



Alþingi
Nefndasvið Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK

Reykjavík 4.5.2016
Tilvísun: 201604-0020

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um breytingar á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676.mál.

Alþýðusamband Íslands hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um breytingar á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál.

ASÍ hefur á liðnum árum ítrekað fjallað og ályktað um nauðsyn þess að draga úr kostnaðarþátttöku sjúklinga í heilbrigðiskerfinu og koma í veg fyrir að einstaklingar geti þurft að greiða tugi og jafnvel hundruð þúsunda vegna heilbrigðisþjónustu og lyfja. Auknum beinum útgjöldum sjúklinga fylgir verulega hættu á að kostnaður verði hindrun á aðgengi að nauðsynlegri þjónustu fyrir viðkvæma hópa sem eykur misskiptingu, bæði fjárhagslega, félagslega og heilsufarslega.

Alþýðusamband Íslands tekur heilshugar undir þann megintilgang frumvarpsins að setja hámark á þann kostnað sem sjúklingar þurfa að greiða fyrir heilbrigðisþjónustu, en gerir alvarlegar athugasemdir við fyrirætlanir um að fjármagna þakið eingöngu með aukinni kostnaðarþátttöku allflestra notenda heilbrigðisþjónustunnar. Ekki stendur til að auka fjármagn til málaflokksins og draga úr heildarkostnaðarþátttöku sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni, sem í dag er of mikil hjá öllum hópum, heldur einungis að flytja kostnað á milli hópa. Samkvæmt greinagerð með frumvarpinu leiðir þetta til þess að heildarkostnaður um 85.000 almennra notenda heilbrigðisþjónustunnar hækkar um 31% og um 37.000 aldraðra og öryrkja um 73% í kjölfar breytinganna. Ennfremur telur Alþýðusambandið það kostnaðarþak sem sett er fram í frumvarpinu (95.200 /63.500) of hátt ekki síst í ljósi þess að frumvarpið gerir ráð fyrir því að lyf séu áfram í sérstöku greiðsluþátttökukerfi og sálfræðiþjónusta, sem er mjög dýr fyrir einstaklinga, er áfram undanskilin greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. Þar að auki eru þættir eins og tannlækningar, hjálpartæki, ferðakostnaður, o.fl. sem ekki eru hluti af almenna greiðsluþátttökukerfinu. Kostnaður vegna þessara þátta bætist þannig við hámarkskostnað sjúklinga skv. frumvarpinu. Margir munu því áfram hafa heilbrigðiskostnað sem fer talsvert umfram það hámark sem frumvarpið gerir ráð fyrir.

Þá lýsir Alþýðusambandið verulegum áhyggjum af því að sálfræðiþjónusta skuli ekki færð undir nýtt greiðslubátttökukerfi í ljósi þess vaxandi fjölda sem glímir við andleg veikindi en aðgengi að þjónustu fyrir þennan hóp er takmarkað og kostnaður vegna hennar mörgum ofviðá. Þetta hefur margvíslegar alvarlegar afleiðingar bæði fyrir einstaklinga og samfélagið allt. Umsóknir um greiðslur úr sjúkrasjóðum stéttarféлага bera þessu glöggt vitni en stór hluti umsækjenda eiga við andlega vanheilsu að stríða og svipaða sögu er að segja um þann hóp sem leitar ráðgjafar hjá Virk starfsendurhæfingarsjóði.

Með frumvarpinu er að auki gert ráð fyrir heimild til þjónustustýringar með því að heimila að gjald fyrir ákveðna þætti heilbrigðisþjónustunnar (sérfræðilækna, rannsóknir og myndgreiningar) verði hærra, ef sjúklingur sækir þjónustu án tilvísunar frá heilsugæslulækni. Alþýðusambandið telur slíka breytingu til bóta, að því gefnu að heilsugæslan sé í stakk búin til að sinna hlutverki sínu sem fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Slík er ekki raunin í dag og til að svo geti orðið er nauðsynlegt að byrja á að styrkja rekstargrundvöll heilsugæslunnar og tryggja öllum landsmönnum gott aðgengi að þjónustu hennar. ASÍ leggst þess vegna gegn því tilvísunarákvæði verði tekið upp að sinni.

