sem nú eru hjá sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins, samninganefnd heilbrigðisráðherra, lyfjagreiðslunefnd og einstaka verkefni sem nú eru á fjármála- og rekstrarsviði heilbrigðisráðuneytisins.
6. **Sameining þessara verkþátta** og frekari styrking þeirra mun:
 - a. Efla til muna stefnumótunar- og skipulagshlutverk heilbrigðisráðuneytisins.
 - b. Bæta til muna samningsstöðu ríkisins og alla aðferðafræði við samningagerð, stjórnun samninga, kaup og greiðslur.
 - c. Bæta möguleika til að tryggja að notendur heilbrigðisþjónustunnar fái fullnægjandi þjónustu með réttum hætti, á réttum tíma og af réttum gæðum.
 - d. Gefa færi á nýtingu fjölbreyttra samnings- og greiðsluforma, auka sveigjanleika og hlutlægni í fjárframlögum og skapa hvata til að veita þjónustu með hagkvæmum hætti.
 - e. Auka samræmi í fjármögnun ólíkra rekstrarforma og auðvelda val á því rekstrarformi sem best hentar hverju sinni.
 - f. Auka gagnsæi um hlutverk og verkefni veitenda heilbrigðisþjónustu og um magn, kostnað, gæði og árangur heilbrigðisþjónustunnar.
7. Við innleiðingu nýrra aðferða verður **stuðst við bestu fáanlegu þekkingu** á umbreytingu heilbrigðiskerfa og sérstaklega stuðst við reynslu þeirra þjóða með heilbrigðiskerfi hliðstæðu því íslenska. Sérstaklega verður tekið mið að aðferðum og reynslu frá Svíþjóð og Bretlandi.
8. Hugtökin **“kaupendur”** og **“seljendur”** verða notuð til að skilgreina betur verkþætti og hlutverk innan heilbrigðiskerfisins. Hafa verður í huga að þó að þessi hugtök séu notuð til að aðgreina ólík hlutverk þurfa þau ekki að fela í sér viðskipti eins og þau tíðkast á markaði. Ríkið verður áfram í hlutverki kaupanda og fer stofnun sjúkratrygginga með það hlutverk fyrir hönd heilbrigðisráðuneytisins en ríkisstofnanir, sjálfseignarstofnanir, félagasamtök, einkaaðilar og sveitarfélög með hlutverk seljenda.
9. **Samningar um kaup heilbrigðisþjónustu** af heilbrigðisstofnunum ríkisins, fyrirtækjum á heilbrigðissviði, sjálfseignarstofnunum, sveitarfélögum og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum og greiðslur krefjast fjölbreytta aðferða:
 - a. Heimilt verði að nota fjölbreytt form innkaupa s.s. samninga við heilbrigðisstofnanir ríkisins, þjónustusamninga við einkaaðila, útboð, verðskrár og niðurgreiðslur.
 - b. Hægt verði að nýta ólík greiðsluform s.s. fastar greiðslur, greiðslur á hvern þjónustuþega, daggjöld, verkgreiðslur, greiðslur á grunni afkasta eða sambland ólíkra greiðsluforma.
 - c. Greiðslur á grunni afkasta byggjast m.a. á DRG aðferðafræðinni og hægt verði að gera kröfu um að samningsaðilar kostnaðargreini starfsemi sína á grundvelli DRG.

10. **Eftirlit stofnunar sjúkratrygginga** miðar að því að tryggja að magn, gæði og kostnaður séu í samræmi við samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu. Stofnunin þarf með öðrum orðum að hafa eftirlit með því að hún fái þá þjónustu sem hún hefur samið um og keypt (innkaupaeftirlit) og beitir í því skyni fjölbreyttum aðferðum og forsendum:
- a. Samningsaðilar byggi starfsemi sína á gagnreyndri læknisfræði (evidence-based medicine) og nýti eftir því sem við á klínískar leiðbeiningar (clinical practice guidelines) Landlæknisembættisins.
 - b. Í samningum verði skilgreind gæða-, árangurs- og kostnaðarviðmið þeirrar þjónustu sem veitt er. Heimilt verði að gera kröfur um gæðatryggingu starfsemi í samræmi við kröfur Landlæknisembættisins.
 - c. Heimilt verði að gera kröfu um að samningsaðilar nýti samræmd upplýsingakerfi, þ.m.t. samræmda skráningu um eftirspurn eftir þjónustu og skili upplýsingum um veitta þjónustu og starfsemi til stofnunarinnar.
 - d. Stofnun sjúkratrygginga geri á grundvelli upplýsinga frá samningsaðilum tölfræðilega greiningu á veittri þjónustu og samanburð á árangri þeirra.
 - e. Stofnun sjúkratrygginga geri faglegt og fjárhagslegt mat á starfsemi samningsaðila og starfsmönnum hans í samræmi við ákvæði samninga og hafi í því sambandi aðgang að nauðsynlegum gögnum og upplýsingum.
11. Innkaup heilbrigðisþjónustu er viðfangsefni sem krefst hæfrar stofnunar með fjölbreytta sérfræðipækkingu. **Stofnun sjúkratryggingar verður því ekki tæknileg afgreiðslustofnun heldur öflug þekkingarstofnun.** Meðal annars þarf stofnunin að ráða yfir hæfni á sviði stjórnunar, fjármála, samningatækni og samningsgerðar, útboða, heilsuhagfræðilegrar greiningar, nýtingu hagrænna hvata, greiðsluaðferða, lögfræði, samningsréttar, gæða og árangurs heilbrigðisþjónustu, gagnreyndrar læknisfræði, mats á áhrifum og gagnsemi nýrra lyfja og heilbrigðistækni, kostnaðargreiningar, notkun afkastatengdrar fjármögnunar, þar með talið DRG-greiðslukerfinu, nýtingar upplýsingatækni og aðferða við eftirlit.

12. desember 2007

Minnisblað til ráðherra

Kaupendur - seljendur: Sjúkratryggingastofnun – Nánari útfærsla

Varðandi nánari útfærslu á hugmyndinni um kaupendur og seljendur í heilbrigðisþjónustu vil ég segja þetta:

Útfærsla á hugmyndinni um kaupendur og seljendur í heilbrigðisþjónustu er mjög útbreidd í heilbrigðiskerfum vestrænna ríkja. Útfærslan á hugmyndinni er afar breytileg frá einu kerfi til annars og ræður þar mestu hvort og að hve miklu leyti kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með skatttekjum, opinberum tryggingum eða einkatryggingum, hvort þjónustan er veitt af opinberum aðilum eða einkaaðilum og ennfremur hversu dreifstýrt kerfið er, það er að segja, hvort fjármögnun og framkvæmd er á vegum ríkisins, héraða eða sveitarfélaga. Af þessu leiðir að ekki er hægt að flytja útfærslu á hugmyndinni frá einu landi til annars og það verður alls ekki reynt hér á Íslandi. Aftur á móti munum við kynna okkur vel hvað hefur tekist vel og hvað miður í löndum sem við höfum getað borið okkur saman við og er þar helst að nefna Svíþjóð og Bretland. Heilbrigðiskerfi þessara landa eiga það sameiginlegt með okkar kerfi að kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með sköttum og opinber rekstur þjónustunnar á sér langa sögu í þessum löndum eins og á Íslandi.

Undirbúningur að kerfisbreytingunni hér á landi er hafinn og njótum við þar liðsinnis færustu sérfræðinga bæði hér á landi og frá Svíþjóð og auðvitað verður byggt á þekkingu og reynslu fólks sem best þekkir til innan íslenska kerfisins. Þá er rétt að geta þess að kostnaðargreining þjónustunnar er eitt af frumskilyrðum þess að útfærsla þessarar hugmyndar sé möguleg, en þar búum við m.a. að margra ára þróunarstarfi Landspítala háskólasjúkrahúss.

Að því er varðar hugmyndina sjálfa um kaupendur og seljendur vil ég segja þetta:

Með breytingunum er ekki verið að opna frjálsan markað þar sem kaupendur og seljendur ryðjast inn til að eiga viðskipti “eða gera business”. Heldur eru hugtökin “kaupendur” og “seljendur” hér notuð til að skilgreina betur þessa tvo mismunandi þætti þjónustunnar. Í raun og veru eru þessir þættir til staðar í dag, þ.e. sá aðilinn sem greiðir fyrir þjónustuna og sá sem veitir

hana. Hér á Íslandi verður ríkið því áfram eini “kaupandinn” en ekki stendur til að breyta því. Þeir sem veita þjónustuna eru ýmist ríkið, sjálfseignarstofnanir, félagasamtök, einkaaðilar og í sumum tilfellum einnig sveitarfélög. Þessir aðilar verða samkvæmt skilgreiningunni “seljendur”.

Það sem nú er hins vegar stefnt að með nýrri stofnun er það að sameina alla þá þekkingu ríkisins sem fer með greiðslur, samninga og kaup fyrir heilbrigðisþjónustu undir eina stofnun til að ná samleðgaráhrifum slíkrar þekkingar á einum stað og þróu slíka þekkingu áfram miðað við þá auknu sérfræðiþekkingu sem þessi verkþáttur þarf að hafa og vaxandi kröfur um gegnsæi í samskiptum ríkisins og borgaranna.

Þessi aðferð að skilgreina ríkið sem kaupanda og þjónustuaðilana sem seljendur er gert til að skapa kringumstæður innan kerfisins sem í fyrsta lagi gera kerfið gegnsærra og í öðru lagi auka kostnaðar- og gæðavitund sem knýr á um betri skilgreiningar á því hver er að gera hvað og hvernig beri að skilgreina og verðleggja þjónustu. Ríkið fær þannig skýra mynd af því sem það kaupir. Þetta er sú leið sem flest nágrannaríki okkar eru og hafa verið að fara til að leita leiða við að stýra betur rekstri sinna heilbrigðiskerfa. Um leið er keppt að því að veita gæðaðþjónustu og þannig leitast við að auka hagkvæmi kerfisins. Það mun koma í hlut þessara nýju sjúkratryggingastofnunar sem starfa mun undir yfirstjórn heilbrigðisráðuneytisins að sinna hlutverki ríkisins sem kaupanda.

Vinna við undirbúning að starfrækslu stofnunarinnar er hafin í ráðuneytinu. Það biður vorþings að fjalla nánar um hlutverk og verkefni stofnunarinnar. Ég vil enn og aftur ítreka að ekki ber að skilja það sem svo að hér sé verið að búa til eitthvað alveg nýtt bákn í kerfinu heldur er hér verið að sameina verkþætti ríkisins sem tengjast gerð samninga og greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu og fjármögnun kerfisins almennt. Sameining þessara verkþátta og frekari styrking þeirra mun stórbæta samningsstöðu ríkisins, alla aðferðafræði við samningagerð og greiðslur, auk þess sem eftirlit með því að ríkið í umboði skattgreiðenda sé að fá rétta þjónustu, í því magni og samkvæmt þeim gæðum sem um er samið hverju sinni. Það að samningar og greiðslur verða á einni hendi eykur yfirsýn og gefur meiri sveigjanleika í notkun á mismunandi greiðsluformum. Þetta gefur möguleika á að stýra betur áherslum innan kerfisins s.s ef vinna þarf niður biðlista, breyta aðferðum eða kalla fram fjölbreytilegri rekstrarform. Kerfisbreytingin sem hér verður unnið að mun þess vegna auka valmöguleika bæði fyrir starfsfólk og notendur.

12. desember 2007

Minnisblað til ráðherra

Um reynslu Svía (og Breta) af fyrirkomulagi kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu hins opinbera.

Heilbrigðiskerfin í Svíþjóð og Bretlandi eiga það sameiginlegt með íslenska heilbrigðiskerfinu að kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með sköttum og opinber rekstur þjónustunnar á sér langa sögu í þessum löndum eins og á Íslandi. Þessi lönd eru meðal þeirra landa sem hafa hvað mesta reynslu af innleiðingu á fyrirkomulagi kaupenda og seljenda innan opinbers heilbrigðiskerfis. Þau og þá einkum Svíþjóð eru góð viðmið fyrir það verkefni sem nú er framundan í íslenska heilbrigðiskerfinu.

Pólitísk samstaða:

Í byrjun síðasta áratugar byrjuðu 8 af 20 landsþingum í **Svíþjóð** að innleiða aðskilnað milli kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu. Svo virðist sem nokkuð **breið pólitísk samstaða** hafa ríkt um að koma þessum breytingum á því ekki er að sjá að nokkur munur sé á því hvort hægri flokkar eða vinstri flokkar hafi verið við völd. Til dæmis voru þessar breytingar bornar upp í Stokkhólmi á árinu 1991 og samþykktar af vinstri mönnum, en hægri menn hófu innleiðingu breytinganna á árinu 1992. Þar var algjör pólitísk samstaða um að koma þessum breytingum á.

Það sama má segja um **Bretland**, en þar var samskonar fyrirkomulagi sem reyndar var þekktast undir hugtakinu innri markaður komið á í byrjun síðasta áratugar undir stjórn Íhaldsflokksins. Stjórn Verkamannaflokksins tók síðan við verkefninu eftir kosningarnar 1997 og hefur innleitt frekari breytingar byggðar á nánari útfærslum á þessu fyrirkomulaginu.

Kostnaður:

Hvað **kostnað** viðkemur þá er ekki hægt að fullyrða að þetta breytta fyrirkomulag hafi eitt útaf fyrir sig leitt til þeirrar kostnaðaraukningar sem greina má hjá landsþingunum sem innleiddu fyrirkomulagið og að það sé því langtum dýrara en gamla fyrirkomulagið. Það er ofureinföldun að halda slíku fram. Þegar tímabilið 1996 til 2006 er skoðaða þá er jú rétt að þegar þróun kostnaðar er skoðuð þá er kostnaðaraukningin umtalsvert meiri í þeim landsþingum þar sem þessu fyrirkomulagi var komið á, **en hér verða menn að hafa í huga** að samhliða innleiðingu þessa fyrirkomulags hófu Svíar jafnframt að beita **afkastahvetjandi greiðslufyrirkomulagi í mjög miklu mæli**. Í Stokkhólmi til dæmis þá var innleidd 100% fjármögnun með DRG greiðslufyrirkomulaginu, en þar hafa menn nú dregið í land og eru komnir niður í 70% DRG og 30% fastar greiðslu til sjúkrahúsa. Það er fyrst og fremst upptaka afkastahvetjandi fjármögnunar sem skýrir að stærstum hluta þessa miklu kostnaðaraukningu í þessum landsþingum.

Aftur á móti, þá er það athyglisvert að eitt efnaðasta landsþing Svíþjóðar, Jönköping, sem innleiddi ekki þetta fyrirkomulag kemur út í þessum samanburði með mestu kostnaðaraukninguna á þessu sama tímabili. Þá er við þetta að bæta og ekki síður athyglivert að samkvæmt skýrslum OECD hafa Svíar staðið sig langtum betur en Íslendingar að halda niðri kostnaði í heilbrigðiskerfinu. Á tímabilinu 1990 til 2002 fóru heildarútgjöld til heilbrigðismála í Svíþjóð úr 8.4 í 9.2% af vergri landsframleiðslu meðan heildarútgjöld á Íslandi fóru úr 8.0 upp í 10% af vergri landsframleiðslu á þessu sama tímabili. Og þetta þrátt fyrir að sænska þjóðin er langtum eldri en sú íslenska, Svíar með 17,2% yfir 65 ára aldur og 5,3% yfir 80 ára aldur, en Íslendingar með 11,7% yfir 65 ára og 3,1% yfir 80 ára samkvæmt tölum ársins 2002. Á tímabilinu 1990-2005 er kostnaðaraukningin á Íslandi um 28 prósentum punktum hærri en í Svíþjóð. Með öðrum orðum það er sem sagt ekki hægt að halda því fram að fyrirkomulagið eitt og sér valdi þessari kostnaðaraukningu.

Ólíkar aðstæður:

Hér skiptir ekki bara **hugmyndin ein** máli heldur hvernig hún er framkvæmd, það er að segja **innleiðingarferlið**, og ekki hvað síst inn í hvaða **aðstæður** breytingar eru kynntar. Rannsóknir á innleiðingu þessa fyrirkomulags í Svíþjóð á síðasta áratug benda til þess að þar hafi menn ekki einungis farið nokkuð hratt í sakirnar, heldur var verið

að innleiða fleiri nýjungar alveg á sama tíma, svo sem afkastahvetjandi greiðslukerfi og valfrelsi notenda. Það sem ef til vill skipti þó sköpum var að þar var verið að innleiða margar nýjungar í einu í heilbrigðigerfi sem var fyrir mjög einsleitt og á margan hátt illa undir það búið að taka við grundvallarbreytingum sem þessum. Hefðbundið opinbert stofnanaform var og er enn ríkjandi í Svíþjóð þó sjá megi núna á allra síðustu árum breytingar í þá átt að auka fjölbreytni í rekstrarformum með aukinni þátttöku einstaklinga og félagasamtaka í rekstri heilbrigðisþjónustunnar. Það á við í þessu eins og nánast alltaf þegar framkvæma á stefnubreytingu og hrinda nýjum hugmyndum í framkvæmd; - **skilaboðin eru þessi að þegar árangur er metinn þá ræðst niðurstaðan oftast meira af aðstæðum á hverjum stað og því hvernig að breytingunum er staðið heldur en af hugmyndinni sjálfri.**

Að hverju var stefnt:

Meta þarf **árangur** með hliðsjón af þeim **markmiðum** sem að var stefnt. Í Svíþjóð var höfuðáhersla lögð á markmið um aukna skilvirkni og betra lýðræði. Þar var verulega aukið vald fært til stjórnámálamanna á kaupendahliðinni. Rannsóknir sem byggðar eru á athugunum á innleiðingu fyrirkomulags kaupenda og seljenda í Svíþjóð á síðasta áratug sýna að **aukna kostnaðarvitund, aukið gegnsæi upplýsinga og meiri sveigjanleika** megi rekja til þessara breytingar og ennfremur **aukin innri skilvirkni í kerfinu** sem helst má rekja til afkastatengdrar fjármögnunar. Þá fylgdi breytingunum umtalsverð **aukning á stjórnunarkostnaði** einkum og sér í lagi vegna kerfisbundinnar skráningar upplýsinga. Þar hafa menn þó lagt áherslu á mikilvægi þess að vega þann kostnað á móti kostum þess að hafa betri upplýsingar og meira gegnsæi í kerfinu. Langan tíma tekur að þróun gott og samræmt upplýsingakerfi í heilbrigðisþjónustu og í dag eru gerðar mun meiri kröfur um eftirlit með gæðum og öryggi þjónustunnar. Kerfið í dag býr að því að hafa nú upplýsingakerfi og reynslu af því að þróa slík kerfi sem stjórnunartæki.

Sérþekking á stýringu heilbrigðiskerfa:

Á undanförnum árum hefur ítrekað verið bent á mikilvægi þess að auka þekkingu á kaupendahliðinni. Þar hefur skort á sérþekkingu á greiningu á heilsufarslegum þörfum íbúa og áætlanagerð um þjónustupróf í framhaldi af slíkri greiningu, virkni ýmissa greiðslukerfa og stjórnun samninga. Framkvæmdin á þessu fyrirkomulagi í Svíþjóð

hefur að vissu leyti liðið fyrir mikla áherslu á að ná markmiðinu um betra lýðræði. Þannig hefur tekið nokkuð langan tíma að byggja upp þekkinguna á kaupendahliðinni, en í reynd var lengi vel meiri þekking á þessum þáttum á framkvæmdahliðinni.

Hvað má læra af Svíum og Bretum:

Draga má mikinn lærdóm af reynslu Svía af innleiðingu fyrirkomulags kaupenda og seljenda. Reynsla Svía á líka um margt sameiginlegt með reynslu Breta sem stóðu í innleiðingu þessa fyrirkomulags á landsvísu á sama tíma. Þá hafa Svíar margháttaða reynslu þar sem bera má saman reynslu landsþinganna. Þann lærdóm má draga af bæði sænsku og bresku reynslunni að í báðum tilvikum voru markmið mörg og ólík, og farið var **of geyst í breytingar miðað við aðstæður** þar sem akurinn, þ.e. framkvæmdin, var lítt í stakk búin til að byrja að hugsa í þessa veru sökum langrar hefðar í opinberu stofnanaskipulagi þar sem boðvald og fastir fjárlagarammar voru nánast eina form stjórnunar.

Svíar og Bretar hafa nú mjög mikla reynslu af innleiðingu og aðlögun þessa fyrirkomulags. Frá lokum síðasta áratugar má greina vissa breytingu í áherslum hjá bæði Svíum og Bretum. Samhliða styrkingu kaupendahliðarinnar einkum með aukinni þekkingu og sérhæfingu starfsmanna svo og stækkun kaupendasvæða í Bretlandi má sjá aukna áherslu lagða á samskipti kaupenda og seljenda þar sem byggt er á gagnkvæmu trausti og tiltrú, þrátt fyrir skýran aðskilnað þessara “funksjóna”. Á meðan sænska leiðin hefur færst frá hreinum lögfræðitæknilegum samningum milli aðila í átt að “mjúkum samningum” (“mjúka kontrakter”) sem auðvelda leiðréttingar og breytingar án mikils tilkostnaðar, hafa Bretar í vaxandi mæli tekið upp nokkurs konar sameiginlegar samskiptareglur milli kaupenda og seljenda þar sem árangri skal náð með samstarfsferli sem fylgir hugtökunum “samkeppni - samanburður – samstarf” eða “compete – compare – co-operate” og á að tryggja gæði, gegnsæi og hagkvæmni.

Eitt af grundvallaratriðum þessara breytinga er virkt og trúverðugt ábyrgðar- og eftirlitskerfi. Eftirlit með þjónustunni í báðum löndum er óháð framkvæmdinni. Í Svíþjóð er eftirlitið með heilbrigðisþjónustu landsþinganna á ríkisstjórnarstiginu. Í Bretlandi svara eftirlitið beint til þingsins í Westminster og eru einkunnarorð eftirlitsins (Healthcare Commission) “eftirliti - upplýsingar – umbætur” (Inspection – inform – improve).

Aðstæður til breytinga á Íslandi:

Nú eru þær aðstæður á Íslandi að við innleiðingu þessa fyrirkomulags getum við skoðað grant reynslu þessara nágrannalanda sem voru frumkvöðlar á þessu sviði. Þar hafa vissulega verið gerð mörg mistök í innleiðingunni sem nú má læra af. Það er óþarfi að detta í sömu gryfu eða gera sömu mistök og þar voru gerð.

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur á að skipa ýmsum þeim styrkleikum sem á vantaði við framkvæmdina hjá Svím og Bretum og ætla má að gefi framkvæmdinni hér því nokkurt forskot. Auk þess að geta nú tekið mið af margra ára reynslu annarra má hér sérstaklega nefna fjögur atriði:

- a) meiri fjölbreytileiki er nú þegar tilstaðar í íslenska kerfinu, meiri en finna mátti í því sænska og breska á sínum tíma, þ.e. framkvæmd heilbrigðisþjónustu er bæði á hendi ríkisins, sjálfseignarstofnana/félagasamtaka og einkaaðila,
- b) þróun upplýsingatækninnar er almennt lengra á veg komin innan hins opinbera nú, og innan heilbrigðiskerfisins sérstaklega er að finna langtum meiri skilning, reynslu og reyndar vilja til að viðhafa kerfisbundna skráningu til að styrkja bæði klíníska meðferð og almenna stjórnun,
- c) stærð kerfisins er í upplýsingatæknilegu tilliti viðráðanlegri,
- d) í íslenska kerfinu er þegar til staðar umtalsverð þekking á þróun reiknilíkana, greiðslukerfa og samningatækni sem nýtast mun strax í upphafi innleiðingar. Hér er um að ræða fjármáladeild ráðuneytisins og fulltrúar og starfsmenn samninganefndar heilbrigðisráðherra á sjúkratryggingadeild Tryggingastofnunar ríkisins. Sameining og þar með samþjöppun þessarar sérþekkingar innan einnar stofnunar, þeirrar stofnunar sem 18. greinin kveður á um, mun verða styrkur í innleiðingu þessara breytinga hér á landi, nokkuð sem fræðimenn hafa ítrekað bent á að sé og hafi verið frá upphafi dragbítur breytinganna í Svíþjóð.

Comparison health care costs in Sweden (not including dental care) 1996-2006

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergöt- land	Jönköping	Krono- berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	85106	17527	2614	2388	3540	2824	1574	2390	1630	10043
1997	88023	17737	2690	2414	3794	2940	1658	2523	1691	10552
1998	93374	19546	2762	2536	4036	3068	1691	2586	1697	10911
1999	99082	20959	2932	2623	4243	3429	1752	2677	1802	11784
2000	104955	22531	3196	2826	4707	3639	1816	2910	1892	12041
2001	119338	25217		3188	5124	4132	2185	3318	2135	14504
2002	129775	28036		3444	5533	4539	2372	3473	2323	16315
2003	137667	30901	4263	3721	5804	4786	2553	3595	2428	16839
2004	139990	31015	4455	3923	5629	4960	2666	3799	2453	17430
2005	165409	36708	5294	4484	6874	5946	3155	4222	2955	20834
2006	173532	38523	5493	4716	7257	6235	3313	4420	3087	22070

Index with year 1996 as 100

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster- götland	Jönköping	Krono- berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1997	103	101	103	101	107	104	105	106	104	105
1998	110	112	106	106	114	109	107	108	104	109
1999	116	120	112	110	120	121	111	112	111	117
2000	123	129	122	118	133	129	115	122	116	120
2001	140	144	0	134	145	146	139	139	131	144
2002	152	160	0	144	156	161	151	145	143	162
2003	162	176	163	156	164	169	162	150	149	168
2004	164	177	170	164	159	176	169	159	150	174
2005	194	209	203	188	194	211	200	177	181	207
2006	204	220	210	197	205	221	210	185	189	220

Majority

Years in FAT = Election year.

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster- götland	Jönköping	Krono- berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996						Left/Center				
1997						Left/Center				
1998						Left/Center				
1999						Left/Center				
2000						Left/Center				
2001						Left/Center				
2002						Left/Center				
2003						Left/Center				
2004						Left/Center				
2005						Left/Center				
2006						Left/Center				Right wing

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster- götland	Jönköping	Krono- berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
Purchaser /provider split		Yes, introduced 1992 during Rights wing governance, but decided 1991 under Left wing governance	Yes, introduced 1992 during Right wing governanc e	No	Yes, from 1995 introduced by left wing governanc e.	No	Yes	No	No	Yes
Total cost increase between 1996-2006	104%	120%	110%	97%	105%	121%	110%	85%	89%	120%

Comparison health care costs in Sweden (not including dental care) 1996-2006

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	85106	17527	2614	2388	3540	2824	1574	2390	1630	10043
1997	88023	17737	2690	2414	3794	2940	1658	2523	1691	10552
1998	93374	19546	2762	2536	4036	3068	1691	2586	1697	10911
1999	99082	20959	2932	2623	4243	3429	1752	2677	1802	11784
2000	104955	22531	3196	2826	4707	3639	1816	2910	1892	12041
2001	119338	25217		3188	5124	4132	2185	3318	2135	14504
2002	129775	28036		3444	5533	4539	2372	3473	2323	16315
2003	137667	30901	4263	3721	5804	4786	2553	3595	2428	16839
2004	139990	31015	4455	3923	5629	4960	2666	3799	2453	17430
2005	165409	36708	5294	4484	6874	5946	3155	4222	2955	20834
2006	173532	38523	5493	4716	7257	6235	3313	4420	3087	22070

Index with year 1996 as 100

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1997	103	101	103	101	107	104	105	106	104	105
1998	110	112	106	106	114	109	107	108	104	109
1999	116	120	112	110	120	121	111	112	111	117
2000	123	129	122	118	133	129	115	122	116	120
2001	140	144	0	134	145	146	139	139	131	144
2002	152	160	0	144	156	161	151	145	143	162
2003	162	176	163	156	164	169	162	150	149	168
2004	164	177	170	164	159	176	169	159	150	174
2005	194	209	203	188	194	211	200	177	181	207
2006	204	220	210	197	205	221	210	185	189	220

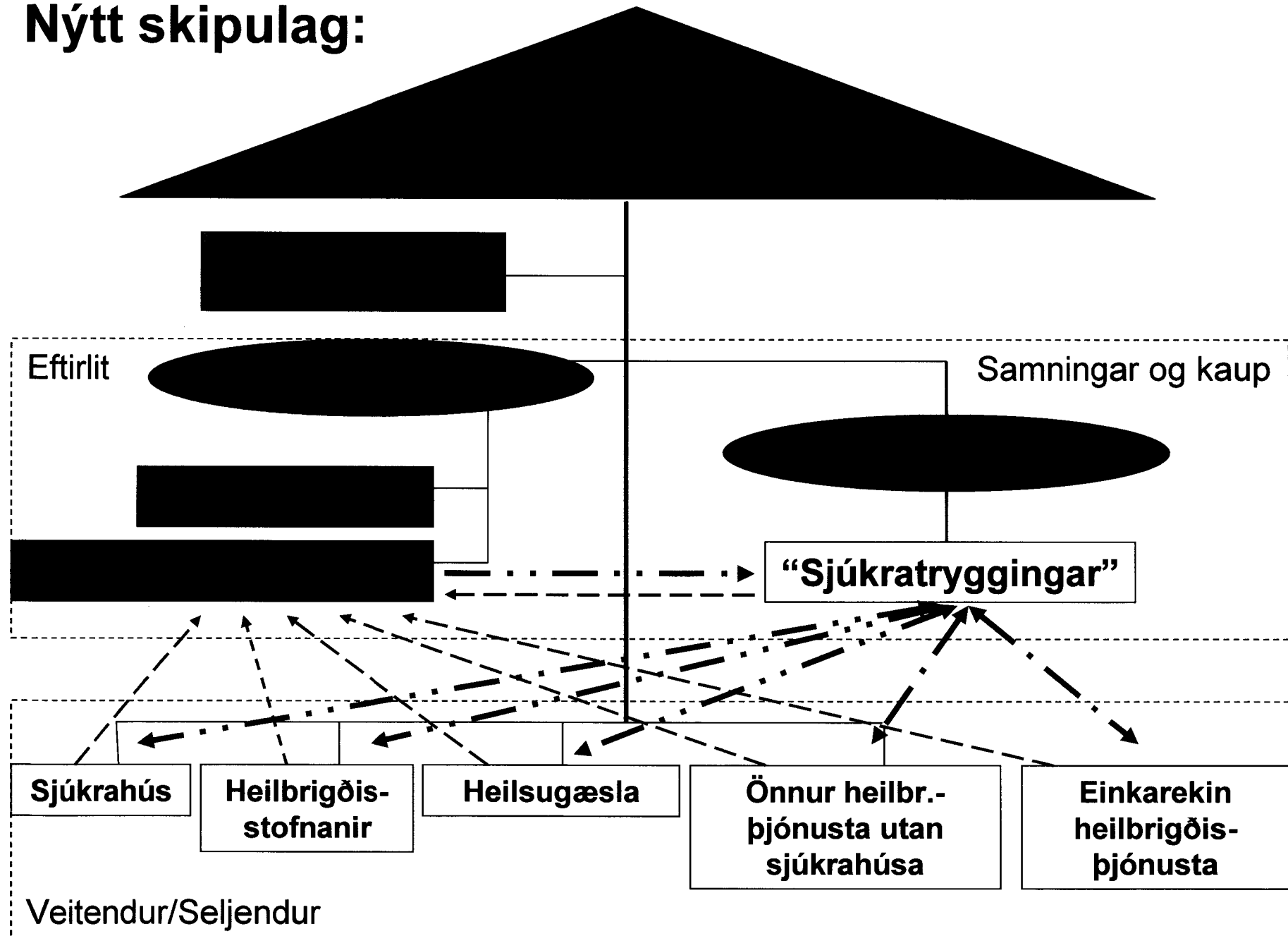
Majority

Years in FAT = Election year.

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne	H
1996						Left/Center					
1997						Left/Center					
1998						Left/Center					
1999						Left/Center					
2000						Left/Center					
2001						Left/Center					
2002						Left/Center					
2003						Left/Center					
2004				Mixed		Left/Center					
2005				Mixed		Left/Center					
2006						Left/Center				Right wing	

		Yes, introduced 1992 during Rights wing governance, but decided 1991 under Left wing governance	Yes, introduced 1992 during Right wing governanc e	No	Yes, from 1995 introduced by left wing governanc e.	No	Yes	No	No	Yes
Purchaser /provider split										
Total cost increase between 1996-2006	104%	120%	110%	97%	105%	121%	110%	85%	89%	120%

Nýtt skipulag:



Kortlagning helstu
verkpátta og
innbyrðis tengsl

Yfirstjórn

Forstjóri
Mannauðsstjóri
Upplýsingar og
almannatengsl
Lögfræðileg ráðgjöf
Rannsóknir og þróun

Hverjir eru
sjúkratryggðir?

Stoðsvið

Sérfræðisvið

Samningasvið

Þjónustusvið

Fjármálastjórn

HTA

Lyfjamál

Stjórnun innra og
ytra eftirlits

Stjórnun
upplýsingakerfa

Kostnaðar-
greining,
þróun
greiðslu-
kerfa,
gagnreynd
þekking og
eftirlit

(Case-mix
centre)

Samninga-
gerð,
stefnumótun
og stjórnun
samninga

Greiðslur,
útborganir
og þjónusta
við stofnanir
og
einstaklinga

Kostnaðargreining Tryggingastofnunar ríkisins

Tilgangur kostnaðargreiningar á Tryggingastofnun ríkisins (TR) er að skapa forsendur fyrir uppskiptingu starfseminnar vegna tilkomu nýrrar sjúkratryggingastofnunar sem taka mun við hluta verkefna TR. Verkefni nýrrar sjúkratryggingastofnunar voru lögbundin verkefni TR til ársloka 2007 en “Tryggingastofnun ríkisins annast reikningshald og daglega afgreiðslu slysatrygginga og sjúkratrygginga, ... í umboði heilbrigðisráðherra, þar til ný stofnun samkvæmt ákvæði til bráðabirgða við lögin um heilbrigðisþjónustu tekur til starfa” samkvæmt ákvæði 9 til bráðabirgða í lögum nr. 100/2007 um almannatryggingar.

Í tengslum við breytta verkaskiptingu heilbrigðisráðuneytis og félags- og tryggingamálaráðuneytis á sviði almannatrygginga var fjárlagalið TR skipt upp milli sjúkratrygginga og TR. Sú uppskipting byggði á lauslegu mati og tók mið af því fyrirkomulagi sem ríkir þar til ný sjúkratryggingastofnun tekur til starfa.

Við endanlega uppskiptingu TR er þörf á mun nákvæmara kostnaðarmati en unnið var vegna uppskiptingar fjárlagaliða. Í þessu sambandi verður að hafa í huga að við uppskiptinguna verður að tryggja að sama fari uppskipting tekna og gjalda. Einnig þarf skipting kostnaðar að byggja á skiptingu starfsmannahópsins á stofnanirnar tvær.

Meginaðferðir

Markmið kostnaðargreiningarinnar er að skipta tekjum og gjöldum milli ólíkra tryggingaflokka, þ.e. sjúkra- og sjúklinga- og sjúkratrygginga annars vegar¹ og lífeyristrygginga og félagslegrar aðstoðar hins vegar.² Eftirfarandi aðferðum er beitt við kostnaðargreininguna:

1. Launakostnaði (utan hjálpertækjamiðstöðvar) er skipt upp í samræmi við greiningu á viðfangsefnum starfsmanna einstakra sviða og deilda.
2. Launakostnaður hjálpertækjamiðstöðvar er talin beint til sjúkratrygginga.
3. Öðrum rekstrargjöldum er skipt í gjöld vegna upplýsingatækni og almenn rekstrargjöld. Báðir þessir þættir eru síðan greindir í sértæk rekstrargjöld sem tilheyra tilteknum tryggingaflokki og almenn rekstrargjöld sem tengjast starfsemi TR í heild sinni.
4. Sértæk rekstrargjöld eru talin beint til viðkomandi tryggingaflokks, þ.m.t. önnur rekstrargjöld hjálpertækjamiðstöðvar sem teljast öll sértæk.
5. Almennum rekstrargjöldum er skipt upp í samræmi við launakostnað í hvorum tryggingaflokki fyrir sig (utan hjálpertækjamiðstöðvar).

Greining á skiptingu annars rekstrarkostnaðar samkvæmt liðum 3 og 4 er unninn á grundvelli mats fjármálasviðs TR.

¹ Hér eftir verður vísað til þessara þátta sem sjúkratrygginga.

² Hér eftir verður vísað til þessara þátta sem lífeyristrygginga.

Í viðauka er að finna yfirlit yfir þær aðferðir sem notaðar voru við kostnaðargreininguna með niðurstöðum greiningarinnar, bæði miðað við rekstraráætlun og fjárlög.

Taka verður fram að greining sem þessi er alltaf bundin óvissu enda tilheyrir margvísleg starfsemi báðum tryggingaflokkum og er að fullu samþætt. Skekkjur ættu þó að vera takmarkaðar í samanburði við mögulegan kostnaðarauka vegna uppskiptingar stofnunarinnar, nýrra viðfangsefna og breytinga á húsnæði.

Fjárveitingar

Eins og komið hefur fram var fjárveitingu TR skipt á tvo fjárlagaliði en jafnframt er miðað við að fjárveitingar sjúkratrygginga verði millifærðar á fjárlagalið TR, vegna umsýslu TR með sjúkratryggingum. Til að fá yfirsýn yfir raunverulegan rekstrarkostnað verður að horfa framhjá millifærslunum eins og sýnt er í töflu 1.

Tafla 1. Fjárveitingar TR og sjúkratrygginga og raunverulegt umfang rekstrar TR (m.kr.).

