

## Tillaga til þingsályktunar

um heilbrigðisáætlun til ársins 2010.

(Lögð fyrir Alþingi á 126. löggjafarþingi 2000–2001.)

Alþingi ályktar að stefna í heilbrigðismálum á Íslandi fram til ársins 2010, sem hefur það að markmiði að bæta heilsufar þjóðarinnar, skuli byggjast á eftirfarandi stefnumiðum:

### I. FORGANGSVERKEFNI

1. **Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir.**
  - 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
  - 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 25%.
  - 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 15%.
  - 1.d Hlutfall barna og unglunga 12–17 ára sem reykja verði undir 5%.
2. **Börn og ungmenni.**
  - 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.
  - 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.
  - 2.c Dregið verði úr slysum og slysadauða barna um 25%.
  - 2.d Tíðni tannskemmda (DMF) 12 ára barna lækki í 1,0.
3. **Eldri borgarar.**
  - 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.
  - 3.b Yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.
  - 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðma- og hryggbrota um 25%.
  - 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.
4. **Geðheilbrigði.**
  - 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.
  - 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.
5. **Hjarta- og heilavernd.**
  - 5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára:
    - Hjá körlum um 20%.
    - Hjá konum um 10%.
  - 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.

**6. Krabbameinsvarnir.**

Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra 75 ára lækki um 10%.

**7. Slysavarnir.**

7.a Slysum fækki um 25%.

7.b Dauðaslysum fækki um 25%.

**II. MEGINÞÆTTIR HEILBRIGÐISÁÆTLUNAR****A. Samábyrgð og jafnræði.****Markmið 1 – Samábyrgð um heilbrigði.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði munurinn á heilbrigðisástandi ríkja á starfssvæði Evrópuskrifstofu WHO þriðjungur minni en hann er.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Ísland verði ávallt meðal þeirra fimm þjóða sem búa við bestu heilbrigðisþjónustu í heiminum, samkvæmt gæðakvörðum SP.
2. Upphæð sem samsvarar 1% af heilbrigðisútgjöldum verði varið til aðstoðar öðrum löndum við uppbyggingu og þróun heilbrigðisþjónustu.
3. Stuðlað verði að því að velta heilbrigðistækniiðnaðarins samsvari  $\frac{1}{3}$  af útgjöldum hins opinbera til heilbrigðismála.

**Markmið 2 – Jafnræði til heilbrigðis.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði sá munur sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagshópa a.m.k. fjórðungi minni en hann er nú innan allra aðildarríkjanna. Beitt verði sértækum aðgerðum til þess að bæta heilsufar þeirra hópa sem verst eru settir.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Dregið verði úr mun á lífslíkum einstakra þjóðfélagshópa um a.m.k. 25%.
2. Dregið verði úr mun á aðgengi þjóðfélagshópa og íbúa mismunandi byggðarlaga að heilbrigðisþjónustu.
3. Tryggt verði að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

**B. Bætt heilsufar.****Markmið 3 – Heilbrigt líf frá upphafi.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði heilsufar nýfæddra barna, ungbarna og barna á leikskólaaldri betra en nú og börnum tryggð heilbrigð uppvaxtarskilyrði frá upphafi.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Ungbarnadauði verði undir þremur dauðsföllum á hverja 1000 fædda.
2. Dregið verði úr slysum og slysadauða barna um 25%.
3. Fylgt verði leiðbeiningum landlæknis varðandi reglubundið mat á andlegum, líkamlegum og félagslegum þroska barna á aldrinum 0–6 ára.

**Markmið 4 – Heilsufar ungs fólks.***Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði ungt fólk á Evrópusvæðinu heilbrigðara og færara um að rækja hlutverk sitt í þjóðfélaginu.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu ungs fólks um 25%.
2. Dregið verði úr reykingum ungs fólks um 50%.
3. Dregið verði úr slysum og dauðaslysum ungs fólks um 25%.
4. Fæðingartíðni meðal stúlkna 19 ára og yngri lækki um 50%.