Nánari greining:

Staðan í dag

Kostnaðarþátttaka sjúklinga í heilbrigðiskerfinu hefur á síðustu þremur áratugum nær tvöfaldast og í dag standa heimilin undir um 20% af öllum heilbrigðisútgjöldum með beinni greiðslubátttöku í heilbrigðiskerfinu. Heilbrigðisútgjöld heimila hafa þannig vaxtið mun hraðar en útgjöld hins opinbera á undanförum áratugum. Auknum beinum útgjöldum sjúklinga fylgir sú hættu að kostnaður verði hindrun á aðgengi að nauðsynlegri þjónustu fyrir ákveðna hóp sem eykur misskiptingu, bæði fjárhagslegra, félagslega og heilsufarslega.

Vísbendingar um þetta sjáum við í tölum um fjölda þeirra sem ekki sækja sér nauðsynlega lækniþjónustu vegna kostnaðar. Samkvæmt rannsókn Eurostat er mun hærra hlutfall fólks sem sækir sér ekki nauðsynlega heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar hér á landi en í nágrannalöndunum. Samkvæmt nýjustu tölum segjast um 3% Íslendinga ekki hafa sótt sér nauðsynlega lækniþjónustu vegna kostnaðar en innan við 0,5% á hinum Norðurlöndunum. Mikill munur er á svörum eftir tekjum en meðal tekjulægsta hópsins hér á landi eru um 6% sem hafa ekki sótt sér lækniþjónustu vegna kostnaðar en 0,6% þeirra tekjuhæstu. Þegar skoðaðar eru tölur um tannlæknaþjónustu er myndin enn verri en nærri fimmtungur tekjulægsta hópsins hér á landi segist ekki hafa sótt sér tannlæknaþjónustu vegna kostnaðar. Bein greiðslubátttaka sjúklinga vegna heilbrigðisþjónustu hér á landi er margþætt og misjafnar reglur gilda eftir því hverskonar heilbrigðisþjónusta er veitt, hvar hún er veitt og hvaða heilbrigðisstéttir það eru sem veita þjónustu. Greiðslubátttökukerfi í heilbrigðisþjónustunni eru því í reynd fjölmörg og nokkuð flókin og samspil þeirra á milli sumum tilvikum ekkert. Þannig geta mismunandi sjúklingahópar haft mjög misjafnan kostnað vegna veikinda sinna eftir því hvaða þjónustu þeir þurfa og hvar hún er veitt. Dæmi um þetta er t.a.m. kostnaður einstaklings sem sækir þjónustu á göngudeild sjúkrahúss getur verið umtalsverður en liggi hann inni á sjúkrahúsinu er þjónustan gjaldfrjál. Einstaklingur sem fær kvilla sem meðhöndla má með lyfjum er mun betur varinn fyrir háum kostnaði en sá sem þarf langtímameðferð á göngudeild eða hjá sjúkrahjálfa. Þegar þörf er á fjölbættri þjónustu í heilbrigðiskerfinu, eins og við á í mörgum tilvikum þegar sjúklingur þarf t.a.m. bæði lækniþjónustu, rannsóknir,