Fjárveitingar	Gjöld	Sértekjur	Greitt úr ríkissjóði
Tryggingastofnun ríkisins	1.501	-648	853
Sjúkratryggingar	636	-261	375
- þar af millifært	636	-636	0
Samtals	1.501	-273	1.228
- þar af lífeyristryggingar	865	-12	853

Rekstrarkostnaður lífeyristrygginga og sjúkratrygginga er samkvæmt fjárlögum 1.501 m.kr. Þar af eru 273 m.kr. fjármagnaðar með sértekjum og 1.228 m.kr. úr ríkissjóði.

Kostnaðargreiningin beinist fyrst og fremst að uppskiptingu þessara fjármuna. Millifærslur frá fjárlagaliði sjúkratrygginga til TR geta minnkað taki ný stofnun sjúkratrygginga við verkefnum á árinu.

Rekstraráætlun Tryggingastofnunar

Nokkurt misræmi er milli rekstraráætlunar TR og fjárlaga. Þetta skýrist einkum af tveimur þáttum, gert er ráð fyrir að nýttur verði rekstrarafgangur fyrri ára og að sértekjur vegna hjálpartækjamiðstöðvar verði hærri en samkvæmt forsendum fjárlaga. Yfirlit rekstraráætlunar er sýnt í töflu 2.

Vegna mismunar á rekstraráætlun TR og fjárlögum verður fyrst að vinna að fjárhagslegri uppskiptingu samkvæmt áætluninni en síðan að skipta fjármunum samkvæmt fjárlögum í sömu hlutföllum og gilda um uppskiptingu áætlunarinnar.

Tafla 2. Yfirlit rekstraráætlunar TR 2008 (m.kr.)

Gjöld/sértekjur	Áætlun	Fjárlög	Mismunur
Laun og tengd gjöld	1.042		
Upplýsingatækniverkefni	171		
Vélbúnaður	40		
Annar kostnaður	329		
Óráðstöfuð aukning vegna lífeyristrygginga	35		
Gjöld alls	1.616	1.501	-115
Hjálpartækjamiðstöð	-217		
Slysatryggingar	-70		
Aðrar sértekjur	7		
Sértekjur alls	-281	-273	8
Gjöld að frádrögnum sértekjum	1.335	1.228	-107

Skipting starfa

Launakostnaði er skipt upp í samræmi við greiningu á viðfangsefnum starfsmanna einstakra sviða og deilda. Greininginn er framkvæmd þannig að yfirmenn sviða og deild gerðu munnlega grein fyrir verkefnum einstakra starfsmanna með tilliti til hlutverka og tryggingaflokks. Greininginn nær ekki til hjálpartækjamiðstöðvar, enda er hún sjálfstæð rekstrareining sem tilheyrir sjúkratryggingum. Niðurstöður greiningarinnar eru sýndar í töflu 3.

Tafla 3. Skipting starfa TR (án hjálpartækjamiðstöðvar) á lífeyristryggingar og sjúkratryggingar.

Starfseining	Fjöldi starfa			Hlutfall	
	Lífeyris-tryggingar	Sjúkra-tryggingar	Samtals	Lífeyris-tryggingar	Sjúkra-tryggingar
Skrifstofa forstjóra	1,0	1,0	2,0	50%	50%
Þróunarsvið	3,0	3,0	6,0	50%	50%
Þjónustumiðstöð	14,1	8,3	22,4	63%	37%
Alþjóðamál	1,3	1,3	2,5	50%	50%
Starfsmannamál	1,0	1,0	2,0	50%	50%
Upplýsingatækni	7,8	7,3	15,0	52%	48%
Fjármál og rekstur	11,0	6,9	17,9	61%	39%
Lífeyristryggingar	42,3	0,0	42,3	100%	0%
Sjúkratryggingar	0,0	53,9	53,9	0%	100%
Samtals	81,3	82,6	163,8	50%	50%

Fjöldi starfa TR án hjálpartækjamiðstöðvar er um 164. Eins og fram kemur skiptast þessi störf nærri jafnt milli lífeyristrygginga og sjúkratrygginga. Ákveðið var að skipta minni sameiginlegum sviðum og deildum (skrifstofu forstjóra, þróunarsviði, alþjóðamálum og starfsmannamálum) upp til helminga. Skipting sviða lífeyristrygginga og sjúkratrygginga er sjálfgefin. Það eru því einungis skipting þriggja starfseininga (þjónustumiðstöðvar, upplýsingatækni og fjármála og rekstrar) sem fela í sér mat.

Kostnaðargreining

Niðurstöður kostnaðargreiningar miðað við rekstraráætlun TR eru sýndar í töflu 4. Heildarkostnaður vegna sjúkratrygginga telst vera 833 m.kr. og lífeyristrygginga 783 m.kr. Sértekjur sjúkratrygginga eru verulegar, eða 295 m.kr. og því teljast gjöld umfram sértekjur vera 541 m.kr. Sértekjur lífeyristrygginga eru óverulegar, eða um 3 m.kr. og því teljast gjöld umfram sértekjur vera 780 m.kr.

Tafla 4. Niðurstöður kostnaðargreiningar miðað við rekstraráætlun TR (m.kr.).

Gjöld og tekjur	Áætlun 2008	Sjúkratryggingar		Lífeyristryggingar	
		Hlutfall	Kostnaður	Hlutfall	Kostnaður
Stjórn TR	5	50%	3	50%	3
Skrifstofa forstjóra	18	50%	9	50%	9
Þjónustumiðstöð	100	37%	37	63%	63
Alþjóðamál	16	50%	8	50%	8
Kynningarmál	14	37%	5	63%	9
Starfsmannabjónusta	15	50%	7	50%	7
Upplýsingatækni	111	48%	54	52%	57
Þróunarsvið	46	50%	23	50%	23
Fjármála- og rekstrarsvið	116	39%	45	61%	71
Lífeyristryggingasvið	207	0%		100%	207
Sjúkratryggingasvið	237	100%	237	0%	
Hjálpartækjamiðstöð	158	100%	158	0%	
<i>Laun og tengd gjöld</i>	<i>1.042</i>	<i>56%</i>	<i>585</i>	<i>44%</i>	<i>457</i>
<i>Án Hjálpartækjamiðstöðvar</i>	<i>884</i>	<i>48%</i>	<i>427</i>	<i>52%</i>	<i>457</i>
Upplýsingatækni	211	37%	78	63%	133
Annar rekstrarkostnaður	329	52%	170	48%	159
Óráðstafað	35	0%		100%	35
Gjöld alls	1.616	52%	833	48%	783
<i>Þar af önnur rekstrargjöld</i>	<i>574</i>	<i>43%</i>	<i>248</i>	<i>57%</i>	<i>326</i>
Sértekjur	295	99%	292	1%	3
Gjöld umfram sértekjur	1.321	41%	541	59%	780

Samanburður við fjárlög 2008

Eins og komið hefur fram er rekstraráætlun nokkuð hærri en samanlagðar fjárveitingar til sjúkratrygginga og TR. Því þarf að leiðrétta kostnaðargreininguna þannig að hún verði sambærileg við fjárlög. Niðurstöður leiðréttingarinnar eru sýndar í töflu 5.

Gjöld samkvæmt fjárlögum eru 1.501 m.kr. og skiptast þannig að 773 m.kr. teljast til sjúkratrygginga og 728 m.kr. til lífeyristrygginga. Að teknu tilliti til sértekna eru gjöld umfram tekjur 1.228 m.kr. og skiptast þannig að 503 m.kr. teljast til sjúkratrygginga og 725 m.kr. teljast til lífeyristrygginga.

Samanburður á niðurstöðum kostnaðargreiningarinnar viku talsvert frá þeirri skiptingu sem ákveðin var í fjárlögum 2008. Nánar tiltekið telst kostnaður sjúkratrygginga vera 128 m.kr. hærri en sem nemur fjárveitingu til sjúkratrygginga og kostnaður lífeyristrygginga 128 m.kr. lægri en sem nemur fjárveitingu til TR.

Tafla 5. Kostnaðargreining miðað við fjárlög (m.kr.).

Gjöld og tekjur		Fjárlög	Sjúkra- tryggingar	Lífeyris- tryggingar
Kostnaðargreining	Laun almenn	821	397	424
	Laun, Hjálpartækjamiðstöð	146	146	
	Annar rekstrarkostnaður	501	230	271
	Óráðstafað lífeyristryggingar	33		33
	<i>Gjöld samtals</i>	<i>1.501</i>	<i>773</i>	<i>728</i>
	Sértekjur	-273	-270	-3
	<i>Greitt úr ríkissjóði</i>	<i>1.228</i>	<i>503</i>	<i>725</i>
Fjárlög	Gjöld	1.501	636	865
	Sértekjur	-273	-261	-12
	<i>Greitt út ríkissjóði</i>	<i>1.228</i>	<i>375</i>	<i>853</i>
Mismunur			-128	128

Mögulegur kostnaður vegna uppskiptingar TR

Við uppskiptingu TR verða óhjákvæmilega nýir kostnaðarliðir enda þörf á því að tvöfalda vissa liði (tveir forstjórar koma í stað eins o.s.frv.).

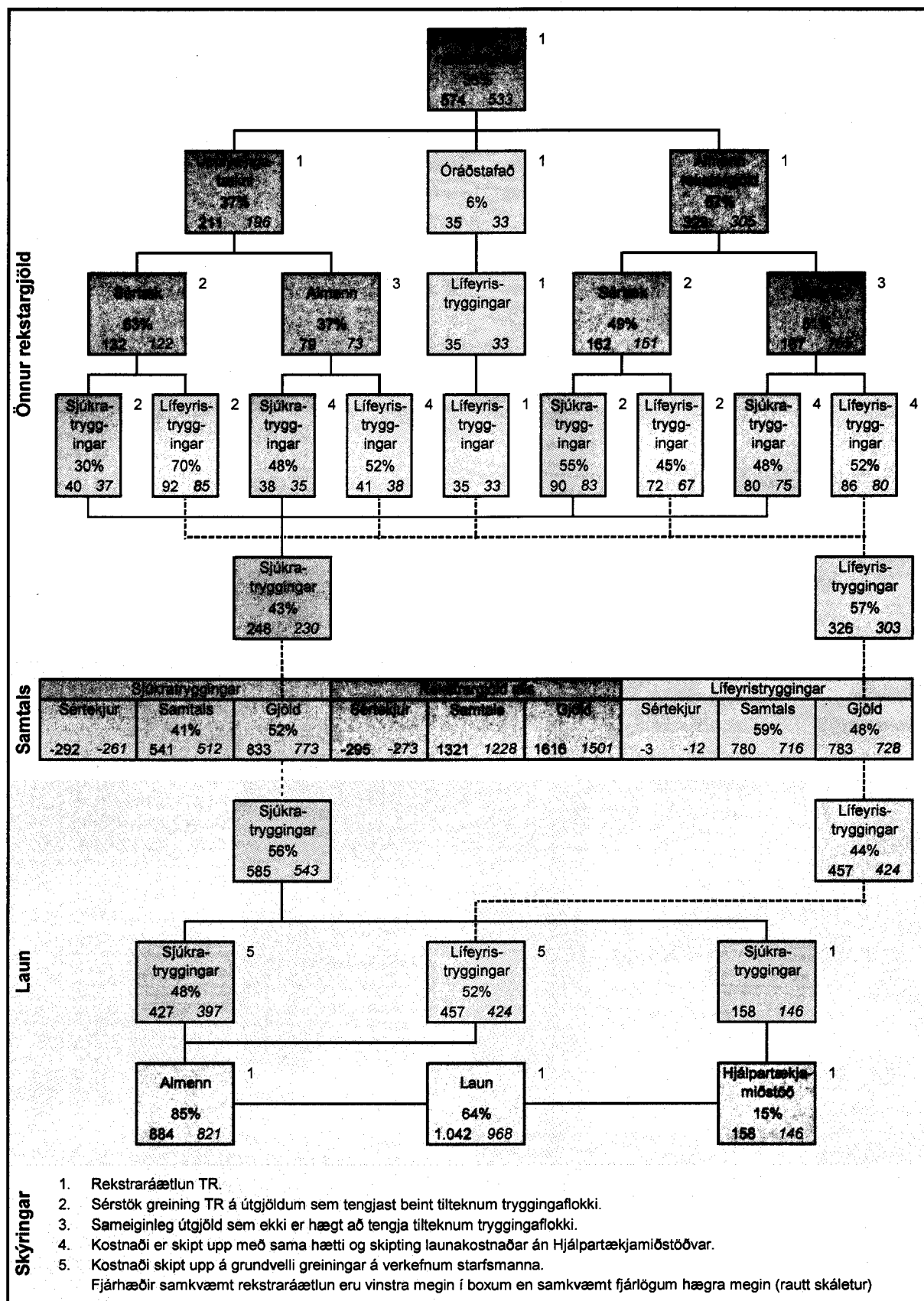
Ekki er hægt að draga beinar ályktanir af mati á mögulegri kostnaðaraukningu varðandi mat á fjárveitingum. Á móti auknum kostnaði geta komið væntingar um mögulega hagræðingu. Einnig ber að geta þess að kostnaður getur einnig aukist vegna nýrra verkefna. Rætt hefur verið um þann möguleika að TR annist hluta afgreiðsluverkefna fyrir sjúkratryggingastofnunina í formi sameiginlegrar þjónustustofu. Slík þjónustustofa gæti dregið úr tvöföldunarkostnaði um allt að 50%. Þegar litið er til samanburðar á fjárveitingum og kostnaðargreiningu má segja að TR hafi þegar fengið tvöföldunarkostnaðinn bættan en ekki sjúkratryggingastofnunin.

Notkun kostnaðargreiningar

Kostnaðargreiningin skapar grunn að skiptingu þeirra fjármuna sem nú renna til rekstrar TR. Í þessu sambandi verður að hafa í huga að ekki er ljóst hvort endanleg skipting verði með þeim hætti sem kostnaðargreiningin byggir á. Líklegt er að það þurfi að aðlaga greininguna að endanlegum ákvörðunum um uppskiptingu. Ákvarðanir um fyrirkomulag upplýsingamála, húsnæðis og mögulegrar þjónustustofu geta einnig haft áhrif á kostnaðargreininguna.

Greining á verkefnum starfsmanna sem unnin var samhliða kostnaðargreiningunni skapar einnig grundvöll til ákvarðana um á hvaða stofnun einstakir starfsmenn muni starfa. Ljóst er að í nokkuð mörgum tilfellum vinna starfsmenn verkefni sem tengjast báðum tryggingaflokkunum. Endanlegar ákvarðanir um tilflutning starfsmanna verða, eftir því sem unnt er, að taka tillit til óska starfsmanna sem og þarfa stofnanna tveggja.

Viðauki: Yfirlit yfir kostnaðargreiningu.



Alþingi
Erindi nr. P 135/2883
komudagur 16.5.2008

HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ

**Frumvarp til laga um
sjúkratryggingar**

Heilbrigðisnefnd
16. maí 2008

HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ

Frumvarpið

- Sameinuð ákvæði úr lögum um almannatryggingar og lögum um heilbrigðisþjónustu
- Að miklum hluta formbreyting en ekki efnisbreyting
- Engin breyting á réttindum einstaklinga
- Ný stofnun
- Breytt form á greiðslum ríkisins fyrir heilbrigðisþjónustu

HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ

Kaflaskipting

- I. kafli – Markmið, gildissvið og skilgreiningar (1.-3. gr.)
- II. kafli – Stjórnarsýsla (4.-8. gr.)
- III. kafli – Sjúkratryggingar (9.-38. gr.)
- IV. kafli – Samningar um heilbrigðisþjónustu (39.-49. gr.)
- V. kafli – Ýmis ákvæði (50.-55. gr.)
- VI. og VII. kafli – Gildistaka og breytingar á öðrum lögum (56. gr. og 57.-73. gr.)

Ákvæði til bráðabirgða I.-IV.

4. gr. – Yfirstjórn

- Heilbrigðisráðherra fer með yfirstjórn
 - sjúkratrygginga
 - samningsgerðar
 - sjúkratryggingastofnunarinnar

5. gr. – Sjúkratryggingastofnun

- Hlutverk stofnunarinnar
- Sameiginleg afgreiðsla með TR
 - Umboðsskrifstofur á landsbyggðinni
 - Upplýsingastarfsemi

6. gr. – Stjórn

- Ráðherra skipar fimm menn í stjórn
- Ráðherra setur stjórninni erindisbréf
- Stjórn staðfestir skipulag og áætlanir og markar langtímastefnu
 - Stjórn gerir ráðherra grein fyrir starfsemi
 - Sambærilegt og gildir um stjórn TR

9. gr. – Sjúkratryggingar

- Sjúkratryggingar taka til:
 - heilbrigðisþjónustu
 - annarrar aðstoðar (t.d. hjálparkækja)
 - bóta sem greiddar eru í peningum (t.d. sjúkradagpeninga)

Réttur þeirra sem eru sjúkratryggðir

10. gr. – Sjúkratryggðir skv. lögum

- Skilyrði sjúkratryggingar
 - búseta á Íslandi (lögheimili) í a.m.k. sex mánuði
 - undantekning ef milliríkjasamningur er fyrir hendi (t.d. EES-samningurinn)
 - börn tryggð með foreldrum

Sjúkratryggingastofnunin ákvarðar hvort einstakl. telst sjúkratryggður

11. gr. – Sjúkratrygging

- Sjúkratrygging á Íslandi þrátt fyrir dvöl, nám eða atvinnu erlendis
- Tilgreining skilyrða

HEILSUGÆSLAÞUNNETTID

17. gr. – Heilsugæsla

Sjúkratryggingar taka til:

- heilsugæslu sem veitt er á heilsugæslustöðvum
- almennrar læknishjálpar utan heilsugæslustöðva skv. samningum
- hjúkrunar utan heilsugæslustöðva skv. samningum

HEILSKRÁHÚSPJÓNUSTAÞUNNETTID

18. gr. – Sjúkrahúspjónusta

Sjúkratryggingar taka til:

- ókeypis vistar í sjúkrahúsum (innlögn)
- þjónustu á göngu-, dag-, slysadeildum og bráðamóttöku sjúkrahúsa (án innlagnar)

HEILSRIGÐIÞUNNETTID

19.-22. gr.

Sjúkratryggingar taka til, skv. samningum:

- þjónustu sérgreinalækna (19. gr.)
- þjónustu tannlækna (20. gr.)
- þjónustu sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara og talmeinafræðinga (21. gr.)
- annarrar sérhæfðar heilbrigðisþjónustu (22. gr.) t.d.:
 - aðstoð ljósmóður við fæðingar í heimahúsi
 - sérhæfðar meðferðar aivarlegra húðsjúkdóma

HEILBRIGÐISLÆÐUNETTID

29. gr. – Gjaldtaka

Ítarleg ákvæði um gjalddöku fyrir:

- heilsugæslu
- sjúkrahúspjónustu án innlagnar
- heilbrigðisþjónustu skv. samningum
- rannsóknir og myndgreiningar
- útgáfu læknisvottorða
- lyf
- sjúkraflutninga
- ekki aukið gjaldtaka frá núgildandi lögum

HEILBRIGÐISLÆÐUNETTID

30.-31. gr.

- Ferðakostnaður vegna ítrekaðrar lækni meðferðar innanlands (30. gr.)
- Dvalarkostnaður vegna sjúkrahúsinnlagnar barns (31. gr.)

HEILBRIGÐISLÆÐUNETTID

32. gr. – Sjúkradagpeningar

- Skilyrði fyrir greiðslu sjúkradagpeninga
- Tímabil, viðmið
- Fjárhæðir
- Heimavinnandi, námsmenn
- O.fl.

36.-37. gr.

- Stjórnsýslukærur til úrskurðarnefndar almannatrygginga (36. gr.)
- Ofgreiðslur og vangreiðslur bóta (37. gr.)
 - heimilt að draga ofgreiðslur frá síðari bótum
 - dráttarvextir ef sviksamlegt atferli

38. gr. – Ekki samningar

Ef samningar um heilbrigðisþjónustu ekki fyrir hendi:

- útlagður kostnaður sjúkratryggðra endurgreiddur
- á grundvelli gjaldskrár stofnunarinnar
- tímabundið úrræði
- setja þarf reglugerð í hvert sinn
- nýmæli

39. gr. – Samningsumboð

- Heilbrigðisráðherra fer með samningsumboð ríkisins skv. 28. gr. laga um heilbrigðisþjónustu
- Sjúkratryggingastofnunin annast samningsgerð um heilbrigðisþjónustu og aðra aðstoð
- Samið fyrir stofnanir, fyrirtæki og einstaklinga (nýmæli)
- Ekki samið við fagfélög/stéttarfélög (nýmæli)

42.-43. gr.

- Heimilt að bjóða út rekstur eða kaup á heilbrigðisþjónustu (42. gr.)
- Endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu (43. gr. - nýmæli)
 - útfærsla: fastar greiðslur, verkgreiðslur o.fl.
 - óheimilt að krefja sjúkratryggðan um viðbótargjald
 - kostnaðargreining þjónustu
 - mat á hlúkrunarþyngd

44.-45. gr.

- Gagnreynd þekking, fagleg og hagrænt mat (44. gr. - nýmæli)
- Gæði og eftirlit (45. gr. - nýmæli)
 - eftirlit með starfsemi
 - samningsákvæði um gæði
 - samræmd upplýsingakerfi
 - heimilt að leita upplýsinga hjá notendum þjónustunnar

46.-47. gr.

- Upplýsingaskylda heilbrigðisstarfsmanna (46. gr.)
 - aðgangur að sjúkraskrá
 - aðeins lækna og tannlækna stofnunarinnar
- Samningar um kaup á vörum og þjónustu, annarri en heilbrigðisþjónustu (47. gr.)

57.-73. gr. – Breytingar á öðrum lögum

- Að mestu tæknilegar breytingar
- Ákvæði um slysatryggingar áfram tímabundið í almannatryggingalögum
- Ákvæði um bifreiðakaupastyrki flutt í lög um félagslega aðstoð
- Ákvæði um vistunarmat flutt í lög um heilbrigðisþjónustu enda varða þau ekki aðeins aðra heldur einstaklinga í öllum aldurshópum sem hurfu á vistun í hjúkrunarrými að halda

Ákvæði til bráðabirgða I.-IV.

- Réttindi starfsmanna TR, heilbrigðisráðuneytis, heilsugæslunnar og Landspítala (I)
- Heimild forstjóra til að undirbúa gildistöku laganna (II)
- Yfirfærsla á eignum, réttindum og skyldum (III)
- Ákvörðun daggjalda vegna hjúkrunarrýma til 1. janúar 2010 (IV)

Selfossi, 19. 05. 2008.

Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8 -10,
150 Reykjavík.

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, þskj. 955, 613. mál.

Framkvæmdastjórn Heilbrigðisstofnunar Suðurlands hefur fjallað um frumvarpið og vill koma eftirfarandi atriðum á framfæri varðandi það.

Framkvæmdastjórnin lýsir sig samþykka markmiðum frumvarpsins.

Varðandi II. kafla um stjórnsýslu og IV. kafla um samninga um heilbrigðisþjónustu þá telur framkvæmdastjórnin að um löngu tímabæra breytingu sé að ræða. Stjórnvöld þurfa að vera vel upplýst um að veitt sé sú heilbrigðisþjónusta, sem ætlast er til að neytendur þjónustunnar fái, á sem hagkvæmastan hátt hverju sinni. Á sama hátt er nauðsynlegt að veitendur heilbrigðisþjónustu séu með á hreinu til hvers er ætlast af þeim, í hve miklu magni og fyrir hvaða verð. Í flestum nágrannalöndum okkar eru gerðir samningar um veitingu heilbrigðisþjónustu út frá magni og verði. Er þá stuðst við ýmis mælikerfi, á Norðurlöndum t.d. við Nord-DRG.

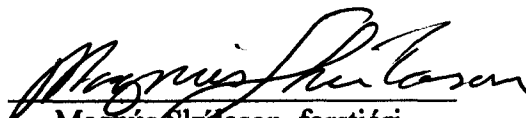
Fyrstu skref í þessa átt hafa verið stigin hér á landi með fjármögnun hjúkrunarrýma skv. svokölluðu RAI - mati, ásamt reiknilíkani fyrir heilsugæslu, sem hefur verið grundvöllur fjárveitinga til hennar síðustu ár. Loks hafa samningar við sérfræðilækna og ýmsa aðra rekstraraðila, t.d. heilsugæslu, byggst á slíkum samningum. Sjúkrahúsþjónustan byggir hins vegar alfarið á föstum fjárveitingum, sem talin er ein frumstæðasta aðferð til fjármögnunar heilbrigðisþjónustu.

Nákvæmari vinnu við greiningu og mat á þjónustunni fylgir óhjákvæmilega aukinn kostnaður. Á móti verður að ætla, að með bættri stjórnun þjónustunnar fáið betri nýting á þeim fjármunum, sem ætlaðir eru til hennar, eins og í öðrum rekstri. Hið sama á við heilbrigðisstofnanir og aðra aðila sem veita heilbrigðisþjónustu. Þessir aðilar þurfa að leggja aukna áherslu á upplýsingaöflun og greiningu kostnaðar. Á móti kemur skýrara hlutverk og til hvers er ætlast af einstökum aðilum.



Framkvæmdastjórnin leggur sérstaka áherslu á, að við slíka samninga verði þarfir íbúa landsins hafðir að leiðarljósi, en ekki hagsmunir einstakra heilbrigðisstarfsmanna. Fram til þessa virðast samningar við sjálfstætt starfandi lækna, sjúkraþjálfara ofl. hafa líkst kjarasamningum við þessa aðila og þeir fengið sjálfsveld til að ákveða hvar þeir veita þjónustuna. Niðurstaðan hefur orðið sú, að þjónustan er fyrst og fremst veitt á stofum á höfuðborgarsvæðinu. Þangað þurfa íbúar í öðrum landshlutum að fara ef þeir á annað borð sækja þjónustuna. Íbúar heilu landshlutanna fá því mjög takmarkaða eða enga sérfræðiþjónustu í vissum sérgreinum. Eigi markmið frumvarpsins að nást er nauðsynlegt, að samningar um heilbrigðiþjónustu taki fyrst og fremst mið af þörfum notenda hennar og þjónustan verði veitt sem næst þeim, eftir því sem aðstæður leyfa.

F.h. Heilbrigðisstofnunar Suðurlands,


Magnús Skúlason, forstjóri.



Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, þingskjal 955- 613.mál.

Hvammstanga 21.maí 2008.

Athugasemdir:

IV. kafli.

Ekkert er getið um endurskoðunarákvæði í IV. kafla. Er ekki ástæða til að hafa slíkt ákvæði í lögunum? Breyttar forsendur geta kallað á endurskoðun sérstaklega ef samningar ná yfir lengra tímabil.

48. grein.

Vanefndir miðast eingöngu við aðgerðir og rétt Sjúkratryggingastofnunar. Eiga viðsemjendur Sjúkratryggingastofnunar ekki að hafa sama rétt? Mikilvægt er að fram komi réttur beggja aðila komi til vanefnda samninga.

Almennt.

Heilbrigðisstofnanir þurfa að hafa sömu möguleika til samningagerða og Sjúkratryggingastofnun, þær þurfa því vafalaust að sækja sér sérþekkingu á þessu sviði og slíkt kostar. Einnig mun aukið gæðaeftirlit kosta sitt.

Spyrja má hver eigi að greiða þennan viðbótarkostnað í ljósi vanáætlaðra fjárveitinga til heilbrigðisstofnanna í dag og undanfarinna ára. Á að leggja þennan kostnað á Sjúkratryggingastofnun?

Fyrir hönd framkvæmdastjórnar

Ágúst Oddsson framkvstj lækninga

Heilbrigðisnefnd Alþingis,
Nefndarsvið Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2924
komudagur 22. 5. 2008

HEILSUGÆSLAN
STJÓRNSÝSLA

Reykjavík, 22. maí 2008. 1A1

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Þskj. 955 – 613. mál.

Með bréfi dags. 16. maí sl. sendi Heilbrigðisnefnd Alþingis Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins frumvarp til laga um sjúkratryggingar til umsagnar. Hér á eftir fylgir umsögn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins um frumvarpið.

Í heildina séð hefur verið vandað til frumvarpsvinnunnar, markmið frumvarpsins eru skýr og texti þess greinargóður. Í frumvarpinu er margt til bóta og fyrirhuguð styrking á hlutverki ríkisins sem kaupanda og kostnaðargreining heilbrigðisþjónustunnar mikið framfaraspor.

Kaflar um markmið og stjórnsýslu (I. og II. kafli) eru mjög skýrir. Kaflinn um sjúkratryggingar (III. kafli) er að okkar mati sömuleiðis mjög skýr og greinargóður hvað varðar réttindi sjúkratryggðra. Hvað varðar kaflann um samninga um heilbrigðisþjónustu (IV. kafli) verður ekki annað séð en öll umgjörð þar um sé í góðu lagi og nauðsynlegir fyrirvarar til staðar til að tryggja samningsstöðu ríkisins sem kaupanda að heilbrigðisþjónustu. Um gildistökuna (VI. kafli) má segja að nokkuð knappur tími sé til stefnu til að koma nýju stofnuninni á laggirnar þann 1. september 2008. Teljum þó rétt að hefjast handa þar sem mikilvægt er að ná yfirsýn yfir samningagerð í heilbrigðisþjónustu sem fyrst og einhvers staðar verður að byrja.

Það að færa alla samninga eða öll kaup á heilbrigðisþjónustu til einnar og sömu stofnunar veitir aukna yfirsýn yfir alla þætti heilbrigðisþjónustunnar, gefur möguleika á að tryggt verði að ávallt verði haghvæmustu leiða leitað við kaup á heilbrigðisþjónustu og styrkir stöðu ríkisins sem kaupanda að þjónustunni.

Stöðu ríkisstofnana í þessari mynd mætti hins vegar skýra betur eða gera betur grein fyrir. Hver verður raunveruleg staða þeirra gagnvart Sjúkratryggingastofnuninni og heilbrigðisráðuneytinu (eiganda stofnanna)? Munu þær hafa sömu samningsstöðu þegar kemur að samningum og stofnanir utan ríkisins (geta þær t.a.m. tekið þátt í útboðum), eða flytjast eingöngu aðferðir til að ákvarða þeim fjárveitingar frá ráðuneyti til nýrrar Sjúkratryggingastofnunar (fjárveiting á grundvelli reiknilíkans). Þá má velta fyrir sér hvort ferlið verður of þungt í vöfum og of stór biti fyrir sumar minni stofnanir. Eins og fram kemur í IV. kafla frumvarpsins er gert ráð fyrir að samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu verði mun ítarlegri og umfangsmeiri en verið hefur til þessa og byggist á kerfisbundnu og faglegu verklagi. Ætla má, miðað við þetta, að þá þurfi stofnanir sem semja við nýja Sjúkratryggingastofnun að hafa á að skipa mannafla sem hefur þekkingu á samningagerð og tíma til að standa í ítarlegri og umfangsmikilli samningagerð. Mikilvægt er að hafa þetta í huga þegar horft verður til þess hvort hver og ein heilsugæslustöð semja við nýju stofnunina, eða hvort gert verði ráð fyrir að til staðar verði miðlægur "corpus" sem sér um þennan þátt fyrir heilsugæslustöðvarnar í landinu.

Hér á eftir fylgja ábendingar og athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

4. gr. Viðbótin: "...., og yfirstjórn sjúkratryggingarstofnunarinnar" hefur ekki skýra merkingu í setningunni, þ.e.a.s. til hvers hún höfðar.

17. og 18. gr. Hér er kveðið á um sjúkratryggingar taki til heilsugæslu og sjúkrahúsvistar sem veitt er á vegum heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa eða samkvæmt samningum. Samkvæmt frumvarpinu er gert ráð fyrir að feiri aðilar en ríkið geti veitt heilsugæslu og sjúkrahúspjónustu, skilyrði fyrir greiðslu eru þó samningar við Sjúkratryggingastofnun. Hér vaknar spurning hvort upp kunni að koma sú staða að krafa geti stofnast á hendur ríkisstofnun (ríkinu) ef ríkisstofnun (heilsugæslustöð/sjúkrahús) einhverra hluta vegna getur ekki orðið við beiðni um lögböðna þjónustu og ef beiðandi þjónustunnar fær hana hjá heilbrigðisstofnun/heilbrigðisstarfsmanni án samnings við Sjúkratryggingastofnun.

21. gr. Hvað táknar “vottorð sérfræðings” í 2. setningu greinarinnar? Táknar fyrsta setninginn að sjúklingur geti vísað sér sjálfur í upptalda þjálfun en að heimilt sé að krefjast vottorðs sérfræðings, t.d. læknis til þess að umbeðin þjónusta verði veitt? Þarf að skýra betur.

29. gr., 1. og 3. tölul. Er rétt að binda í lög að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra fyrir þjónustuna? Teljum eðlilegra að slíkt ákvæði komi í reglugerð.

37. gr. Síðasta setning fyrstu málsgreinar “Ef ofgreiðsla stafar af sviksamlegu atferli” Ættu lögin ekki að heimila eða kveða á um viðurlög í tilvikum sem þessum?

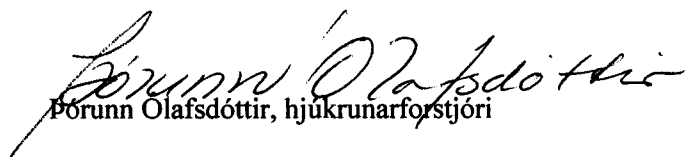
39. gr. 2. mgr. Hver er samningsstaða heilbrigðisstofnana í eigu ríkisins í þessu umhverfi? Þarf að skilgreina stöðu þeirra betur. Geta þær tekið þátt í útboðum sbr. 42. gr.? Þær hafa væntanlega ekki sömu stöðu og einkastofnanir þar sem ráðherra er bæði æðsti yfirmaður (eigandi) þeirra sem og kaupandi þjónustunnar þ.e. sjúkratryggingastofnun.

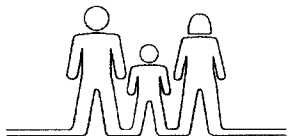
45. gr. Þau áform að efla eftirlit með starfsemi samningsaðila sem og með því að samningsákvæði séu uppfyllt eru afar mikilvæg, ekki síst m.t.t. þess að ætla megi að skort hafi á slíkt eftirlit hingað til. Afar mikilvægt er fyrir kaupanda þjónustunnar (ríkið) að geta sannreynt forsendur reikningsgerðar sér á hendur og að gæði þjónustunnar séu með þeim hætti sem samningnar kveða á um. Á því er enginn efi. Spurt er hins vegar hvort e.t.v. væri heppilegra að hafa a.m.k. hluta þess eftirlitsins í höndum annars aðila þannig að framkvæmd þess verði tryggð? Vísast þar til kostnaðarmats með frumvarpinu, en samkvæmt því er einungis gert ráð fyrir að framlög til sjúkratryggina hækki um 70 m.kr. frá því sem nú er, auk tilfærslu fjár frá ráðuneyti, en sú tilfærsla byggir á flutningi verkefna og starfsfólks frá ráðuneytinu til Sjúkratryggingastofnunar. Að öðru leyti er gert ráð fyrir að áform um uppbyggingu og breytt fyrirkomulag við rekstur sjúkratrygginga komi til framkvæmda eftir því sem útgjaldarammi ráðuneytisins leyfir. Vinna við samningsgerð er bæði umfangsmikil og tímafrek og ljóst að með nýjum lögum um sjúkratryggingar mun vægi þess þáttar aukast verulega. Framkvæmd eftirlitsþáttarins þarf að vera tryggð og hún má ekki líða fyrir það ef ekki verður jafnvægi á milli annars vegar uppbyggingar og breytts fyrirkomulags við rekstur nýrrar Sjúkratryggingastofnunarinnar og hins vegar vaxtar útgjaldaramma ráðuneytisins.

Virðingarfyllst,
f.h. Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins


Svanhvít Jakobsdóttir, forstjóri


Lúðvík Ólafsson, lækningaforstjóri


Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri



Alþingi
Erindi nr. B 135/2956
komudagur 26.5.2008

HEILSUGÆSLUSTÖÐIN Á AKUREYRI

Athugasemdir um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, mál 613, heildarlög.

Stjórnendur Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri telja hugmyndafræði að nýju fyrirkomulagi og nýrri stofnun af hinu góða. Það gefur tækifæri til aukinnar fjármagnsstýringu og utanumhald yfir margbrotna starfsemi heilbrigðisstofnana. Mikilvægt er að hafa í huga stöðu heilsugæslunnar sem velferðarþjónustu en þar er hæpið að markaðslögmálin eigi alltaf við. Lögin taka ekki á því sjónarmiði að ýmsum þáttum heilbrigðisþjónustunnar er ekki best komið undir viðskiptamódeli og ekki er tekið á því í frumvarpinu þegar samningsstaða stofnana er lítil sem engin, en það á við þar sem sátt hefur ríkt um að grunnpjónusta sé að hluta til svæðisbundin velferðarþjónusta.

Athugasemdir við 40. grein:

Í lagafrumvarpnu endurspeglast ekki þau góðu áform sem fram hafa komið í kynningum um stofnunina og því sem fram kemur í athugasemdum við frumvarpið, um mikilvægi samvinnu og gagnkvæmt traust milli seljenda og kaupanda. Vald stofnunar er mjög mikið og vel tíundað í frumvarpinu en ekkert fjallað um mikilvægi þess að tryggja sameiginlegar samskiptareglur þar sem jafnræði ríkir beggja megin borðs. Það vantar algjörlega að leggja áherslu á “samningsrétt” stofnana til að ekki verði úr gerfisamningar með einhliða ákvörðun Sjúkratryggingastofnunar hvað varðar endurgjald fyrir veitta þjónustu.

Athugasemdir við IV. kafla.

Við söknum endurskoðunarákvæðis í IV. kafla. Mikilvægt að fram komi möguleikar samningsaðila til endurskoðunar á samningum sem etv. ná yfir lengra tímabil. Hugsanlegar breytingar á forsendum samninga kalla á endurskoðunarákvæði, þetta á við um báða samningsaðila.