**Markmið 5 – Heilbrigð öldrun.***Evrópumarkmið:*

Árið 2020 á fólk 65 ára og eldra að hafa tækifæri til þess að njóta góðrar heilsu að fullu og gegna virku félagslegu hlutverki í þjóðfélaginu.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Yfir 70% íbúa 80 ára og eldri verði við það góða heilsu að þeir geti með viðeigandi stuðningi búið heima og tekið virkan þátt í daglegu lífi.
2. A.m.k. 85% aldraðra verði árlega bólusettrir gegn influensu og á tíu ára fresti gegn lungnabólubakteríu.
3. Reglubundnar heilbrigðisskoðanir og athuganir á mati íbúa 65 ára og eldri á eigin heilsu.
4. Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki meiri en 90 dagar.

**C. Forvarnir og heilsuvernd.****Markmið 6 – Bætt geðheilbrigði.***Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði andleg og félagsleg vellíðan fólks meiri, þjónusta víðtækari og aðgengilegri fólki með geðræn vandamál.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.
2. Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.
3. Geðheilbrigðisþjónusta nái árlega til 2% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.
4. Bætt verði aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og meðferðarúræðum fjölgað.

**Markmið 7 – Dregið verði úr smitsjúkdómum.***Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði búið að draga verulega úr skaðvænlegum afleiðingum smitsjúkdóma og með skipulegum aðgerðum búið að útrýma, einangra eða hamla gegn sótt næmum sjúkdómum sem þýðingu hafa fyrir heilbrigðisástandið.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Viðhaldið verði öflugum forvörnum gegn smitsjúkdómum með ónæmisaðgerðum.
2. Rauðum hundum og hettusótt verði útrýmt.
3. Dregið verði úr nýgengi klamydíu um 50%.
4. Bætt verði og aukin kögun á smitsjúkdómum með skipulegri skráningu, markvissum viðbrögðum og samvinnu við erlenda aðila.
5. Dregið verði úr ónæmi sýkla gegn sýklalyfjum.
6. Eflt verði upplýsingastarf og fræðsla fyrir almenning og fagfólk um farsóttir og sóttvarnir.

#### **Markmið 8 – Dregið verði úr langvinnnum sjúkdómum.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði búið að draga eins og mögulegt er úr dánartíðni, örorku og ótímabærum dauðsföllum af völdum langvinnra sjúkdóma á Evrópusvæðinu.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá aldurshópnum 25–74 ára: um 20% hjá körlum og 10% hjá konum.
2. Dregið verði úr dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára um 10%.
3. Dregið verði áfram skipulega úr veikindum, örorku og dánartíðni vegna öndunarfæra-sjúkdóma, stoðkerfisvandamála og annarra langvinnra sjúkdóma um þriðjung.

#### **Markmið 9 – Dregið verði úr ofbeldi og slysum.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 verði búið að draga verulega og varanlega úr meiðslum, örorku og dauða sem orsakast af slysum og ofbeldi á Evrópusvæðinu.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Dánartíðni og örorka vegna umferðarslysa lækki um a.m.k. 25%.
2. Dánartíðni og örorka vegna slysa á vinnustað, heimilum og í skóla lækki um 25%.
3. Dregið verði úr tíðni og dauðsföllum vegna heimilisofbeldis, kynferðisofbeldis og annars ofbeldis um 25%.

### **D. Þverfaglegar aðgerðir.**

#### **Markmið 10 – Heilsusamlegt og öruggt umhverfi.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2020 lifi fólk á Evrópusvæðinu í öruggara umhverfi, standi ekki varnarlaust gagnvart eitrefnum sem eru hættuleg heilsunni og fylgt verði alþjóðlega viðurkenndum öryggisstöðlum.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Framlög til heilbrigðisrannsókna verði tvöfölduð.
2. Gerð verði landsáætlun í umhverfis- og heilbrigðismálum (NEHAP).
3. Skipulegt mat verði reglulega gert á áhrifum umhverfisþátta og vinnuaðstæðna á heilsufar fólks.

