

Frumvarp til laga

um breytingu á lögum um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997, með síðari breytingum.

Flm.: Ásta R. Jóhannesdóttir, Össur Skarphéðinsson, Margrét Frímansdóttir.

1. gr.

1. mgr. 18. gr. laganna orðast svo:

Þurfi sjúklingur að biða eftir meðferð skal læknir sem hann leitar til gefa skýringar á biðinni ásamt upplýsingum um áætlaðan biðtíma og jafnframt gefa sjúklingi kost á bókun aðgerðar. Miða skal við að bið eftir aðgerð sé að jafnaði ekki lengri en þrjár til sex mánuðir eftir eðli sjúkdóms.

2. gr.

Lög þessi öðlast þegar gildi.

G r e i n a r g e r ð.

Við umfjöllun um frumvarp það sem varð að lögum um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997, lögðu flutningsmenn þessa frumvarps fram breytingartillögu sama efnis og hér gefur að líta. Breytingartillagan hlaut ekki samþykki. Nú er þessi breyting lögð til í þriðja sinn en á 126. löggjafarþingi var hún einnig flutt en náði eigi fram að ganga.

Ýmis rök mæla með því að kveðið sé á um það í lögum hvað skuli að öllu jöfnu teljast hámarksbiðtími eftir aðgerð. Engar reglur eru til um þetta aðrar en verklagsreglur sjúkrahúsa og annarra heilsustofnana. Á sumum sviðum eru alls engar reglur til. Þetta fyrirkomulag verður að teljast ófullnægjandi þegar svo mikilvægt málefni er annars vegar.

Langur biðtími eftir aðgerð hefur í för með sér mikil óþægindi fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra. Vanlíðan, streita, kvíði og óvissa eru algeng hjá þeim sjúklingum sem þurfa að biða lengi eftir aðgerð. Þá upplifir fólk langa bið sem virðingarleysi við líf sitt og heilsu ef það á annað borð stendur í þeirri trú að aðgerð geti læknað mein þess og linað þjáningar.

Langur biðtími hefur ekki einungis slæm áhrif á tilfinningalegt og líkamlegt ástand sjúklings. Viðurkennt er að biðlistar eru kostnaðarsamir bæði fyrir sjúklingana sjálfa og þjóf-félagið í heild. Hér er fyrst að nefna að sjúklingar eru oft frá vinnu vegna veikinda sinna. Löng bið eftir aðgerð hefur þau áhrif að vinnutap verður meira en ella sem oft hefur alvarleg áhrif á fjárhag sjúklinga og fjölskyldna þeirra. Vinnutapið leiðir síðan til minni skatttekna ríkissjóðs og lyfjakostnaður Tryggingastofnunar eykst í hlutfalli við lengd veikindanna. Auk þessa má nefna aukinn kostnað ríkis og sveitarfélaga vegna heimaþjónustu, heimahjúkrunar, annarra lækni meðferða og vistunarplássna. Gera má ráð fyrir að aðgerð verði umfangsmeiri og erfiðari og þar með kostnaðarsamari eftir því sem hún dregst lengur. Í lokin má benda á að aukið álag og fjölgun innlagna á bráðadeildir sjúkrahúsanna má að hluta til rekja til biðlistanna.

Af þessu má sjá að langur biðtími er bæði þjóðhagslega og heilsuhagfræðilega óhagkvæmur. Flutningsmenn gera sér grein fyrir því að ekki er unnt að setja einhlítar reglur sem gilda skuli við allar aðstæður. Ýmsar ástæður geta valdið því að biðtími eftir aðgerð verði langur, svo sem skortur á læknum með næga sérþekkingu, skortur á nauðsynlegum áhöldum og tækjum o.fl. Við slíkar aðstæður getur langur biðtími oft reynst óhjálpslegur. Af þeim sökum er aðeins gerð tillaga um viðmiðunarákvæði um hámarksbiðtíma að öllu jöfnu. Að mati flutningsmanna er ein ástæða sem ekki getur réttlætt langan biðtíma, en það er fjárskortur, þar sem ljóst er að biðlistar spara enga peninga heldur er einungis verið að kasta peningum á glæ með myndun þeirra.

Víða erlendis hafa verið settar reglur um hámarksbið eftir aðgerðum og heilbrigðisþjónustu. Í Svíþjóð og Noregi hefur verið lögfestur þriggja mánaða hámarksbiðtími eftir aðgerð. Í Danmörku er biðtíminn tveir mánuðir. Þar eiga sjúklingar rétt á að fara annað til að fá lækniáðgerð líti út fyrir að biðin verði lengri en hámarksbiðtíminn og greiðir hið opinbera þá fyrir áðgerðina sömu upphæð samkvæmt DRG-mælingu og upprunalega sjúkrahúsið hefði fengið.

Flutningsmenn leggja áherslu á að viðmiðunaregla eins og hér er lögð til er til þess fallin að skapa samræmi og eyða óvissu við meðferð mála, auka hagkvæmni og tryggja réttindi sjúklinga enn frekar, í samræmi við réttindi sjúklinga annars staðar á Norðurlöndum þótt hér sé ekki gengið eins langt og þar.