lyfjagjöf og jafnvel þjálfun, koma saman mörg greiðslupátttökukerfi með ólíkar reglur og viðmið sem leiðir til þess að heildar kostnaður sjúklinga vegna veikinda getur orðið mjög hár. Reglur um afsláttarfyrrkomulag þegar greidd hefur verið ákveðin upphæð fyrir tiltekna heilbrigðisþjónustu koma ekki í veg fyrir háan kostnað þar sem áfram er greitt fyrir þjónustuna, þótt verðið sé lægra. Auk þess nær afslátturinn eingöngu til ákveðinna þátta heilbrigðisþjónustunnar og gildir eingöngu innan almanaksárs sem þýðir að heildarkostnaður sjúklings getur ráðist að verulegu leiti af því hvenær ársins hann veikist. Almennt eru sjúklingar því illa varðir fyrir háum útgjöldum vegna veikinda. Segja má að sjálfsábyrgð sjúkratryggðra einstaklinga hér á landi geti því verið mjög há þar sem ekkert raunverulegt þak er á heildarkostnaði sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins. Þannig geta alvarlega veikir einstaklingar þurft að greiða hundruð þúsunda úr eigin vasa og langveikir hafa margir fastan heilbrigðiskostnað sem er verulegur hluti af mánaðarlegum ráðstöfunartekjum þeirra og takmarka mjög fjárráð til annarra þátta. Óhóflega gjaldtaka getur sömuleiðis takmarkað aðgengi, einkum tekjulægri einstaklinga og fjölskyldna og leitt til þess að nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu er sleppt vegna mikils kostnaðar

Áformaðar breytingar

Með frumvarpinu er lagt til að komið verði á nýju greiðslupátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu þar sem sett verður hámark á kostnað sjúklinga vegna lækniþjónustu, rannsókna og þjálfunar auk þess sem reglur um gjaldtöku eru einfaldaðar og greiðsluhópar samræmdir milli þjónustupátta. Áfram er miðað við að lyf séu í sérstöku greiðslupátttökukerfi og sálfræðiþjónusta er áfram utan almanna greiðslupátttökukerfisins. Ekki er gert ráð fyrir að hlutdeild sjúklinga í heilbrigðiskostnaði lækki í heildina við breytingarnar heldur verði kostnaði dreift með öðrum hætti en nú er. Þetta mun leiða til þess að kostnaður þeirra sem þurfa fremur sjaldan að leita til heilbrigðisþjónustunnar hækkar talsvert en lækkar hjá þeim sem þurfa mikla þjónustu. Þá er í frumvarpinu gert ráð fyrir að unnt verði að beita þjónustustýringu í meira mæli en nú er til að styrkja heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Þannig verði heimilt að gjald fyrir heilbrigðisþjónustu verði hærra ef sjúklingur sækir þjónustu án tilvísunar frá heilsugæslu/heimilislækni. Einnig er gert ráð fyrir heimild til þess að gjaldtaka verði hærri ef þjónusta er sótt á aðra heilsugæslustöð en þá sem viðkomandi er skráður hjá. Ekki er þó gert ráð fyrir að nýta þessar heimildir að svo stöddu nema gagnvart börnum þar sem sérfræðilækniþjónusta, rannsóknir og myndgreiningar verða gjaldfrjáls ef tilvísun liggur fyrir frá heilsugæslu en að öðrum kosti greiða börn talsvert hærri gjald fyrir þjónustuna en nú er.

Áhrif breytinganna á mismunandi hópa

Með breytingunum er tryggt að sjúklingar greiði ekki meira en sem nemur tiltekinni hámarksfjárhæð fyrir heilbrigðisþjónustu í hverjum mánuði og þak sett á þann kostnað sem myndast getur á 12 mánaða tímabili. Þetta fyrrkomulag tryggir að sjúklingar eru betur varðir fyrir óhóflega háum heilbrigðiskostnaði en nú er. Auk þess eru þeir sem eru langveikir og hafa að jafnaði fastan heilbrigðiskostnað allt árið betur varðir þar sem uppbygging kerfisins tryggir að ávallt er litið til kostnaðar undanfarinna mánaða við ákvörðun greiðslupátttöku. Á hinn boginn gera þau drög að reglugerð þar sem upphæðir greiðslupátttöku eru ákvarðaðar ráð fyrir að gjaldtaka aukist hjá öllum meginþorra notenda heilbrigðisþjónustunnar sem þurfa tilfallandi þjónustu. Þannig er ekki gert ráð fyrir að hlutdeild sjúklinga í heilbrigðiskostnaði breytist heldur verði kostnaði dreift með öðrum hætti en nú er. Heildarkostnaður sjúklinga

vegna umræddrar heilbrigðisþjónustu nam um 6,5 milljörðum króna árið 2015 og er miðað við að sú upphæð verði óbreytt að teknu tilliti til verðlagsþróunar.