#### **Markmið 11 – Heilbrigðari lífshættir.**

*Evrópumarkmið:*

Árið 2015 hafi fólk í öllum þjóðfélagsstéttum tamið sér heilbrigðari lífshætti.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Stuðlað verði að því að fólk neyti sem fjölbreyttastrar fæðu þar sem hlutfall fitu fyrir fullorðna sé 25–35% orkunnar, sbr. markmið Manneldisráðs.
2. Stuðlað verði að því að neysla grænmetis og ávaxta aukist verulega og verði í samræmi við markmið Manneldisráðs, a.m.k. fimm skammtar á dag.
3. Allur þorri fólks sé líkamlega virkur í frítíma sínum, iðki viðeigandi líkamspjálfun sem samsvarar 30 mínútna langri göngu a.m.k. fimm sinnum í viku.
4. Öll börn á skólaskyldualdri fái a.m.k. sem samsvarar einni kennslustund á viku í heilbrigðisfræðslu á hverju námsári.

**Markmið 12 – Dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks.***Evrópumarkmið:*

Árið 2015 verði búið að draga verulega úr skaðvænlegum áhrifum af neyslu vanabindandi efna eins og tóbaks, áfengis og ávanalyfja í öllum aðildarríkjunum.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 15% og hlutfall barna og unglinga 14–17 ára sem reykja verði undir 5%.
2. Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
3. Neysla ólöglegra ávanalyfja verði minnkuð a.m.k. um 25% og dánartíðni vegna þeirra lækki um a.m.k. 50%.

**Markmið 13 – Heilsuvænt umhverfi.***Evrópumarkmið:*

Árið 2015 hafi fólk í aðildarríkjunum fleiri tækifæri til að lifa í heilsuvænu efnislegu og félagslegu umhverfi, hvort sem um er að ræða vinnustað, skóla, heimili eða nágrenni.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. A.m.k. 95% skólabarna fái skipulega fræðslu og þjálfun í heilsuefningu.
2. A.m.k. 50% borga, bæjarfélaga og annarra sveitarfélaga hafi sett sér markmið á sviði heilsuefningar.
3. A.m.k. 20% stórra og meðalstórra fyrirtækja hafi skuldbundið sig til þess að vinna að heilsuefningu starfsfólks.

**Markmið 14 – Þverfagleg ábyrgð á heilsufari.***Evrópumarkmið:*

Árið 2020 eiga allir þjóðfélagsgeirar að hafa gert sér grein fyrir ábyrgð sinni í heilsufarslegum eignum og viðurkennt hana.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Sérstaklega verði kveðið á um í lögum, og því fylgt eftir, að allir samfélagsgeirar beri ábyrgð í heilsufarslegum eignum.
2. Skipulegt umhverfismat fari ávallt fram á hugsanlegum áhrifum allra stærri iðnþróunarverkefna, framkvæmda og samfélagsaðgerða á heilsufar fólks.
3. Aðgerðir á sviði menntunar, upplýsingamála og rannsókna beinist í ríkara mæli að því að gera einstaklinga og þjóðfélagsþegnana í heild betur meðvitaða um samábyrgð sína í heilbrigðismálum.

### E. Árangursrík heilbrigðisþjónusta.

#### Markmið 15 – Samhæfður heilbrigðisgeiri.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2010 eigi fólk á Evrópusvæðinu að hafa betri aðgang að fjölskyldu- og samfélagsmótaðri heilsugæslu með sveigjanlega og virka sjúkrahúsþjónustu að bakhjarli.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Starfsemi heilbrigðiskerfisins byggist meira á teymisvinnu og samfellu í þjónustu.
2. Heilbrigðisþjónusta utan sem innan stofnana fylgi samhæfðum starfsreglum.

#### Markmið 16 – Aukin gæði og árangur.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2010 eiga aðildarríkin að vera búin að tryggja að stjórnun heilbrigðisgeirans beinist að því að ná árangri, hvort sem um er að ræða aðgerðir sem ná til fjöldans eða einstaklingsbundna klínískra meðferð.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Allar heilbrigðisstofnanir þrói með sér árangursmælikvarða og meti starf sitt á þeim grunni og/eða með hliðsjón af viðurkenndum gagnagrunnum.
2. Allar heilbrigðisstofnanir komi sér upp formlegu gæðaðróunarstarfi og fylgi eigin áætlunum í gæðamálum.
3. Yfir 90% sjúklinga séu ánægðir með þá heilbrigðisþjónustu sem þeir fá.