Athugasemdir við 48. grein.

Vanefndir miðast eingöngu við aðgerðir og rétt sjúkratryggingastofnunar, ekki er gert ráð fyrir að stofnanir hafi rétt eða möguleika til að sækja rétt sinn vegna vanefnda. Mikilvægt er að taka fram rétt beggja aðila komi til vanefnda samninga.

Athugasemdir við ákvæði til bráðabirgða I.

Bráðabirgðaákvæði um starfsmenn: Heilbrigðisstofnanir þurfa að hafa sömu möguleika á mannafla og Sjúkratryggingastofnun vegna samningagerða, stofnanir þufa etv. að geta sótt sér sérþekkingu á þessu sviði, jafnvel á kostnað sjúkratryggingastofnunar. Það verður að tryggja að raunverulegt jafnræði geti ríkt í komandi samningsgerð en það er erfitt að sjá það gerast ef sérfræðingar stofnana verða kallaðir yfir til Sjúkratryggingastofnunar þegar kemur að samningsgerð. Á móti kemur að sérþekking stofnana skilar sér til Sjúkratryggingastofnunar með þessu móti en það verður að tryggja betur jafnræði í lögunum.

Akureyri 22/5 08

Margrét Guðjónsdóttir, framkvæmdastjóri.

Heilsugæslustöðin Borgarnesi

BORGARBRAUT 65 – 310 BORGARNES
KENNITALA 620376-0789 – SÍMI 437 1400 – FAX 437 1022

Alþingi
Erindi nr. *P 135/2894*
komudagur *21.5.2008*

Borgarnesi 21.maí 2008

Nefndasvið Alþingis,
Asturstræti 8-10
150 Reykjavík

Sendi hér með umsögn varðandi frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613.mál,
heildarlög.

f.h. heilsugæslustöðvarinnar Borgarnesi

Heilsugæslustöðin
Borgarnes
Guðrún Kristjánsdóttir
Guðrún Kristjánsdóttir, framkvæmdastjóri

Athugasendir um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, mál 613, heilarlög.

Varðandi 2.mgr. 19.gr. Um heimild ráðherra að skilyrða greiðsupáttöku við tilvísun frá heimilis- eða heilsugæslulækni. Er fyrirhugað að fara yfir í tilvísanakerfi hér á Íslandi? Hefur verið tekið til greina hversu mikið það myndi auka álag á heilsugæslur sem nú þegar eru undirmannaðar? Má í því sambandi benda á að fjöldi íbúa á höfuðborgarsvæðinu er ekki með skráðan heimilislækni og á landsbyggðinni gengur erfiðlega að manna læknastöður á heilsugæslustöðvum. Virðist við fyrstu sýn ekki vera skynsamleg breyting.

Varðandi 3.mgr. 29.gr. um veitingu þjónustu til ósjúkratryggða á einkaréttarlegum grundvelli. **Með hvaða hætti** á að tryggja það að veiting þeirrar þjónustu hafi ekki áhrif á þá þjónustu sem sjúkratryggðum stendur til boða.

Varðandi 1.mgr. 41. gr. Um að sjúkratrygginastofnun geti samið við sveitarfélög eða aðra aðila um rekstur heilbrigðisþjónustu. Er það öruggt að ef samið yrði við sveitarfélög um rekstur heilbrigðisþjónustu að fjármagn til rekstursins yrði tryggt frá ríkinu?

Varðandi 3.mgr. 43. gr um kostnaðargreiningu heilbrigðisstofnana. Hvenær mun liggja fyrir hvernig kostnaðargreiningin skuli framkvæmd? Mun koma fjármagn sérstaklega til stofnana til að setja í þá vinnu?



Alþingi
Erindi nr. P 135/2969
komudagur 27.5.2008

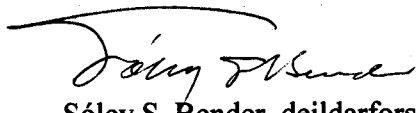
Elín Valdís Þorsteinsdóttir, nefndarritari
Heilbrigðisnefnd
Alþingi
150 Reykjavík

Reykjavík, 27. maí 2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Þann 21. maí barst hjúkrunarfræðideild beiðni frá Heilbrigðisnefnd Alþingis um umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Óskað var eftir því að svar bærst eigi síðar en 22. maí. Haft var samband við nefndarritara heilbrigðisnefndar og farið fram á a.m.k. 4-5 daga til að svara beiðni heilbrigðisnefndar. Var okkur tjáð að málið yrði tekið fyrir að morgni laugardagsins 24. maí. Vegna þröngs tímaramma hafði hjúkrunarfræðideild því ekki kost á að veita umsögn um fyrrnefnt frumvarp.

Virðingarfyllst,


Sóley S. Bender, deildarforseti



Iðjupjálfafélag Íslands

Borgartúni 6 – 105 Reykjavík – S. 588 1885

Alþingi

Erindi nr. P 135/2825

komudagur 19.5.2008

Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 16.5.2008

Efni: Umsögn Iðjupjálfafélags Íslands um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Iðjupjálfafélag Íslands þakkar tækifæri til umsagnar um ofangreint frumvarp.
Engar athugasemdir eru gerðar við frumvarpið.

f.h. Iðjupjálfafélags Íslands

Lilja Ingvarsson
Lilja Ingvarsson formaður

Alþingi
Erindi nr. P 135/2952
komudagur. 23.5.2008

Til Elínar Valdísar Þorsteinsdóttur nefndarritara,
Nefndasviði Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík.

23. maí 2008

Krabbameinsfélag Íslands hefur fengið til umsagnar frv. t. l. um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Fyrir hönd Krabbameinsfélagsins vil ég þakka fyrir að fá ofangreint frumvarp til umsagnar. Því miður tók það vikutíma í pósti til mín þannig að einungis hefur gefist einn og hálfur dagur til að kynna sér efni þess með öðrum störfum og skuldbindingum.

Hér er greinilega um grundvallarbreytingar á skipulagi stjórnsýslu heilbrigðisþjónustunnar að ræða og virðist frumvarpið vel unnið og þar tekið mið af nútímalegum starfsháttum eins og gæðaeftirliti, árangursstjórnun og kostnaðargreiningu. Hins vegar er óraunhæft að gera efnislegar athugasemdir eftir svo stuttan tíma til að kynna sér málið, einkum þar sem það kallar á breytingar á fjölmörgum gildandi lögum sem ekki gefst kostur að kanna nánar og bera saman.

Það er gagnrýnivert að ekki skuli gefinn meiri tími, bæði fyrir alþingismenn og einnig þá mörgu aðila í samfélaginu sem koma að heilbrigðisþjónustu til að kynna sér þessar breytingar og ræða þær. Vafalaust eru margar þeirra til bóta en spurningar vakna strax varðandi ýmsa þætti, t.d. hvort nægilegu fjármagni verði varið til þessarar nýju stofnunar og svo þeirra sem fyrir eru og annast skylda þjónustu. Líka hvort hugað hafi verið nægilega vel að því að öll réttindi haldi sér við breytingar á fjölmörgum lögum sem tengjast heilbrigðisþjónustu. Einnig, hvernig þessi nýja stofnun muni skipa sér í raðir þeirra sem þegar sinna heilbrigðismálum, hvort hún muni fjarlægja eða hindra samskipti heilbrigðisráðuneytis við þá sem veita heilbrigðisþjónustu. Ennfremur hlutverk stofnunarinnar og tengsl við pólitíska stefnumótun í heilbrigðismálum.

Hér er um viðamiklar breytingar að ræða á viðkvæmum málaflokki þar sem miklu varðar að vel sé að öllu staðið og að sátt ríki. Æskilegt er að nægur tími gefist til að tryggja kynningu og umræður þannig að sameiginleg niðurstaða náist sem yrði traustur grunnur fyrir nýja stofnun.

Með vinsemd,

Guðrún Agnarsdóttir forstjóri
Krabbameinsfélags Íslands



Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2858
komudagur 20.5.2008

Nefndasvið Alþingis
Elín Valdís Þorsteinsdóttir nefndarritari
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Seltjarnarnesi, 20. maí 2008

2008050090/91/SG/gh

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Í greinargerð með frumvarpinu er því haldið fram að engum vafa sé undirorpið að heilbrigðisþjónusta á Íslandi sé mjög góð. Búast má við að flestir geti verið sammála þessari fullyrðingu, ekki síst ef tekið er mið af ástandi heilbrigðismála í öðrum löndum heims, bæði þeim sem nær okkur eru og ekki síst þau sem fjær eru. Margt einkennir góða heilbrigðisþjónustu. Hún þarf að vera miðuð við þarfir sjúklinga, veitt á réttum tíma og öryggi sjúklinga þarf að vera tryggt. Jafnframt þarf hún að vera markviss (effective), skilvirk og nýtin (efficient), veitt þannig að jafnræðis (equity) og mannúðar (humanity) sé gætt. Markmið allrar lagasetningar um heilbrigðisþjónustu þarf að taka mið af þessu. Segja má að vel hafi tekist til með lögum um réttindi sjúklinga, lögum um heilbrigðisþjónustu, lögum um landlækni, lögum um almannatryggingar, lyfjalögum og fleiri.

Fram kemur að markmið hinna nýju laga um sjúkratryggingar sem hér eru til umræðu séu einnig í þessum anda. Sérstakt fagnaðarefni er að þar kemur fram að allir sjúkratryggðir skuli njóta þjónustu, óháð efnahag. Jafnframt hafa lögin það að markmiði að styrkja uppbyggingu þekkingar og faglegrar aðferðafræði í þjónustunni og loks er gert ráð fyrir að fjármagn fylgi sjúklingum og að greiðslur hins opinbera séu í samræmi við þörf og fjölda verka.

Meginhlutverk hinnar nýju sjúkratryggingastofnunar er að semja fyrir hönd ríkisins um greiðslur fyrir veitta heilbrigðisþjónustu, hvort sem hún er veitt í heilsugæslu, sjúkrahúsum, af sjálfstætt starfandi sérfræðingum, hjá tannlæknum, iðjuþjálfum, sjúkraþjálfurum, talmeinafræðingum, á hjúrunarheimilum og víðar. Forsendur þess að vel takist til er annars vegar að unnt sé að kostnaðargreina þjónustuna (m.a. með DRG-greiningu, RAI-mati o.fl.) og hins vegar að upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar séu til reiðu og starfi rétt. Talsvert starf hefur verið unnið að DRG-greiningu undanfarin misseri, sem þó er ekki lokið. Mikil vinna hefur verið innt af hendi að því er lýtur að skráningu í heilbrigðiskerfinu undanfarin ár og má þar nefna ýmis konar landsskrár um heilsufar, sjúkdóma, slys, lyfjaávisanir, fæðingar, starfsemi og árangur þjónustunnar, sem flestar eru haldnar eða eru á ábyrgð landlæknis.

Uppbyggingu fullnægjandi skráningar í heilbrigðisþjónustunni er þó hvergi nærri lokið. Stærsti Akkillesarhællinn er t.d. sá að enn eru mjög ófullnægjandi upplýsingar að þessu leyti frá sjálfstætt starfandi sérfræðingum.

Eitt af skilyrðum farsællar og hagrænnar skráningar í heilbrigðisþjónustu er öflug og vel starfandi rafræn sjúkraskrá. Því markmiði hefur ekki verið náð hér á landi enn, en vaxandi áhersla og mannaflí hefur þó verið sett í málið undanfarin misseri. Nefna verður þó að mikill skoðanaágreiningur er innan heilbrigðisþjónustunnar um ágæti tiltekinna sjúkraskrárkerfa, ekki síst Sögu, sem helst hefur rutt sér til rúms hér á landi.

Þessa vinnu þarf að efla mjög á næstu mánuðum, að öðrum kosti verður eftirlit sjúkratryggingastofnunar með samningum sem hún gerir við veitingu heilbrigðisþjónustu miklum annmörkum háð. Jafnframt skiptir miklu máli að upplýsinga sé ekki aflað oftar en þörf er á. Taka þarf af öll tvímæli um það í frumvarpinu að skynsamlegt sé að nota núverandi leiðir til upplýsingaöflunar, þ.á.m. þær sem Landlæknisembættið hefur með höndum. Sjúkratryggingastofnun eigi hins vegar og verði að hafa fullan aðgang að þeim upplýsingum til þess að geta fylgst með og fengið upplýsingar um árangur og gæði hinnar faglegu þjónustu um leið og hún fylgist að öðru leyti með framkvæmd þeirra samninga sem hún gerir.

Landlæknisembættið telur, eins og reyndar að ofan greinir, frumvarp þetta vera til mikilla bóta, skýra og skilgreina betur það umhverfi mismunandi rekstrarforma sem þegar hafa verið hér við lýði í mörg ár eða áratugi og jafnframt að veita þeirri hugsýn meira brautargengi. Ekki á í reynd að skipta máli varðandi mat og eftirlit á gæðum og árangri þjónustu hver veitir hana. Akkur er í því að lögin taka þó skýrt fram að ekki skuli einungis samið um magn og tegund þjónustu heldur einnig gæði hennar og rík áhersla lögð á að fylgst sé með þeim.

Embættið hefur ekki margar sértækar athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins, en ástæða er til að nefna nokkrar umfram það sem þegar hefur verið sagt.

25. gr. Lyf. Mikilvægt er að gerður sé greinarmunur á orðalaginu „nauðsynleg lyf” í greininni og því sem hefur verið skilgreint sem mjög nauðsynleg lyf („essential drugs”) og m.a. koma fram á lyfjalistum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um slík lyf. Sjúkratryggðir eiga að sjálfsögðu að fá endurgreiðslu neyti þeir lyfja sem þeim hefur verið ávísað af lækni og skráð eru hér á landi.

40. gr. Samningur um heilbrigðisþjónustu. Vikið er að ákvæðum greinarinnar hér að ofan, en hér er ástæða til þess að taka mjög undir það sem fram kemur, að þess skuli „gætt að raska ekki þeirri þjónustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu” þegar samið er um heilbrigðisþjónustu. Eins og fram kemur í greininni getur vel farið svo að semja þurfi einungis við hluta þeirra, sem veitt geta tiltekna þjónustu, ef framboðið reynist vera meira en þörf er á. Slíkt er eðlilegt. Hins vegar þarf líka að íhuga hvort semja eigi við einn aðila um tiltekna heilbrigðisþjónustu, sem sinni henni að fullu, eða hvort skipta eigi „kökunni” á milli tveggja, til að tryggja að þeir sem í samkeppni séu um að veita tiltekna þjónustu detti ekki af „markaðnum”, með öðrum orðum, mögulega þarf að huga að fákeppnissjónarmiðum og að einhver einoki ekki „markaðinn”.

44. gr. Gagnreynd þekking á sviði heilbrigðisþjónustu. Mjög er tekið undir mikilvægi þess að gagnreynd þekking skuli að jafnaði stýra starfsemi þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu og akkur er í að sjá klínískar leiðbeiningar dregnar fram. Í greininni er einnig kveðið á um nauðsyn faglegs og hagræns mats á nýrri þjónustu (Health Technology Assessment). Miklu skiptir að vel sé að verki staðið hér og byggja þarf þetta vel upp, hvort sem það verður gert beinlínis innan

stofnunarinnar eða hjá öðrum stofnunum heilbrigðisþjónustunnar svo sem Landlæknisembættinu. Mikill skyldleiki er í reynd með „Health Technology Assessment” og klínískum leiðbeiningum.

45. gr. Gæði og eftirlit.

Í 1. málsg. 45. gr. segir: „*Sjúkratryggingastofnunin skal hafa eftirlit með starfsemi samningsaðila sem miðar að því að tryggja að tegundir, magn, gæði, kostnaður og árangur þjónustu sé í samræmi við gerða samninga. Stofnunin skal hafa samráð við landlækni um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlits.*”

Landlæknir tekur undir brýna nauðsyn þess að þessar tvær stofnanir hafi náið samráð og samstarf um eftirlitið. Samkvæmt 7. gr. laga um landlækni skal landlæknir hafa reglubundið eftirlit með því að heilbrigðisþjónusta sem veitt er hér á landi uppfylli faglegar kröfur og ákvæði heilbrigðislöggjafar á hverjum tíma. Ljóst er að eftirlit landlæknis er nátengt eftirliti með því að þjónusta sé í samræmi við samninga sbr. málsgreinina hér að ofan. Samræmd skráning í heilbrigðisþjónustu, samkvæmt fyrirmælum landlæknis og gagnasöfnun og úrvinnsla landlæknis á tilteknum lágmarksskráningargögnum eru og verða undirstaða eftirlits með heilbrigðisþjónustu. Það sama mun eiga við um sjúkratryggingar. Stofnunin mun þurfa aðgang að samræmdum skráningargögnum frá samningsaðilum til þess að geta sinnt eftirlitinu. Þó að ekki liggi fyrir nákvæm greining á þörfum sjúkratryggingastofnunar á gögnum má teljast líklegt að þarfir þessara stofnana séu að talsverðum hluta sambærilegar og geta þær því nýtt sömu gagnalindirnar eða heilbrigðisskrár landlæknis eins og kveðið er á um síðar í 45. greininni. Þegar þarfagreining sjúkratryggingastofnunar liggur fyrir getur landlæknir tekið tillit til þarfa stofnunarinnar í tilmælum sínum um lágmarksskráningu.

Í 2. málsg. 45. gr. segir: „*Sjúkratryggingastofnunin getur ákveðið að setja í samninga ákvæði sem ætlað er að stuðla að gæðum og árangri þjónustunnar, m.a. um gæðastjórnunarkerfi og vottun þeirra, faggildingu, árangursmælingar og upplýsinga- og skýrslugjöf.*”

Hér þarf að kveða fastar að orði og segja að sjúkratryggingastofnun skuli setja í samninga ákvæði um skráningu og upplýsinga- og skýrslugjöf. Skynsamlegast og gagnlegast væri að tengja ákvæðið við 8. gr. laga um landlækni þar sem segir að landlæknir gefi heilbrigðisstofnunum, heilbrigðisstarfsmönnum og öðrum sem veita heilbrigðisþjónustu fyrirmæli um lágmarksskráningu upplýsinga og hvernig staðið skuli að skráningu og miðlun upplýsinganna til embættisins þannig að hann geti sinnt eftirlitshlutverki sínu m.a. með því halda heilbrigðisskrár. Með því að tengja saman samninga við þá sem veita heilbrigðisþjónustu og fyrirmæli landlæknis um lágmarksskráningu upplýsinga og skil á upplýsingum til embættisins væri hægt að leysa þau vandamál sem sífellt skjóta upp kollinum og felast í því að stofnanir og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn skrá ekki í samræmi við fyrirmæli landlæknis og skila upplýsingum seint eða ekki til embættisins. Í starfi sínu hefur landlæknir orðið þess áskynja að mjög skortir á að hægt sé að bregðast með beinum hætti við þegar lögboðnar upplýsingar eru ekki skráðar og/eða sendar landlækni. Ef ákvæði um skráningu skv. fyrirmælum landlæknis og gagnaskil eru hluti af samningum fæst mikilvægur hvati í allt skráningarumhverfið og hvati til þess að skila gögnum til þeirra aðila sem lögum samkvæmt á að skila gögnum til.

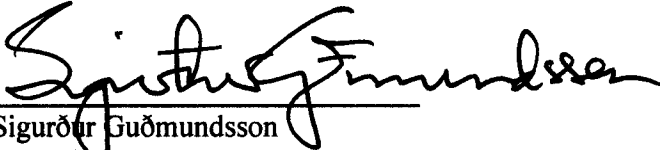
Í 3. málsg. 45.gr. segir: „*Sjúkratryggingastofnunin getur krafist þess að samningsaðilar nýti samræmd upplýsingakerfi, þ.m.t. samræmda skráningu biðlista, og skili upplýsingum um veitta þjónustu og starfsemi á samræmdu rafrænu formi til stofnunarinnar. Vegna framkvæmdar eftirlits er stofnuninni jafnframt heimill aðgangur að ópersónugreinanlegum upplýsingum úr heilbrigðisskrám sem landlæknir heldur samkvæmt lögum um landlækni, eftir því sem við á.*”

Í greininni er hugtakið „samræmd upplýsingakerfi” notað. Hugtakið upplýsingakerfi er mjög víðtækt og heppilegra væri að nýta nákvæmara orðalag. Það sem máli skiptir er að upplýsingar

séu skráðar með samræmdum hætti, þ.e. að skráningaatriði séu þau sömu, að baki þeim liggi sömu skilgreiningar og að við skráningu séu notuð viðurkennd flokkunarkerfi. Á þessu er tekið í fyrirmælum landlæknis um lágmarksskráningu upplýsinga og því eðlilegt að vísa í þau. Þá er og nauðsynlegt að tæknilegt umhverfi skráningar sé samræmt og fylgi viðurkenndum stöðlum eða þeim stöðlum sem heilbrigðisyfirvöld hafa mælt fyrir um þannig að tryggt sé að hægt sé að skipast á upplýsingum milli skráningarkerfa. Þessu til viðbótar er mikilvægt að þau skráningarkerfi sem samningsaðilar nota séu vottuð þannig að ljóst sé að þau uppfylli raunverulega kröfur og staðla landlæknis, heilbrigðisráðuneytis, sjúkratryggingastofnunar og hugsanlega annarra stofnana sem hafa hér hlutverki að gegna. Landlæknisembættið telur að hér þurfi að koma skýrt fram hverjar kröfurnar eru og að þær komi fram í samningum við rekstaraðila.

52. gr. Upplýsingar um vistun. Í greininni kemur fram að senda skuli sjúkratryggingastofnun upplýsingar um vistun, þ.e. innlagnir og útskriftir. Þó þetta ákvæði hafi verið í almannatryggingalögunum er eigi að síður rétt að benda á að hér skortir á samræmi. Í öðrum greinum frumvarpsins er gert ráð fyrir að stofnunin geti fengið upplýsingar um framkvæmd samninga, hvort sem hún safnar þeim upplýsingum beint eða fær hana frá öðrum stofnunum, þ.e.a.s. Landlæknisembættinu. Þessi grein virðist því óþörf og skýtur skökku við að taka þessa þætti sérstaklega út fyrir sviga.

Virðingarfyllst,



Sigurður Guðmundsson
landlæknir

Nefndasvið Alþingis
b.t. heilbrigðisnefndar
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

Reykjavík, 19. maí 2008
Tilv. 40.13

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög

Landspítali (LSH) hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Í athugasemdum við frumvarpið er tilgreint að það sé lagt fram í samræmi við samþykkt ríkisstjórnar um breytingu á verkaskiptingu ráðuneyta og breyttrar áherslu í fjármögnun heilbrigðisþjónustu. Þannig er lagafrumvarp þetta hluti af skipulagsbreytingum og verkaskiptingu og tilfærslu verkefna milli ráðuneyta.

Eins og LSH hefur bent á um nokkurt skeið hefur stofnunin lokið kostnaðargreiningu (DRG) klínískrar þjónustu og hvatt mjög til breyttrar fjármögnunar í heilbrigðisþjónustu og er lýst yfir ánægju með stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnar Íslands að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun.

Þessari stefnumörkun er fylgt eftir með þessu lagafrumvarpi. Þar er líka kveðið á um samningagerð milli nýrrar sjúkratryggingastofnunar og heilbrigðisstofnana. Þá er markmiðið að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og gera heilbrigðisráðherra kleift að nýta þær heimildir sem hann hefur í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Þá eru ýtarleg ákvæði um sjúkratryggingar, þar sem flutt eru ákvæði úr lögum nr. 100/2007 um almannatryggingar sbr. áður tilgreindar breytingar á verkaskiptingu ráðuneyta. Er það skoðun LSH að þessi ákvæði séu skýr og sett fram á markvissan hátt.

LSH fagnar því að ákvörðun hefur nú verið tekin um að láta fjármagn fylgja sjúklingi og er það í anda þess sem stofnunin hefur beitt sér fyrir. Það er löngu tímabært að breyta fjármögnunarkerfi sjúkrahúsa og annarra sem veita heilbrigðisþjónustu. Núverandi fyrirkomulag er ófullnægjandi og hefur verið svo um nokkurn tíma. Það er álit LSH að vel sé vandað til verka við gerð þessa lagafrumvarps. Á sama hátt er greinargerðin með frumvarpinu vel unnin.

Jafnframt því sem hér að framan greinir vill LSH setja fram nokkrar ábendingar sem, að mati LSH, er aðeins til bóta á vel unnu frumvarpi.

Um 1. gr.

Því er varpað fram hvort setja eigi í 2. mgr. 1. gr. frv., þar sem fjallað er um rekstrar- og þjóðhagslega hagkvæmni og gæði þjónustunnar, ákvæði, sem kveða á um að auka kostnaðarvitund. Það er álit LSH að það fari vel að þetta sé eitt af markmiðum laganna.

Um 6. gr.

Settar eru fram efasemdir um nauðsyn þess að hafa sérstaka stjórn yfir nýrri sjúkratryggingastofnun. Minnt er á ágæta skýrslu sem kom út í október 2000 um ábyrgð, valdsvið og stjórnunarumboð forstöðumanna ríkisstofnana. Þar er almennt komist að þeirri niðurstöðu að ekki þurfi sérstakar stjórnir yfir ríkisstofnanir og er það m.a. leitt af ákvæðum laga nr. 70/1996 (starfsmannalög) og laga nr. 88/1997 (fjárreiðulög).

Til samræmis við þetta hefur stjórnun ríkisstofnana fækkað, stjórnkerfið verið einfaldað og boðleiðir skýrari. Sem dæmi má nefna niðurlagningu stjórnarnefndar LSH með gildistöku laga nr. 40/2007. Þá hlýst af þessu talsverður kostnaður eins og bent er á í athugasemdum fjármálaráðuneytis við frumvarpið.

Mælt er með því að þetta verði tekið til gaumgæfilegrar skoðunar.

Um 28. gr.

Í 2. mgr. greinarinnar er kveðið á um þóknun vegna fylgdarmanns. Spurt er hvort ástæða sé til að skilgreina þetta nánar, þar sem orðalagið er mjög opið.

Um 29. gr.

Þessi grein fjallar um gjaldtöku eins og þar er nánar útlistað. LSH vill koma fram með tvær ábendingar um hvort heimila eigi gjaldtöku til viðbótar við heimildir greinarinnar.

- a) Í 3. ml. 2.tl. 1. mgr. 29. gr. er kveðið á um að ekki sé heimilt að taka gjald fyrir mæðravernd. Þetta er eðlilegt ákvæði en spurt er hvort ekki sé ástæða að setja einhver tímamörk hvenær formleg mæðraskoðun skuli hefjast. Það er álit LSH að mæðraskoðun eigi fyrst að hefjast í 10. – 12. viku meðgöngu og öll læknisskoðun fyrir þann tíma eigi að teljast almenn sérfræðiþjónusta og að ákvæði þar af lútandi verði sett í 29. gr.
- b) Í lögum um réttindi sjúklinga eru ákvæði um túlkajónustu og að hún sé án gjaldtöku. Víða á Norðurlöndum eru ákvæði í lögum þess efnis að ef viðkomandi hefur búið í landinu í a.m.k. 5 ár og þurfi túlkun, ef þeir þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda, greiði þeir fyrir hana sjálfir. Eðlilegt væri að ákvæði sem þetta kæmi inn í gjaldtökuheimildir skv. 29. gr. frumvarpsins.

Um 40. gr.

Í þessari grein er fjallað um samninga um heilbrigðisþjónustu og er greinin vel unnin. LSH vill varpa þeirri spurningu fram hvort skerpa eigi á ákvæðum 3. mgr. varðandi val á viðsemjendum, hvort hafa eigi sem viðmið að taka megillit til menntunar og þjálfunar starfsfólks. Lítilsháttar er vikið að þessu í greinargerð með 40. gr. en tryggja verður að stofnanir geti sinnt menntunar- og þjálfunarhlutverki sínu til að tryggja endurnýjun þekkingar innan sérgreinar. Dæmi um aðgerðir sem farnar eru út af spítölum eru krossbandaaðgerðir og er nauðsynlegt að taka megillit til þessa þáttar í þjónustu spítala þegar samið er við stofnun.

Um 45. gr.

Í greininni er m.a. fjallað um gæði og árangur þjónustu og skal eftirlit skv. greininni vera í samráði við landlækni sbr. lög nr. 41/2007. Hér er því velt upp hvort skoða eigi hvernig fara skuli með, þegar frummeðferðaraðilar (t.d. sérgreinarlæknar, sbr. 19. gr.) sem framkvæma lækniáðgerð/verk, vísa alfarið á bráðamóttöku sjúkrahúss ef eitthvað fer úrskeiðis. Oft er ekki mögulegt fyrir sjúkling að ná í viðkomandi meðferðaraðila, þrátt fyrir skyldu að sinna sjúklingi. Dæmi eru um innlögn á sjúkrahús (LSH) í framhaldi af meðferð á stofu þar sem stundum hefur staðið tæpt. Spurt er hvort ástæða sé til að skerpa skilyrði laganna þannig að kaupandi þjónustunnar (sjúkratryggingastofnun) hafi skýrar heimildir til aðgerða gagnvart viðkomandi óháð rétti sjúklings sem kann að verða fyrir skaða.

Niðurlag:

Eins og að framan greinir telur LSH að vel sé vandað við gerð þessa frumvarps. Eindregið er mælt með samþykkt frumvarpsins og telur LSH að með því sé stórt skref stigið í framfaraátt og leikreglur í samskiptum kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustu skýrar og mun það auka hagkvæmni í rekstri heilbrigðisþjónustunnar auk þess sem þessi lagasetning stuðlar að enn meiri gæðum þjónustunnar.

Landspítali hvetur til að framangreindar ábendingar verði teknar til nánari skoðunar.

Virðingarfyllst


Anna Stefánsdóttir, s. forstjóri


Björn Zoëga, s. forstjóri



Alþingi
Erindi nr. P 135/2842
komudagur 20.5.2008

Landspítala, 20. maí 2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis
b.t. Ásta Möller, formaður
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Meðfylgjandi er umsögn lækna ráðs landspítala um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Umsögnin var send fyrr í dag með tölvupósti á: nefndasvid@althingi.is

Með bestu kveðju

F.h. lækna ráðs Landspítala

Þorbjörn Jónsson, formaður

LÆKNARÁÐ LANDSPÍTALA

Skrifstofa lækna ráðs Landspítala • Hringbraut • 101 Reykjavík • Sími: 543 1180 • Netfang: laeknarad@landspitali.is

Umsögn læknaáðs Landspítala um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

1. Almenn

Markmið laganna er að “tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðiskerfinu óháð efnahag” eins og það er orðað. Þannig á tilkoma þessara laga ekki hafa áhrif á það jafna aðgengi sem hingað til hefur verið að allri þjónustu Landspítalans.

Þetta frumvarp er hluti af þeim aðskilnaði sjúkratrygginga og almannatrygginga, sem ríkisstjórnin hefur boðað. Með frumvarpinu er lagt til að sameina undir einn hatt hluti (verkbætti og greiðslur) sem núna eru hjá þremur aðilum í ríkiskerfinu; samninganefnd heilbrigðisráðherra, fjármála- og rekstrarsviði heilbrigðisráðuneytisins og sjúkratryggingarsviði Tryggingastofnunar.

Framlag til rekstrar Landspítalans hefur til þessa dags komið frá þessum þremur aðilum og því er hér um nokkra einföldun að ræða. Hins vegar munu í framtíðinni verða gerðir samningar milli Landspítalans og sjúkratryggingarstofnunar um endurgjald og fjölda mismunandi meðferða og því er ekki ljóst hvort um raunverulega einföldun og sparnað verði að ræða.

Læknaáð Landspítala vekur athygli á því að skammur tími gafst til að fara yfir þetta mjög svo viðamikla og mikilvæga frumvarp, sem tekur á grundvallarþáttum í sjúkratryggingarkerfi Íslendinga. Læknaáðið vonar hins vegar að það hafi ekki komið niður á gæðum álitsins.

2. Athugasemdir sem snúa að Landspítala

Landspítalinn hefur sérstakt hlutverk í heilbrigðiskerfi Íslendinga, bæði hvað stærð og starfsemi snertir, sem taka þarf tillit til við lagasmíð eins og hér er um að ræða. Ekki þarf síður að taka tillit til þessarrar sérstöðu þegar að samningum kemur milli sjúkratryggingarstofnunar og Landspítala.

- **Nýjungar í lækniðfræði.** Í 44. gr. Frumvarpsins er sagt að “*Veitendur heilbrigðisþjónustu (t.d. Landspítali) skulu að jafnaði byggja starfsemi sína á gagnreyndri þekkingu á sviði heilbrigðisþjónustu ...*”. Um nýjar meðferðir er sagt “*Við ákvarðanir um nýjar aðferðir, þjónustu, lyf og vörur skal sjúkratryggingarstofnun byggja á niðurstöðu faglegs og hagræns mats í samræmi við viðurkenndar alþjóðlegar aðferðir*”. Landspítalinn hefur í áratugi verið í fararbroddi við að taka upp nýjar, flóknar og dýrar lækniðmeðferðir hér á landi. Það er þekkt að þegar nýjar meðferðir eru orðnar aðgengilegar á Evrópska lyfjasvæðinu (EMEA) eru yfirleitt ekki

LÆKNARÁÐ LANDSPÍTALA

strax birtar um það hagrænar rannsóknir (cost-benefit). Það tekur iðulega nokkur ár að fá þær upplýsingar, sem getur verið allt of langur tími þegar um er að ræða sjúkdóma þar sem tími sjúklingsins er af skornum skammti (t.d. í krabbameinslækningum). Þess vegna þurfa læknar að hafa eðlilega aðkomu að ákvarðantöku um nýjar meðferðir og lyf. Það þarf að vera tryggt að hin nýju lög hefti ekki möguleika spítalans til að taka upp nýjar aðferðir og hefja meðferð áður en birtar hafa verið niðurstöður hagrænna rannsókna. Það er hlutverk Landspítalans að vera í farabroddi með nýjungar og að geta innleitt þær skjótt hér eftir sem hingað til.

- **Háskólahlutverk Landspítalans.** Við samningagerð um kaup á heilbrigðisþjónustu er mikilvægt að sjúkratryggingarstofnun líti ekki eingöngu til fjárhagslegra sjónarmiða. Landspítaliinn er háskólasjúkrahús, sem auk meðhöndlunar á sjúklingum annast kennslu nemenda í heilbrigðisvísindum og vísindarannsóknir. Kostnaður við háskólahlutverkið er almennt talinn vera ekki minni en 10-15% af rekstri háskólaspítala og í sumum löndum er þessi tala jafnvel töluvert hærri. Þannig er óhjákvæmilegt að samskonar meðferð á sambærilegum sjúklingum verði ávallt heldur dýrari á Landspítalanum miðað við sjúkrahús sem ekki reka kennslu- og vísindastarfsemi. Mikilvægt er að fullt tillit verði tekið til þessa sérstaka hlutverks Landspítalans þegar endurgjald vegna veittrar þjónustu verður ákvarðað.
- **Sjúklingar með flókin vandamál.** Það hefur ávallt verið þannig, og mun áfram verða, að þeir sjúklingar sem eru með flóknustu og margþættustu vandamálín fá sína meðferð á Landspítalanum. Tryggja þarf að sjúkratryggingarstofnun taki tillit til þessa í framtíðinni við útreikninga á endurgjaldi þannig að Landspítalanum verði gert kleyft að sinna þessum sjúklingahópi jafn vel og hingað til.
- **Um samningstímann.** Við samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu er að jafnaði æskilegt að samningar séu gerðir til nokkurra ára í senn, t.d. fimm ára. Mikilvægt er hins vegar að verkkaupi (sjúkratryggingarstofnun) og verksali (Landspítali) geti lagað samninga að ófyrirséðri þörf eða sveiflum. Sem dæmi má nefna að þegar ígræðslur á blóðmyndandi stofnfrumum voru teknar upp hér á landi fyrir stuttu var gert ráð fyrir 6-8 slíkum meðferðum á ári en reyndin hefur hins vegar orðið sú að þær hafa verið >20 á ári hverju. Svipað gildir um nýrnaígræðslur en þörfin fyrir þær hefur orðið heldur meiri en upphaflega var gert ráð fyrir.
- **Sjúklingar sem ekki eru sjúkratryggðir.** Það er ekki alveg ljóst við lestur frumvarpsins hvernig kostnaður við alvarlega veika sjúklinga, sem koma utan landa Evrópska efnahagssvæðisins/Evrópusambandsins og ekki eru sjúkratryggðir hér á landi, verður meðhöndlaður. Innkaup sjúkratryggingastofnunar virðast ekki þurfa að taka tillit til þessa hóps sjúklinga. Kostnaður við þá sjúklinga sem mest eru veikir getur hæglega hlaupið á tugum milljóna og ef nokkrir slíkir lenda utan ramma sjúkratryggingarstofnunar getur það sett stórt strik í reikning viðkomandi heilbrigðisstofnunar (t.d. Landspítala). Mikilvægt er að sjúkratryggingastofnun (ríkissjóði) verði gert kleift að bæta viðkomandi heilbrigðisstofnunum þann kostnað sem þannig skapast.

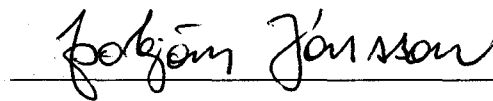
LÆKNARÁÐ LANDSPÍTALA

3. Lokaorð

Hér er líklega um að ræða mestu breytingu í rekstri og umhverfi heilbrigðisþjónustu á Íslandi undanfarna áratugi. Stjórnvöld munu, í gegnum sjúkratryggingastofnun, óhjákvæmilega taka meiri þátt í því að forgangsraða þeirri þjónustu sem veitt er í heilbrigðiskerfinu í framtíðinni. Þeir kostir sem hlotist geta af þessari lagabreytingu eru m.a. betri nýting fjármuna í heilbrigðiskerfinu, aukin afköst og meiri gæði.

