



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 steyppt 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 stjórnslustofnun; Sjúkratryggingar, verði undir yfirstjórn ráðherra og annist framkvæmd sjúkratrygginga gagnvart einstaklingum og ennfremur 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 hættu á því að læknisverkum fjölgi og ný eftirspurn myndist. Því er eðlilegt að fram komi í frumvarpinu að setja þurfi samhæfðar aðgerðaáþendingar, 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 áætlaniferð 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 lækna 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 hljóttast 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 þjónustuþættina 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.

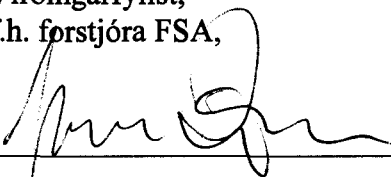
Upplýsingaskylda er heilbrigðisstarfsmönnum eðlileg og velta má því fyrir sér hvort seinasta setningin: “Skoðun skal fara fram á stað þar sem sjúkraskrá er varðveitt” sé ekki úrelt á tímum rafrænna sjúkraskráa og íþyngjandi fyrir eftirlit sem þetta.

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

<ÞI2008069>