#### Markmið 17 – Fjármögnun heilbrigðisþjónustu.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2010 hafi öll aðildarríkin tryggt fjármögnun og skiptingu fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins á grundvelli jafns aðgangs, hagkvæmni, samábyrgðar og bestu mögulegra gæða.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Þjónustusamningar verði gerðir við allar heilbrigðisstofnanir landsins til þriggja ára í senn.
2. Þróun framlaga til heilbrigðisþjónustu verði ekki undir árlegum meðalvexti þjóðartekna.

#### Markmið 18 – Mannafli í þágu heilbrigðis.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2010 skulu öll aðildarríkin hafa tryggt að allar heilbrigðisfagstéttir og fagstéttir í öðrum geirum samfélagsins hafi tileinkað sér viðeigandi þekkingu, viðhorf og hæfni á sviði heilsuverndar og heilsueflingar.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Árlega verði spáð fyrir um mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar til næstu fimm til tíu ára.
2. Aðgangur að námi heilbrigðisstétta taki þegar mið af mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar.
3. Námskrár heilbrigðisstétta taki mið af heilsupörfum þjóðarinnar og framkvæmd heilbrigðisáætlunar.

## F. Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir.

### Markmið 19 – Rannsóknir og þekking í þágu heilbrigðis.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2005 skulu öll aðildarríkin stunda heilbrigðisrannsóknir og hafa komið sér upp upplýsinga- og samskiptakerfum sem styðja betur öflun, virka nýtingu og útbreiðslu þekkingar til þess að geta framfylgt stefnu WHO um heilsu fyrir alla.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Framlög til rannsókna og þróunarstarfsemi verði a.m.k. 2% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála.
2. Árlega verði 3–5% af fjárframlögum til heilbrigðisstofnana varið til kaupa og endurnýjunar á tólum, lækningatækjum og öðrum tækjabúnaði.

### Markmið 20 – Efling samstarfs í þágu heilbrigðis.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2005 verði búið að fá einstaklinga, hópa og skipulögð samtök til samstarfs við framkvæmd stefnumörkunar WHO um heilbrigði fyrir alla, innan opinbera geirans, einkageirans og almennt í þjóðfélaginu.

*Íslensk markmið til 2010:*

1. Unnið verði að víðtækri samfélagsþátttöku um framkvæmd stefnumörkunar WHO og íslensku heilbrigðisáætlunarinnar.
2. Skipulega verði kannað á hvern hátt hver samfélagsgeiri eða atvinnugrein getur lagt sitt af mörkum til þess að bæta heilsufar þjóðarinnar.

### Markmið 21 – Stefnumál og aðgerðir í þágu heilsu fyrir alla.

*Evrópumarkmið:*

Árið 2010 skulu öll aðildarríkin vera virk í framkvæmd stefnumörkunarinnar um heilbrigði fyrir alla á landsvísi og svæðisbundið eða á staðbundnum vettvangi. Þetta starf verður að grundvallast á viðeigandi stofnananeti, stjórnkerfi og skapandi forustu.

*Íslensk markmið:*

1. Skipulags- og stjórnkerfi heilbrigðismála verði endurskoðað með hliðsjón af stefnumörkun WHO og framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar.
2. Skilgreind verði frekari skammtíma- og langtímamarkmið, mælikvarðar og forgangsmál í heilbrigðismálum ásamt aðgerðum og leiðum til þess að ná settum markmiðum, sbr. skýrslu um forgangsröðun.
3. Ákvarðanir verði teknar um verkaskiptingu ríkis, landshluta og sveitarfélaga í heilbrigðismálum.

Athugasemdir við þingsályktunartillögu þessa.