Breytingin mun leiða til þess að kostnaður hækkar mest hjá almennum notendum og lífeyrisþegum sem þurfa sjaldan að nota heilbrigðisþjónustu en lækka hjá þeim sem þurfa mikla þjónustu og börnum. Samkvæmt greinagerð með frumvarpinu má gera ráð fyrir að kostnaður um 48% sjúkratryggðra einstaklinga hækki við breytingarnar en lækki hjá um 30%. Þannig hækkar heildarkostnaður ríflega 85.000 almennra sjúklinga um 688 milljónir króna á ári eða sem nemur 31% og tæplega 37.500 lífeyrisþega um 503 milljónir króna eða 73%. Á móti lækkar heildarkostnaður tæplega 27.000 almennra sjúklinga um 852 milljónir króna og 17.600 lífeyrisþega um 259 milljónir eða 36%.

Yfirlit yfir heildarkostnað í núverandi greiðslupátttökukerfi og nýju kerfi skv. frumvarpi

Hópur	Fjöldi í hóp	Heildarfjárhæð í núverandi kerfi milljónir kr.	Heildarfjárhæð í nýju kerfi milljónir kr.	Breyting milljónir kr.	Breyting í %	Meðaltalsbreyting á ársgrundvelli kr.
Almennir sjúklingar	85.143	2.218	2.906	+ 688	+ 31%	+ 8.100
	47.817	266	266	0	0	0
	26.971	2.359	1.507	- 852	- 36%	- 31.600
Aldraðir og öryrkjar	37.431	687	1.190	+ 503	+ 73%	+ 13.400
	261	0	0	0	0	0
	17.590	727	468	- 259	- 36%	- 14.900

Samkvæmt drögum að breytingum á reglugerð um greiðslupátttöku sjúklinga í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu sem fylgir frumvarpinu er gert ráð fyrir umtalsverðum gjaldskrárhækkunum samhliða breytingunni einkum hjá sérfræðilæknum og í myndgreiningum hjá almennum sjúklingum en gjaldskrár öryrkja og aldraðra hækka umtalsvert fyrir flesta þjónustubætti. *Sjá nánar samantektum breytingar á gjalddöku einstakra þátta í viðauka I sem fylgir umsögninni.*

Samantekt:

Alþýðusambandið tekur undir eftirfarandi þætti frumvarpsins:

- Gerð er breyting á greiðslupátttökukerfinu sem tryggir að **þak á kostnaðarpátttöku** sjúklinga fyrir ákveðna þætti heilbrigðiskerfisins sem ver sjúklinga betur en nú er fyrir óhóflega háum kostnaði vegna veikinda og slysa. Alþýðusambandi gagnrýnir hins vegar upphæð og fjármögnun þaksins.
- **Sjúkra- tal- og iðjupjálfun er færð undir greiðslupátttökukerfið** sem mun draga úr kostnaði margra sem þurfa á þeirri þjónustu að halda.
- Greiðslupátttökukerfið er **einfaldað nokkuð og jafnræði sjúklingahópa eykst.**

- **Tímasetning veikinda innan árs ræður ekki lengur heildarkostnaði** sjúklinga þar sem miðað er við s.k. fljótandi greiðslutímabil og ávallt horft á kostnað sjúklinga innan kerfisins á undangengnum mánuðum.
- Sérstakt tillit er tekið til barna og barnmargar fjölskyldur varðar þar sem horft er á samanlagðan kostnað allra barna innan sömu fjölskyldu.