Reykjavík, 20. maí 2008

F.h. lækna ráðs Landspítala

A handwritten signature in dark ink, reading 'Þorbjörn Jónsson', written over a horizontal line.

Þorbjörn Jónsson, formaður

LÆKNARÁÐ LANDSPÍTALA

Skrifstofa lækna ráðs Landspítala • Hringbraut • 101 Reykjavík • Sími: 543 1180 • Netfang: laeknarad@landspitali.is

Nefndasvið Alþingis
heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

Reykjavík 3. september 2008

Varðar: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Heilbrigðisnefnd Alþingis hefur óskað eftir umsögn Landssamband eldri borgara (LEB) um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög. Vegna sumarleyfa og mikils tíma sem fór í að yfirfara og kynna sér þetta viðamikla frumvarp tókst ekki að svara beiðninni á tilsettum tíma, þ.e.a.s. fyrir 1. júlí 2008 en félagið vonar að tekið verði tilliti til athugasemda landssambandsins þrátt fyrir það. Ljóst er að frumvarpið felur í sér grundvallarbreytingar á stjórnsýslu og framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar. Markmiðið er m.a. að auka áherslu á gæðaeftirlit, árangursstjórnunar og kostnaðargreiningu, sem LEB telur að verði til bóta. LEB vill þó benda á eftirfarandi atriði sem það vonast til að tekið verði tillit til við afgreiðslu frumvarpsins:

1. Í fjölda greina er orðalag á þessa leið: „Ráðherra setur reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar“. LEB telur að ráðherra sé gefið of mikið vald með setningu þessa fjölda reglugerða og að lögin ættu í mörgum tilfellum að vera skýrari og afdráttarlausari þannig að ekki þurfi að koma til setningu mikils fjölda reglugerða.
2. Landssambandið telur að það ákvæði sem fram kemur í 19. grein, um að greiðsluþátttaka sjúkratrygginga skuli háð því skilyrði að fyrir liggi tilvísun heilsugæslulæknis eða heimilislæknis, sé íþyngjandi fyrir eldri borgara. 3.
3. Landssambandið telur það afar óheppilegt orðalag í 20. 21. og 22. grein þar

sem sagt er að ráðherra geti sett reglugerð um „*takmörkun*“ greiðslupátttöku sjúkratrygginga vegna tannlækninga og tannréttinga, sjúkraþjálfunar, iðjuþjálfunar og talþjálfunar eða annarrar sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu. LEB leggur til að orðið „*takmörkun*“ falli brott í þessum greinum frumvarpsins og ráðherra gert að setja reglugerð.

4. Landssambandið telur að togstreita geti skapast milli ráðuneyta félags- og tryggingamála annars vegar og heilbrigðismála hins vegar með ákvæði 24. gr. þar sem talað er um að sjúkratrygging taki m.a. til heilbrigðisþjónustu sem veitt er á hjúkrunarrýmum öldrunarstofnana og hjúkrunarheimila því þessar stofnanir falla að öðru leyti undir félags- og tryggingamálaráðuneyti. LEB telur að öll málefni aldraðra eigi að falla undir félags- og tryggingamálaráðuneyti.
5. Í 26. gr. þykir landssambandinu eðlilegt að þegar rætt er um hjálpartæki til að aðstoða fatlaða við að takast á við umhverfi sitt, verði aldraðir einnig nefndir sérstaklega því þeir þurfa í mörgum tilfellum á slíkum tækjum að halda.
6. Í 29. gr. er rætt um gjalddöku varðandi ýmsa þætti heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggðir einstaklingar eiga rétt á. Í 3. tölulið 29. gr. kemur m.a. fram að ekki sé heimilt að taka gjald fyrir hjúkrun í heimahúsum, sem er í samræmi við núgildandi lög. Landssambandið telur að heimahjúkrun eigi að samþætta félagsþjónustu sveitarfélaga og bendir á að nýlega var skýrt frá verkefni ríkisins og Reykjavíkurborgar um samþættingu heimahjúkrunar og heimilishjálpar sveitarfélaga sem myndi þá falla undir félags- og tryggingamálaráðuneyti. Landssambandið er því þeirrar skoðunar að ekki sé rétt að festa í lög að heimahjúkrun heyri áfram undir heilbrigðisráðuneyti.
7. Að síðustu vill LEB benda á að ekki kemur skýrt fram í frumvarpinu hvernig samstarfi Tryggingastofnunar ríkisins og hinnar nýju Sjúkratryggingastofnunar verði háttað í framtíðinni.

Virðingarfyllt

Landssamband eldri borgara

Helgi K. Hjálmsón
formaður

Borgþór S. Kjærnested
framkvæmdastjóri



**LANDSSAMBAND
ELDRI BORGARA**

Langholtvegur 111, 104 Reykjavík
Kt.: 600909-4059; Fax: : +3545515835
Sími: +3548900359; Netfang: leb@leb.is
Heimasíða: www.leb.is

Til Nefndasviðs Alþingis
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík.

*Alþingi
Erindi nr. Þ 135/295/
komudagur 24.5.2008*

Reykjavík 24. maí 2008.

Erindi: Frumvarp um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Landssamband eldri borgara hefur fengið til umsagnar ofangreint frumvarp. Frumvarpið barst LEB seint vegna nýs heimilisfangs samtakanna og stuttur tími hefur gefist til að fara yfir efni þess, ekki síst vegna ný afstaðins sambandsstjórnarfundar LEB dagana 12. og 13. maí.

LEB er ljóst að hér er um að ræða grundvallarbreytingar á skipulagi allrar stjórnsýslu heilbrigðisþjónustunnar. Í fljótu bragði virðist frumvarpið vel unnið og ljóst er að það tekur mið af nútímalegum starfsháttum, rík áhersla er lögð á gæðaeftirlit, árangursstjórnun og kostnaðargreiningu. Hins vegar er ekki unnt að gera efnislegar athugasemdir þar sem enginn tími hefur gefist til að kynna sér málið. Þetta á sérstaklega við þar sem frumvarpið kallar jafnframt á breytingar á fjölmörgum núgildandi lögum sem enginn kostur er á að kanna nánar og bera saman.

LEB tekur undir gagnrýni annarra umsagnaraðila um að ekki skuli gefinn meiri tími, bæði fyrir alþingismenn sjálfa sem og einnig þau mörgu félagasamtök og aðila í þjóðfélaginu sem að heilbrigðisþjónustunni koma til að kynna sér og ræða þessar grundvallar breytingar. Ætla má að margt í frumvarpinu sé til bóta. Hins vegar vakna strax spurningar varðandi ýmis atriði frumvarpsins. Nægir þar að nefna hvort nægt fjármagn verði tryggt nýrri stofnun. Sama á við um þá aðila sem fyrir eru og annast skylda þjónustu. Hefur verið tryggt að öll réttindi haldi sér við breytingar á fjölmörgum lögum sem tengjast heilbrigðisþjónustu? Hvernig mun þessi nýja stofnun skipa sér í raðir þeirra sem þegar gegna heilbrigðisþjónustu og hvort mun hún afnema eða hindra samskipti heilbrigðisráðuneytis við þá sem veita heilbrigðisþjónustu? Hvert verður hlutverk stofnunarinnar og tengsl við pólitíska stefnumótun í heilbrigðismálum?

Spurningarnar eru margar fleiri, enda er hér um að ræða viðamiklar breytingar á viðkvæmum málaflokki og því mikilvægt að vel sé að öllu staðið í víðtækri sátt við aðila samfélagsins. LEB leggur því á það ríka áherslu að nægur tími gefist til að kynna málið og ræða það svo að sameiginleg niðurstaða náist. Það mundi treysta grunn nýrrar stofnunar til framtíðar.

Virðingarfyllst.

Helgi K. Hjálmsón, form. LEB

Borgþór S. Kjærnested, framkv.stj.LEB

Landssamtök heilsugæslustöðva og heilbrigðisstofnana

Aðsetur: Álfabakka 16, 109 Reykjavík - sími 585 1300

Alþingi

Erindi nr. Þ 135/2897

komudagur 21.5.2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis,
b.t. Nefndasviðs Alþingis,
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 21. maí 2008

Meðfylgjandi eru athugasemdir stjórnar Landssamtaka heilsugæslustöðva og heilbrigðisstofnana um frumvarp til laga um sjúkratryggingar en stjórnin fjallaði um frumvarpið á fundi sínum 15. maí sl.

Athugasemdir um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, mál 613, heildarlög.

Almennt eru áform um nýja sjúkratryggingastofnun til bóta fyrir heilbrigðiskerfið og skattborgara og gefa nýja möguleika til að stýra fjármagni og þjónustu skv. stefnumótun og forgangsöröðun hverju sinni.

Stjórn Landssamtaka heilsugæslu og heilbrigðisstofnana er þó hugleikin staða heilsugæslunnar í þessu sambandi og telur mjög mikilvægt að haft sé að leiðarljósi að markaðslögmálin eiga tæplega við í grunnþjónustunni þar sem sátt ríkir um að heilsugæslan sé að hluta til svæðisbundin velferðarþjónusta. Lögin þurfa að tryggja slík sjónarmið og huga sérstaklega að samningsstöðu slíkra stofnana. Á þessu er ekki tekið í lagafrumvarpinu.

Athugasemdir við IV. kafla, 40. grein:

Lagafrumvarpið endurspeglar ekki þau góðu áform í kynningum um sjúkratryggingastofnunina og því sem fram kemur í athugasemdum við frumvarpið, um mikilvægi samvinnu og gagnkvæmt traust milli seljenda og kaupanda. Vald sjúkratryggingastofnunar er mjög mikið og vel tíundað í frumvarpinu en ekkert fjallað um mikilvægi þess að tryggja sameiginlegar samskiptareglur stofnunar við samningsaðila þar sem jafnræði ríki beggja megin borðs.

Athugasemdir við IV. kafla.

Benda má á að það vantar endurskoðunarákvæði í IV. kafla. Mikilvægt er að fram komi möguleikar samningsaðila til endurskoðunar á samningum sem etv. ná yfir lengra tímabil. Hugsanlegar breytingar á forsendum samninga kalla á þörf fyrir endurskoðunarákvæði.

Athugasemdir við IV. kafla 48. grein.

Vanefndir miðast eingöngu við aðgerðir og rétt sjúkratryggingastofnunar, en ekki er gert ráð fyrir að aðrar stofnanir sem eru aðilar samninga hafi rétt eða möguleika til að sækja rétt sinn vegna vanefnda. Mikilvægt er að taka fram rétt beggja aðila komi til vanefnda samninga.

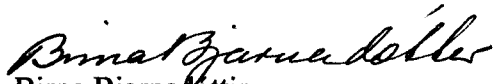
Athugasemdir við ákvæði til bráðabirgða I.

Bráðabirgðaákvæði um starfsmenn: Heilbrigðisstofnanir þurfa að hafa sömu möguleika á mannafla og sjúkratryggingastofnun vegna samningagerða, stofnanir þurfa etv. að geta sótt sér sérþekkingu á þessu sviði, jafnvel á kostnað sjúkratryggingastofnunar.

Verður samningsstaða heilbrigðisstofnana skekkt ef sérfræðingar þeirra í samningsgerð verða kallaðir til starfa hinu megin við borðið skv. bráðabirgðarákvæði I?

Ljóst er að til verður aukinn kostnaður stofnana vegna samningsgerðar við sjúkratryggingastofnun og mikilvægt verður fyrir stofnanir að vanda til við samningsgerðina. Það kostar bindingu mannafla og aukna menntunarbörf, bæði við gerð samninga og til að uppfylla ákvæði um aukið gæðaeftirlit.

Fyrir hönd Landssamtaka heilsugæslustöðva og heilbrigðisstofnana,



Birna Bjarnadóttir,
formaður stjórnar LHH

netfang: Birna.Bjarnadottir@stj.hg.is

Sendist í bréfpósti, en ennfremur á tölvupósti; nefndasvið@althingi.is

Samtökin Lífsvog.

Alit Samtakanna Lífsvog á

Frumvarpi til laga um sjúkratryggingu, þingskjal 955, mál nr.613.

Reykjavík 20.5. 2008.

Okkur þykir nokkuð miður hve skammur tími er gefinn af hálfu þingsins til álitsgjafar á þessu máli en sendum hér inn nokkur orð, eigi að síður.

Heildstætt mat á löggjöf þessari er jákvætt af okkar hálfu sökum þess að við sjáum hér á ferð skýrari verkferla um hina veittu þjónustu hvers konar millum aðila sem hana veita er aftur ætti að skila sjúklingum öruggara umhverfi þjónustunnar.

Jafnframt fögnum við sérstaklega atriði eins og gæðavottun og eftirliti þar að lútandi sem hluta sem Landlæknir geti kallað eftir og vonum að slíkt verði sannarlega hluti af hvers konar þjónustu við gildistöku laga þessara og embætti Landlæknis verði gert kleift að sinna slíku með nauðsynlegum mannafla þar að lútandi.

Í grein 43. er atriði sem Samtökin Lífsvog vilja vara við, hvað varðar það atriði að greiða fyrir þjónustu á grunni afkasta og árangurstengdra greiðslna í ljósi reynslunnar af slíku hér á landi úr ferliverkum t.d. við bæklunarlækningar á sínum tíma þar sem afar margt fór miður í of miklum hamagangi við slíkt. Nær er að verja aukafjármagni í heildarverkefni en gefa þann tíma sem þarf til að vinna verkin.

"43. gr.

Endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu.

Endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu samkvæmt þessum kafla getur verið í formi fastra greiðslna, greiðslna á hvern þjónustubega, daggjalda, verkgreiðslna, greiðslna á grunni afkasta og árangurstengdra greiðslna..."

Að lokum viljum við benda á það atriði að nauðsynlegt er að taka saman mögulega heildarupphæð sjúklinga í formi þjónustugjalda í heilbrigðiskerfið frá grunnþjónustu til sjúkrahúsa ellegar sérfræðiþjónustu, þar sem gjaldtaka má ekki hamla nauðsynlegri leitan manna í þjónustuna.

Með vinsemd og virðingu

f/h Samtakanna Lífsvog.

Jórunn Anna Sigurðardóttir varaformaður.

Guðrún María Óskarsdóttir stjórnarmaður.



Alþingi
Erindi nr. **P** 135/2828
komudagur 20.5.2008

LJÓSMÆÐRAFÉLAG ÍSLANDS

(The Icelandic Midwives' Association)

Stofnað árið 1919

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

Reykjavík 19. maí 2008

Efni: Athugasemdir Ljósmaðrafélags Íslands vegna frumvarps til laga um sjúkratryggingar.

Ljósmaðrafélag Íslands hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar og gerir við það eftirfarandi athugasemdir:

Þar sem nefnd er aðstoð ljósmóður við fæðingar í heimahúsum í 22. og 29. gr, er eðlilegt að einnig sé minnst á heimþjónustu ljósmæðra í sængurlegu. Heimþjónusta í sængurlegu er eingöngu veitt af ljósmæðrum skv. samningi Ljósmaðrafélags Íslands við TR og nærri 80% sængurkvenna á höfuðborgarsvæðinu þiggja þá þjónustu eftir snemmútskrift af fæðingarstofnun.

Tillaga LMFÍ er að 22. gr og 29. gr skuli hjóða þannig:

22.gr

Önnur sérhæfð heilbrigðisþjónusta.

Sjúklingatryggingar taka til annarrar sérhæfðar heilbrigðisþjónustu en kveðið er á um í 17.-21. gr. sem samið hefur verið um skv. IV. kafla í samræmi við stefnumörkun ráðherra, svo sem aðstoðar ljósmóður við fæðingar **og/eða** í **sængurlegu** í heimahúsum og sérhæfðar meðferðar alvarlegra húðsjúkdóma...

29. gr

Gjaldtaka

3. Þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna og fyrirtækja þeirra, sbr. 2.mgr.17.gr og 19.-22. gr., sem samið hefur verið um samkvæmt ákvæðum IV. kafla. Ekki er þó heimilt að taka gjald fyrir hjúkrun í heimahúsum, mæðra- og ungbarnavernd og aðstoð ljósmóður við fæðingu **og/eða** í **sængurlegu** í heimahúsum...

Virðingarfyllst,

Guðlaug Einarsdóttir

Formaður Ljósmaðrafélags Íslands



Nefndasvið Alþingis
Vt. Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10

150 Reykjavík

Lyfjastofnun

Icelandic Medicines Control Agency

Eiðistorg 13-15, 172 Seltjarnarnes

P.O. Box 180; Kennitala: 670900-2740

Tel: +(354)-520-2100, Fax: +(354)-561-2170

www.lyfjastofnun.is - lyfjastofnun@lyfjastofnun.is

Seltjarnarnes, 27. júní 2008

Tilvísun: 061-1 / Málsnr:2008050050

Umsögn Lyfjastofnunar um 613. mál, frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Lyfjastofnun vísar til erindis heilbrigðisnefndar Alþingis, dags. 4. júní sl., þar sem óskað er eftir að stofnunin veiti umsögn um nefnt frumvarp. Lyfjastofnun hefur farið yfir frumvarpið og gerir eftirfarandi athugasemdir við þann hluta þess sem lýtur að starfssviði stofnunarinnar:

25. gr. frumvarpsins - lyf

Í athugasemdum við greinina segir að hún komi í stað c-liðar 1. mgr. 41. gr. laga nr. 100/2007, um almannatryggingar, auk þess sem vísað er til 29. gr. frumvarpsins að því er varðar gjaldtöku fyrir lyf. Samkvæmt framsetningu frumvarpsins er því fjallað um þau atriði sem fram koma í c-lið 1. mgr. 41. gr. almannatryggingalaga á tveimur stöðum í frumvarpinu í stað þess að sama lagagrein fjalli um viðfangsefnið og gerir Lyfjastofnun ekki efnislegar athugasemdir við það.

Í framangreindu ákvæði almannatryggingalaga er kveðið á um að nefnd skv. 43. gr. lyfjalaga ákveði hvort sjúkratryggingar taki þátt í greiðslu lyfja sem eru á markaði héraðs. Að mati Lyfjastofnunar er almenn tilvísun í lyfjalög í 1. mgr. 25. gr. ekki nægilega lýsandi í því sambandi sem hér um ræðir og því leggur stofnunin til að í stað orðanna: „sbr. lyfjalög” í 1. mgr. 25. gr. komi: „samkvæmt ákvörðun lyfjagreiðslunefndar, sbr. lyfjalög. Röksemdir stofnunarinnar hér eru að lyfjalög fela aðallega í sér lögbundin hlutverk Lyfjastofnunar þegar frá er talinn XV. kafli laganna sem fjallar um lyfjaverð og lögbundið hlutverk ráðherraskipaðrar lyfjagreiðslunefndar um ákvörðun lyfjaverðs. Almenn tilvísun frumvarpsins til lyfjalaga í 1. mgr. greinarinnar gæti því valdið þeim misskilningi hjá almenningi að Lyfjastofnun hefði hlutverki að gegna við ákvörðun lyfjaverðs, en svo er ekki. Með hliðsjón af markmiðum um einfalda og skýra stjórnsýslu er því lögð til framangreind breyting.

29. gr. frumvarpsins - gjaldtaka

Að mati Lyfjastofnunar er ákvæði c-liðar 1. mgr. 41. gr. almannatryggingalaga skýrara í framsetningu hvað varðar gjalddöku. Þannig vantar betri tengingu milli 2. og 3. málsl. 6. tölul. 1. mgr. 29. gr. Stofnunin leggur því til að 3. málsl. 6. tölul. 1. mgr. 29. gr. orðist svo: *Af öðrum lyffjakostnaði greiðir sjúkratryggður gjald sem getur verið hlutfallsgjald og má tiltaka hámark þess í reglugerð.*

Ekki eru gerðar athugasemdir við önnur ákvæði frumvarpsins.

F. h. Lyfjastofnunar,


Rannveig Gunnarsdóttir



Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðinefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Kópavogi, 20. maí 2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Stjórn Læknafélags Íslands (LÍ) þakkar fyrir að vera beðin um umsögn um ofangreint mál. Jafnframt gerir stjórnin athugasemdir við hversu skammur frestur er gefinn til umsagnar um svo viðamikil mál sem raunin er. Því áskilur félagið sér rétt til að koma að frekari athugasemdum síðar, ef tilefni gefst til, og hefur jafnframt þann fyrirvara í umsögn sinni að ekki hefur gefist kostur á sérstakri umfjöllun um frumvarpið innan félagsins.

Inngangur:

Eins og greint er frá í athugasemdum með frumvarpinu kemur það í kjölfar laga nr. 160/2007 þar sem gerðar voru ýmsar breytingar á nokkrum lagabálkum og kveðið á um tilvist sjúkratryggingastofnunar. Jafnframt er gerð grein fyrir því að verið sé að færa ákvæði úr lögum um almannatryggingar og heilbrigðislögum í hin nýju lög um sjúkratryggingar. Þar sem félagið hefur áður sent umsagnir sínar um þau lög byggist þessi umsögn að einhverju leyti á fyrrgreindum umsögnum. En jafnframt eru gerðar nokkrar almennar athugasemdir við einstaka þætti og að lokum eru örfáar lagagreinar nefndar sérstaklega.

En áður en kemur að umfjöllun um athugasemdir um sjálft frumvarpið sér félagið ástæðu til að gera athugasemdir við málflutning Árna Páls Árnasonar, þingmanns Samfylkingarinnar og Ágústs Ólafs Ágústssonar, varaformann og þingmann Samfylkingarinnar, þar sem þeir í ræðustóli Alþingis, í umræðum um frumvarpið, halda því fram að félög lækna hafi með samstilltum aðgerðum þvingað ríkið til að sæta afarkostum við samningsgerð. Hér er um slíkar rangfærslur og útúrnúninga að ræða að ekki verður við unað. Gerð verður frekari grein fyrir því síðar í umsögn þessari, í athugasemdum við 39. gr. frumvarpsins, í hverju rangfærslur og útúrnúningar þingmannanna felast en þó má nefna það strax að hið rétta í málinu er að það var samninganefnd þáverandi heilbrigðisráðherra, Sivjar Friðleifsdóttur, sem með afarkostum hrakti t.d. hjartalækna af samningi árið 2005. Undir forsæti nýs heilbrigðisráðherra og nýs formanns samninganefndar heilbrigðisráðherra hafa tekist samningar að nýju við hjartalækna þar sem m.a. var viðurkennt að málflutningur hjartalækna um þörf fyrir þjónustu þeirra var frá upphafi réttur og sanngjarn og að það hafi verið mistöku af hálfu ríkisins árið 2005 að þvinga hjartalækna til að segja sig af samningi við ríkið.

Almennar athugasemdir:

Almennt má segja að félagið sé samþykkt ýmsu því sem kveðið er á um að frumvarpinu sé ætlað að stuðla að þótt gerðar séu nokkrar athugasemdir.

Félagið er samþykkt því að á Íslandi skuli veita heilbrigðisþjónusta á heimsmælikvarða. Þá er félagið samþykkt þeim áherslum að leggja skuli stórauðna áherslu á forvarnir á öllum sviðum og stuðlað verði



að heilbrigðari lífsháttum; að leitað verði leiða til að lækka lyfjaverð og einfalda greiðslupátttöku hins opinbera; að kostnaðargreina skuli heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgir sjúklingum; að skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag.

Félagið fagnar því sérstaklega að sameina skuli þá verkþætti sem í dag er að finna hjá samninganefnd heilbrigðisráðherra, fjármála- og rekstrarsviði í heilbrigðisráðuneytinu og sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins. Sagt er í frumvarpinu að þetta muni stórbæta samningsaðstöðu ríkisins og bæta eftirlit með því að ríkið hljóti viðeigandi þjónustu og í samræmi við það sem samið er um hverju sinni. Að mati félagsins er þetta rétt. En það má líka benda á að öflugri samnings- og eftirlitsaðili af hálfu ríkisins bætir einnig samningsstöðu þeirra sem þurfa að semja við ríkið. Á undanförunum árum hefur farið of mikill tími í að uppfræða þá sem að samningsgerð ríkisins koma um þá þjónustu sem verið er að semja um og/eða þá þjónustu sem þyrfti að semja um (nýja þjónustu). Með því er ekki verið að gagnrýna þá sem koma fram af hálfu ríkisins heldur eingöngu verið að benda á þá einföldu staðreynd að oft hefur skort á viðeigandi sérfræðikunnáttu innan raða fulltrúa ríkisvaldsins. Þá hefur Læknafélagið margoft kallað eftir því að eftirlit af hálfu ríkisins þurfi að vera mun meira heldur en það hefur verið. Með því að hafa reglulegt eftirlit skapast aðhald og tortryggni milli samningsaðila ætti að minnka.

Félagið er sammála því að aðskilja þurfi hlutverk ríkisins þegar kemur að kaupanda og seljanda hlutverki þess og lýsti þeirri skoðun sinni í umsögn um frumvarp til heilbrigðis laga. Þáverandi formaður félagsins sat á sínum tíma í sk. "Jónínunefnd", sem m.a. lagði þetta til. Stóð hann að því álitni með stuðningi stjórnar LÍ. Það má hins vegar velta því fyrir sér hvort nógu langt sé gengið í þessum aðskilnaði þar sem bæði „kaupandinn“ og „seljandinn“ er í raun heilbrigðisráðherra sjálfur. Eigi að taka skrefið til fulls má því vel skoða þann möguleika að sjúkratryggingastofnun, með þeim heimildum sem henni eru fengnar, eigi að heyra undir fjármálaráðuneytið.

Eins og félagið hefur áður vakið athygli þingmanna á, sbr. umsögn um lög nr. 160/2007 og í heimsókn formanns og framkvæmdastjóra til þingnefndarinnar í vetur, þá er sérkennileg sú ákvörðun meirihluta þingmanna að binda í lög hvernig stjórnskipulag einkareknar heilbrigðisstofnanir skuli viðhafa til að fá að gera þjónustusamninga við ríkið um rekstur heilbrigðisþjónustu. Það er enn sérkennilegra þegar haft er í huga að hið lögbundna stjórnskipulag er hið sama og lögbundið er að ríkisreknar heilbrigðisstofnanir skuli viðhafa. Í því frumvarpi sem hér er til umfjöllunar er það beinlínis tekið fram að fjölga eigi rekstrarformum og virkja einkaframtakið til að reyna að ná fram betri nýtingu fjármuna og betri þjónustu við veitingu heilbrigðisþjónustunnar. Það skýtur því verulega skökku við að setja eigi sérstakt helsi á einkareknar heilbrigðisstofnanir á sama tíma og eftir því er kallað að þau komi að veitingu heilbrigðisþjónustunnar. Í þessu samhengi er vert að muna að í greinargerð með heilbrigðislögum er beinlínis tekið fram að ekki þygi ástæða til að binda hendur sjálfstæðra aðila um stjórnskipulag. Á lokadögum þess þings sem samþykkti ný heilbrigðislög var þessu hins vegar snúið við og því haldið fram að ástæða væri til að hafa sama stjórnskipulag hjá einkaaðilum og gildir hjá hinu opinbera - án þess að nokkur rökstuðningur fylgdi þessari 180° stefnubreytingu. Því er eftir því kallað að verði þessi sérkennilega ákvörðun þingsins, um að lögbýnga sjálfstæða veitendur heilbrigðisþjónustu til að bera klafa hins opinbera stjórnskipulags vilji þeir fá samning við ríkið um veitingu heilbrigðisþjónustu, ekki breytt, með þeim lögum sem hér eru til umfjöllunar, þá verði það rökstutt sérstaklega hvers vegna það þygi tilhlýðilegt að sjálfstæðir veitendur heilbrigðisþjónustu eigi að hafa sama stjórnskipulag og ríkisfyrirtæki. Til að fyrirbyggja misskilning þá er það heldur ekki skoðun félagsins að lögbinda eigi



veru lækna í framkvæmdastjórn sjálfstæðra fyrirtækja. Skoðun félagsins er sú að sjálfstæð fyrirtæki eigi að hafa um það sjálfðæmi hvernig stjórnskipulag þau vilja viðhafa. Reynist það svo að vilji sé til þess að læknir sé ekki í slíkri stjórn þá einfaldlega er það sjálfsagður réttur viðkomandi stofnunar að hafa þann háttinn á.

Verði frumvarpið að lögum í þeirri mynd sem það nú liggur fyrir verða í því amk. 33 reglugerðarheimildir til handa ráðherra. Auk almennrar reglugerðarheimildar í lok laganna er að finna sérstakar reglugerðarheimildir í miklum meiri hluta greina frumvarpsins og í einstaka tilvikum er að finna tvær mismunandi reglugerðarheimildir í sama lagaákvæðinu. Af þessu tilefni er við hæfi að rifja upp það sem félagið sagði í umsögn sinni um frumvarp til heilbrigðis laga:

„Það er umhugsunarvert að frumvarp þetta er unnið að frumkvæði og undir eftirliti framkvæmdavaldsins, heilbrigðisráðuneytisins, lagt fyrir löggjafarvaldið með þeirri skýringu að verið sé að setja framkvæmdavaldinu sérstakan lagaramma til að starfa eftir, en reyndin virðist vera sú að framkvæmdavaldinu er falið takmarkalítið alræðisvald um framkvæmd og skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar.

Í þessu sambandi má vekja sérstaka athygli á tímabærum orðum ritstjóra Tímarits lögfræðinga, Róberts R. Spanó, þegar hann segir í 3. hefti 56. árgangs 2006:

“Þingið verður sjálft að geta til dæmis metið hvort fallist verði á afstöðu framkvæmdarvaldsins til samræmis lagafrumvarps við ákvæði stjórnarskrárinnar og að öðru leyti hvort lagatæknilegir annmarkar eru á frumvarpi, meðal annars með tilliti til meginreglna sem gilda á því löggjafarsviði sem um ræðir. Sjónarhorn þeirra sem koma að samningu frumvarpa í ráðuneytum getur oft og tíðum verið nokkuð þröngt þannig að fyrst og fremst sé leitast við að haga efni frumvarpsins þannig að samrýmist þeirri stefnumörkun sem viðkomandi ráðuneyti hefur mótað. Þá hafa slík frumvörp oft að geyma viðamiklar heimildir fyrir ráðherra til að setja stjórnvaldsfyrirmæli sem kann að vera ástæða til að varast. Hafi þýðingarmikil frumvörp verið samin á vettvangi framkvæmdarvaldsins, eins og algengast er í dag, er ljóst að Alþingi verður að hafa raunhæfa möguleika til þess að meta þessi atriði á eigin forsendum.”

Þegar frumvarpið hefur verið skoðað með þeim hætti sem hér hefur verið bent á er ekki hægt annað en að vekja athygli þingmanna á ályktun aðalfundar Læknafélags Íslands frá 1. og 2. september 2006 þar sem segir:

“Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn að Egilsstöðum 1. og 2. september 2006 varar við því alræðisvaldi sem heilbrigðisráðherra og forstjórum heilbrigðisstofnana er ætlað skv. frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustu. Það leiðir til skerðingar á frelsi fólks til að leita sér lækninga þar sem það helst kys ef það vill njóta sjúkratryggingar og kemur í veg fyrir samkeppni milli þjónustuaðila. Nauðsynlegt er að draga úr þeirri einokun sem þegar ríkir og koma í veg fyrir enn frekari einokun. Samkeppni veitir aðhald og stuðlar að framförum og betri þjónustu.”



Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins:

4. gr.

Bent er á tvíræðni í lagagreininni sjálfri og greinargerðinni. Skv. lagagreininni fer ráherra með yfirstjórn sjúkratrygginga og yfirstjórn sjúkratryggingastofnunarinnar. Skv. greinargerðinni fer hann með yfirstjórn sjúkratrygginga ásamt yfirstjórn sjúkratryggingastofnunar.

5. gr.

Í greininni er gert ráð fyrir sameiginlegri afgreiðslu ofl. sjúkratryggingastofnunar og Tryggingastofnunar. Það er væntanlega hagkvæmt út frá samlegðaráhrifum og þjónustu við viðskiptavinum. Það vekur hins vegar upp spurningu um hver ræður ef ekki næst samkomulag milli stjórnenda þessara tveggja stofnana. Verður staðan þá sú sama og hjá LSH eins og fyrrverandi forstjóri spítalans lýsti henni á fundi með forsvarsmönnum stéttarféлага árið 2002? Á fundi með félögunum sagði hann að ef framkvæmdarstjórar lækninga og hjúkrunar næðu ekki samkomulagi um málefni sem snertu báða aðila þá væru hlutirnir einfaldlega ekki gerðir – eða með öðrum orðum að forstjórinn myndi ekki skera úr deilunni.

39. gr.

Í niðurlagi greinargerðar með ákvæðinu segir að ekki sé gert ráð fyrir að stofnunin semji við fagfélög eða stéttarfélög eins og tíðkast hefur. Félagið gerir ekki athugasemd við þessa ákvörðun enda hafa samninganefndir heilbrigðisráðherra og lækna verið sammála um að þessi tilhögun væri um margt sérstök og ekki endilega sú heppilegasta. Það er rétt að halda því til haga að það hefur ekki síður verið að vilja samninganefndar heilbrigðisráðherra að þetta fyrirkomulag hefur verið við líði, m.a. til að fækka samningum og minnka þar með vinnu við samningsgerð. Nú þegar styrkja á samningsstöðu ríkisins á sama sjónarmið um að draga úr vinnu við samningsgerð kannski ekki lengur við með sama hætti og áður.

Það verður því að segjast eins og er að útskýringar þingmannanna Árna Páls og Ágústs Ólafs á ástæðum þess að ekki þyki lengur rétt að samið sé við fagfélög eða stéttarfélög koma félaginu algjörlega í opna skjöldu. Svo virðist sem þeir hafi ákveðið að taka þann pólinn í hæðina að stilla málum þannig upp að frumvarpið snúist frekar um að koma böndum yfir hina gírugu lækna frekar en að málið snúist um hvernig best þjónusta við sjúklingana verði bætt.

Í ræðu Árna Páls segir: „Héðan í frá verður ekki samið við félög lækna heldur einungis einstaka veitendur þjónustu þannig að ríkið þarf ekki að sæta því héðan í frá að aðilar á markaði loki markaðnum með samstilltum aðgerðum og þvingi þannig ríkið til að sæta afarkostum.“

Í ræðu Ágústs Ólafs segir: „... heilu heilbrigðisstéttirnar noti einokunaraðstöðu gagnvart hinu opinbera með því að sameinast gegn því undir þeirri hótun að náist ekki samningar á forsendum stéttanna verði enginn úr stéttinni tilbúinn til að vinna fyrir hið opinbera.“

Við þessi orð þingmannanna er ýmislegt að athuga. Það má t.d. benda á að engu máli skiptir hvort samið er við félög lækna eða einstaka lækna um tiltekna þjónustu með tilliti til þess hvort samningar nást eða ekki. Ef ekki nást samningar þá verður umrædd þjónusta ekki veitt á kostnað ríkisins, amk ekki af þeim



sem verið er að reyna að semja við. Þótt viðræður hafi verið við forsvarsmenn Félags sjálfstætt starfandi hjartalækna árið 2005 þá sögðu lækarnir sig af samningnum sem einstaklingar. Þótt viðræður hafi nú árið 2008 verið við forsvarsmenn Félags sjálfstætt starfandi hjartalækna þá þarf hver og einn hjartalæknir að taka um það sjálfstæða ákvörðun hvort hann segir sig inn á samning. Með þessu er eingöngu verið að benda á að þótt félög lækna séu tekin út úr samningsmyndinni þá eru það alltaf lækarnir sem einstaklingar að taka um það ákvörðun hvort samið sé eða ekki. Þá er rétt að benda á að samningur er ekki gerður nema báðir aðilar séu sæmilega sáttir við það sem í boði er. Árið 2005 var það samninganefnd heilbrigðisráðherra sem setti læknum afarkosti sem leiddi til þess að þeir sáu sér ekki annað fært en að segja sig af samningi. Eftir það hafa þeir einfaldlega unnið fyrir sína sjúklinga og ekki gert neinar kröfur á hendur ríkinu. Það var að frumkvæði samninganefndar heilbrigðisráðherra sem aftur var sest að samningaborði og nýr samningur samþykktur, á sömu forsendum og samningar höfðu verið gerðir við aðra hópa lækna, en án þeirra afarkosta sem samninganefnd heilbrigðisráðherra setti hjartalæknum árið 2005. Við þetta má bæta þeirri staðreynd að með samningi við ríkið þá veita lækarnir tiltekinn afslátt sem þeir hefðu ekki gert ef þeir hefðu áfram verið utan samninga. Læknum er hins vegar umhugað um hag sjúklinga sinna og vita af óhagræði þeirra þegar ekki er til staðar samningur og þess vegna voru þeir reiðubúnir til samningsgerðar – þegar ríkisvaldið féll frá afarkostum sínum.

Þeim félögum Árna og Ágústi er hollt að hafa í huga að til að ná samningi þarf tvo til. Að stilla málum þannig upp að það séu lækna sem séu að setja ríkinu afarkosti við samningsgerð sýnir aðeins skilningsleysi og/eða reynsluleysi af þeirra hálfu við samningsgerð, ekki síst þegar um viðvarandi samningssamband er að ræða.

Þá má staldra sérstaklega við orð Ágústs Ólafs um að „enginn úr stéttinni tilbúinn til að vinna fyrir hið opinbera.“ Hvað á hann við með þessu? Læknafélag Íslands hefur m.a. ályktað um að það hafi áhyggjur af því að sjúklingar fái ekki notið almannatrygginga sinna og hefur í því samhengi t.d. stungið upp á stofnun embættis umboðsmanns sjúklinga til að vernda þá gegn vanefndum ríkisvaldsins við veitingu heilbrigðisþjónustu.

40. gr.

Í þessari grein er gert ráð fyrir að heilbrigðisráðherra geti samið við suma sem veitt geta tiltekna þjónustu en sleppt því að semja við aðra. Það kallar á breytingar á löggjöf um auglýsingar lækna, eins og félagið benti á í umsögn sinni um frumvarpið um heilbrigðisþjónustu, og sem Ögmundur Jónasson benti á í ræðu sinni um þetta frumvarp og Ágúst Ólafur hefur áður bent á.