#### **Inngangur.**

Undanfarin 3–4 ár hefur nefnd skipuð af heilbrigðisráðherra unnið að endurskoðun heilbrigðisáætlunar sem gilt hefur frá árinu 1991. Við endurskoðunina hefur annars vegar verið tekið mið af stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um *heilbrigði allra* og heilbrigðisáætlunum annarra ríkja og hins vegar stefnumótun og úttektum á fjölmörgum þáttum heilbrigðismála hér á landi.

Í nefnd þeirri sem unnið hefur að endurskoðun heilbrigðisáætlunarinnar hafa eftirtaldir átt sæti:

Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri og formaður nefndarinnar.

Ólafur Ólafsson, fyrrv. landlæknir, og síðar

Sigurður Guðmundsson landlæknir.

Sighvatur Björgvinsson, alþingismaður og fyrrv. ráðherra.

Svavar Gestsson, ræðismaður og fyrrv. ráðherra.

Inga Jóna Þórðardóttir, borgarfulltrúi og fyrrv. aðstoðarmaður ráðherra.

Þórir Haraldsson, aðstoðarmaður ráðherra.

Ásta Möller, alþingismaður og fyrrv. formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Jónas Magnússon prófessor.

Birgir Gunnarsson framkvæmdastjóri.

Pálmi V. Jónsson yfirlæknir.

Jón Sæmundur Sigurjónsson hagfræðingur.

Símon Steingrímsson verkfræðingur.

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri og starfsmaður nefndarinnar.

Auk nefndarinnar og starfsmanns hennar hefur Anna Björg Aradóttir hjúkrunarfræðingur unnið að úrvinnslu upplýsinga um ýmsa þætti heilbrigðismála og aðstoðað við framsetningu þeirra í heilbrigðisáætluninni. Vilborg Ingólfssdóttir yfirhjúkrunarfræðingur, Sigríður Haraldsdóttir, ritstjóri heilbrigðisskýrslna, Margrét Björnsdóttir deildarstjóri, Sigríður Vilhjálmssdóttir félagsfræðingur, Daði Einarsson stjórnsýslufræðingur og Jóhann Rúnar Björgvinsson hagfræðingur hafa einnig gefið góð ráð og lagt til efni á ýmsum stigum við gerð áætlunarinnar.

Fyrstu drög að heilbrigðisáætlun til 2010 voru lögð fram á heilbrigðisþingi í mars 1999. Eftir það þing fengu stjórnendur heilbrigðisstofnana, fagstéttir, hagsmunahópar og fleiri aðilar drögin til umsagnar. Athugasemdir þeirra og ýmislegt annað sem fram kom á heilbrigðisþinginu var lagt til grundvallar fyrirbyggjandi tillögu að heilbrigðisáætlun.

Nefndin sem vann að gerð heilbrigðisáætlunarinnar valdi að leggja megináherslu á langtímaheilbrigðismarkmið sem miða að því að bæta heilsufar þjóðarinnar. Hagfræðistofnun var jafnframt fengin til að gera sérstaka kostnaðar- og ábatagreiningu á heilbrigðisáætluninni. Meginniðurstaðan er sú að verði markmiðum hennar náð ætti að vera mögulegt að draga úr þjóðfélagslegum kostnaði sem nemur á bilinu 7,5–15 milljörðum króna árlega. Til þess að ná þessum markmiðum þarf í ákveðnum tilvikum að stofna til einhvers kostnaðar en í öðrum tilvikum má áreiðanlega ná fram markmiðum með endurskipulagningu núverandi starfsemi.

Heilbrigðisáætluninni er ætlað að gilda til ársins 2010 en á árinu 2005 verður framkvæmd sérstök endurskoðun á öllum helstu markmiðum hennar. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið mun annast hina stjórnsýslulegu framkvæmd og endurskoðun markmiða áætlunarinnar. Landlæknisembættið mun sjá um söfnun og úrvinnslu tölulegra upplýsinga og faglegt eftirlit. Héraðslæknar, heilbrigðisstarfsmenn og stjórnir sem og framkvæmdastjórar stofnana munu sömuleiðis vinna að því að ná settum markmiðum og tryggja eftirlit með framkvæmd áætlunarinnar á hverjum stað.