Alpýðusambandi gerir athugasemdir við eftirfarandi þætti frumvarpsins:

- **Þak á kostnaðarþátttöku er eingöngu fjármagnað með tilfærslu á kostnaði** frá þeim sem nú greiða mjög háan heilbrigðiskostnað yfir til þeirra sem þurfa sjaldnar á þjónustu að halda. Þetta leiðir til þess að kostnaður alls megin þorra þeirra sem þurfa á tilfallandi heilbrigðisþjónustu að halda hækkar talsvert, bæði hjá almennum notendum en ekki síður hjá lífeyrisþegum og getur orðið til þess að viðkvæmir hópar sæki sér síður nauðsynlega tilfallandi heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar. Þannig mun heildarkostnaður þeirra 85.000 almennu sjúklinga sem hafa tilfallandi heilbrigðiskostnað hækka um 31% og þeirra 37.000 lífeyrisþega sem hafa tilfallandi heilbrigðiskostnað hækka um 73%.
- **Lyf eru áfram aðskilin frá annarri heilbrigðisþjónustu** og sérstakt greiðsluþátttökukerfi í gildi vegna þeirra. Þetta leiðir til þess að sjúklingar sem þurfa bæði meðferð með lyfjum og annarri heilbrigðisþjónustu geta haft kostnað sem nemur samanlögðu hámarki innan beggja kerfa, eða um 157.000 krónur á ársgrundvelli (95.200+62.000) og 104.500 (63.500+41.000) hjá öldruðum og öryrkjum. ASÍ telur að kostnaður vegna lyfja og annarrar heilbrigðisþjónustu skuli falla undir eitt og sama greiðsluþátttökukerfið.
- **Sálfræðiþjónusta sem er áfram undanskilin** almennri greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. Vaxandi fjöldi fólks glímir við andleg veikindi en aðgengi að þjónustu fyrir þennan hóp er takmarkað og kostnaður vegna hennar mörgum ofviða. Þetta hefur margvíslegar alvarlegar afleiðingar bæði fyrir einstaklinga og samfélagið allt. Í þessu samhengi má benda á að algengt er að kostnaður hvern meðferðartíma hjá sjálfstætt starfandi sálfræðingi sé á bilinu 12.000-15.000 krónur.
- **Það kostnaðarþak sem sett er fram í frumvarpinu (95.200 /63.500) er of hátt**, ekki síst m.t.t. þess að lyf og sálfræðiþjónusta er utan þess hámarks ýmissa annarra þátta heilbrigðisþjónustunnar, ss. tannlækningar, hjálpartæki, ferðakostnaður, o.fl. Kostnaður vegna þessara þátta bætist þannig við hámarkskostnað sjúklinga skv. frumvarpinu. Margir munu því áfram hafa heilbrigðiskostnað sem fer talsvert umfram það hámark sem frumvarpið gerir ráð fyrir.
- **Nauðsynlegt er að heilsugæslan sé í stakk búin til að sinna því hlutverki að vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu áður en þjónustustýringu er beitt** þannig að gjaldtaka sé hærri fyrir tiltekna þjónustuþætti hafi sjúklingur ekki tilvísun frá heilsugæslu. Fjöldi fólks hefur í dag ekki fastan heimilislækni og biðtími í heilsugæslunni er víða of langur. Nauðsynlegt er að byrja á að styrkja rekstrargrundvöll heilsugæslunnar og tryggja öllum aðgengi að henni áður en þetta skref er stigið. ASÍ leggst gegn því tilvísunarákvæði verði tekið upp að sinni.

- Ekkert mið er tekið af **samanlögðum heildarkostnaði einstaklinga innan sömu fjölskyldu**. Þannig getur samanlagður heildarkostnaður heimilis vegna heilbrigðisþjónustu og lyfja áfram verið umtalsverður.
- Gjaldtaka hjá sérfræðilæknum og vegna rannsóknar og greiningar er enn ógagnsæ og erfitt fyrir sjúklinga að átta sig á heildarkostnaði sínum.