Þá er í greininni gert ráð fyrir því að sjúkratryggingastofnunin skuli fara eftir hlutlægum og málefnalegum forsendum þegar viðsemjendur eru valdir og getur stofnunin valið vægi einstakra þátta þegar teknar eru ákvarðanir um hver skuli veita hina umsömdu þjónustu. Þetta ákvæði er í sjálfu sér ágætt en mikilvægt er að fram komi í greinargerð að fyrirfram skuli vera búið að ákveða hvert vægi hvers þáttar skuli vera áður en leitað er eftir viðsemjendum. Sé sú leið farin verður valið gegnsærra og minni hættu á að grunsemdir vakni um að verið sé að klæðskerasauma tiltekna þætti að tilteknum bjóðendum í þjónustuna –eftir á.

Þá er varað sérstaklega við því hvernig samkeppnislög eiga að gilda um sviðið. Skv. greinargerð með lögnum eiga samkeppnislög að gilda um samkeppni milli viðsemjenda sjúkratryggingarstofnunar en ekki um athafnir sjúkratryggingastofnunar sjálfrar. Þ.e. hendur sjúkratryggingastofnunar eru óbundnar af samkeppnisreglum þegar hún ákveður við hvern skuli semja. Þetta fyrirkomulag lögbindur sérstaka



LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS

ICELANDIC MEDICAL ASSOCIATION

yfirburðaraðstöðu sjúkratryggingastofnunar þegar kemur að samningsgerð. Má sem dæmi nefna að ef hún hefur samið við sjálfstæða aðila um tiltekna þjónustu og þeir aðilar farið í fjárfestingar til að veita þjónustuna, þá getur sjúkratryggingastofnun þvingað fram lægra verð í næstu samningslotu, undir þeirri hótun og afarkostum að ef viðsemjandinn lækki ekki verðið þá taki ríkið einfaldlega til sín umrædda þjónustu og einkaaðilinn situr eftir með sína fjárfestingu án eðlilegra tekjuöflunarmöguleika. Samningssamband sem þetta er fullkomlega óeðlilegt og býr til algjöra yfirburðaraðstöðu annars samningsaðilans.

45. gr.

Því er fagnað sérstaklega að setja á lagaramma um gæðaeftirlit og er í anda þess sem þarf að vera fyrir hendi ef veita á samkeppnishæfa þjónustu, t.d. í útrásarverkefnum. Má þar sem dæmi nefna að eina íslenska læknisfræðilega fyrirtækið sem fengið hefur faggildingu hjá Faggildingarstofu er Rannsóknarstofa Hjartaverndar, sem stofnað var af læknum og er stjórnað af læknum.

Virðingarfyllst,
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands

Birna Jónsdóttir
formaður



Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Kópavogi, 22. maí 2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Vísað er til fyrri umsagnar félagsins dags. 20. maí um sama málefni. Í þeirri umsögn var fyrirvari um áskilnað til að koma frekari athugasemdum að ef tilefni gæfist til síðar.

Með bréfi þessu er bætt við tveimur atriðum við fyrri umsögn félagsins.

Fyrri atriðið fjallar um greiðslur sjúklinga og greiðsluþátttöku ríkisins.

Í 2. mgr. 43. gr. frumvarpsins segir að um gjald sem sjúkratryggður greiðir fyrir þjónustuna fari skv. 29. gr. og sé veitendum þjónustu óheimilt að krefja um frekara gjald. Í greinargerð með ákvæðinu segir að veitanda þjónustunnar sé þannig óheimilt að krefja sjúkratryggðan um annað eða hærra gjald en gert er ráð fyrir að hann greiði samkvæmt 29. gr. frumvarpsins.

Í því samhengi sem hér er til umfjöllunar er rétt að minna heilbrigðisnefnd á að í samningum Læknafélags Reykjavíkur við ríkisvaldið hefur til langs tíma verið ákvæði sem heimilar læknum að taka við fullri greiðslu úr hendi sjúklinga án greiðsluþátttöku ríkisins, óski sjúklingur sjálfur eftir því. Ákvæði þetta var áður í 2. mgr. 5. gr. samnings frá 27. mars 1998 og varð tilefni dómsmáls nr. 319/2003 milli Tryggingastofnunar ríkisins gegn Íslenska bæklunarlæknafélaginu. Þar var viðurkenndur réttur sjúklings og læknis, sem var á samningi við Tryggingastofnun, til viðskipta án greiðsluafskipta Tryggingastofnunar.

Í kjölfar tilvitnaðs dóms var samningsákvæðinu breytt nokkuð frá því sem áður var og er nú að finna í 3. mgr. 5. gr. samnings milli sömu aðila frá 21. desember 2004 með síðari breytingum. Þótt ákvæðinu hafi verið breytt nokkuð er þó enn að finna í því heimild til viðskipta læknis á samningi við Tryggingastofnun við sjúkling án greiðsluafskipta stofnunarinnar.

Ástæða þess að fulltrúar heilbrigðisnefndar eru nú minntir á þessa forstögu er sú að þarna er verið að gæta að rétti sjúklinga til viðskipta við samningsbundna lækna án þess að ríkisvaldið komi að eða vita af þeim viðskiptum. Hefur í þessu samhengi sérstaklega verið vísað til geðsjúklinga, þótt ákvæðið eigi ekki eingöngu við um þá, sem af ýmsum ástæðum kjósa að leita sér læknishjálpar án þess að ríkisvaldið komist á snoðir um þau viðskipti.



LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS

ICELANDIC MEDICAL ASSOCIATION

Verði frumvarpið að lögum er full ástæða til að gætt sé réttinda sjúklinga til að fá að greiða hluta ríkisvaldsins vegna þeirra þjónustu sem veitt er af samningsbundnum lækni kjósi þeir svo.

Síðara atriðið sem félagið bendir á varðar ákvæði 39. gr. frumvarpsins.

Á fundi með heilbrigðisnefnd þann 20. maí sl. kom fram hjá ónafngreindum nefndarmanni, í umræðum um að ekki yrði lengur samið við félög lækna, að í ákvæðinu væru félög lækna ekki talin upp sem mögulegir samningsaðilar. Það útilokaði að framvegis yrði samið við þau. Það er rétt að í ákvæðinu eru félög lækna ekki upptalin sem mögulegir samningsaðilar.

Í gildandi lagaákvæði um sama efni er hið sama uppi á teningnum. Þar eru félög lækna ekki talin upp sem mögulegir samningsaðilar.

Munur ákvæðanna felst í því að í frumvarpstextanum er talað um einstaklinga en í gildandi lögum er talað um sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn. Í hvorugu ákvæðinu er minnst á félög og er vandséð að unnt verði að túlka texta frumvarpsins með þrengri hætti en gildandi lagaákvæði. Gildissvið settra laga verður ekki þrengt með athugasemd í greinargerð eða ræðustól Alþingis.

Að öðru leyti vísast til fyrri umsagnar félagsins.

Virðingarfyllst,
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands

Birna Jónsdóttir
formaður



*Alþingi
Erindi nr. P 135/302/
komudagur 30.6.2008*

Nefndarsvið Alþingis
b.t. formanns heilbrigðisnefndar Hildar Evu Sigurðardóttur
Austurstræði 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 30.06.2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Matvæla- og næringarfræðafélagi Íslands hefur borist til umsagnar Frumvarp til laga um sjúkratryggingar þingskjal 955 – 613. mál.

Félagið gerir engar efnislegar athugasemdir við frumvarpið en vill benda á í þessu sambandi að enn hafa ekki verið gerðir samningar við næringarráðgjafa um niðurgreiðslur á þeirri þjónustu sem næringarráðgjafar veita.

Í dag eru offita, sykursýki og önnur vandamál tengd mataræði og næringu síst á undanhaldi og leit fólks að einföldum skyndilausnum eykst í samræmi við það. Oft er gripið til aðferða sem ekki skila góðum langtíma árangri. Gegn þessu þarf að sporna með markvissu átaki og enn meiri fræðslu fagfólks á næringarsviði.

Í dag er staðan sú að þeir einstaklingar sem ekki eru inniliggjandi á sjúkrastofnunum og þurfa á næringarráðgjöf að halda vegna ofangreindra vandamála, greiða sjálfir fyrir þessa þjónustu. Það ætti að vera hluti af heilsustefnu stjórnvalda að sjá til þess að fólk sem leita þarf aðstoðar á þessu sviði fái slíka þjónustu niðurgreidda á sama hátt og þeir sem t.d. þurfa að leita til sjúkraþjálfara eða sálfræðings.

F.h. Matvæla- og næringarfræðafélags Íslands

Guðrún E. Gunnarsdóttir formaður

15 maí 2008

Undirritaðir, fulltrúar í heilbrigðisnefnd, mótmæla því harðlega að formaður heilbrigðisnefndar sendi út umsagnarbeiðni um frumvarp til laga um sjúkratryggingar (heildarlög) án umboðs frá nefndinni og áður en málið var komið á forræði nefndarinnar. Jafnframt er ítrekuð sú afstaða undirritaðra að með þessari aðgerð sé á engan hátt gefið fordæmi í þingstörfum enda í andstöðu við þingskaparlög og þannig augljóslega ekki unnt að vísa til hennar þegar fram líða stundir.

Þuríður Backman
Valgerður Sverrisdóttir
Álfheiður Ingadóttir
Guðjón A. Kristjánsson

Hafnarfirði 19. maí 2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis
Alþingi
150 Reykjavík

Varðar: Athugasemdir vegna frumvarps til laga um sjúkratryggingar, 613. mál,
heildarlög.

Kæru nefndarmenn,

Ef vel ætti að vera þyrfti ég marga mánuði til að átta mig á öllum tengingum og óbeinum breytingum sem verða vegna frumvarpsins. Ég vona að þið hafið áttað ykkur á þeim öllum og þetta sé til einföldunar og hagsbóta fyrir sjúklingana. Ég krossa fingur og vona það besta.

Ég geri þó eftirfarandi athugasemdir:

1. Bifreiðar og styrkir til bifreiðakaupa verða færðir til Félags og tryggingaráðherra. Hvað er lyftubíllinn sem ég er á, annað en hjálpertæki? Ég er á rafmagnshjólastól sem flokkast sem hjálpertæki og til að komast á milli þarf ég sérútbúinn bíl. Þetta er aukabifreið inná heimilið og einungis keypt sem hjálpertæki fyrir mig. Ég vil að hjálpertækið sérútbúinn bíl sé meðhöndlaður sem hjálpertæki.
2. 34.gr. Umsóknir um bætur. Sækja skal um allar bætur samkvæmt lögum þessum..... Hér er enn og aftur reiknað með að þeir sem veikjast öðlist gáfur miðils og viti hvaða bótum viðkomandi á rétt á. Hvernig á ég að vita það sem aldrei hef kennt mér meins um ævina fyrr en áfallið dynur yfir? Ég skora á ykkur að bæta við þessa setningu eftirfarandi.....**en jafnframt er sjúkratryggingarstofnun skylt að upplýsa viðkomandi umsækjanda um allann sinn rétt innan málaflokka síns kerfis.** Munum að kerfið er fyrir okkur og ykkur þegar þið þurfið en ekki að við þurfum að þjóna kerfinu.
3. 36. gr. Stjórnsýslukærur. Þarna virðist mér hafa glatast ein setning í lokin. Það er örugglega ekki ætlan nefndarinnar að bótaþeginn geti ekki kært úrskurði til dómstóla eins og stofnunin? Eða hvað?
4. 37. gr. Ofgeiðslur og vangreiðslur bóta. Eins og í 36. gr. er ekki gætt jafnræðis. Auðvitað á stofnunin að greiða vexti á sama hátt og hún getur innheimt þá. Einnig mætti bæta við að stofnuninni sé heimilt að taka tillit til fjárhagsaðstæðna bótaþega við endurkröfur. Jafnvel skatturinn lætur ekki hirða allt af viðkomandi skuldara. Varla er ykkar markmið að vera grimmari en sá vinsæli maður? Eða hvað?

Læt ég þessu lokið í bili. Þætti vænt um að heyra rök nefndarinnar ef þessar sanngjörnu athugasemdir verða ekki teknar til greina.

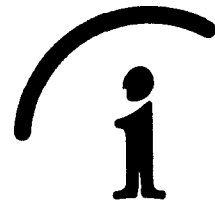
Kærleikskveðjur og ósk um velfarnað í ykkar störfum.

Guðjón Sigurðsson, Formaður MND félagsins, Box 94, 222 Hafnarfirði



Alþingi
Erindi nr. P 135/3037
komudagur 2.7.2008

Alþingi - Formaður heilbrigðisnefndar
150 REYKJAVÍK



Persónuvernd

Rauðarárstíg 10 105 Reykjavík
sími: 510 9600 bréfasími: 510 9606
netfang: postur@personuvernd.is
veffang: personuvernd.is

Reykjavík, 16. júní 2008
Tilvísun: 2008050382 LSL/--

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Persónuvernd barst bréf heilbrigðisnefndar Alþingis, dags. 4. júní s.l., þar sem nefndin leitaði umsagnar stofnunarinnar um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, lagt fyrir á 135. löggjafarþingi, 613. mál.

Í frumvarpinu eru þrjár lagagreinar er beint varða meðferð persónuupplýsinga og eru það ákvæði 45., 46. og 50. gr. Ákvæði þessi byggja að bróðurparti til á ákvæðum núgildandi laga um almannatryggingar, nr. 100/2007, en nokkrar orðalagsbreytingar eru lagðar til með frumvarpinu. Persónuvernd telur tilefni til þess að fara örfáum orðum um þær.

Um 45. gr.

Í 3. mgr. ákvæðisins in fine er sjúkratryggingarstofnun, við framkvæmd eftirlits, heimill aðgangur að „ópersónugreinanlegum upplýsingum“ úr heilbrigðisskrám sem landlæknir heldur. Af þessu tilefni vill Persónuvernd benda á að persónugreinanlegar upplýsingar í skilningi 1. tölul. 2. gr. laga nr. 77/2000, um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga, er þær upplýsingar sem hægt er að rekja með óbeinum hætti til eins tiltekins einstaklings. Persónuvernd hefur litið svo á að upplýsingar úr sjúkraskrá og öðrum heilbrigðisskrám séu persónugreinanlegar þótt auðkenni hafi verið af þeim máð enda megi síðar tengja upplýsingarnar á ný við viðkomandi einstaklinga með aðstoð greiningarlykils. Sé það vilji löggjafans að ofangreind heimil 3. mgr. 45. gr. frumvarpsins taki eingöngu til ópersónugreinanlegra upplýsinga verður að búa svo um hnútana að þær upplýsingar, sem sjúkratryggingarstofnun kemur til með að afla úr heilbrigðisskrá þeim er landlæknir heldur, séu með öllu órekjanlegar og með engum hætti, beinum né óbeinum, hægt að tengja upplýsingarnar síðar við þá einstaklinga sem upplýsingarnar lutu að í öndverðu.

Um 46. gr.

Ákvæði þetta er samhljóða ákvæði 5. mgr. 52. gr. núgildandi laga nr. 100/2007. Ákvæðið var fyrst sett í löginn með lögum nr. 154/2001, um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar. Persónuvernd veitti umsögn um breytingarfrumvarpið á sínum tíma og með vísan til þeirrar umsagnar telur stofnunin ekki ástæðu til frekari athugasemda.

Um. 50. gr.

Ákvæðið er nýmæli í lögum um almannatryggingar. Tekinn er af allur vafi um að meðferð og vinnsla persónuupplýsinga samkvæmt lögnum, verði þau samþykkt, skuli vera í samræmi við lög nr. 77/2000, um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga, auk ákvæða laga um réttindi sjúklinga eftir því sem við á. Í núgildandi lögum er ekki að finna almennt ákvæði sem þetta. Aftur á móti er skylt við öflun upplýsinga samkvæmt 2. og 5. mgr. 52. gr. laga nr. 100/2007 að gæta að því að uppfyllt séu skilyrði laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga og jafnframt gætt ákvæða laga um réttindi sjúklinga eftir því sem við á. Persónuvernd telur þessa breytingu til hins betra enda útséð að starfsfólk sjúkratryggingarstofnunar komi til með að fást við mikið magn persónuupplýsinga, bæði almennra og viðkvæmra.

Persónuvernd sér ekki ástæðu til frekari athugasemda af tilefni erindis nefndarinnar. Sé aftur á móti nánari upplýsinga óskað verða þær fúslega veittar.

Virðingarfyllt


Lára Sigurður Lárusson
lögfr.



Reykjavík, 3.9.2008

Til heilbrigðisnefndar Alþingis
Ásta Möller formaður

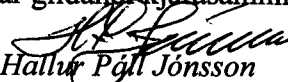
Reykjavíkurborg gerir athugasemdir við það að frumvarp til laga um sjúkratryggingar var ekki sent til umsagnar Reykjavíkurborgar. Fyrir liggur að ákveðin atriði í frumvarpinu er varða breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu eru sett inn m.a vegna gerðar fyrirhugaðs þjónustusamnings milli heilbrigðisráðuneytis og Reykjavíkurborgar um sameiginlega stjórnun heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu undir stjórn Reykjavíkurborgar. Stefnt er að því að samningurinn taki gildi um næstu áramót.

Í frumvarpinu er ákvæði í 59. gr. er varðar réttarstöðu starfsmanna þegar samið er við sveitarfélög um rekstur heilbrigðisþjónustu. Þar er gert ráð fyrir að starfsmenn heilbrigðisstofnana sem eru við samningsundirritun ríkisstarfsmenn verði það áfram við flutning þjónustunnar yfir til sveitarfélaga. Talað er um að valdheimildir forstöðumanna verði framseldar til sveitarfélagsins. Engu að síður verði engin formbreyting ...*“á ráðningarstöðu starfsmanna, þeir eru áfram ríkisstarfsmenn og um laun þeirra og önnur starfskjör fer eftir sömu kjarasamningum og fyrr.”*

Draga verður í efa að í þessu geti falist framsal á valdi til áminninga og uppsagna, svo dæmi sé tekið. Hjá Reykjavíkurborg eru ákvæði um réttindi og skyldur, og áminningar og uppsagnir, hluti kjarasamninga, en hluti þeirra ákvæða er snerta ríkisstarfsmenn eru hins vegar í lögum um réttindi og skyldur opinberra starfsmanna. Í þessu gæti því falist skerðing á stjórnunarrétti sveitarfélagsins sem vinnuveitanda.

Starfsmennirnir störfuðu eftir sem áður eftir kjarasamningum sem sveitarfélagið er ekki aðili að og fjármálaráðuneytið myndi halda áfram að semja um kaup og kjör þessara starfsmanna þótt þeir væru fluttir til sveitarfélagsins. Á hinn bóginn myndi sveitarfélagið gera aðra kjarasamninga um sömu störf fyrir nýja starfsmenn á samningstímanum. Með frumvarpinu er því gert ráð fyrir að sveitarfélag geti verið með starfsmenn sem sinna sama starfi á mismunandi kjörum. Ætla má að slíkt geti gengið þvert á 19. gr. laga um jafna stöðu og jafnan rétt karla og kvenna. Auk þess samræmist það engan veginn starfsmannastefnu Reykjavíkurborgar að starfsmenn sem sinna sama starfinu fái ekki sömu laun og sömu starfskjör. Slíkt er í raun óásættanleg niðurstaða hvort sem litið er á málið frá sjónarhorni Reykjavíkurborgar eða starfsmannana. Verði frumvarpið að lögum verður Reykjavíkurborg gert illmögulegt tryggja launþegum sínum sömu kjör fyrir sömu störf.

Reykjavíkurborg hefur talsverða reynslu af því að taka við þjónustuverkefnum og færa verkefni til 3ja aðila. Í þeim tilvikum hefur ávallt verið tekið mið af lögum um réttarstöðu starfsmanna við aðilaskipti að fyrirtækjum. Það viðmið hefur reynst farsælt. Reykjavíkurborg leggur því til að þegar gerðir eru slíkir samningar sem kveðið er á um í frumvarpinu verði farið að lögum nr. 72/2002 um réttarstöðu starfsmanna við aðilaskipti að fyrirtækjum. Eðlilegast er að starfsmenn verði þannig starfsmenn sveitarfélagsins og taki kjör skv. kjarasamningum sveitarfélagsins þegar gildandi kjarasamningur þeirra við ríkið rennur út.


Hallur Páll Jónsson
mannauðsstjóri Reykjavíkurborgar

Minnisblað lagt fram á fundi í heilbrigðisnefnd alþingis 24. maí 2008 vegna frumvarps til laga um sjúkratryggingar

1. Á Íslandi hefur verið rekið félagslegt heilbrigðiskerfi (socialized health system). Það sem einkum einkennir slík kerfi er að hið opinbera fjármagnar heilbrigðisþjónustuna að lang mestu leyti gegnum skatta og fjárlög, og annast sjálft rekstur helstu rekstrareininga, svo sem sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Megin markmið slíkra kerfa eru hágæða þjónusta og jafnt aðgengi að þjónustunni. Almenn benda erlendar rannsóknir til að slík kerfi nái bestum árangri heilbrigðiskerfa hvað varðar samþættingu á gæðum og aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Almennur stuðningur virðist vera við hið félagslega heilbrigðiskerfi Íslendinga samkvæmt nýlegri landskönnun frá hausti 2006 þar sem mikill meirihluti svarenda vildi að það væri fyrst og fremst hið opinbera sem ræki stærri rekstrareiningar kerfisins og að hið opinbera verði meiru fé til heilbrigðismála (en ekki notendurnir).
2. Einkavæðing heilbrigðisþjónustu er yfirhugtak sem felur í sér eitt eða fleira af eftirfarandi: a) Eignatilfærsla (sala eða afhending opinberra stofnana, opinberra fyrirtækja eða annarra opinberra eigna til einkaaðila). b) Tilfærsla á rekstri (frá hinu opinbera til einkaaðila, sbr. einkaframkvæmd) og c) Tilfærsla á fjármögnun (þar sem einkafjármögnun kemur að hluta eða öllu leyti í stað opinberrar fjármögnunar áður).
3. Rekstrartilfærsla (svo sem einkaframkvæmd) í heilbrigðisþjónustu er sem sagt órjúfanlegur hluti einkavæðingar og jafnframt stórt heilsupólítískt málefni, en ekki bara eitthvert tæknilegt eða praktískt mál, eins og sumir sjórnámálamenn hafa haldið fram. Ástæðan er m.a. sú að aukinn einkarekstur heilbrigðisþjónustu dregur sjálfkrafa úr rekstrarlegri ábyrgð hins opinbera (rekstrarleg ábyrgð hins opinbera er mest þegar hið opinbera annast sjálft rekstur þjónustunnar), auk þess sem einkareknar einingar (í hagnaðarrekestri) hafa tilhneigingu til að vera kostnaðarsamari (sjá síðar), og þjappa sér saman í þéttbýli (einkum efnalega betur stæðu þéttbýli) umfram opinbert reknar einingar. Þá getur reynst erfiðara að koma við heildstæðri og samfelldri heilbrigðisþjónustu gegnum einkareknar einingar vegna þess m.a. að þær beinast einkum að hinum ábatasammari þáttum heilbrigðisþjónustunnar og eru gjarnan í samkeppni um sjúklinga hver við aðra og við opinberar rekstrareiningar. Niðurstaðan getur orðið brotakernd og ósamfelld þjónusta.
4. Töluverð einkavæðing hefur átt sér stað í íslenska heilbrigðiskerfinu undanfarin ár er varðar bæði liði 2b) og 2c) að ofan.
5. Fyrirliggjandi frumvarp til laga um sjúkratryggingar felur m.a. í sér að komið er upp sjúkratryggingastofnun til að semja um eða bjóða út heilbrigðisþjónustu á markaði gagnvart stofnunum og smærri aðilum. Þar með eru stjórntæki til einkavæðingar heilbrigðisþjónsutu stórlega eflað að því er varðar lið 2b.
6. Ekki er hægt að líta á marksvæðingu heilbrigðisþjónustu skv. frumvarpinu (er tengist stofnun sjúkratryggingastofnunar til að semja um og bjóða út heilbrigðisþjónustu) og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar (sbr. lið 1b) sem aðskilin mál. Í alþjóðlegu samhengi eru þessi mál klárlega tengd. Ef miðað er við alþjóðlega reynslu má því ætla að frumvarpið leiði til einkavæðingar heilbrigðisþjónustunnar.

7. Ef efnt er til samkeppni um heilbrigðisþjónustu á markaði sem snýst um verð þjónustunnar (t.d. verðsamkeppni gegnum útboð) getur það leitt til þess að gæði heilbrigðisþjónustunnar minnka. Þannig benda breskar rannsóknir til að slík verðsamkeppni milli spítala geti aukið dánartíðni sjúklinga vegna aðgerða. Mjög erfitt hefur reynst að meta og tryggja heildargæði heilbrigðisþjónustu gegnum útboð. Samkeppni um verð getur leitt til þess að keppinautar á markaði dragi úr þjónustubáttum og lækki kostnað sem síðan getur haft alvarlegar afleiðingar í för með sér.
8. Heildarkostnaður heilbrigðiskerfa ræðst einkum af: 1) Fjölda greiðsluaðila (er meiri ef greiðsluaðilar í kerfinu eru fleiri), 2) fyrirkomulagi greiðslna (er almennt minni ef greitt er skv. föstum fjárlögum en daggjöldum eða verkbundnum greiðslum eða einingum), 3) fjölda lækna (er minni ef læknar á 1000 íbúa eru færri), 4) hlutfalli sérfræðinga (er minni ef hlutfall sérfræðinga af öllum læknum er lægri tala), 4) fjölda sjúkrarúma (er minni ef rúm á sjúkrahúsum á 100.000 íbúa eru færri), 5) verkaskiptingar heilbrigðisstétta (er hærri eftir því sem greiðslu-/endurgreiðslukerfi beina sjúklingum í ríkari mæli til lækna frekar en annarra sérfróðra og jafngilda heilbrigðisstétta), rekstrarformi (sbr. lið 7) og aldurs samsetningu íbúa (er hærri eftir því sem meðalaldur er hærri). Vegna þess að frumvarpið miðar að því að fara frá föstum fjárlögum, án þess að öðrum þáttum að ofan sé breytt sem lækkað gætu heilbrigðisútgjöld, og vegna þess einnig að stofnun sjúkratryggingastofnunar og sérfræðingahópa henni til stuðnings sbr. 8. gr., og kröfur á hendur heilbrigðisstofnunum um kostnaðargreiningu (43. gr.) mun fela í sér verulega aukinn stjórnunar-, eftirlits- og umsýslukostnað, bendir allt til að frumvarpið muni leiða til aukins heildarkostnaðar við heilbrigðisþjónustuna á Íslandi.
9. Einkarekstur heilbrigðisþjónustu er almennt ekki ódýrari en opinber rekstur. Vandaðar innlendar og alþjóðlegar úttektir á stærri rekstrareiningum heilbrigðisþjónustunnar benda þvert á móti í gagnstæða átt, þ.e. að hlutafélög (rekstur í hagnaðarskyni) veiti dýrari þjónustu en opinberir aðilar eða einkaaðilar sem ekki eru í hagnaðarrekkstri (sjálfeignarstofnanir félagasamtaka og líknarfélag). Þessar niðurstöður hafa bæði komið fram við samanburð á rekstri spítala og hjúkrunarheimila.
10. Aðgreining kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu skv. frumvarpinu felur í sér markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar. Slík markaðsvæðing í félagslegum heilbrigðiskerfum, eins og því íslenska, er miklum vanda bundin.
11. Í fræðilegri umræðu hefur markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustu verið lýst í 4 megin fösum: Fasi 1 felur í sér opinbert fjármagnaða og mestmegnis opinbert rekna heilbrigðisþjónustu bundna opinberri fjárlagagerð. Fasi 2 felur í sér að komið er upp opinberum markaði með heilbrigðisþjónustu (sem eftir sem áður er að mestu fjármögnuð og rekin af opinberum aðilum). Fasi 3 felur í sér opinbert fjármagnaðan markað heilbrigðisþjónustu sem aðallega er rekinn af einkaaðilum. Fasi 4 felur svo í sér viðskiptamarkað með heilbrigðisþjónustu sem er aðallega fjármögnuð og rekin af einkaaðilum (hið opinbera sér þá einungis um fjármögnun fyrir fátæka).
12. *Fyrirliggjandi lagafrumvarp um sjúkratryggingar hefur að mínu viti ýmsa ágalla. Hið helsta sem nefna má er að ekki er nægilega ljóst hvert ferðinni er heitið, eða hvers vegna lagt er upp í ferðina? Þannig er t.d. ekkert fjallað um hver rekstrarleg ábyrgð hins opinbera gagnvart einstökum rekstrarþáttum heilbrigðisþjónustunnar eigi að vera. Þá fær heilbrigðisráðherra mjög víðtækar valdheimildir og reglugerðarheimildir sem gera það að verkum að*

ráðherrann og hin nýja sjúkratryggingastofnun geta í raun markað stefnu í heilbrigðismálum, eða breytt henni í mikilvægum atriðum, án þess að bera það undir alþingi. Þá er ekki mörkuð heildstæð stefna í sjúkratryggingamálum, heldur eru fyrri lög og reglur á því sviði meira og minna tekin upp (hversu vel eða illa sem þær voru grundaðar í upphafi).

Athugasemdir við einstakar greinar:

13. Í 1. gr. er fjallað um jafnan aðgang „óháð efnahag“. Jafn aðgangur varðar miklu fleiri þætti en efnahag og í reynd þrengir tilvísunin í efnahag þetta ákvæði laganna að ósekju.
14. Í 6. grein er fjallað um fjölda stjórnarmanna í sjúkratryggingastofnun, en ekki um samsetningu þeirra eða hæfi eins og vert væri. Ekki er annað að sjá en ráðherra eigi að vera óbundinn af faglegum sjónarmiðum við val stjórnarmanna. Í 7. greininni er ekkert fjallað um þekkingu forstjóra á heilbrigðismálum eða stjórnun heilbrigðisstofnana eins og ástæða væri til vegna ýmis konar sérstöðu þessa sviðs í samanburði við önnur svið opinberrar þjónustu og atvinnulífs.
15. 20. greinin miðar að því að viðhalda því ófremdarástandi sem ríkir í tannlæknisþjónustunni þar sem fullorðnir (aðrir en aldraðir og öryrkjar) njóta engrar almennrar tryggingaverndar.
16. Ýmsar greinar frumvarpsins takmarka tryggingaverndina við að lækna ymist veiti þjónustuna eða vísi á eða samþykki hana (hvort sem hún varðar lækningar eða ekki). Fullyrða má að gildandi lög og frumvarpið séu að þessu leyti lækna miðaðri en sams konar löggjöf margra annarra landa. Þetta á t.d. við um lög og reglur um lyfjaávisanir, og um mögulegar endurgreiðslur vegna heimsókna til annarra heilbrigðisstarfsmanna en lækna. Afleiðingin af þessu er sú að sjúklingum er beint í ríku mæli til lækna, bæði með beinum og óbeinum hætti, án þess að fyrir því séu ávallt nægilega góðar faglegar forsendur. Önnur afleiðing verður meiri og óþarfur kostnaður við heilbrigðisþjónustuna. Þá er sum þjónusta gjaldfrjáls en önnur gjaldskyld, og það í mismunandi mæli (sjá greinar 17-31), án þess að ljóst sé (eða hafi nokkurn tímann verið ljóst) hvers vegna svo er. Eitt sláandi dæmi um mismunun sjúklinga varðar endurgreiðslu ferðakostnaðar skv. 30. gr., en þar er sett það skilyrði að hinn tryggði þurfi ítrekaða meðferð *hjá lækni*. Þá verður enn heimilt (eins og verið hefur) að rukka sjúklinga vegna rannsókna í tengslum við skipulagðar innlagnir á spítala, en ekki vegna bráðra innlagna, þó þjónusta við inniliggjandi sjúklinga eigi að heita gjaldfrjáls.
17. Óeðlilegt er að ráðherra sé veitt viðtæk opin heimild til að koma á tilvísanakerfi með reglugerð (sbr 2 mg. 19. gr.). Hér er um að ræða grundvallarþátt í skipulagningu heilbrigðisþjónustu sem kveða ætti af eða á um í lögum.
18. 42. gr. veitir sjúkratryggingastofnuninni ótakmarkaða heimild til að bjóða út heilbrigðisþjónustu á markaði. Hér er vandinn sá að stofnunin og ráðherrann geta í reynd gert grundvallarbreytingar á heilbrigðisþjónustunni að því er varðar einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar (sbr. lið 2b) og rekstrarlega ábyrgð hins opinbera. Því er aftur spurt: Hvert er ferðinni heitið og hvers vegna?

Að síðustu er það niðurstaða mín að framangreindar athugasemdir gefi tilefni til endurskoðunar á markmiðssetningu frumvarpsins, útfærslu einstakra greina, og rökstuðningi þeirra í greinargerð. Ég tel að sú endurskoðun geti ekki farið fram svo viðunandi sé á nokkrum dögum fram að mánaðarlokum. Ég legg þess vegna til að endanlegri afgreiðslu frumvarpsins verði frestað til hausts og tíminn nýttur til að vinna að frekari endurbótum á frumvarpinu og greinargerðinni.

Rúnar Vilhjálmsson, PhD
Prófessor

From: Jana Friðfinnsdóttir [mailto:jana@samband.is]
Sent: 20. maí 2008 15:29
To: Elín Valdís Þorsteinsdóttir
Subject: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar

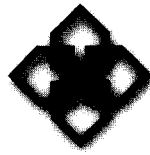
*Alþingi
Erindi nr. P 135/2868
komudagur 20.S. 2008*

Sambandi Íslenskra sveitarfélaga barst í dag til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Sambandið gerir ekki athugasemdir við frumvarpið en telur þó rétt að benda á að fresturinn, sem er einungis tveir dagar, er alls ekki fullnægjandi.

Kveðja

Jana Friðfinnsdóttir
lögfræðingur
Beint innval: 515 4918
Netfang: jana.fridfinnsdottir@samband.is



Alþingi
Erindi nr. **P** 135/3137
komudagur 4.9.2008

SAMBAND ÍSLENSKRA SVEITARFÉLAGA

Alþingi heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK

Reykjavík 4. september 2008

0805513SA/JF
Tilv.: 261

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

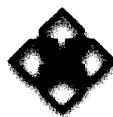
Frumvarpið barst Sambandi íslenskra sveitarfélaga til umsagnar með bréfi heilbrigðisnefndar Alþingis, dags. 16. maí sl. Sambandið gerir eingöngu athugasemd við 12. tl. 59. gr. frumvarpsins og er beðist velvirðingar á því hve seint umsögnin er send nefndinni.

Um 12. tl. 59. gr.

Í ákvæðinu er kveðið á um að meðan tímabundnir samningar við sveitarfélög um rekstur heilbrigðisþjónustu eru í gildi teljist starfsmenn áfram ríkisstarfsmenn og að um laun þeirra og önnur starfskjör þeirra fari eftir sömu kjarasamningum og fyrr. Þannig verða engar formbreytingar á ráðningarstöðu þeirra. Ekki er kveðið á um hvernig fari um ráðningarstöðu starfsmannanna við endurnýjun þjónustusamninga en ætla má að það sé í andstöðu við 19. gr. laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla að starfsmenn sem gegna sömu störfum hjá sama vinnuveitanda njóti mismunandi kjara.

Sambandið leggur ríka áherslu á að réttindi starfsmanna séu tryggð þegar gerðir eru þjónustusamningar milli ríkis og sveitarfélaga og að enginn vafi ríki um réttarstöðu starfsmanna gagnvart atvinnuveitanda. Jafnframt er þó mikilvægt að starfsmenn vinnuveitanda njóti sambærilegra kjara og er það mikið kappsmál sveitarfélaganna að tryggja starfsmönnum sínum sömu kjör fyrir sömu störf. Með hliðsjón af efnisreglu ákvæðisins er sveitarfélögunum gert illmögulegt að tryggja að jafnræðis sé gætt meðal starfsmanna sinna.

Sambandið leggur því til að ákvæðinu verði breytt þannig að þegar kjarasamningur starfsmanna við ríkið rennur út taki starfsmenn laun samkvæmt kjarasamningi við Launanefnd sveitarfélaga eða, eftir atvikum, viðkomandi sveitarfélag. Er þessi breytingartillaga í samræmi við 2. mgr. 3. gr. laga um réttarstöðu starfsmanna við aðilaskipti nr. 72/2002 þar sem kveðið er á um að virða skuli áfram launakjör og starfsskilyrði samkvæmt kjarasamningi þar til kjarasamningi verður sagt upp eða hann rennur út eða þar til annar kjarasamningur öðlast gildi eða kemur til framkvæmda.



Að lokum er vakin athygli á því að í frumvarpsákvæðinu felst efnisregla sem eðlilegra væri að kveða á um í sjálfum lögunum fremur en í bráðabirgðaákvæði við þau.

Virðingarfyllt
SAMBAND ÍSLENSKRA SVEITARFÉLAGA

Guðjón Bragason
sviðsstjóri lögfræðisviðs



SAMKEPPNISEFTIRLITIÐ

Alþingi
Erindi nr. P 135/2944
komudagur 23.5.2008

Nefndarsvið Alþingis,
b.t. Elínar Valdísar Þorsteinsdóttur,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík.

Reykjavík, 23. maí 2008
Tílv.: 0805012

Umsögn: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Samkeppniseftirlitið hefur með bréfi heilbrigðisnefndar Alþingis, dags. 16. maí 2008, fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar og var frestur veittur til 23. maí 2008. Samkeppniseftirlitið telur ákvæði frumvarpsins gefa tilefni til eftirfarandi athugasemda.