Árlega verður gefið út yfirlit eða skýrsla um stöðu og framvindu þeirra verkefna sem heilbrigðisáætlunin nær til.

### **Forsaga.**

Heildarstefnumótun í heilbrigðismálum hefur af ýmsum ástæðum átt erfitt uppdráttar hér á landi. Á það bæði við um heildaráætlanir til langs tíma og áætlanir sem snúa að einstökum



þáttum heilbrigðisþjónustunnar, svo sem uppbyggingu sjúkrahúsþjónustunnar og skipulagi forvarna og heilsuefningar. Stefnumörkunin í málefnum heilsugæslunnar, með samþykkt heilbrigðislaganna 1973, verður þó að teljast til undantekninga.

Árið 1980 voru tekin saman drög að víðtækri heilbrigðisáætlun til nokkurra ára. Á þeim tíma reyndust þó ekki vera forsendur fyrir því að hrinda þeim áformum í framkvæmd. Það var ekki fyrir en í ársbyrjun 1986 að ákveðið var að vinna að landsáætlun í heilbrigðismálum með hliðsjón af íslenskum aðstæðum og stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði allra árið 2000 eða HFA 2000.

Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðismálastefnu var lögð fram á Alþingi árið 1987, endurskoðuð og lögð fram á heilbrigðisþingi í febrúar 1988, lögð aftur fram á Alþingi veturinn 1990–1991 og loks samþykkt í verulega breyttu formi og stytta 19. mars 1991. Heilbrigðisáætluninni var ætlað að ná til ársins 2000 en skyldi endurskoðuð að þremur árum liðnum.

Flestar þjóðir Evrópu gerðu í lok áttunda áratugarins og byrjun þess níunda sérstakar landsáætlanir í því skyni að uppfylla 38 heilbrigðismarkmið sem sett voru í Evrópu árið 1984 í samræmi við HFA 2000-stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Alma Atayfirlýsinguna. Svíar voru fyrstir norrænna þjóða til að hrinda áætlun sinni úr vör eða árið 1985, Finnar fylgdu á eftir 1987, Norðmenn 1988, Danir 1989 og loks Íslendingar 1991.

### **Meginþættir heilbrigðisáætlunar.**

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur endurskoðað stefnu sína um heilbrigði allra árið 2000. Á 51. alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 1998 var samþykktur rammi að stefnumörkun varðandi heilbrigði allra á 21. öld. Þar er lögð rík áhersla á að heilbrigði sé grundvallarmannréttindi hvers og eins, en auk þess eru skilgreind tiltekin markmið sem ætlað er að standa allt til ársins 2020. Svæðisstjórnnum WHO og ríkisstjórnnum aðildarríkjanna er síðan ætlað að útfæra stefnumörkunina, hverri á sínu starfssvæði.

Svæðisnefnd WHO í Evrópu samþykkti haustið 1998 heilbrigðisstefnu sem nær í flestum atriðum til ársins 2020 og er þar lögð áhersla á 21 heilbrigðismarkmið í stað 38 áður. Markmiðin eru betur skilgreind og meira lagt upp úr tölulegum viðmiðum en í þeirri stefnu sem tók mið af árinu 2000.

Í Evrópuáætlun WHO er aðalmarkmiðið að efla heilsu í öllum aðildarríkjunum eins og kostur er.

Tvö helstu stefnumið áætlunarinnar eru:

- Að efla og vernda heilsu fólks allt lífið.
- Að draga úr tíðni sjúkdóma og slysa og lina þær þjáningar sem þau valda.

Þrjú grundvallargildi mynda siðferðilegan grundvöll Evrópuáætlunarinnar:

- Heilbrigði sem grundvallarmannréttindi.
- Jafnræði til heilsu og samábyrgð í verki.
- Þátttaka og ábyrgð á heilbrigðisstarfsemi.

Fjórar helstu tegundir aðgerða við framkvæmd Evrópuáætlunarinnar eru:

- Þverfaglegar aðgerðir.
- Árangursstjórnun.
- Samhæfðar lausnir.
- Samfélagsþátttaka.