Virðingarfyllst,



Henný Hinz
Hagfræðingur ASÍ

Viðauki I – Breytinga á gjaldtöku einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar

Gjaldtaka skv. drögum að nýrri reglugerð er auðmerkt með **rauðum lit**. Afsláttarkort er aflagt í nýju kerfi en greiðslur í nýju kerfi mynda afsláttarstofn og hámark er sett á kostnað innan tímabils. Þeir þættir heilbrigðisþjónustunnar sem í dag falla undir afsláttarkort eru auðmerktir með grænum lit en þeir sem falla utan með bláum lit

Gjaldtaka í heilsugæslu

Komugjöld á dagvinnutíma	- Almennt gjald: 1.200 – með afsláttarkorti: 700 - 1.200 - Aldraðir I: 960 – með afsláttarkorti: 600 - 800 - Aldraðir II og öryrkja: 600 – með afsláttarkorti: 480 - 800 - Börn: 0 - 0
Komugjöld utan dagvinnutíma	- Almennt gjald: 3.100 - með afsláttarkorti: 1.800 - 3.100 - Aldraðir I: 2.400 - með afsláttarkorti: 1.200 - 2.050 - Aldraðir II og öryrkja: 1.500 - með afsláttarkorti 840 - 2.050 - Börn 0 - 0
Vitjanir læknis á dagvinnutíma	- Almennt gjald: 3.400 – með afsláttarkorti: 2.000 - 3.400 - Aldraðir I: 2.600 – með afsláttarkorti: 1.200 - 2.250 - Aldraðir II og öryrkja: 1.600 – með afsláttarkorti: 840- 2.250 - Börn: 0 - 0
Vitjanir læknis utan dagvinnutíma	- Almennt gjald: 4.500 – með afsláttarkorti: 2.800 - 4.500 - Aldraðir I: 3.800 – með afsláttarkorti: 2.100 - 3.000 - Aldraðir II og öryrkja: 2.200 – með afsláttarkorti: 1.080- 3.000 - Börn: 0 - 0
Mæðra- og ungbarnavernd	Gjaldfrjáls - Gjaldfráls
Vottorð	- Flest almenn vottorð: 1.100-1.700 - óbreytt - Vottorð vegna atvinnuréttinda, byssuleyfa og skóla erlendis: 4.700 - óbreytt - Vottorð ss. vegna fóstureyðingar, ófrjósemisaðgerða, örorkubóta, ættleiðingar og dvalar- og atvinnuleyfa: Greiða skal kr. 4. 000 fyrir hverjar byrjaðar 20. mínútur sem tekur lækni að útbúa vottorðið - Óbreytt
Rannsóknir	Sjá kafla um rannsóknir og greiningar
Bólusetningar	- Hefðbundnar bólusetningar í ungbarnavernd og skólaheilsugæslu eru gjaldfrjálsar - Óbreytt - Inflúendubólusetning er gjaldfrjáls fyrir áhættuhópa- Óbreytt - Fyrir aðrar bólusetningar er greitt kostnaðarverð bóluefnis skv. gjaldskrá - Óbreytt
Önnur þjónusta	- Þungunarpróf: 740 - 740 - Streptokokkarannsókn: 840 - 840 - CRP (C-reaktíft prótein): 990 - 990 - HbA 1c (glýkosýlerað hemóglóbín): 1.900 - 1.900 - Lyfjaleit í þvagi: 2.600 - 2.600 - Lykkja (t): 7.400 - 7.400 - Hormónalykkja og berklapróf: Kostnaðarverð skv. gjaldskrá

Gjaldtaka hjá sérgreinalæknum skv. samningi við Sjúkratryggingar

Gjöld fyrir
læknishjálp
samningsbundins
sérfræðilæknis og
sérfærðilæknis á
göngudeild