Almennt:

Megin tilgangur frumvarpsins er að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og setja í þeim tilgangi á fót nýja sjúkratryggingastofnun. Henni verður ætlað að byggja upp þekkingu og hæfni til að sinna kaupandahlutverkinu með fullnægjandi hætti og jafnframt koma á kostnaðargreiningu í samvinnu við veitendur þjónustu og hafa eftirlit með gæðum þeirrar þjónustu sem aflað er. Í þessari breytingu felst kerfisbreyting með því sem kallað hefur verið „aðskilnaður kaupenda og seljenda“ innan heilbrigðiskerfisins eins og þekkt er í flestum verstrænum ríkjum. Hér á Íslandi verður ríkið áfram aðal- „kaupandinn“ og er í frumvarpinu ekki gert ráð fyrir breytingu þar á. Þeir sem veita þjónustuna eru ýmist ríkisstofnanir, sjálfseignarstofnanir, félagasamtök, einkaaðilar og einnig sveitarfélög. Þessir aðilar verða samkvæmt skilgreiningunni „seljendur“.

Samkeppniseftirlitið telur að með frumvarpinu skapist skilyrði fyrir samkeppni á heilbrigðissviði sem ætti að geta þjónað markmiðum þess eins og þeim er lýst í 1. gr. frumvarpsins. Þar er kveðið á um að markmiðið sé að stuðla að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmi heilbrigðisþjónustu og hámarksgæðum hennar eftir því sem frekast er unnt á hverjum tíma.

Með skýrum aðskilnaði kaupenda og seljenda eins og fram kemur í frumvarpinu má nýta kosti markaðslausna á heilbrigðissviði í þeim tilgangi að auka hagkvæmni og



gæði heilbrigðisþjónustu til notenda. Samkeppniseftirlitið telur frumvarpið jákvætt að þessu leyti.

Um 40. gr. frumvarpsins:

Í 40. gr. frumvarpsins er fjallað um samninga um heilbrigðisþjónustu. Samkeppniseftirlitið gerir sérstaka athugasemd við umfjöllun í greinargerð með frumvarpinu þar sem segir m.a.:

„Loks má segja um greinina almennt að við túlkun og beitingu þeirra samningsheimilda sem kveðið er á um í greininni ber að hafa í huga að frumvarpið, verði það að lögum, hefur stöðu sérlaga gagnvart ákvæðum samkeppnislaga. Í því felst að ákvæði þess ganga framur ákvæðum samkeppnislaga þegar þau teljast ósamrýmanleg samkeppnislögum. Samkeppnislög gilda því um veitingu og rekstur heilbrigðisþjónustu að svo miklu leyti sem ákvæði frumvarps þessa, verði það að lögum, teljast ekki ósamrýmanleg samkeppnislögum og gangi þannig framur þeim. Samkeppnislög gilda þannig ekki um ákvarðanir sjúkratryggingastofnunarinnar um hvort leitað skuli samninga við einkaaðila eða samið við opinberar stofnanir um veitingu og rekstur heilbrigðisþjónustu eða aðrar slíkar ákvarðanir sem lúta að fyrirkomulagi á veitingu heilbrigðisþjónustu. Ákvæði samkeppnislaga gilda á hinn bóginn um markaðshæðun viðsemjenda sjúkratryggingastofnunarinnar og fela þannig t.d. í sér bann við samkeppnishömlum, svo sem samráði og samstilltum aðgerðum sem hafa að markmiði eða af þeim leiðir að komið sé í veg fyrir samkeppni, hún sé takmörkuð eða henni raskað.“

Samkeppniseftirlitið telur að áréttning þess að ákvæði laga um sjúkratryggingastofnun gangi framur ákvæðum samkeppnislaga feli nánast í sér hvatningu til stofnunarinnar til þess að virða að vettugi markmið eða ákvæði samkeppnislaga við beitingu heimildarákvæðis 40. gr. Þetta er að mati Samkeppniseftirlitsins óheppilegt með hliðsjón af samspili samkeppnislaga og laga um sjúkratryggingastofnun sem nánar mun verða fjallað um hér á eftir.

Samkeppniseftirlitið vekur athygli á því að verði frumvarpið óbreytt að lögum með framangreindum skýringum í greinargerð með frumvarpinu, kann það að gefa tilefni til þess að ætla að löggjafinn sé að breyta afstöðu sinni á sviði heilbrigðisþjónustu. Samkeppniseftirlitið vísar í þessu sambandi til nefndarálits heilbrigðis- og trygginganefndar frá desember 2001, þskj. 511-169 mál, með frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustu, en þar segir:

„Engu síður er brýnt að samninganefndin gæti þess í samningum annars vegar við sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og hins vegar við stofnanir ríkisins að jafnræðis og óhlutdrægni sé gætt þannig að rekstrar- og samkeppnisstaða aðila sé tryggð. Í þessu sambandi er mikilvægt að hafa í huga að ákvæði frumvarpsins sem heimila ráðherra að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja stefnu um forgangsöröðun, aukna hagkvæmni og aukin gæði í heilbrigðisþjónustu koma ekki í veg fyrir beitingu samkeppnislaga í atvinnustarfsemi á sviði heilbrigðisþjónustu....Þetta ásamt



þeim meginreglum sem felast í samkeppnislögum setja ákvörðunum ráðherra í þessum málaflokki sem og öðrum þann ramma sem nauðsynlegur er og til er ætlast í réttarríki."

Samkeppniseftirlitið telur að tilvitnað nefndarálit eigi ekki síður erindi í dag en á árinu 2001 og telur mikilvægt að þessi skilningur komi fram af hálfu löggjafans við meðferð fyrirbyggjandi frumvarps. Jafnframt því verði sett ákvæði inn í texta 40. gr. að sjúkratryggingastofnun beri við beitingu valdheimilda sinna að hafa hliðsjón af samkeppnislögum.

Markmið samkeppnis- og heilbrigðisлага fara vel saman. Þess vegna er það mat Samkeppniseftirlitsins að í löggjöf um sjúkratryggingar sé markvisst stuðst við og höfð hliðsjón af markmiði samkeppnislaga í stýringu á heilbrigðisþjónustu og reynt að beita samkeppnislausnum þannig að fjármunir, reynsla og þekking nýtist á sem bestan hátt.

Samkeppniseftirlitið birti heilbrigðisnefnd umsögn um frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu, dags. 17. janúar 2007. Í umsögninni segir m.a.:

„Samkeppnisyfirvöld hafa í nokkrum ákvörðunum og úrskurðum fjallað um ráðstafanir við að framfylgja stefnu heilbrigðisyfirvalda. Í stuttu máli má segja að Samkeppniseftirlitið hafi ekki talið sig hafa haft valdheimildir til að grípa til bindandi íhlutunar í þeim málum sem fjallað hefur verið um og lúta að forgangs röðun stjórnvalda innan hinnar opinberu heilbrigðisþjónustu, enda hafi viðkomandi ráðstafanir heilbrigðisyfirvalda byggt á skýrum lagaheimildum. Samkeppniseftirlitið hefur þannig ekki lagt efnislegt mat á ákvarðanir sem fela í sér að heilbrigðisyfirvöld fíyti verkefni í heilbrigðisþjónustu frá einni opinberri stofnun til annarrar eða einum hópi opinberra heilbrigðisstarfsmanna til annars. Á sama hátt hafa samkeppnisyfirvöld ekki gert við það efnislegar athugasemdir að tiltekin verkefni hafi verið flutt frá sjálfstætt starfandi aðilum í heilbrigðisþjónustu til opinberra heilbrigðisstofnana eða starfsmanna hafi heilbrigðisyfirvöld talið það þjóna betur markmiði um bætta nýtingu fjármuna. Í þessu samhengi má nefna ákvörðun samkeppnisráðs nr. 1/2005 Erindi Rannsóknastofunnar í Mjódd vegna samnings Heilsugæslunnar í Reykjavík og Rannsóknarstofu Landspítala-háskólasjúkrahúss um rannsóknarþjónustu.

Það hefur á hinn bóginn verið mat samkeppnisyfirvalda að höfð skuli hliðsjón af samkeppnislögum og gætt skuli samkeppnissjónarmiða og jafnræðis með keppinautum þegar stjórnvöld heilbrigðismála semja við sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn eða -stofnanir um að veita tiltekna heilbrigðisþjónustu eða um greiðslu fyrir slíka þjónustu. Það sama á við þegar verkefni eru flutt frá opinberum heilbrigðisstofnunum eða opinberum heilbrigðisstarfsmönnum til einkaaðila. Í því samhengi má benda á ákvörðun Samkeppniseftirlitsins nr. 8/2005 Kvörtun Sálfræðingafélags Íslands vegna synjunar heilbrigðisyfirvalda um að semja um greiðslupátttöku í kostnaði sjúkratryggðra við sálfræðimeðferð. Þá má einnig, eftir atvikum vísa til



ákvörðunar samkeppnisráðs nr. 2/1997 Kvörtun Félags ungra lækna yfir samningi Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur."

Rétt er að taka fram að fyrrgreind ákvörðun Samkeppniseftirlitsins nr. 8/2005, var kærð til áfrýjunarnefndar, sbr. úrskurð nr. 19/2005, og sá úrskurður síðan borinn undir dómstóla. Nýgenginn er dómur Hæstaréttar Íslands í málinu, sbr. dóm nr. 411/2007, Samkeppniseftirlitið og íslenska ríkið gegn Sálfræðingafélagi Íslands og gagnsök. Kemst Hæstiréttur að þeirri niðurstöðu að samkvæmt þágildandi lögum hafi ráðherra haft heimild til að taka afstöðu til þess frá hvaða aðilum tiltekinna þjónustu væri aflað og að sú heimild gengi framur samkeppnislögum. Í dóminum er hins vegar ekki tekin afstaða til þeirra samkeppnislegru sjónarmiða sem lágu að baki ákvörðun Samkeppniseftirlitsins nr. 8/2005. Dómurinn raskar því ekki því samkeppnislega mati sem fram kemur í umsögn þeirri sem hér var vitnað til.

Samkeppniseftirlitið vekur athygli á því að verði frumvarpið óbreytt að lögum með þeim skýringum í greinargerð með frumvarpinu sem áður er vitnað til, kann það að gefa tilefni til þess að ætla að löggjafinn sé að breyta afstöðu sinni til beitingar samkeppnislaga í atvinnustarfsemi á sviði heilbrigðisþjónustu. Samkeppniseftirlitið vísar í þessu sambandi til áður nefnds nefndarálits heilbrigðis- og trygginganefndar frá desember 2001, þskj. 511-169 mál.

Niðurlag:

Markmið sjúkratrygginga og samkeppnislaga eru samrýmanleg. Báðir lagabálkarnir fela í sér að leitast er við að nýta þá framleiðsluþætti sem til ráðstöfunar eru á sem hagfelldastan hátt. Það hefur verið skýrt mat Samkeppniseftirlitsins að við beitingu laga um heilbrigðisþjónustu skuli tekið tillit til markmiðs samkeppnislaga. Markmið beggja lagabálka fari vel saman. Samkeppniseftirlitið telur ljóst að þegar ráðherra forgangsraðar verkefnum innan opinbera heilbrigðiskerfisins þá beiti samkeppnisyfirvöld ekki samkeppnislögum. Þegar ráðherra aftur á móti forgangsraðar við mótun heilbrigðisstefnu þar sem í hlut eiga m.a. aðilar á markaði, þ.e. sjálfstætt starfandi keppinautar, skuli ráðherra hafa hliðsjón af markmiði og ákvæðum samkeppnislaga. Samkeppniseftirlitið telur því æskilegt að í frumvarpi til laga um sjúkratryggingar sé ákvæði þar sem áréttað er að samkeppnislög gildi um tilteknar ákvarðanir ráðherra. Slíkt ákvæði er vel til þess fallið að lágmarka kostnað og hámarka hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu. Jafnframt verður með því komið í veg fyrir ómálefnalega samkeppnislega mismunun við beitingu forgangsraðunar verkefna við stjórn heilbrigðismála t.d. í útboðum á verkefnum og samningagerð um heilbrigðisverkefni og greiðslur fyrir þau.

Virðingarfyllt
Samkeppniseftirlitið

Páll Gunnar Pálsson

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2862
komudagur 20.5. 2008



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

Alþingi
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8 – 10

150 REYKJAVÍK

Reykjavík 20.05. 2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál (heildarlög)

Ný Sjúkratryggingastofnun

Samtök atvinnulífsins (SA) hafa fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Frumvarpið er í samræmi við samþykktir ríkisstjórnarinnar um breytta verkskiptingu milli ráðuneyta og stofnana. Lífeyris- og slysatryggingar Tryggingarstofnunar eru færðar undir Félags- og tryggingamálaráðuneyti. Sjúkratryggingar munu heyra hins vegar áfram undir heilbrigðisráðuneyti en ný stofnun, sjúkratryggingarstofnun, mun annast framkvæmd sjúkratrygginga. Núverandi hlutverkum Tryggingastofnunar er því skipt upp milli tveggja stofnana og ráðuneyta.

Markmið frumvarpsins er að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu með því að sameina hjá einni stofnun þá verkþætti, sem varða samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu og hafa verið hjá samninganefnd heilbrigðisráðherra, fjármála- og rekstrarsviði heilbrigðisráðuneytis og sjúkratryggingarsviði Tryggingarstofnunar. Þetta mun styrkja samningsstöðu ríkisins og sérþekkingu á þessu sviði gagnvart seljendum þjónustunnar, ríkisstofnunum, ríkisfyrirtækjum, sjálfseignarstofnunum, frjálsum félagasamtökum, sveitarfélögum og einkaaðilum.

SA styðja þá stefnu sem felst í frumvarpinu. Samningar um heilbrigðisþjónustu eiga að byggjast á forgangsörðum, kostnaðargreiningu, hagkvæmni og gæðum í samræmi við unnin verk. Jafnræði verði milli ólíkra rekstrarforma, einkaaðila og ríkisstofnanna um að selja þjónustu.

Yfirlit um sjúkratryggingar á einum stað

SA vilja hins vegar benda á frumvarpið uppfyllir ekki þær kröfur að almenningur og þá sérstaklega þeir sem flytja hingað til lands geti gert sér grein fyrir reglum um sjúkratryggingar á einum stað. Þannig er ekki að finna eitt orð í frumvarpinu um að skilyrði fyrir sex mánaða búsetu til þess að verða sjúkratryggður eigi ekki við um EES-borgara enda framvísi þeir vottorði frá sjúkrasamlagi eða tryggingastofnun frá fyrra heimalandi sínu. Þá er heldur ekki að finna neitt um að það sama gildi um íslenska ríkisborgara sem flytja búferlum til annarra EES-ríkja.



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

Þá væri einnig æskilegt að lögin hefðu að geyma tilvísun til laga um almannatryggingar nr. 100/2007 sem geyma skilgreiningu á því hvaða réttindi sjúkratryggður einstaklingur hefur svo og að fram komi að Íslendingar séu sjúkratryggðir s.s. með tilvísun til evrópska sjúkratryggingakortsins sem veitir sjúkratryggðum rétt á heilbrigðisþjónustu meðan á tímabundinni dvöl stendur í EES-ríkjum og þeirra reglna sem um slíkt gilda.

Þá væri rétt að í 11. gr. frumvarpsins væri einnig að finna þá meginreglu sem hér gildir um að ríkisborgarar EES-ríkja sem eru að vinna hér á landi eiga rétt á aðstoð úr sjúkratryggingum ef þeir framvísa staðfestingu frá skattstjóra á að þeir hafi unnið hér á landi síðustu sex mánuðina, jafnvel þótt þeir hafi ekki flutt lögheimili til landsins.

Starfsmenn íslenskra fyrirtækja erlendis

Þá þarf að mati SA að skoða sérstaklega 11. gr. frumvarpsins með það í huga að tryggt sé ásættanlegt fyrirkomulag fyrir íslensk útrásarfyrirtæki vegna sjúkratrygginga starfsmanna þeirra, sem sendir eru tímabundið erlendis. Í stað þess að sækja þurfi um að fá framlengda sjúkratryggingu í hvert og eitt skipti væri mun skynsamlegra að setja almenna reglu um að starfsmenn væru sjúkratryggðir í ákveðinn tíma eins og eitt ár er þeir dvelja vegna starfa sinna erlendis fyrir íslensk fyrirtæki, enda sé þá um leið greitt tryggingargjald hér á landi af launum hans. Það sama á við um sjúkratryggingu einstaklings í námi. Færi dvölin fram úr þeim mörkum væri hægt að sækja um framlengingu til Sjúkratryggingastofnunar.

Fjölskyldumeðlimir þess sem fær framlengda sjúkratryggingu ættu þá einnig að fá sjálfkrafa framlengda sjúkratryggingu.

Þá væri rétt að víkka einnig út gildissvið slíkrar framlengdrar sjúkratryggingar að hún gæti náð ekki eingöngu til þeirra sem starfa hjá íslensku félagi heldur einnig hjá erlendum dótturfyrirtækjum, enda væru önnur skilyrði slíkrar framlengdrar sjúkratryggingar uppfyllt.

Erlendir sérfræðingar á Íslandi

Tryggja þarf betur stöðu fyrirtækja sem starfa á innlendum markaði og þurfa að ráða til sín erlenda sérfræðinga frá löndunum utan ESB, en íslensk fyrirtæki er að þessu leyti í mikilli samkeppni um besta fólkið. Einn liður í því að laða til landsins hæft starfsfólk er að geta boðið þessu fólki góðar sjúkratryggingar. Í því frumvarpi sem nú er til meðferðar hjá Alþingi um breytingar á lögum um atvinnuréttindi útlendinga (þskj. 575- 338. mál) er gert ráð fyrir að hægt sé að veita tímabundið atvinnuleyfi vegna starfs sem krefst sérfræðispekkingar. Er það tillaga SA að þegar slík tímabundin atvinnuleyfi hafa verið veitt geti viðkomandi einstaklingur og fjölskyldumeðlimir hans sem hér búa fengið sjúkratryggingu frá og með þeim tíma sem viðkomandi skráir lögheimili sitt hér á landi og því eigi sex mánaða biðtími ekki við um viðkomandi.

Virðingarfullt,

Guðrún Björk Bjarnadóttir, hdl.

Alþingi
Erindi nr. P 135/2864
komudagur 20.5.2008

SFF
SAMTÖKFJÁRMÁLAFYRIRTÆKJA
Icelandic Financial Services Association

Reykjavík 20. maí 2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis
Nefndasvið
150 Reykjavík

Varðar: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar (613. mál)

Samtök fjármálafyrirtækja hafa fengið til umsagnar framangreint frumvarp um sjúkratryggingar. Samtökin hafa ekki athugasemdir við efni frumvarpsins.

Virðingarfyllst,



Helga Jónsdóttir hdl.

Alþingi
Erindi nr. P 135/2888
komudagur 20.5.2008

Samtök fyrirtækja í heilbrigðisþjónustu (SFH)

Kennitala 560502-6720

Hverhlið 28, 810 Hveragerði

Sími 480 2000 Fax 480 2029

Hveragerði 20. maí 2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis

Varðar: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar

Stjórn SFH fagnar fram komnu frumvarpi til laga um sjúkratryggingar. Í SFH eru 28 stofnanir sem sinna flestar öldrunarþjónustu. Auk þess nokkrar endurhæfingar- og meðferðarstofnanir. Hingað til hafa flestar þeirra ekki haft samninga um þá þjónustu sem þau veita. Í IV. kafla frumvarpsins er gert ráð fyrir að samið verði við stofnanir um veitingu þjónustu og er það afar jákvætt. Í 40. gr. segir „Samningar skulu m.a. kveða á um magn, tegund og gæði þjónustu, hvar hún skuli veitt og af hverjum, ásamt endurgjaldi til veitanda og eftirliti með framkvæmd samningsins.” Þá segir í 43. gr. „Við kostnaðargreiningu skal taka mið af öllum hagrænum kostnaði, þ.m.t. kostnaði vegna húsnæðis, fjármagns og afskrifta.” Þessi setning er að mati SFH ein sú mikilvægasta í frumvarpinu. Hingað til hafa lang flestar stofnanir innan SFH ekki fengið greidda húsaleiga fyrir það húsnæði sem notað er við veitingu þjónustunnar. Nú verður breyting á og er það vel. Bent skal á að gróflega áætlað mun húsaleiga, sem ekki er greidd í dag, til stofnana innan SFH nema um tveimur milljörðum króna á ári.

Stjórn SFH leggur til að bætt verði inn í frumvarpið (kafla IV) að tilnefnd verði samninganefnd, þrír aðilar frá sjúkratryggingastofnun og þrír frá samningsaðila (þjónustuveitanda). Þessi nefnd skal komast að sameiginlegri niðurstöðu um þjónustu, gæði og verð. Nefndinni verði sett ákveðin tímamörk til að ná niðurstöðu. Nái nefndin ekki samkomulagi þá skuli málinu vísað til Ríkisendurskoðunar eða annars til þess bærð aðila til úrskurðar.

Ás
Dalbær
Droplaugarstaðir
Fellsendi
Garðvangur
Grund
Hjallatún

Hlévangur
Holtubúð
Hombrekka
Hrafnista, Reykjavík
Hrafnista, Hafnarfirði
Hukduhlíð
Hvammur

Höfði
Kumbaravogur
Lundur
HNLFÍ
SÁÁ
Seljahlíð
Sjálfsbjargarheimilið

Skógarbær
Sóltún
Sunnuhlíð
Vidines
Vífístaðir
Uppsáir
Öldrunarstofnun Akureyrarbæjar

Í 29. gr. er fjallað um gjaldtöku. Þar er ekki minnst á gjaldtöku þeirra sem dvelja á dvalar- og hjúkrunarheimilum. Nokkuð víst er að aldraðir munu áfram taka þátt í dvalarkostnaði sínum og í reglugerð 1112 frá 21. desember 2006 er sagt til um með hvaða hætti slíkt er framkvæmt. Dvalar- og hjúkrunarheimili innheimta skv. reglugerðinni þann hluta kostnaðar heimilismanna sem þeim ber að greiða. SFH telur það ekki vera í verkahring stofnana að innheimta þessar greiðslur og skorar á heilbrigðisnefnd að beita sér fyrir því að þessu fyrirkomulagi verði breytt á þann veg að TR (og svo væntanlegur arftaki) innheimti þessi gjöld.

Virðingarfyllst,



Gísli Páll Pálsson,
Formaður SFH.

Alþingi
Erindi nr. P 135/2954
komudagur 23.5.2008

Reykjavík 22. maí 2008.

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík.

EFNI: Umfjöllun um frumvarp til laga um sjúkratryggingar

SÍBS og Hjartaheill fagna því að fá til umsagnar drög að frumvarpi til laga um sjúkratryggingar, mál nr. 613, lagt fyrir Alþingi á 135. löggjafarþingi 2007-2008. Taka verður fram að tími til þess að vinna þessa umsögn hefur verið afar lítil og hefði þurft að vera lengri. Við viljum nota þetta tækifæri til að beina þeirri ósk til hlutaðeigandi að SÍBS og aðildarfélögum samtakanna verði boðin þátttaka í nefndum og vinnuhópum sem fjalla um málefni þeirra sjúklingahópa sem eru innan samtakanna.

Aðildarfélög SÍBS – Sambands íslenskra berkla- og brjóstholssjúklinga eru berkladeildir, Hjartaheill, Astma- og ofnæmisfélagið, Samtök lungnasjúklinga og Vífill félag einstaklinga með kæfisvefn og aðrar svefnháðar öndunartruflanir. Heildarfjöldi félagsmanna samtakanna er um 6400. Fjölmennasta aðildarfélagið er Hjartaheill með um 3500 félagsmenn.

Samtökin lýsa yfir ánægju sinni með það markmið að sjúkratryggingar tryggi aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Nauðsynlegt er að stuðlað sé að rekstrar – og þjóðhagslegri hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu með hámarksgæði í huga. Þetta er grundvallarmarkmið sem ber að halda í heiðri.

Lagafrumvarpið býður upp á tækifæri til þróunar á heilbrigðisþjónustu sem vonandi skilar sér til þeirra sem þjónustunnar njóta. Því er mikilvægt að aðilar séu sáttir við þá umgjörð sem þjónustan grundvallast á.

Helstu ábendingar:

Í 6. gr. frumvarpsins er lagt til að ráðherra skipi í stjórn sjúkratryggingastofnunar og ekki er skilgreint nánar um hæfni og þekkingu stjórnarmanna. Mikilvægt er að í stjórn sitji fulltrúar með ólíkan bakgrunn og faglega þekkingu og að í stjórn sitji fulltrúi hagsmunasamtaka öryrkja og sjúklinga.

Í 8. gr. leggur SÍBS til að fulltrúum sem flestra heilbrigðisstétta verði boðin þátttaka í starfshópum og þeir kallaðir til sem sérfræðingar.

Í þriðja kafla frumvarpsins er tilgreint til hvers konar sérfræðiþjónustu sjúkratryggingar taka s.s. þjónustu sjúkrabjálfa, iðjubjálfa o.fl. SÍBS leggur til að sjúkratryggingar taki einnig til þjónustu sálfræðinga.

Varðandi 11. gr. þá leggur SÍBS til að í lögum verði kveðið nánar á um réttindi fólks sem dvelur erlendis og að réttur einstaklinga sem flytja af landi brott í að lágmarki sex mánuði sé tryggður eða þar til þeir hafa öðlast rétt til heilbrigðisþjónustu í því landi sem þeir dveljast í.

Í 19. gr. varðandi þjónustu sérgreinalækna er fjallað um að greiðslupátttaka sjúkratrygginga sé háð tilvísun frá heimilislækni eða heilsugæslulækni. SÍBS leggur áherslu á að ákvæðið verði tekið út. Nauðsynlegt er að tryggja sjúklingum greiðan aðgang að sérgreinalæknum.

Í fyrstu málsgrein 21. gr. sem fjallar um þjónustu sjúkráþjálfara, iðjuþjálfara og talmeinafræðinga, kemur fram að sjúkratryggingastofnun geti áskilið vottorð sérfræðings um nauðsyn þjálfunar. SÍBS bendir t.d. á að innan sjúkráþjálfunar eru sérfræðingar sem ættu þá í þessum tilfellum að vera hæfastir til að ákveða hvort nauðsyn sé á þjónustu sjúkráþjálfara. Ekki er eðlilegt að aðrar heilbrigðisstéttir ákveði hvort nauðsyn sé á þjónustunni.

Með vísan í 3. lið 29. gr. telur SÍBS óviðunandi að veita tiltekinni heilbrigðisþjónustu sem veitt er af ákveðnum heilbrigðisstéttum kost á að hækka gjald sitt eftir að dagvinnutíma er lokið. Kanna þarf hvort þetta ákvæði laganna standist jafnræðisreglu stjórnarskrárinnar. Í 29. gr. er tilgreint hvers konar heilbrigðisþjónustu má taka gjald fyrir. Í ákveðnum tilvikum er tilgreint að gjald skuli verða lægra fyrir aldraða, öryrkja og börn. Í lið 5 um útgáfu læknisvottorða á sjúkrahúsum og á heilsugæslustöðvum er ekki tilgreint að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra gjald en aðrir en bæði aldraðir og öryrkjar þurfa oft en aðrir þjóðfélghópar á vottorði læknis að halda. Því er brýnt að huga að þeim þætti í lögum. Í lið 6 í 29. grein um lyf er gert ráð fyrir að allir greiði sama gjald fyrir lyf. SÍBS leggur áherslu á að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra gjald fyrir lyf enda er greiðslugeta þessara hópa oft minni en annarra þjóðfélagshópa.

Í 31. gr. frumvarpsins er kveðið á um dvalarkostnað foreldra við sjúkrahúsinnlögn barna yngri en 18 ára fjarri heimilinu. Greitt verði að jafnaði fyrir annað foreldrið með undantekningu ef um lífshættulegan sjúkdóm barnsins er að ræða. Nauðsynlegt er að það gildi í öllum tilfellum og nái til allra barna sem eru með erfiðan sjúkdóm eða fötlun þar sem nauðsynlegt er að báðir foreldrar geti veitt barni sínu þann stuðning sem á þarf að halda.

Varðandi 32. gr. um sjúkradagpeninga þá ber að taka fram að það er almennt viðurkennt að upphæð sjúkradagpeninga er of lág og dugar ekki fyrir lágmarksframfærslu. Lagt er til að upphæð sjúkradagpeninga hækki til muna og að fastsett verði í lög að þær fylgi ákveðinni vísitölu. SÍBS leggur til að skoðað verði hvort leggja ætti niður núverandi fyrirkomulag sjúkradagpeninga. Í staðinn geti fólk farið á endurhæfingarlífeyri á meðan á veikindum stendur.

Í 38. gr. þarf að skilgreina hvað tímabundin heimild til endurgreiðslu útlagðs sjúkrakostnaðar getur þýtt. Reglugerð ráðherra á að tilgreina tímalengdina. Ákvæðið getur verið leið sjúkratryggingastofnunar til sparnaðar. En það skal undirstrikað að hafa skuli hagsmuni sjúklinga að leiðarljósi.

Í 4. mgr. 40. gr. er gert ráð fyrir að sjúkratryggingastofnun sé heimilt að takmarka samningsgerð við hluta þeirra aðila sem veitt geta þjónustuna, reynist um offramboð á þjónustunni að ræða með hliðsjón af þörf eða fjárheimildum. Afleiðingar þessarar greinar gætu haft í för með sér að rekstrargrundvelli sé kippt undan mörgum fyrirtækjum, stofnunum eða einstaklingum sem veita þjónustu t.d. á sviði sjúkráþjálfunar.

SÍBS fer fram á að fagstéttum sé ekki mismunað varðandi faglegt sjálfstæði, burtséð frá greiðslupátttöku ríkisins í þjónustunni.

Álag á samninganefnd sjúkratryggingastofnunar hlýtur að verða mikið og tryggja þarf að þeir sem hyggjast bjóða upp á þjónustu geti leitað samninga og gengið að samninganefnd innan tiltekins tíma.

SÍBS fagnar ákvæðum um gæði og eftirliti með veittri þjónustu sem fjallað er um í 45. gr. SÍBS fagnar því að sjúkratryggingastofnun og Landlæknisembættið muni hafa samræmt eftirlit með heilbrigðisþjónustu. Eftirlitið þarf að vera skilvirkt og hlutverk eftirlitsaðila vel skilgreint.

SÍBS mótmælir því að einungis tveimur starfstéttum heilbrigðisstarfsmanna innan sjúkratryggingastofnunar sé veitt heimild til upplýsingaöflunar í eftirlitsskyni. Við teljum ekki eðlilegt að læknar eða tannlæknar einir heilbrigðisstétta hafi þessa heimild. Við leggjum til að aðrar heilbrigðisstéttir geti staðið að slíku eftirliti innan sjúkratryggingastofnunar.

Þá gagnrýnir SÍBS ákvæði 46. gr. um að sömu starfstéttum, læknum eða eftir atvikum tannlæknum sé einum heimilt að leita eftir upplýsingum úr sjúkraskrá hjá veitendum heilbrigðisþjónustu. Slíkt takmarkar starfssemi sjúkratryggingastofnunar og þverfaglega nálgun.

Í 58. gr. frumvarpsins segir að við 10. gr. laga nr. 99/2007 um félagslega aðstoð, bætist ný málsgrein, sem veitir heimild til að greiða styrk til kaupa á bifreið sem er nauðsynleg vegna fötlunar. SÍBS telur rétt að sú grein verði í 26. gr. laga um sjúkratryggingar þar sem bifreið er mikilvægt hjálpartæki fyrir fatlaða sem ber að úthluta óháð efnahag.

Með von um að heilbrigðisnefnd Alþingis nýti sér ofangreindar athugasemdir í vinnu sinni.

f.h. SÍBS og Hjartaheilla

Helgi Hróðmarsson, framkvæmdastjóri SÍBS og
Ásgeir Þór Árnason, framkvæmdastjóri Hjartaheilla

Alþingi
Erindi nr. P 135/2953
komudagur 23.5.2008

Nefndasvið Alþingis
nefndasvid@althingi.is

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, mál ~~631~~613.

Sjónarhóll – ráðgjafarmiðstöð ses. hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar mál ~~613~~ Viljum við gagnrýna þann skamma frest sem fékkst til að senda inn umsagnir vegna svo viðamikils máls.

Stjórn Sjónarhóls fagnar tilkomu frumvarpsins en gerir eftirfarandi athugasemdir:

Sjónarhóll tekur undir þær ábendingar sem m.a. Öryrkjabandalag Íslands hefur komið á framfæri að tryggt verði að réttindi sjúkra verði á engan hátt skert hvað varðar ákvæði stjórnsýslulaga þó Sjúkratryggingastofnun semji við aðra en opinbera þjónustuaðila um framkvæmd þjónustunnar.

Sjónarhóll tekur undir með Landssamtökunum Þroskahjálp að æskilegt sé að sjúkratryggingar nái til þjónustu sálfræðinga. Sálfræðimeðferð verður að teljast eðlilegur og nauðsynlegur hluti heilbrigðisþjónustu sem dregur úr kostnaði við aðra þætti þjónustunnar eins og lyfjakostnað.

Einnig tekur Sjónarhóll undir með Landssamtökunum Þroskahjálp um að breytingar verði gerðar á 31. grein frumvarpsins um dvalarkostnað þannig að ekki verði einvörðungu miðað við aldur sjúklings (18 ár) heldur þörf hans fyrir að njóta aðstoðar og stuðnings foreldra sinna eða annarra nákominna. Margt fólk, t.d. fólk með þroskahömlun, sem náð hefur 18 ára aldri þarfnast slíkrar aðstoðar. Einnig teljum við réttlætismál að greininni verði breytt í þá veru að heimild til að greiða kostnað vegna beggja foreldra verði rýmkuð umfram „lífshættulega sjúkdóma.“ Gera má ráð fyrir að hluti þeirra barna sem þarfnast sjúkrahúsvistar fjarri heimili sínu hafi þörf fyrir umönnun beggja foreldra sinna þó sjúkleiki þeirra sé ekki lífshættulegur. Þetta á ekki síst við um langveik og fötluð börn. Í þessu sambandi má benda á að í dag er foreldrum ætlað umtalsvert hlutverk varðandi sjúkrahúsvistanir barna sinna. Lagt er til að að í báðum tilvikum verði mat sérfræðings lagt til grundvallar.

F. h. Sjónarhóls – ráðgjafarmiðstöðvar

Áslaug Jónsdóttir, stjórnarformaður
Guðríður Hlíf Aðalsteinsdóttir, framkvæmdastjóri

Alþingi
Erindi nr. P 135/2933
komudagur 23. 5. 2008



Heilbrigðisnefnd Alþingis
Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Hjúkrunarheimilið Soltún þakkar fyrir að fá frumvarp til laga um sjúkratryggingar til umsagnar og fagnar þeim hugmyndum sem koma þar fram. Þær eru til verulegra bóta og skýra leikreglur fyrir; þá sem þurfa aðstoð, þá sem veita og selja aðstoð og þá sem semja um og kaupa heilbrigðisþjónustu í umboði almennings. Ekki eru gerðar athugasemdir við frumvarpið að svo stöddu.

Virðingafyllst,

Anna Birna Jensdóttir framkvæmdastjóri

SUNNUHLÍÐ

Alþingi
Erindi nr. Þ 135/2988
komudagur 11.6.2008

11.6.2008

Heilbrigðisnefnd Alþingis.

Varðandi umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Vísað er til umsagnar stjórnar Samtaka fyrirtækja í heilbrigðisþjónustu varðandi umsögn Sunnuhlíðar um frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Tekið er undir það sem kemur fram í umsögninni og því sérstaklega fagnað að ríkið ætli loksins að fara að gera samninga við stofnanir um þá þjónustu sem þær eiga að veita. Þá er það mikið ánægjuefni það sem segir í 43. grein frumvarpsins: "*Við kostnaðargreiningu skal taka mið af öllum hagrænum kostnaði, þ.m.t. kostnaði vegna húsnæðis, fjármagns og afskrifta.*". Það er afar þýðingarmikið að stofnunum sem veita öldruðum, jafnt sem öðrum, sé greidd sanngjörn húsaleiga fyrir það húsnæði sem lagt er fram til að veita þjónustuna.

Bestu kveðjur

Jóhann Árnason, framkvæmdastjóri
Sunnuhlíð, hjúkrunarheimili
Kópavogsbraut 1c
200 Kópavogur
Sími: 560 4100
Farsími: 891 7447

Alþingi
Heilbrigðisnefnd Alþingis
Elín Valdís Þorsteinsdóttir nefndarritari
Kirkjustræti
150 Reykjavík

Hornafirði, 21. maí 2008
nr. erindis 200805083 ÓIG

Málefni: Umsögn á frumvarpi til heildarlaga um sjúkratryggingar mál 613.

Á 420. fundi bæjarráðs Hornafjarðar þann 19. maí 2008, var tekið fyrir erindi Alþingis varðandi frumvarp til heildarlaga um sjúkratryggingar, mál nr. 613.

Bæjarráð gerði ekki athugsemd við frumvarpið.

Þetta tilkynnist hér með.

Virðingarfyllst,


Olafía I. Gísladóttir
ritari



Alþingi
Erindi nr. P 135/2923
komudagur 22.5.2008



HÁSKÓLI ÍSLANDS

TANNLÆKNADEILD

Heilbrigðisnefnd Alþingis
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

22 maí 2008

Efni:

Tannlæknadeild Háskóla Íslands hefur fengi til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Tannlæknadeild fagnar að markmiðið með þessu frumvarpi til laga, er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag ásamt því að stuðla að hámarksgæðum heilbrigðisþjónustu.