Við endurskoðun íslensku heilbrigðisáætlunarinnar var ákveðið að afmarka sérstaklega sjö forgangsverkefni áætlunarinnar til ársins 2010 en að öðru leyti myndar það 21 markmið sem er að finna í Evrópuáætlun WHO megingrunn áætlunarinnar.

Í heilbrigðisáætluninni er gerð grein fyrir öllum Evrópumarkmiðunum, lýst aðstæðum í Evrópu og á Íslandi og skilgreind séríslensk markmið til ársins 2010. Þar er aðallega tekið á þeim atriðum sem ekki eru í nógu góðu lagi eða lítið er vitað um. Jafnframt er reynt að styðjast við þá tegund tölulegra mælikvarða sem vonast er til að geti gefið góða mynd af þróun heilbrigðismála og árangri heilbrigðisþjónustunnar.

Í áætluninni er fjallað sérstaklega um þætti sem áhrif hafa á gerð og framkvæmd heilbrigðisáætlana. Má þar nefna þróun mannfjölda, aldurssamsetningu þjóðarinnar, lífshætti og umhverfi fólks, efnahagsástand, fjárhag hins opinbera, gæði heilbrigðisþjónustunnar, félagslega þjónustu, tækninýjungar, framfarir í læknisfræði og öðrum heilbrigðisvísindum, auk lýsingar á almennu heilsufarsástandi og framtíðarsýn í heilbrigðismálum.

Á þessari öld hefur skipulag heilbrigðisþjónustunnar mótast mikið af því að um áratuga skeið gildi sín löggjöfin hvor um tvo meginþætti hennar, heilsugæslu og sjúkrahúsþjónustu, þ.e. læknaþjónustur og sjúkrahúsálg. Lengi vel þróuðust þessir þættir að mörgu leyti í ólíkar áttir. Það var ekki fyrr en 1973 sem sett var samræmd löggjöf um heilbrigðisþjónustu. Þessi heilbrigðisáætlun miðar að því að samhæfa alla meginþætti heilbrigðisþjónustunnar og tryggja að starfsemin beinist að sameiginlegum markmiðum.

Þegar samræmd löggjöf um heilbrigðisþjónustu á Íslandi tók gildi 1. janúar 1974 leysti hún af hólmi þágildandi læknaþjónustur og sjúkrahúsálg. Frá þeim tíma hefur stjórnkerfi heilbrigðismála verið þrískipt að formi til, þ.e. í yfirstjórn, svæðisstjórnir og stjórnir stofnana. Þrátt fyrir að gerðar hafi verið ýmsar breytingar á heilbrigðislöggjöfinni hefur þrískiptingin sem slík haldist svo til óhöggud.

Mikilvægt er að heilsuvernd, forvarnir og heilsuefning fái viðeigandi sess innan heilbrigðisþjónustunnar og sjónum verði í auknum mæli beint að því að efla heilbrigði og fyrirbyggja sjúkdóma. Í því starfi þarf að koma til samstillt áttak stjórnvalda, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstétta, hagsmunafélaga og frjálsra félagasamtaka. Samtímis er mikilvægt að landsmönnum verði tryggð eftir því sem unnt er viðeigandi greining, meðferð og endurhæfing vegna sjúkdóma og annarra heilsufarsvandamála.

Heilbrigðisáætlunin byggist á reglum um forgangsröðun samkvæmt tillögum nefndar sem falið var að meta hvernig unnt væri að standa að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisráðherra samþykkti þessar tillögur árið 1998 og hefur falið ráðuneytinu og öðrum aðilum innan heilbrigðiskerfisins að framkvæma þær í skipulegum áföngum. Forgangsröðunin nær jafnt til siðfræðilegra þátta og megináherslna heilbrigðisþjónustunnar sem skipulags og stefnumörkunar.

Forgangsverkefni heilbrigðisáætlunarinnar til ársins 2010 ná yfir eftirtalin sjö svið:

- Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir.
- Börn- og ungmenni.
- Eldri borgarar.
- Geðheilbrigði.
- Hjarta- og heilavernd.
- Krabbameinsvarnir.
- Slysvarnir.

Gerð var sérstök kostnaðar- og ábatagreining á heilbrigðisáætluninni og var meginniðurstaðan sú að verði markmiðum hennar náð ætti að vera mögulegt að draga úr þjóðfélagslegum kostnaði sem nemur á bilinu 7,5–15 milljörðum króna árlega.

Mælikvarðarnir við mat á þróun heilbrigðismála eru fyrst og fremst valdir til þess að fá betri yfirsýn yfir stöðu þeirra og árangur heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er gert í ljósi þess að mikilvægt er að nota ekki of marga mælikvarða samtímis því að þá er hætt á að mikilvægustu atriðin hverfi í skugga þeirra sem síður skipta máli.

Mörg markmiðanna munu þurfa endurskoðunar við á næstu árum en í heild ættu þau að geta gefið upplýsingar, eða a.m.k. sterkar vísbendingar, um heilbrigðisástand þjóðarinnar og hvert stefnir í þeim efnunum. Vænlegast var talið að halda sig við nokkur mikilvæg atriði þar sem reynslan sýnir að mestar líkur eru á því að það sem fær athygli og umræðu verði framkvæmt. Önnur tengd atriði og verkefni eru þá gjarnan framkvæmd um leið eða í kjölfarið.

### **Framkvæmd.**

Heilbrigðisáætlunin gildir til ársins 2010 og yfirumsjón með framkvæmd hennar verður á hendi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í samvinnu við landlæknisembættið.

Ýmsir sérfróðir aðilar, samstarfsráð og nefndir á vegum heilbrigðisstjórnarinnar verða til aðstoðar við framkvæmd á ýmsum þáttum heilbrigðisáætlunarinnar. Áformað er að skipa nokkra vinnuhópa til þess að vinna framkvæmdaáætlanir fyrir einstaka þætti áætlunarinnar. Jafnframt er mikilsvert að náin samvinna verði við sjúkrahús, heilsugæslu, fagstéttir og aðra aðila innan heilbrigðiskerfisins sem málið varðar.

Sömuleiðis er brýnt að áætluninni sé fylgt á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar og að hún njóti stuðnings sveitarfélaga, landshlutasamtaka, frjálsra félagasamtaka, fagfélaga og hagsmunasamtaka, fyrirtækja og samtaka atvinnulífsins, fjölskyldna og einstaklinga. Enn fremur þarf að tryggja að stefna ríkisins, sveitarfélaga og atvinnulífs á fjölmörgum sviðum samfélagsins stuðli að bættu heilbrigðisástandi hér á landi.

Með tilkomu áætlunarinnar er ekki ætlunin að draga úr vinnu við stefnumörkun og áætlanagerð á fjölmörgum sviðum heilbrigðismála. Áfram verða unnin umfangsmikil verkefni sem varða stöðu og framtíð stofnana, sérgreina og einstaklinga.

Í byrjun hvers árs er áformað að meta hvernig framkvæmd áætlunarinnar miðar með tölulegum mælingum eða sérstöku mati þar sem við á. Árlega verður birt yfirlit um stöðu og framkvæmd áætlunarinnar. Stefnt verður að því að ítarleg endurskoðun verði gerð á meginþáttum hennar þriðja hvert ár.

Heilbrigðisyfirvöld leggja áherslu á að heilbrigðisstofnanir, heilbrigðisstarfsmenn og aðrir aðilar innan heilbrigðisþjónustunnar miði starfsemi sína við að ná settum markmiðum. Samfara auknu sjálfstæði og ábyrgð stjórna og stjórnenda í heilbrigðisþjónustunni er þeim jafnframt falið að fylgjast betur með starfseminni og tryggja fagleg vinnubrögð á grundvelli heilbrigðislaða, læknalaga og annarra stjórnvaldsfyrirmæla. Markvisst verður unnið að því að þessir aðilar skipuleggi og samhæfi betur aðgerðir sínar svo að unnt verði að gera helstu áform áætlunarinnar að veruleika á næstu árum.

Að öðru leyti er vísað til meðfylgjandi skýrslu um heilbrigðisáætlun til ársins 2010.