Athugasemdir tannlæknadeildar eru eftirtaldar:

3.gr. Undir lið 3 um heilbrigðisþjónustu, kemur ekki fram hvort tannlækningar teljist með, sérstaklega vegna þess að hingað til hefur tannlæknisþjónusta hérlendis verið fyrir utan hefðbundna heilbrigðisþjónustu og æskilegt væri að taka það fram og leggja áherslu á að tannlækningar féllu undir almenna heilbrigðisþjónustu

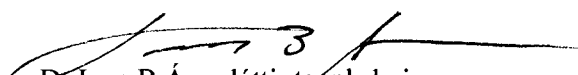
20.gr. Ekki er ljóst með þessari grein eins og hún er sett fram að breytingin á tannlæknaþjónustu sem sett var með reglugerð 576/2005 6. gr. sé enn í gildi. Í þessari 6.gr. var gert ráð fyrir því að sjúkratryggingar taki til nauðsynlegra tannlækninga þegar líf eða heilsa sjúklings er í hættu vegna ástands í munni. Þessi reglugerðabreyting var gerð vegna nauðsynlegra tannlækninga t.d. á sjúklingum með blóðsjúkdóma, hjartasjúkdóma og fleiri tengdum tilfellum t.d. þegar sjúklingar í ónæmisbælandi meðferð eru með sýkingarhættu frá munnholi.

24.gr. Hér væri æskilegt að skilgreina hina miklu þörf á tannlækna- og tannfræðingsþjónustu fyrir langveika og sjúklinga með sérþarfir, á hinum mismunandi stigum hjúkrunnarrýma

29.gr Skilgreining á gjalddöku á tannlæknaþjónustu ætti að fá umfjöllun í þessari grein

Í gögnum sem fylgja þessu frumvarpi er bent á breytingar sem hafa verið gerðar t.d. í Svíþjóð, Bretlandi og Nýja Sjálandi vegna samninga um heilbrigðisþjónustu. Ekki eru allir sérfræðingar jákvæðir varðandi breytingar sem hafa verið gerðar undanfarin ár í sambandi við aðskilnað “kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu”. Tannlæknadeild hefur enga pólitíska skoðun á fyrirhuguðum breytingum en vill, sem háskóladeild, fara í þetta mál meira frá vísindalegu og faglegu sjónarmiði. Þess vegna bendir tannlæknadeild, Heilbrigðisnefnd Alþingis á grein um þetta mál, til fróðleiks, í British Medical Journal 3.maí 2008, 336: bls979 “Decision to split role of purchaser and provider may end up in the dustbin” og grein eftir Professor Chris Ham frá Health Services Management Centre í Birmingham Háskóla í Bretlandi sem heitir: “Health Care Commissioning in the International Context: Lessons from Experience and Evidence” (www.hsmc.bham.ac.uk)

Virðingafyllst


Dr Inga B Árnadóttir tannlæknir
Forseti tannlæknadeildar Háskóla Íslands



Reykjavík 30. júní 2008

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar.

Almennt má segja um frumvarpið að það er þungt og flókið eins og raunar allir lagabálkar er snerta heilbrigðismál. Slíkt kallar á endurbætur á endurbætur ofan eins og raunin er með lög um almannatryggingar og væri óskandi að lögin yrðu einföld og skiljanleg og laus við óhóflegar reglugerðarheimildir.

Tannlæknafélagið fagnar þeim markmiðum frumvarpsins að tryggja sjúkratryggðum jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Að mati Tannlæknafélags Íslands er svo ekki í dag eins og kemur skýrt fram í MUNNÍS rannsókninni sem var framkvæmd að beiðni heilbrigðis- og tryggingaráðuneytisins.

Um 5. gr. frumvarpsins er það að segja að staðsetning stofnunar af þessum toga getur ekki skipt neinu máli og er sérkennilegt að takmarka rekstur umboða slíkrar stofnunar við aðila sem veita almannatryggingar. Verður ekki annað séð en t.d. bankar og lánastofnanir séu fullfærir aðilar til að sinna slíkum umboðsstörfum.

Í 8.gr. er rætt um “gagnreynda þekkingu” sem hvergi er skilgreind svo vitað sé enda óþekkt form þekkingar.

Í 20. grein er fjallað um tannlæknaþjónustu þar er tekið fram að sjúkratryggingar taka til nauðsynlegra tannlækninga aldraðra, öryrkja og barna yngri en 18 ára, annarra en tannréttinga, sem samið hefur verið um skv. IV. kafla.

Hvergi er að finna nánari skilgreiningu á því hvað eru nauðsynlegar tannlækningar og það falið ráðherra með heimild til reglugerðasetningar sem er aðallega hugsað til að setja skilyrði og takmarka greiðsluþátttöku

Tannlæknafélagið gerir alvarlega athugasemd við 39.gr. frumvarpsins en þar virðist ljóst að þess verði ekki krafist að eigendur félaga sem veita heilbrigðisþjónustu á sviði tannlækninga þurfi endilega að vera tannlæknar. Tannlæknafélagið telur heppilegra að tannlæknar séu eigendur þeirra fyrirtækja er veita tannlæknaþjónustu. Fer þá saman fagleg og fjárhagsleg rekstrarábyrgð enda reiknað með ákveðnu eftirliti Landlæknisembættisins. Verður ekki séð að Landlæknir geti haft einhver áhrif á viðskiptafélög sem ráða tannlækna í vinnu hjá félaginu. Tengsl fagmennsku og ábyrgðar eru þar með rofin í frumvarpinu sem verður hvorki veitendum þjónustu né sjúklingum til bóta. Með þessum hugmyndum í frumvarpinu er auk þess grafið undan áhrifum fagfélaga og fagfólks á heilbrigðisþjónustu. Loks má geta þess að tannlækningar hafa setið utangarðs í opinberri heilbrigðisþjónustu til langs tíma. Afskipti og umfang hins opinbera af tannheilbrigði eru orðin hverfandi í þjóðfélaginu.

Í greinargerð frumvarpsins stendur enn fremur um 39. greinina: “Ekki er gert ráð fyrir að stofnunin semji við fagfélög eða stéttarfélög eins og tíðkast hefur”.

Við hverja á þá að semja er ekki hægt að lesa út úr frumvarpinu og virðist hér verið að gera atlögu að félögum heilbrigðisstétta og berja niður samstöðu þeirra og gera að engu uppbyggingu félagsstarfs og fagmennsku innan þeirra.

Tannlæknafélagið hvetur til þess að greininni verði breytt þannig að stofnunin geti og skuli, allt eins og jafnvel aðallega semja við fagfélög og/eða stéttarfélög á heilbrigðissviði.

Félagið gerir athugasemd við orðalag í 40.gr. En þar segir að takmarka megi samningsgerð “á grundvelli hlutlægra og málefnaþregra sjónarmiða” ef framboð af tiltekinni þjónustu er meiri en “þörf” er á. Félagið telur fráleitt að þessi nýja stofnun geti ákveðið ein og sér að of mikið framboð sé af einhverri ákveðinni heilbrigðisþjónustu. Ekki verður við það unað að stofnunin geti einnig ákveðið að sú þjónustu takmarki með einhverjum hætti möguleika t.d. nýútskrifaðara tannlækna að vinna fyrir stofnunina en ætlist svo til að tannlæknar sem hafa ekki samning keppi á samkeppnismarkaði skv samkeppnislögum við aðra tannlækna sem hafa samning.

Orðalag í greininni um val á viðsemjendum er fráhrindandi og ekki til þess fallið að vekja traust til stofnunarinnar. Samkvæmt öðrum lögum og stjórnarskrá verður ekki séð að það geti verið á valdi starfsmanna einherrar stofnunar eða ráðherra að ákveða hverjir hafi aðgang að samningaborði um sjúkratryggingar. Að því gefnu að aðilar uppfylli allar kröfur um hæfi og réttindi.

Svo segir ennfremur í frumvarpinu: “Jafnframt skal leitast við að tryggja þjónustu við sjúkratryggða hvar á landinu sem þeir eru búsettir og að veitendur þjónustu gæti þess að sjúkratryggðir njóti jafnræðis”. Um þetta er það að segja að lög ættu ekki að íþyngja einum aðila umfram aðra og verður að ætlast til þess að orðaleppar eins og “að leitast við” og “gæta þess” hverfi ur lögum er snerta alla landsmenn jafnt.

Tannlæknafélagið fagnar því að eftirlit sé haft með starfsemi milli samningsaðila. Gildir slíkt eftirlit þá jafnt um stofnunina og veitendur þjónustunnar. Slíkt myndi skapa aðhald og minnka tortryggni milli aðila. Á hinn bóginn er ekki gætt jafnræðis þegar rætt er um vanefndir og viðurlög í 48. og 49. grein frumvarpsins. Er hvergi nefnt að hægt sé að sækja að stofnuninni vegna vanefnda, ranginda eða vanrækslu.

Löngu tímabært er að koma á rafrænum samskiptum og samskipti á samræmt rafrænu formi eru til bóta.

Í framsögu heilbrigðisráðherra segir eftirfarandi: “*Gert er ráð fyrir að framkvæmd laganna muni að mestu hvíla á sjúkratryggingastofnun, sérstakri stjórnsýslustofnun sem mun starfa undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra. Sjúkratryggingastofnun mun því í umboði ráðherra bera annars vegar ábyrgð á framkvæmd sjúkratrygginga gagnvart einstaklingum og hins vegar fara með það hlutverk að semja við heilbrigðisstofnanir, sveitarfélög, sjálfseignarstofnanir, fyrirtæki og einstaklinga um veitingu heilbrigðisþjónustu og endurgjald fyrir veitta þjónustu til handa sjúkratryggðum einstaklingum í samræmi við stefnumörkun ráðherra*”

Tannlæknafélagið telur eðlilegra að Alþingi marki opinbera stefnu í heilbrigðismálum þjóðarinnar enda hefur það á höndum fjárveitingavaldið en ekki ráðherra heilbrigðismála.

Tannlæknafélagið er ávallt tilbúið til viðræðna um málefni tannlækna og tannlækningar en ítrekar að hið opinbera er nú aðeins kaupandi að 18-20% umfangs tannlæknaþjónustu á Íslandi og eru engin teikn uppi um að það breytist í brád.

F.h Tannlæknafélags Íslands

Sigurjón Benediktsson formaður
Sigurður Benediktsson gjaldkeri

.

Alþingi
Erindi nr. P 135/3024
komudagur 26.6.2008

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 26. júní 2008
KG/SLB/043/08

Efni: Umsögn II um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Vísað er til erindis heilbrigðisnefndar Alþingis dags. 4. júní 2008 þar sem óskað er aftur eftir umsögn Tryggingastofnunar ríkisins um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Tryggingastofnun þakkar fyrir erindið, en hefur engu að bæta við fyrri umsögn, dags. 19. maí sl. og minnisblað sent heilbrigðisnefnd, dags. 23. maí sl.

Virðingarfyllst,


Sigríður Lillý Baldurardóttir, forstjóri

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 19. maí 2008
SLB/036/08

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Vísað er til erindis formanns heilbrigðisnefndar Alþingis dags. 8. maí 2008 þar sem óskað er eftir umsögn Tryggingastofnunar ríkisins um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Tryggingastofnun þakkar fyrir erindið. Almennir virðist um vel unnið frumvarp að ræða með skýrum ákvæðum. Þó skal vakin athygli á því að ákvæði 5. gr. um sameiginlega afgreiðslu, þjónustu og upplýsingagjöf með sjúkratryggingastofnun er í veigamiklum atriðum ekki útfært í frumvarpinu, sem skiptir verulegu máli varðandi framtíðarrekstur Tryggingastofnunar. Einnig vill Tryggingastofnun koma eftirfarandi athugasemdum og tillögum á framfæri við heilbrigðisnefnd.

I. Nauðsynlegar breytingar á frv.

Réttindi endurhæfingarlífeyrisþega

7. gr. laga um félagslega aðstoð nr. 99/2007 fjallar um endurhæfingarlífeyri. Í 4. mál. ákvæðisins segir: „*Um aðrar tengdar bætur fer eftir sömu reglum sem um elli- og örorkulífeyri*”. Ákvæðið hefur hingað til verið skilið þannig að þeir sem njóta endurhæfingarlífeyris njóti sömu réttinda og örorkulífeyrisþegar varðandi lægri gjöld fyrir heilbrigðisþjónustu, greiðsluþátttöku í tannlækningum, o.fl. Í frumvarpinu þyrfti að koma fram hvort þessi réttindi endurhæfingarlífeyrisþega eigi að haldast óbreytt, nú þegar málaflokkar sjúkratrygginga og félagslegrar aðstoðar heyra undir sitt hvort ráðuneytið og sitt hvor lögin.

1. mgr. 45. gr. frv.

Í ákvæðinu segir: “*Sjúkratryggingastofnunin skal hafa eftirlit með starfsemi samningsaðila sem miðar að því að tryggja að tegundir, magn, gæði, kostnaður og árangur þjónustu sé í samræmi við gerða samninga. Stofnunin skal hafa samráð við landlækni um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlits*”.

Eins og sjá má varðar þetta ákvæði eingöngu eftirlit með starfsemi aðila sem eru á samningi við sjúkratryggingastofnunina. Þess er hins vegar að vænta að áfram muni töluverður hluti þeirrar þjónustu sem sjúkratryggingastofnuninni er ætlað að kaupa og greiða fyrir byggjast á öðru en samningum, t.d. reglugerðum. Má þar t.d. nefna lyf,

Tryggingastofnun ríkisins
Laugavegi 114
150 Reykjavík
Sími: 560 4400
Bréfsími: 560 4451
tr.is

næringu og sérfæði, hluta hjálpartækja, ferðir sjúkra til lækninga svo og þjónustu aðila sem eru tímabundið án samnings, sbr. 38. gr. frv. Nauðsynlegt er að bæta hér við ákvæði sem tekur til kostnaðareftirlits á þeirri þjónustu sem áfram verður keypt án samninga. Í þessu sambandi skal tekið fram að faglegt eftirlit landlæknis skv. 7. og 13. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni nær ekki til kostnaðareftirlits og hið sama gildir um faglegt eftirlit Lyfjastofnunar skv. 3. gr. lyfjalaga nr. 93/1994.

Með vísan til framangreindra skýringa leggur Tryggingastofnun til að ákvæði 1. mgr. 45. gr. frv. verði svohljóðandi (breytingar undirstrikaðar):

Sjúkratryggingastofnunin skal hafa eftirlit með þeirri þjónustu, sem stofnunin tekur þátt í að greiða, sem miðar að því að tryggja að tegundir, magn, gæði, kostnaður og árangur þjónustu sé í samræmi við gerða samninga, lög, reglugerðir eða gildandi gjaldskrár. Stofnunin skal eftir atvikum hafa samráð við landlækni um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlits”.

Með vísan til framangreinds þyrfti jafnframt að breyta fyrirsögn IV. kafla þannig að kaflinn myndi fjalla um samninga um heilbrigðisþjónustu og fleira.

4. mgr. 45. gr. og 46. gr. frv.

Í 4. mgr. 45. gr. frv. segir: „Læknum eða tannlæknum sjúkratryggingastofnunar er heimilt að leita upplýsinga hjá þeim sem notið hafa þjónustu, eftir því sem við á vegna eftirlitshlutverks stofnunarinnar.”

Í 46 gr. frv. sem kveður á um upplýsingaskyldu heilbrigðisstarfsmanna kemur fram í 1. ml. að „Þeim heilbrigðisstarfsmönnum sem ábyrgð bera á vörslu sjúkraskráa er skylt að veita læknum eða eftir atvikum tannlæknum, sjúkratryggingastofnunar þær upplýsingar og gögn sem stofnuninni eru nauðsynlegar vegna eftirlitshlutverks hennar.” Í 2 ml. segir: „Þá er læknum sjúkratryggingastofnunarinnar, eða tannlæknum þegar það á við, heimilt að skoða þann hluta sjúkraskrár sem nauðsynlegt er vegna eftirlits með samningum.”

Þjónusta við sjúklinga getur verið veitt af aðilum úr ýmsum heilbrigðisstéttum. Þar getur m.a. verið um að ræða lækna, hjúkrunarfræðinga, sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara o.fl. Ný stofnun um sjúkratryggingar mun væntanlega gera samninga eða greiða fyrir þjónustu aðila úr þessum helstu heilbrigðisstéttum. Þá munu hinir ýmsu heilbrigðisstarfsmenn að öllum líkindum starfa hjá stofnuninni og þannig koma að eftirliti á vegum stofnunarinnar. Því er óeðlilegt að takmarka aðgang annarra en lækna og tannlækna að gögnum og sjúkraskrá og mun það hafa hamlandi áhrif á eftirlit stofnunarinnar. Til að nýta sem best sérþekkingu hverrar heilbrigðisstéttar er æskilegra að hver fagaðili geti haft eftirlit á sínu sviði enda er ákvæðið ekki bundið við að eingöngu læknir eða tannlæknir sé að veita upplýsingar heldur að hver sá aðili sem ber ábyrgð á sjúkraskrá skuli veita sjúkratryggingastofnuninni upplýsingar. Þá þurfa lyfjafræðingar sjúkratryggingastofnunarinnar að hafa heimild til að leita upplýsinga hjá t.d. læknum eða apótekum.

Heimildin sem veitt er til skoðunar sjúkraskrár í 2. ml. 46. gr. frv. er þrengri en núgildandi heimild skv. 5. mgr. 52. gr. laga nr. 100/2007 um almannatryggingar þar sem ákvæði frv. takmarkast við eftirlit með samningum en gildandi ákvæði almannatryggingalaganna nær hins vegar til þess hluta sjúkraskrár sem reikningsgerð

á hendur stofnunarinnar er byggð á. Nauðsynlegt getur verið fyrir heilbrigðisstarfsmenn sjúkratryggingastofnunarinnar að skoða sjúkraskrár vegna eftirlits með þjónustu sem ekki byggist á samningum, t.d. vegna lyfja, næringar og sérfæðis, hluta hjálpartækja, ferða sjúkra til lækninga, svo og þjónustu aðila sem eru tímabundið án samnings, sbr. 38. gr. frv.

Með vísan til framangreindra skýringa leggur Tryggingastofnun eftirfarandi til:

1. Að 4. mgr. 45. gr. orðist svo (breytingar undirstrikaðar):

Læknum eða öðrum heilbrigðisstarfsmönnum sjúkratryggingastofnunar er heimilt að leita upplýsinga hjá þeim sem notið hafa þjónustu, eftir því sem við á vegna eftirlitshlutverks stofnunarinnar.

2. Að 46. gr. orðist svo (breytingar undirstrikaðar):

Þeim heilbrigðisstarfsmönnum sem ábyrgð bera á vörslu sjúkraskráa er skylt að veita læknum eða eftir atvikum öðrum heilbrigðisstarfsmönnum sjúkratryggingastofnunarinnar þær upplýsingar og gögn sem stofnunarinnar eru nauðsynlegar vegna eftirlitshlutverks hennar, sbr. einnig 45. gr. Þá er læknum eða öðrum heilbrigðisstarfsmönnum sjúkratryggingastofnunarinnar þegar það á við, heimilt að skoða þann hluta sjúkraskrár sem nauðsynlegt er vegna eftirlits [...]. Skoðun skal fara fram á þeim stað þar sem sjúkraskrá er varðveitt.

47. gr. frv.

Ákvæðið sem fjallar um samninga um kaup á vörum og þjónustu hljóðar svo: „Sjúkratryggingastofnunin er heimilt á grundvelli laga um opinber innkaup að semja við stofnanir, fyrirtæki eða einstaklinga um vörur og almenna þjónustu sem henni ber að veita og falla ekki undir samninga um heilbrigðisþjónustu.” Í skýringum með ákvæðinu segir: „Í greininni er kveðið á um heimild sjúkratryggingastofnunarinnar til að semja um kaup á vörum og þjónustu sem ekki er heilbrigðisþjónusta. Fyrst og fremst er um að ræða hjálpartæki, næringarefni og sérfæði. Sambærilegt ákvæði, en öllu ítarlegra, er að finna í 1. mgr. 46. gr. laga nr. 100/2007, um almannatryggingar. Ekki er talin þörf á svo ítarlegu ákvæði enda gilda lög um opinber innkaup um samningagerð sem þessa.”

Í 2. ml. 1. mgr. 46. gr. núgildandi laga um almannatryggingar segir: „Tryggingastofnun ber að leita bestu mögulegra kjara, að teknu tilliti til gæða, á þeim vörum og þjónustu sem hún greiðir eða tekur þátt í að greiða samkvæmt lögum þessum.” Þetta ákvæði hefur verið lagagrundvöllurinn að baki lögmætis þess að gera verðkannanir á einstökum flokkum hjálpartækja svo og á næringarefni og sérfæði og miða síðan styrkveitingar við það verð, sbr. 6. ml. 1. mgr. 4. gr. reglugerðar nr. 460/2003 um styrki Tryggingastofnunar ríkisins vegna hjálpartækja og 8. ml. 4. gr. rg. nr. 625/2003 um styrki Tryggingastofnunar ríkisins til kaupa á næringarefnum og sérfæði. Ekkert sambærilegt ákvæði er að finna í frumvarpinu nema þar sem fjallað er um kjör og gæði innan samninga. Í lögum um opinber innkaup er ekkert ákvæði sem getur komið í stað þessa. Þetta ákvæði má því alls ekki falla út.

Með vísan til framangreindra skýringa leggur Tryggingastofnun til að við ákvæði 47. gr. frv. bætist svohljóðandi málsliður:

Sjúkratryggingastofnun ber að leita bestu mögulegra kjara, að teknu tilliti til gæða, á þeim vörum og þjónustu sem hún greiðir eða tekur þátt í að greiða samkvæmt lögum þessum.

II. Önnur atriði

Athugasemd um 11.-16. gr. frv.

Kafli 2 Tryggður samkvæmt lögnum úr ATL og valin ákvæði úr rg. 463/99 sem hann varða eru tekin inn hér. Þessi ákvæði fjalla um það hverjir njóti réttinda til almannatrygginga en helsta breytingin er sú að í stað almannatrygginga kemur sjúkratryggingar. Sambærileg ákvæði þyrftu ávalt að vera í lögum um almannatryggingar, ella er hætt á því að tryggingaverndin geti þróast í sitt hvora áttina.

Athugasemd um 20. gr. frv.

Í athugasemd um 20. gr. frv. kemur fram að með öryrkjum í ákvæðinu sé „átt við þá sem hafa verið metnir til a.m.k. 50% örorku samkvæmt lífeyriskafli laga nr. 100/2007, um almannatryggingar.“

Þetta er naumast rétt. Væntanlega er eins og verið hefur átt við þá sem hafa verið metnir til a.m.k. 75% örorku sbr. 18. gr. almannatryggingalaganna. Þeir sem metnir eru til 50% örorku eru hins vegar svonefndir örorkustyrkþegar, sbr. 19. gr. almannatryggingalaganna, og hafa þeir ekki átt rétt til greiðslu tannlæknakostnaðar hingað til.

6. töluliður 1. mgr. 29. gr. frv.

Í ákvæðinu segir: „Lyf, sbr. 25. gr. Ekki er þó heimilt að taka gjald fyrir lyf, sem sjúkratryggðum er lífsnauðsynlegt að nota að staðaldri“..... „Í reglugerð má tiltaka hámark eininga í lyfjaádvísunum.“

Vakin er athygli á að nauðsynlegt kann að vera að breyta þessu ákvæði innan skamms ef farið verður út í nýtt greiðsluþátttökukerfi með það að markmiði að gæta jafnræðis milli sjúklingahópa.

2. mgr. 44. gr. frv.

Í ákvæðinu segir: „Við ákvarðanir og samninga um nýjar aðferðir, þjónustu, lyf og vörur skal sjúkratryggingastofnunin byggja á niðurstöðu faglegs og hagræns mats í samræmi við viðurkenndar alþjóðlegar aðferðir“.

Vakin er athygli á að samkvæmt lyfjalögum ákvarðar lyfjagreiðslunefnd (LGN) hámarksverð lyfja og ákvarðar hvort sjúkratryggingar taka þátt í greiðslu lyfs. Ákvæðið á því almennt ekki við um lyf til jafnfætis við önnur atriði sem nefnd eru í málsgreininni. Þessi málsgrein getur þó átt við lyf í þeim tilvikum þegar LGN ákvarðar að sjúkratryggingar taki ekki þátt í greiðslu á lyfi (0-merkt í lyfjaverðskrá) en sjúkratryggingar geta í sérstökum tilvikum gefið út lyfjaskírteini (sem heimilar þá greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í lyfinu) fyrir sjúkratryggðra einstaklinga, sbr. reglugerð.

52. gr. frv.

Í ákvæðinu segir: „Sjúkrahús, heilbrigðisstofnanir og stofnanir fyrir aldraða skulu senda sjúkratryggingastofnuninni upplýsingar um vistun, þ.e. innlagir og útskriftir.“

Upplýsingarnar skulu sendar reglulega eftir því sem þörf krefur og eigi sjaldnar en einu sinni í mánuði”.

Vakin er athygli á því að sambærilegt ákvæði er að finna í 7. mgr. 48. gr. laga nr. 100/2007, um almannatryggingar. Því virðist sem gert sé ráð fyrir að sömu upplýsingar séu sendar bæði til sjúkratryggingastofnunarinnar og Tryggingastofnunar. Þessar upplýsingar eru nauðsynlegar fyrir Tryggingastofnun svo ákvarða megi rétt til lífeyristrygginga. Það kemur því upp sú spurning hvort ætlunin sé að um tvöfalt utanumhald verði að ræða, eða að verklagið verði á þeim nótum sem hefur verið hingað til, þar sem lífeyristryggingasvið Tryggingastofnunar hefur annast utanumhald þessara upplýsinga og sjúkratryggingasvið hefur haft aðgang að þeim.

Daggjöld vegna hjúkrunarrýma

Í frv. er ekki kveðið skýrt á um skil og hlutverk sjúkratryggingastofnunar og Tryggingastofnunar ríkisins varðandi greiðslu daggjalda vegna hjúkrunarrýma á sama hátt og er gert í 6. mgr. 48. gr. laga nr. 100/2007 varðandi vistunarframlag til dvalarheimila.

Athugasemd við 53. gr. frv.

Æskilegt er að í frv. sé kveðið á um hvaða heimild stofnunin skuli hafa til að standa að gerð framkvæmdasamninga, endurkröfubrottfallssamninga og uppgjörssamninga vegna endurkrafna á útlögðum sjúkrakostnaði.

Markmið frv. og eftirlit

Í 1. gr. frv. kemur fram að markmið laganna sé m.a.:

- Að heilbrigðisþjónustan verði rekstrarlega og þjóðhagslega hagkvæm.
- Að hámarka gæði heilbrigðisþjónustunnar.
- Að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu.
- Að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna.

Í 48. gr. frv. kemur fram að í samningum skuli vera ákvæði um vanefndir og vanefndaúrræði og að ef vanefndir sannist geti úrræði stofnunarinnar m.a. falist í:

- Fyrirmælum um breytta þjónustu, skráningu eða gjaldtöku.
- Aminningu.
- Takmörkun á magni og tegund þjónustu sem greitt er fyrir.
- Uppsögn samnings.
- Kröfu um endurgreiðslu eða skaðabætur.
- Tilkynningu til eftirlitsaðila.
- Kæru til lögreglu vegna meintra lögbrota.

Vandséð er að þessum markmiðum laganna verði náð verði frumvarpið samþykkt óbreytt. Tryggingastofnun telur einsýnt að auka þurfi eftirlitsheimildir stofnunarinnar verulega umfram það sem gert er ráð fyrir í frumvarpinu. Stofnunin leyfir sér að leggja til eftirfarandi ákvæði sem byggð eru m.a. á sambærilegum ákvæðum norskra laga um almannatryggingar, sbr. fylgiskjal.

x. gr.

Upplýsingaöflun vegna eftirlits

Sjúkratryggingastofnuninni er heimilt í þágu eftirlits að skoða og afrita öll gögn önnur en sjúkraskrár hjá þeim aðilum sem fá greiðslur frá stofnuninni eða greiðslur stofnunarinnar byggjast á. Heimild til afritunar gagna nær bæði til gagna sem geymd

eru á tölvutæku formi og annarra gagna. Sjúkratryggingastofnuninni er jafnframt heimilt að óska eftir að framangreindir aðilar sendi henni gögn sem stofnuninni eru nauðsynleg í þágu eftirlits.

Sjúkratryggingastofnuninni er heimilt í þágu eftirlits að sannreyna áreiðanleika rafrænna gagna.

Þeim aðilum sem veitt geta upplýsingar sem bætur og greiðslur sjúkratryggingastofnunarinnar grundvallast á ber skylda til að veita stofnuninni upplýsingar í þágu eftirlits, ókeypis og í því formi sem óskað er, enda liggi fyrir heimild til öflunar þessara upplýsinga.

y. gr.

Áhrif rangra eða ónógra upplýsinga á bætur

Sjúkratryggingastofnuninni er heimilt að hafna umsókn um bætur eða stöðva greiðslur að hluta til eða öllu leyti vegna skorts á upplýsingum eða vegna rangra, villandi eða ófullnægjandi upplýsinga um atriði sem skipta máli varðandi rétt til bóta.

Sjúkratryggingastofnunin getur hafnað greiðslum til útgefanda reiknings, að hluta til eða öllu leyti, svo og greiðslum til sjúkratryggðs einstaklings samkvæmt framlögðum reikningi frá þriðja aðila, vegna skorts á upplýsingum eða vegna rangra, villandi eða ófullnægjandi upplýsinga um atriði sem skipta máli.

z. gr.

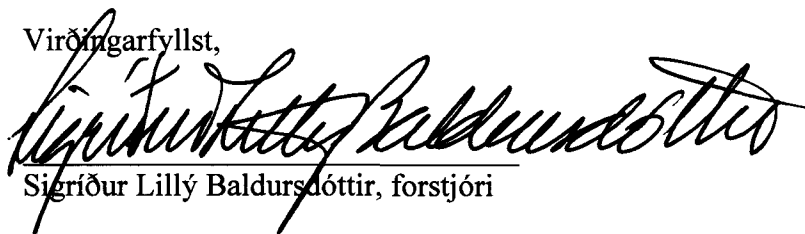
Missir réttar til að starfa fyrir sjúkratryggingastofnunina

Ef aðili sem veitir þjónustu sem fellur undir lög þessi gerir sig sekan um misnotkun sjúkratrygginga, uppfyllir ekki lögbundnar skyldur sínar eða gefur sjúkratryggingastofnuninni misvísandi upplýsingar eða vottorð sem leitt getur til rangra bótagreiðslna, getur sjúkratryggingastofnunin ákveðið að ekki skuli greiða fyrir þjónustu sem viðkomandi aðili veitir. Í slíkum tilvikum ber stofnuninni heldur ekki skylda til að greiða bætur á grundvelli vottorðs frá viðkomandi aðila.

Að lokum telur Tryggingastofnun mikilvægt að koma að athugasemdum við fylgiskjal með frv., umsögn fjármálaráðuneytisins, en þar er ekki fjallað um áhrif þess á kostnað vegna reksturs Tryggingastofnunar að sjúkratryggingar flytjast til sjúkratryggingastofnunar.

Tryggingastofnun lýsir áhyggjum sínum af því að hvorki sé gert ráð fyrir nægjanlegu fjármagni til reksturs hinnar nýju sjúkratryggingastofnunar né áframhaldandi starfsemi Tryggingastofnunar.

Virðingarfyllst,



Sigríður Lilly Baldursdóttir, forstjóri

Fylgiskjal með umsögn TR

Lov om folketrygd (folketrygdloven).

Kapittol 25. Forskjellige bestemmelser

§ 25-6. Tap av retten til å praktisere for trygdens regning

Dersom en person som gir behandling eller yter tjenester som faller inn under denne loven, gjør seg skyldig i misbruk overfor trygden, ikke oppfyller lovbestemte plikter eller gir trygden misvisende opplysninger eller erklæringer som kan føre til misbruk av trygdeytelser, kan Arbeids- og velferdsdirektoratet bestemme at det ikke skal ytes godtgjørelse for behandling eller tjenester som vedkommende utfører. I slike tilfeller plikter trygden heller ikke å yte stønad på grunnlag av erklæring fra vedkommende.

§ 25-7. Utelukkelse fra å utstede legeerklæringer

Dersom en lege ikke innen rimelig tid gir trygden de opplysninger som er nødvendige for å avgjøre en sak om sykepengar, medisinsk rehabilitering, attføring, tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, kan Arbeids- og velferdsdirektoratet bestemme at trygden i opptil ett år ikke skal gi slike ytelser på grunnlag av erklæringer fra legen. Det samme gjelder dersom legen gjentatte ganger ikke følger bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven om sykmelding og funksjonsvurdering.

§ 25-12. Straff for å gi uriktige opplysninger og for ikke å gi nødvendige opplysninger

Den som mot bedre vitende gir uriktige opplysninger, eller holder tilbake opplysninger som er viktige for rettigheter eller plikter etter denne loven, straffes med bøter hvis forholdet ikke går inn under strengere straffebud.

På samme måte straffes den som med hjemmel i denne loven er pålagt å gi opplysninger og meldinger, men som forsettlig eller uaktsomt forsømmer å gjøre dette.

Arbeids- og velferdsdirektoratet eller den det gir fullmakt begjærer påtale.

23.05.2008

Minnisblað til Heilbrigðisnefndar Alþingis í tengslum við umsögn Tryggingastofnunar ríkisins um framvarp til laga um sjúkratryggingastofnun

Í framhaldi af fundi starfsmanna Tryggingastofnunar ríkisins með Heilbrigðisnefnd var óskað eftir minnisblaði frá stofnuninni um þau töpuðu samlegðaráhrif sem ætla mætti að stofnunin yrði fyrir þegar starfsemi hennar skiptist á tvo staði.

Rekstur TR 2008

Í frumvarpinu er gert ráð fyrir að Sjúkratryggingastofnun taki til starfa 1. september 2008 þó svo að tiltekin verkefni kunni að flytjast síðar. Af þessu skapast veruleg óvissa um rekstur Tryggingastofnunar út árið og jafnvel lengur m.a. vegna ýmissa skuldbindinga. Ljóst er þó að heildarkostnaður vegna rekstrar Tryggingastofnunar lækkar ekki nema sem nemur launakostnaði þeirra starfsmanna sem flytjast munu til nýrrar stofnunar sjúkratrygginga. Eftir mun standa margvíslegur fastur og óbeinn kostnaður. Gera má ráð fyrir að hér muni allt að 70 milljónum, sem þá vantar til reksturs TR síðustu mánuði ársins 2008.

Þá hefur þegar fallið til nokkur kostnaður á TR vegna undirbúnings fyrirhugaðra breytinga og fyrirsjáanlegt er að sá kostnaður mun verða umtalsverður á árinu m.a. við að aðstoða nýja stofnun sjúkratrygginga við að taka við verkefnum. Í bréfi dags. 30. nóvember frá fyrrum stjórnarformanni Tryggingastofnunar og starfandi forstjóra til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra var þessi kostnaður metinn verða a.m.k. 30 milljónir kr. Var það þá þegar mat manna að kostnaðurinn væri varlega áætlaður.

Kostnaður vegna breytinga á rekstri Tryggingastofnunar er því metinn samtals vera a.m.k. 100 milljónir á árinu 2008.

Rekstur TR 2009

Vísa má í fjárlagabæiðni Tryggingastofnunar vegna ársins 2009, en þar er m.a. kostnaður vegna uppskiptingar TR metinn vera 60 milljónir kr. Umrædd áætlun byggir þó á öðrum forsendum en fyrirliggjandi frumvarp. Á grundvelli upplýsinga og gagna m.a. frá ráðgjöfum forsætisráðuneytisins sem starfað hafa að greiningu verkefnisins er ljóst að um verulegt vanmat var að ræða í fjárlagabæiðni TR. Ljóst er að gera má ráð fyrir að varanlegur breyttur rekstrarkostnaður TR frá og með árinu 2009, eftir skiptingu verði um 120 milljónir.

Varanlegur aukinn rekstrarkostnaður Tryggingastofnunar vegna þeirra breytinga sem lagðar eru til í frumvarpi til laga um sjúkratrygginga er metinn vera 120 milljónir kr.

Vegna þeirrar óvissu sem enn ríkir um það hvernig verkefni munu flytjast til sjúkratryggingastofnunar, tímasetningar og umfang, verður að gera fyrirvara varðandi allar ofangreindar kostnaðartölur.

Alþingi
Erindi nr. P 135/2943
komudagur 23.5.2008



Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík

Reykjavík, 23. maí 2008
Tilvísun: UB 0805/4.1.1

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar, 613. mál, heildarlög.

Við er til bréfs heilbrigðisnefndar Alþingis, dagsett 16. maí 2008, þar sem óskað er eftir umsögn umboðsmanns barna um ofangreint frumvarp. Undirrituð hefur sökum anna ekki haft tök á að fara yfir frumvarpið í heild sinni, en vill koma eftirfarandi athugasemdum á framfæri:

Í 1. mgr. 32. gr. frumvarpsins er gerð sú breyting frá núgildandi lögum að réttur til sjúkradagpeninga er bundinn við að umsækjandi hafi náð 18 ára aldri í stað 16 ára. Einstaklingar verða ekki lögráða fyrr en við 18 ára aldur samkvæmt lögræðislögum nr. 71/1997 og framfærsluskylda foreldra samkvæmt barnalögum nr. 76/2003 helst fram að þeim tíma. Þrátt fyrir ofangreint er nauðsynlegt að haft sé í huga að skólaskylda samkvæmt lögum um grunnskóla nr. 66/1995 nær aðeins til 16 ára aldurs. Umboðsmaður barna leggur mikla áherslu á menntun barna og telur mikilvægt að öll börn eigi kost á framhaldsmenntun og geti nýtt sér hana sbr. 28. og 29. gr. Samnings Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins nr. 18/1992. Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands var skólasókn í framhaldsskólum 93% hjá 16 ára ungmönnum og 85% hjá 17 ára ungmönnum haustið 2006. Má af þessu draga þá ályktun að nokkur fjöldi ungmenna á aldrinum 16 til 18 ára sé á vinnumarkaði, auk þess sem vitað er að fjölmargir

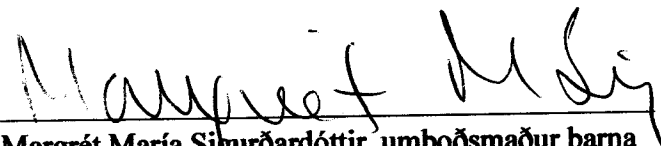
framhaldsskólanemar stunda vinnu samhliða námi, sumir sér til framfærslu. Náí þessi breyting sem boðuð er í frumvarpinu fram að ganga eiga ungmenni á aldrinum 16 – 18 ára því ekki rétt á sjúkradagpeningum og geta því orðið bótalaus verði þau óvinnufær. Auk þess verður ekki framhjá því litið að börn verða sjálfstæðir skattaðilar við 16 ára aldur samkvæmt lögum nr. 90/2003 um tekjuskatt. Samkvæmt ofangreindu má vera ljóst að breytingin hefur það í för með sér að staða ungmenna á aldrinum 16 – 18 ára á vinnumarkaði verður lakari en fullorðinna og telur umboðsmaður barna það ekki eðlilegt.

Í 20. gr. frumvarpsins er fjallað um að sjúkratryggingar taki til nauðsynlegra tannlækninga, annarra en tannréttinga, barna yngri en 18 ára með sambærilegum hætti og í nágildandi lögum nr. 100/2007 um almannatryggingar. Þá er að finna sambærilegt skilyrði um að greiðslupátttaka eigi aðeins við ef í gildi sé samningur milli þess tannlæknis sem veitir þjónustuna og sjúkratryggingastofnunar. Kveðið er á um rétt barna til að njóta besta mögulega heilsufars og aðgengi að heilbrigðisþjónustu í 24. gr. Samnings Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins nr. 18/1992. Þar segir jafnframt að aðildarríkin skuli tryggja þennan rétt og sjá til þess að ekkert barn fari á mis við hann. Undir þessa grein fellur tannlæknaþjónusta. Umboðsmanni barna hafa borist mörg erindi í tengslum við bæði tannlæknaþjónustu og kostnað. Tíðni tannskemmda barna fer vaxandi hér á landi samkvæmt niðurstöðum MUNNÍS – landsrannsóknar á munnheilsu barna á Íslandi. Þar kemur fram að um 17% barna og ungmenna mæta ekki í reglubundið eftirlit hjá tannlækni. Má það m.a. rekja til þess hversu dýrt það hefur verið að sækja slíka þjónustu og að gjaldskrá margra tannlækna sé mun hærri en sú gjaldskrá ráðherra sem Tryggingastofnun ríkisins greiðir samkvæmt.

Að gefnu tilefni vil ég einnig benda á nauðsyn þess að þeir samningar milli ríkisins og sérfræðinga á heilbrigðissviði sem fjallað er um í frumvarpinu séu í gildi og að endurgreiðsla sé í samræmi við raunkostnað þjónustunnar. Ábendingar er varða ofangreint hafa borist umboðsmanni m.a. í tengslum við þjónustu talmeinafræðinga sbr. 21. gr. frumvarpsins. Flestir talmeinafræðingar í dag starfa án samnings við ríkið og hafa endurgreiðslur frá því í desember sl. verið greiddar í formi styrks. Sá styrkur er ekki í samræmi við raunkostnað þjónustunnar. Ekki þarf að undirstrika mikilvægi þess að börnum sé tryggð bæði fljót og góð þjónusta og að öll börn

geti nýtt sér hana óháð efnahag foreldra sinna. Hér með er vakin athygli yðar á þessu sívaxandi vandamáli.

Virðingarfyllst,


Margrét María Sigurðardóttir, umboðsmaður barna

Alþingi
Erindi nr. P 135/2936
komudagur 23.S. 2008

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
b/t Elínar Valdísar Þorsteinsdóttur
nefndarritara
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík



Reykjavík, 22. maí 2008.

Efni: Frumvarp til laga um sjúkratryggingar (613. mál).

Fleiri stofnanir

Það er erfitt að sjá hvers vegna hið opinbera telur vera þörf á nýrri stofnun til að sinna þessu hlutverki enda hefur því verið sinnt ágætlega af Tryggingastofnun hingað til. Ef gluggað er í umsögn fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytisins um frumvarp þetta þá kemur þar fram að m.v. fullan rekstur Sjúkratryggingastofnunar þá muni rekstrargjöld hennar nema um 800mkr. á ári. Þetta samsvarar árlegum skattgreiðslum tæplega 600 Íslendinga með meðalstalsárslaun – sem ráðstafað verða einungis í rekstrarkostnað þessarar stofnunar.

Vissulega er hluti af þessum útgjöldum að falla til í dag vegna starfsemi Tryggingastofnunar en fjárlagaskrifstofan gerir ráð fyrir talsverðri aukningu útgjalda og þar má t.a.m. nefna 70mkr. aukningu fjárútláta vegna nýrrar stjórnar, forstjóra og starfsmanna. Í ræðu heilbrigðisráðherra við framlagningu frumvarpsins kom eftirfarandi fram „Hlutverk stjórnar og forstjóra eru sambærileg hlutverki stjórnar og forstjóra Tryggingastofnunar ríkisins.“ Þannig verður árlegum skattgreiðslum rúmlega 50 Íslendinga ráðstafað til að mæta útgjöldum vegna launagreiðslna til aðila sem sinna sama hlutverki og nú þegar er sinnt. Þetta er algerlega ótækt.

Ný stofnun er ekki forsenda þess að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu. Slík styrking getur átt sér stað þó verkefnum nýrrar stofnunar verði haldið innan veggja Tryggingastofnunar með því að skilgreina nánar hlutverk hennar á sviði sjúkratrygginga og auka þar með gagnsæi líkt og gert er í frumvarpi þessu.

Viðskiptaráð leggur til að málefnum nýrrar Sjúkratryggingastofnunar verði haldið innan Tryggingastofnunar. Ný stofnun er ekki forsenda þess að annars góð markmið laganna nál fram að ganga.

Í ljósi þess markmiðs frumvarpsins að stuðla að þjóðhagslega hagkvæmri heilbrigðisþjónustu sem og í ljósi þess að um heildarlög er að ræða telur Viðskiptaráð rétt að fella inn í 6. og 7. gr. frumvarpsins tilvísun til laga- og reglugerðarákvæða er kveða á um mögulegar afleiðingar þess fyrir stjórnarmenn og forstjóra ef rekstri stofnunarinnar er ekki haldið innan ramma fjárlaga. Slík viðbót er réttmæt óháð því hvaða stofnun verður falið það hlutverk að annast framkvæmd sjúkratrygginga.

Blönduð fjármögnun

Fljótt á litið þá virðist frumvarpið vera að meginstefnu í samræmi við fyrirheit í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar um tímabærar breytingar innan heilbrigðisgeirans, en þegar nánar er að gáð eru þó nokkrir hnökrar á því.

Sjúkratryggingastofnun er heimilt skv. 43. gr. í samningum sínum að velja ýmis form endurgjalds til fjármögnunar, þ.m.t. greiðslur á hvern þjónustugega, verkgreiðslur, afkasta- og árangurtengdargreiðslur. Form af þessu tagi eru betur til þess fallinn að tryggja hagkvæma nýtingu fjármuna og það að fjármagn fylgi sjúklingi, en það var eitt þeirra atriða sem stefnuýfirlýsingin fól í sér. Hins vegar er einnig heimilt að semja um fastar greiðslur, en slíkt fyrirkomulag hefur töluvert verið nýtt í heilbrigðisgeiranum, sem er mögulega ein ástæða óhagkvæms rekstur heilbrigðisstofnanna. Heppilegra væri að kveða á um í ákvæðinu að við val á formi endurgjalds eigi ávallt að byggja á hvernig best verði náð hagkvæmri nýtingu þeirra fjármuna sem um ræðir.

Viðskiptaráð leggur til að bætt verði inn í 43. gr. að ákvörðun um val á formi endurgjalds eigi ávallt að byggja á því hvað er hagkvæmast hverju sinni.

Breytileg rekstrarform

Það er álit Viðskiptaráðs að kraftar einkaaðila í heilbrigðisþjónustu hafi verið verulega vannýttir hingað til. Í frumvarpinu eru skref í rétta átt hvað það varðar, en þarft er að gera betur. Til þess er vísað í stefnuýfirlýsing ríkisstjórnarinnar þar sem kveðið er á um mikilvægi þess að skapa svigrúm til fjölbreytilegra rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu og að slíku svigrúmi yrði náð m.a. með útboðum og þjónustusamningum.

Markmið með IV. kafla frumvarpsins, þar sem fjallar um samninga um heilbrigðisþjónustu, virðist vera að skapa ofangreint svigrúm en þó er mögulegt að ákvæði frumvarpsins komi í veg fyrir þetta ágæta markmið. Í greinargerð frumvarpsins með 40. gr. segir eftirfarandi (áherslur Viðskiptaráðs):

„Ekki er gert ráð fyrir að samið sé við einkaaðila um veitingu þjónustu ef slíkt raskar hinu opinbera þjónustukerfi. Þannig er ekki unnt að tína út ábatasömustu þjónustubættina ef það þýðir að opinber stofnun missi hæfni til að veita þjónustu á hagkvæman og öruggan hátt. Þó mikilvægt sé að haida kostnaði niðri og velja þá aðila sem geta veitt þjónustu með lágum tilkostnaði má slíkt markmið ekki vera á kostnað þátta eins og hæfni, gæða og öryggis. Meðal öryggisþátta sem tryggja verður er öflug bráðþjónusta en forsenda hennar getur verið að starfsmenn viðhaldi og auki þekkingu sína með því að fást við önnur viðfangsefni. Loks má nefna að í ýmsum tilfellum geta ólíkar málefnalegar forsendur falið í sér andstæður. Þannig er mögulegt að einkaaðili geti veitt tiltekna þjónustu af góðum gæðum og með lægri kostnaði en opinber heilbrigðisstofnun. Hins vegar getur tilfærsla mikiivægra starfsþátta komið niður á öryggi eða gert þá þjónustu sem eftir verður óhagkvæmari.“

Ekki er frekar skilgreint hvað felst í því að „raska hinu opinbera þjónustukerfi“ og er túlkun ákvæðisins því mjög óljós. Svo virðist sem þetta feli í sér mjög mikið svigrúm fyrir Sjúkratryggingastofnun, meðal annars til að ganga ekki til samningaviðræðna við einkaaðila. Þau hagkvæmnis- og öryggissjónarmið sem greinargerðin fjallar um eru að fullu tryggð í ákvæðinu enda segir þar að við val á viðsemjendum skuli m.a. taka mið af hagkvæmni og öryggi. Aðra réttmæta og málefnanlega hagsmuni sem Sjúkratryggingastofnun telur þarft að verja í samningsgerð af þessu tagi, og eru ekki upptaldir í ákvæðinu, mætti með skilvirkari hætti verja með því að skilgreina nánar réttindi og skyldur einkaaðila í samningsgerðinni sjálfri.

Viðskiptaráð leggur til að ofangreindur texti frumvarpsins verði felldur brott sem og það viðmið 3. mgr. 40. gr. að viðhaida nauðsynlegri þekkingu.

Í 40. gr. má finna önnur atriði sem eru til þess fallin að skerða frekar aðgang einkaaðila að heilbrigðisþjónustu. Sjúkratryggingastofnun er heimilt að takmarka samningsgerð við hluta þeirra aðila sem geta veitt þjónustu og getur stofnunin í því augnamiði leitað til tiltekinnna aðila um að leggja fram tilboð. Ef nauðsyn er á slíkri takmörkun telst heppilegra að hún byggi á á málefnalegum

og hlutlægum forsendum, t.a.m. jafnræði, hagkvæmni, kostnaði og öryggi, og þannig gerð sú krafa að undir slíkum kringumstæðum þurfi stofnunum að rökstyðja val á viðsemjendum sínum.

Viðskiptaráð leggur til að kveðið sé á um að við vai á viðsemjanda þá þurfi Sjúkrastofnun ávallt að byggja slíkt val á málefnalegum og hlutlægum forsendum.

Þessu til viðbótar þá verður aðili, sem hyggst hefja sjálfstæðan rekstur heilbrigðisþjónustu þar sem gert er ráð fyrir aðkomu Sjúkratryggingastofnunar, að hafa gert samning áður en hann hefur rekstur. Ráðherra getur þó veitt undabágu frá þessu, en þó aðeins að honum sé veitt slík heimild í öðrum lögum. Ef stofnunin hyggst þannig bjóða út tiltekna þjónustu þá verður einkaaðili, sem nú þegar er starfandi, að hlutast til eftir samþykki ráðherra áður en hann getur tekið þátt í því útboði og þá eru allar líkur á að útboðið sé þegar yfirstaðið. Ákvæði þetta tekur eingöngu til einkaaðila og telur ráðið það því tæpast standast jafnræðisreglu íslensks réttar.

Viðskiptaráð leggur til að 5. mgr. 40. gr. verði felld brott úr frumvarpinu.

Í greinargerð frumvarpsins við 41. gr. segir að sérstaka ákvörðun ráðherra þurfi til þess að semja við aðila, jafnt einka sem opinbera, um að þeir annist framkvæmdir og rekstur ákveðinna þátta heilbrigðisþjónustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Greinargerðin er að auki óskýr hvað verk- og rekstrarsamninga varðar. Þannig virðist Sjúkratryggingastofnun heimilt að gera slíka samninga við opinbera aðila án ákvörðunar ráðherra, en ætli stofnunin sér að gera sambærilega samninga við einkaaðila þá þurfi ákvörðun ráðherra.

Einkaaðilar standa því höllum fæti gagnvart opinberum aðilum hvað verk- og rekstrarsamninga varðar þar sem ákvæðið felur í sér hvata fyrir Sjúkratryggingastofnun að leita til opinberra aðila til að forðast þá kvöð að afla sérstakrar heimildar frá ráðherra. Eins og tæpt var á hér að ofan þá stenst mismunur af þessu tagi ekki nánari skoðun.

Viðskiptaráð leggur til að ofangreind skýring greinargerðar frumvarpsins verði felld brott.

Gjaldtaka fyrir heilbrigðisþjónustu

Í skýrslu Viðskiptaráðs 90 tillögur að bættri samkeppnishæfni Íslands lagði ráðið til að mörkuð yrði samræmd heildarstefna um notendagjöld í heilbrigðisþjónustu, án þess að möguleikar þeirra sem minna mega sín til að nýta sér þjónustuna yrðu skertir.

Í 29. gr. frumvarpsins er að finna ákvæði er kveður á um gjaldtöku fyrir ýmsa heilbrigðisþjónustu og felur það því í sér ákveðna nálgun á ofangreind notendagjöld, sem er vel. Þó má benda á tvennt. Fyrir það fyrsta er ráðherra veitt heimild til að ákveða hámark allrar gjaldtöku í reglugerð. Viðskiptaráð hefur frá öndverðu lagt sig upp á móti slíkum heimildum framkvæmdaravaldshafa enda felst í þeim talsvert inngríp af hálfu hins opinbera í daglegan rekstur fyrirtækja. Mögulega má færa rök fyrir því að önnur lögmál geti gilt um heilbrigðisþjónustu, sem réttlæti á einhvern hátt slík inngríp. Þá er hins vegar afar mikilvægt að kveðið verði á um í greinargerð frumvarpsins að ráðherra skuli, við samningu slíkra reglugerða, hafa samráð við helstu hagsmunaaðila.

Í annan stað er rétt að vekja athygli nefndarmanna á 464. þingmáli sem felur í sér talsverðar breytingar á lyfjalögum til hins verra. Verði frumvarp það að lögum þá verður lagt bann við veitingu afsláttar af lyfjum og sömuleiðis verður lyfjaheildsölum, lyfjaframleiðendum og smásöluaðilum gert skylt að selja lyfseðilsskyld lyf á sama verði um allt land. Verði bæði þessi frumvörp að lögum þá er upp kominn ýmis álitamál.

a) Lífsnauðsynleg lyf:

- a. Ef Sjúkratryggingastofnun ákveður að greiða 500 kr. fyrir lyf sem má samkvæmt ákvörðun Lyfjagreiðslunefndar að hámarki kosta 1.000 kr. þá er ljóst að lyfjasalar mega ekki undir neinum kringumstæðum rukka meira en 500 kr. þrátt fyrir gefið hámark Lyfjagreiðslunefndar. Ástæðan fyrir þessu er sú að frumvarp þetta bannar gjaldtöku umfram þáttöku sjúkratrygginga á lyfjum sem teljast lífsnauðsynleg. Rétt er að geta þess að hugtakið „lífsnauðsynlegt“ er ekki skilgreint nánar í frumvarpinu né hverjum það skal falið að meta slíka nauðsyn. Hámarkið sem Lyfjagreiðslunefnd ákveður er því að engu haft og einnig sú litla samkeppni sem má þrífast í verðlagningu undir því hámarki. Síðara frumvarpið sem um ræðir (464. þingmál) skyldar svo lyfjasala til að selja umrætt lyf á sama verði um allt land.
- b. Ef lífsnauðsynlegt lyf má nota í tilgangi þar sem „lífsnauðsyn“ á ekki við, þá njóta þeir sem þannig nýta lyfið ofangreinds banns, þ.e. þurfa ekki að greiða fyrir lyfið. Þetta fer þó allt eftir því hvernig ákveðið er að lyf séu lífsnauðsynleg og einnig hver ákveður það.

b) Önnur lyf:

- a. Sjúkratryggingastofnun ákveður, eins og hér að ofan, að greiða 500 kr. fyrir lyf sem ekki telst lífsnauðsynlegt, en Lyfjagreiðslunefnd hefur ákveðið að hámarksverð þessa lyfs megi vera 1.000 kr. Ef einstakur lyfjasali verðleggur umrætt lyf á 800 kr. þá er honum heimilt samkvæmt ákvæði 29. gr. að rukka þessar 300 kr. sem eru umfram þáttöku sjúkratrygginga. Ráðherra nýtir sér svo reglugerðarheimild 29. gr. til að ákveða hámarksverð lyfsins og ákveður þar að þetta lyf skuli að hámarki kosta 600 kr. Þá eru í gangi tvenns konar hámarksverð, annars vegar sett af Lyfjagreiðslunefnd og hins vegar af ráðherra og því spurning eftir hvoru verðinu lyfjasalar mega ákveða sitt verð.
- b. Ef það hámarksverð sem ráðherra ákveður á einungis við í tilteknum tilvikum, en hámarksverð Lyfjagreiðslunefndar á við í öðrum þá felst í því lögbundinn afsláttur til handa þeim sem uppfylla skilyrði reglugerðar ráðherra. Enn eins og var nefnt hér að ofan þá verða afsláttir með öllu bannaðir verði þingmál 464 að lögum.

Ekki verður betur séð en að ráðherra sé falið hér eftir hlutverk Lyfjagreiðslunefndar, og þannig í raun komnar tvær slíkar nefndir, með tilheyrandi réttaróvissu og röskun á því litla samkeppnissvigrúmi sem aðilum er nú veitt samkvæmt lyfjalögum og umræddu frumvarpi til breytingar á þeim lögum.

Ef ofangreint byggir á misskilningi undirritaðs og ætlunin er ekki að breyta núverandi kerfi þá liggur í hlutarins eðli að ákvæði sem þetta er óþarft. Til að viðhalda gagnsæi og samræmi er rétt að skipa málum er varða lyf í einn lagabálk sem og að ótvírætt sé að einn opinber aðili hafi forræði með verðlagningu lyfja.

Viðskiptaráð ieggur til að 6. tl. 1. mgr. 29. gr. verði felldur brott úr frumvarpinu og að í staðinn komi einföld vísan til þess að um gjaldtöku vegna lyfja fari samkvæmt lyfjalögum. Einnig er iagt til að kveðið verði á um í greinargerð frumvarpsins að ráðherra skuli, við samningu reglugerða skv. 29. gr., hafa samráð við helstu hagsmunaaðila.

Hvað 10. gr. frumvarpsins varðar þá er rétt að fella þar inn í undanþáguheimildir aðila sem koma hér til lands frá öðrum EES-löndum. En slíkum aðilum er kleift að sækja um sérstakt vottorð frá systurstofnunum Tryggingarstofnunar í sínu heimaríki sem þeir svo framvísa hér á landi og eru sjúkratryggðir frá fyrsta degi.

Enn fremur mætti skerpa á 11. gr. frumvarpsins á þá leið að einstaklingar sem vinna fyrir dótturfélög íslenskra móðurfélaga í ríkjum utan EES-svæðisins geti haft möguleika á að vera sjúkratryggðir hér á landi.

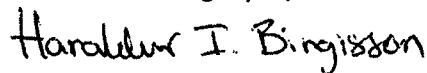
Viðskiptaráð leggur til að 10. og 11. gr. frumvarpsins verði breytt í samræmi við framangreint.

Að lokum vill Viðskiptaráð fagna því að veitendur heilbrigðisþjónustu verði skyldaðir til að kostnaðargreina þjónustu sína samkvæmt alþjóðlegum aðferðum, en á sama tíma dregur ráðið í efa réttmæti þess að undanskilja frumvarpið samkeppnislögum að því marki sem ákvæði þess teljast ósamrýmanleg samkeppnislögum. Markmið samkeppnislaga er að efla virka samkeppni og þar með vinna að hagkvæmri nýtingu framleiðslubáttá þjóðfélagsins. Slíkt markmið á vel heima innan veggja heilbrigðisgeirans.

Heppilegra hefði að veita lengri tíma til skoðunar á þessu umfangsmikla frumvarpi, en umsagnarbeiðni barst Viðskiptaráði daginn áður en kallað var á fund heilbrigðisnefndar. Viðskiptaráð var í hópi 13 umsagnaraðila sem fengu umsagnarbeiðnir um og eftir síðustu helgi á meðan aðrir umsagnaraðilar, sem voru um 120 talsins, fengu frumvarpið til umsagnar rúmlega viku áður. Í ljósi þess að umsagnir um þingmál eru orðnar mikilvægur hluti löggjafarferilsins þá er afar brýnt að jafnræðis meðal umsagnaraðila sé gætt.

Viðskiptaráð leggur til að frumvarpið nái ekki óbreytt fram að ganga.

Virðingarfyllt,



Haraldur I. Birgisson
Lögfræðingur Viðskiptaráðs

Sent með tölvupósti 22. maí 2008

Alþingi

Erindi nr. Þ 135/2934

komudagur 23. 5. 2008

Þroskahjálpar

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 26. maí 2008

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, mál 631/13.

Landssamtökin Þroskahjálpar hafa fengið til umsagnar frumvarp til laga um sjúkratryggingar mál 631. Samtökin átelja þann skamma frest sem fékkst til að senda inn umsagnir vegna svo viðamikils máls.

Helstu athugasemdir sem samtökin vilja gera við frumvarpið á þessu stigi eru eftirfarandi:

Landssamtökin Þroskahjálpar taka undir þær ábendingar sem m.a. Öryrkjabandalag Íslands hefur komið á framfæri að tryggt verði að réttindi sjúkra verði á engan hátt skert hvað varðar ákvæði stjórnsýslulaga þó Sjúkratryggingastofnun semji við aðra en opinbera þjónustuaðila um framkvæmd þjónustunnar.

Samtökin sakna þess að ekki er gert ráð fyrir að sjúkratryggingar nái til þjónustu sálfræðinga. Sálfræðimeðferð er að mati samtakanna eðlilegur og nauðsynlegur hluti heilbrigðisþjónustu sem dregur úr kostnaði við aðra þætti þjónustunnar eins og lyfjakostnað.

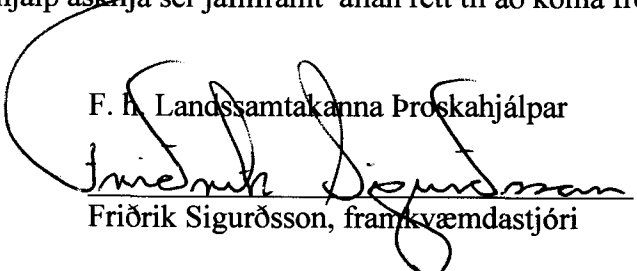
Landssamtökin Þroskahjálpar mælast til að breytingar verði gerðar á 31. grein frumvarpsins um dvalarkostnað þannig að ekki verði einvörðungu miðað við aldur sjúklings (18 ár) heldur þörf hans fyrir að njóta aðstoðar og stuðnings foreldra sinna eða annarra nákominna. Margt fólk, t.d. fólk með þroskahömlun, sem náð hefur 18 ára aldri þarfnast slíkrar aðstoðar.

Samtökin mæla einnig með því að greininni verði breytt í þá veru að heimild til að greiða kostnað vegna beggja foreldra verði rýmkuð umfram „lífshættulega sjúkdóma.“ Gera má ráð fyrir að hluti þeirra barna sem þarfnast sjúkrahúsvistar fjarri heimili sínu hafi þörf fyrir umönnun beggja foreldra sinna þó sjúkleiki þeirra sé ekki lífshættulegur. Þetta á ekki síst við um langveik og fötluð börn. Í þessu sambandi má benda á að í dag er foreldrum ætlað umtalsvert hlutverk varðandi sjúkrahúsvistanir barna sinna.

Samtökin leggja til að í báðum tilvikum verði mat sérfræðings lagt til grundvallar.

Landssamtökin Þroskahjálpar áskilja sér jafnframt allan rétt til að koma frekari athugasemdum á framfæri síðar.

F. h. Landssamtakanna Þroskahjálpar


Friðrik Sigurðsson, framkvæmdastjóri



Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 22. maí 2008

**Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar, heildarlög.
Málsnr. 613.**

ÖBÍ vill lýsa ánægju sína yfir því fá tækifæri til að gera athugasemdir við frumvarpið. Þrátt fyrir það vill ÖBÍ taka fram að frestur til að veita umsögn um svo mikilvægt og stórt mál eins og umrætt frumvarp er var allt of skammur. Tíminn dugði ekki til að lesa frumvarpið nægilega vel yfir og bera það saman við þau lög sem eru í gildi. Því er mögulegt að okkur hafi yfirsést atriði í frumvarpinu sem nauðsynlegt hefði verið að gera athugasemdir við. Jafnframt gafst ekki tími til lýðræðislegra vinnubragða innan ÖBÍ s.s. að bera athugasemdirnar í heild sinni undir stjórn bandalagsins. Verður því að taka tillit til þessara atriða þegar athugasemdir ÖBÍ eru til umfjöllunar. ÖBÍ telur skynsamlegt, vegna aðstæðna, að fresta afgreiðslu frumvarpsins til haustsins og jafnframt að sjúkratryggingastofnun taki ekki til starfa fyrr en 1. janúar 2009 frekar en 1. september nk. eins og áætlað er. Með því móti skapast meira svigrúm til að vanda enn betur gerð frumvarpsins sem er að mörgu leyti er gott.

Helstu athugasemdir við frumvarpið í heild:

Markmið frumvarpsins.

Markmið frumvarpsins eru skýr og það er jákvætt að stuðlað sé að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu með hámarksþægð í huga. Jafnframt er það til bóta að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu óháð því hvort veitendur þjónustunnar séu opinberir aðilar, sjálfseignarstofnanir, einkafyrirtæki eða sjálfstætt starfandi einstaklingar.

Réttindi sjúklinga.

Með tilkomu sjúkratryggingastofnunar og laga um sjúkratryggingar má gera ráð fyrir að rekstrarform verði fjölbreyttara en áður og að rekstur heilbrigðisþjónustu verði í auknum mæli í höndum rekstraraðila sem lúta ekki stjórnsýslulögum nr. 37/1993. Hefur ÖBÍ áhyggjur af réttindum þeirra sjúklinga sem munu njóta þjónustu þessara aðila en þeir lúta ekki stjórnsýslulögum nema sérstaklega sé kveðið á um það í lögum. Því er brýnt að setja sérstakt ákvæði inn í lögin, að þeir aðilar sem gera þjónustusamning við sjúkratryggingastofnun um að veita heilbrigðisþjónustu skuli lúta stjórnsýslulögum. Með slíku ákvæði í lögum veitist sjúklingum sem telja á sér brotið möguleikar á því að leita réttar síns t.d. með því að leita til umboðsmanns Alþingis. Er það sérstaklega mikilvægt hjá þeim þjónustuaðilum þar sem teknar eru stjórnsýsluákvæðanir um rétt eða skyldur manna en í stjórnsýslulögnum er kveðið á



um leiðbeiningaskyldu stjórnvaldsins, málshraða, rannsóknarskyldu, jafnræði, hæfisskilyrði, meðalhóf, andmæli og kæranleika.

Ákvörðunarvald ráðherra.

Lagatextinn ber þess merki að hann sé unnin á tiltölulega skömmum tíma þar sem mikið er vísað í heimild ráðherra um að kveða nánar um einstakar greinar með reglugerðum. Með því móti er dregið úr öryggi sjúklinga um réttindi sín sem annars geta breyst verulega á skömmum tíma. ÖBÍ telur nauðsynlegt að draga úr valdi ráðherra með því að setja í auknum mæli ákvæði í lagatextann en raun ber vitni.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

6. gr. Skipan stjórnar.

Í 6. gr. frumvarpsins er lagt til að ráðherra skipi í stjórn sjúkratryggingastofnunar og ekki er skilgreint nánar um hæfni og þekkingu stjórnarmanna. ÖBÍ gerir athugasemd við það og leggur til að í stjórn sitji fulltrúar með ólíkan bakgrunn og faglega þekkingu sem nái út fyrir það sem snýr að beinum rekstri. Lagt er til að í stjórn sitji fulltrúi hagsmunasamtaka öryrkja til að gæta réttindi sjúklinga.

8. gr. Starfshópar og sérfræðingar.

Kveðið er á í 8. gr. um að sjúkratryggingastofnun sé heimilt að skipa í starfshópa og kalla til sérfræðinga til að ræða ýmis mál s.s. við mat á því hvort unnt sé að veita læknismeðferð hér á landi sbr. 23 gr. Lagt er til að kveða skýrar á um hlutverk starfshópa þ.e. að hlutverk þeirra geti einnig verið að meta og semja um sérfræðipjónustu sem skynsamlegt væri að veita erlendis t.d. í endurhæfingarskyni (sjá nánar athugasemdir við 23. gr.).

III. KAFLI.

Sjúkratryggingar og þjónusta sálfræðinga.

Í þriðja kafla frumvarpsins er tilgreint til hvers konar sérfræðipjónustu sjúkratryggingar taka s.s. þjónustu sjúkraþjálfra, iðjuþjálfra o.fl. ÖBÍ leggur til að sjúkratryggingar taki einnig til þjónustu sálfræðinga. Bent er á í því sambandi að notkun geðlyfja vegna geðrænna vandamála hafa aukist talsvert á undanförunum árum, sem í ákveðnum tilvikum er hægt að minnka með sálfræðimeðferð.

11. gr. Sjúkratrygging, þrátt fyrir dvöl, nám eða atvinnu erlendis.

Í 11. gr. frumvarpsins er heimild til að ákveða hvort að einstaklingur sé áfram sjúkratryggður í allt að eitt ár frá brottför af landinu þótt hann sé ekki námsmaður enda leiði milliríkjasamningur ekki til annars. Gert er ráð fyrir að ráðherra setji reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar. ÖBÍ leggur til að kveðið verði nánar á um slík réttindi í lögum, til að tryggja rétt einstaklinga sem flytja af landi brott í að lágmarki sex mánuði, eða þar til hann hafi öðlast rétt til heilbrigðisþjónustu í því landi sem hann dvelst í.



19. gr. Þjónusta sérgreinalækna.

Í 19. gr. varðandi þjónustu sérgreinalækna kemur fram að ráðherra getur sett í reglugerð ákvæði um nánari framkvæmd greinarinnar, þar sem m.a. sé heimilt að ákveða að greiðslupátttaka sjúkratrygginga sé háð tilvísun frá heimilislækni eða heilsugæslulækni. ÖBÍ leggur ríka áherslu á að ákvæðið verði tekið út. Nauðsynlegt er að tryggja greiðan aðgang sjúklinga að sérgreinalæknum eins og verið hefur.

23. gr. Læknismeðferð erlendis.

Í 23. gr. frumvarpsins, um meðferðir erlendis, er skýrt kveðið á um að sjúkratryggingar taka einvörðungu þátt í slíkum kostnaði vegna læknismeðferðar. Í skýringum við greininni kemur fram að ákvæðið tekur ekki til vistunar á stofnunum í endurhæfingarskyni. ÖBÍ telur mikilvægt að setja það inn í lög að mögulegt sé að sækja meðferð erlendis í endurhæfingarskyni, enda sé um nauðsynlega meðferð að ræða sem ekki er í boði hérlendis.

28. gr. Sjúkraflutningar.

Í 28. gr. frumvarpsins er kveðið á um þátttöku sjúkratrygginga í kostnaði við fargjald fylgdarmanns. Í frumvarpinu er ekki tilgreint hversu hátt hlutfallið verður en eins og staðan er nú er greiðslupátttaka hins opinbera 7/8 af fargjaldi. ÖBÍ telur nauðsynlegt að fastsetja greiðsluhlutfallið í nýjum lögum og að ekki verði um skerðingu að ræða.

29. gr. Gjaldtaka.

Í 29. gr. er tilgreint hvers konar heilbrigðisþjónustu má taka gjald fyrir. Í ákveðnum tilvikum er tilgreint að gjald skuli verða lægra fyrir aldraða, öryrkja og börn með ákveðnum undantekningum eins og fram kemur hér neðar og ÖBÍ gerir athugasemdir við.

- Í lið 1. er kveðið á um gjaldtöku fyrir þjónustu heilsugæslustöðva og kemur þar fram að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra gjald en aðrir þjóðfélagshópar. Til að tryggja aðgang fólks að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag telur ÖBÍ æskilegt að afnema gjaldtöku fyrir þjónustu heilsugæslustöðva fyrir alla þjóðfélagshópa. Það getur, í ákveðnum tilvikum, leitt til minni sóknar til sérfræðinga. Þá er bent á að nú er frítt fyrir börn og getur verið ástæða til að fastsetja það í lög.
- Í lið 5. um útgáfu læknisvottorða á sjúkrahúsum og á heilslugæslustöðvum er ekki tilgreint að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra gjald en aðrir en bæði aldraðir og öryrkjar þurfa oftast en aðrir þjóðfélagshópar á vottorði læknis að halda. Því er brýnt að huga að þeim þætti í lögum.
- Í lið 5. vill ÖBÍ benda á, að ekki er ákvæði um gjaldtöku vegna útgáfu vottorða sérfræðinga sem starfa utan heilsugæslunnar og sjúkrahúsa. Huga þarf að því að fastsetja ákveðna gjaldskrá fyrir slíkt og kveða sérstaklega á um það í lögum að öryrkjar, aldraðir og börn greiði lægra gjald. Er þetta sérstaklega



mikilvægt ef samningar um heilbrigðisþjónustu verði, í auknum mæli, gerðir við þriðja aðila með fjölbreyttara rekstrarform í huga.

- Í lið 6. um lyf er gert ráð fyrir að allir greiði sama gjald sem er ekki í samræmi við flesta aðra liði í 29 gr. ÖBÍ leggur ríka áherslu á að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægra gjald fyrir lyf enda er greiðslugeta þessara hópa oft minni en annarra þjóðfélagshópa. Jafnframt er bent á að t.d. öryrkjar þurfa að jafnaði í meira mæli að aðrir þjóðfélagshópar á lyfjum að halda vegna sjúkdóma og/eða fötlunar.

31. gr. Dvalarkostnaður.

Í 31. gr. frumvarpsins er kveðið á um dvalarkostnað foreldra við sjúkrahúsinnlögn barna yngra en 18 ára fjarri heimilinu. Greitt verði að jafnaði fyrir annað foreldrið með þeirri undantekningu, þegar um lífshættulegan sjúkdóm er að ræða. Nauðsynlegt er að víkka þá skilgreiningu þannig að hún nái til þeirra barna sem eru með erfiðan sjúkdóm eða fötlun þar sem nauðsynlegt er að báðir foreldrar geti veitt barni sínu þann stuðning sem á þarf að halda.

32. gr. Sjúkradagpeningar.

Það er almennt viðurkennt að upphæð sjúkradagpeninga eru allt of lágt og dugar ekki fyrir lágmarksframfærslu, meðlagsgreiðslum o.fl. Því er lagt til eftirfarandi:

- Að upphæðir sjúkradagpeninga hækki til muna og að fastsett verði í lög að þær fylgi ákveðinni vísitölu. Ekki nægir að þær hækki samkvæmt fjárlögum hverju sinni.
- Að kannað verði hvort sjúkradagpeningar mættu tilheyra lögum um almannatryggingar og heyra þar af leiðandi undir félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Að skoða möguleikann á því að leggja fyrirkomulag sjúkradagpeninga niður og í staðinn geti fólk farið á endurhæfingarlífeyri á meðan á veikindum stendur.

45. gr. Gæði og eftirlit.

Í 45. gr. er fjallað um gæði og eftirlit með þjónustu. ÖBÍ vill leggja áherslu á að í lögunum verði aukið áhersla lögð á þjónustusamninga, þar sem sérstaklega er kveðið á um gæði þjónustu, með því að skilgreina betur gæðakröfur og þjónustustaðla. Með þeim hætti er betur hægt að tryggja gæði þjónustu og mat á ákveðnum þáttum í starfseminni.



58 gr. Breytingar á lögum nr. 99/2007, um félagslega aðstoð.

Í lið 3. í 58. gr. frumvarpsins segir, að við 10. gr. laga nr. 99/2007 um félagslega aðstoð, bætist við ný málsgrein, sem veitir heimild til að greiða styrk til kaupa á bifreið sem er nauðsynleg vegna fötlunar. ÖBÍ telur rétt að sú grein verði í 26. gr. laga um sjúkratryggingar þar sem bifreið er mikilvægt hjálpartæki fyrir fatlaða sem ber að úthluta óháð efnahag.

Það er von ÖBÍ að heilbrigðisnefnd Alþingis taki tillit til ofangreindra athugasemda.

Virðingarfyllst,
f.h. ÖBÍ,


Lilja Þorgeirsdóttir,
framkvæmdastjóri.