- Almennt gjald: 5.700 + 40% af umframkost.
með afsláttarkorti: 2.300 + 13,3% - **Umsamið heildarverð**
- Aldraðir I: 4.400 + 13,33% af umframkost.
- með afsláttarkorti: 1.900 + 13,33% - **2/3 af umsömdu heildarverði**
- Aldraðir II og öryrkja: 2.100 + 13,33% af umframkost. -
með afsláttarkorti: 1/9 af fullu almennu gjaldi – að
lágmarki 1.010 - **2/3 af umsömdu heildarverði**
- Börn: 1/9 af fullu almennu gjaldi að lágmarki 890
- með afsláttarkorti: 1/9 af fullu almennu gjaldi - að
lágmarki 650 - **Með tilvísun: Gjaldfrjálst - Án tilvísunar: 2/3 af umsömdu heildarverði**
- Börn m. umönnunrkort: Gjaldfrjálst
- Börn greiða ekkert fyrir komur til sérfræilækna á
göngudeildum sjúkrahúsa.

Sjónmælingar
augnlækna

- 18-70 ára greiða fullt verð fyrir sjónmælingar hjá augnlækni
nema sjónlagsgalli stafi af slysi eða sjúkdóm þá er
greiðslubátttaka samskonar og hjá öðrum sérfræðilæknum.
- **Óbreytt**

Gjaldtaka á sjúkrahúsum

Innlagnir	Gjaldfrjálst - Óbreytt
Slysa- og báðamóttaka	- Almennt gjald: 6.200 - með afsláttarkorti: 3.400 - 6.200 - Aldraðir I: 5.200 - með afsláttarkorti: 2.700 - 4.100 - Aldraðir II og öryrkja: 3.400 - með afsláttarkorti: 1.200 - 4.100 - Börn greiða ekkert fyrir komur á slysa- og bráðamóttökur sjúkrahúsa. - Óbreytt
Koma/endurkoma á göngudeild vegna þjónustu annarra en lækna	- Almennt gjald: 3.400 - með afsláttarkorti: 2.000 3.400 - Aldraðir I: 2.900 - með afsláttarkorti: 1.600 - 2.300 - Aldraðir II og öryrkja: 1.800 - með afsláttarkorti: 960 - 2.300 - Börn greiða ekkert fyrir komur á göngudeildir sjúkrahúsa. - Óbreytt
Kransæðaþræðingar, hjartaþræðingar og keiluskurðaðgerðir	- Almennt gjald: 9.600 - með afsláttarkorti: 3.500 - 9.600 - Aldraðir I: 7.700 - með afsláttarkorti: 2.300 - 6.400 - Aldraðir II og öryrkja: 3.400 - með afsláttarkorti: 1.400 - 6.400 - Börn greiða ekkert fyrir þessar aðgerðir. - Óbreytt
Endurtenging eggjaleiðara	247.000 - 247.000
Iðju- tal- og sjúkrabjálfun	Greitt er fyrir iðjubjálfun, sjúkrabjálfun og talbjálfun á sjúkrahúsum með sama hætti og þegar sú þjónusta er sótt utan sjúkrahús - sjá nánar að neðan.
Sjúkraflutningar á og frá sjúkrahúsi	6.500 - 6.500

Gjaldtaka fyrir rannsóknir og greiningar

Rannsóknir á rannsóknastofu skv. beiðni læknis

- Almennt gjald: 2.500 - með afsláttarkorti: 1.200 - **2.500**
- Aldraðir I: 1.900 - með afsláttarkorti: 730 - **1.650**
- Aldraðir II og öryrkja: 880 - með afsláttarkorti: 440 - **1.650**
- Börn: 350 - með afsláttarkorti: Gjaldfrjálst - **Með tilvísun: gjaldfrálst - Án tilvísunar: 1.650**
- Börn með umönnunarkort: Gjaldfrjálst - **Óbreytt**

Geisla- og myndgreiningar og beinþéttnimælingar

- Almennt gjald: 3.200 + 40% af umframkost. með afsláttarkorti: 1.100 + 13,3% - **Umsamið heildarverð**
- Aldraðir I: 2.600 + 13,33% af umframkost. - með afsláttarkorti: 880 + 13,33% - **2/3 af umsömdu heildarverði**
- Aldraðir II og öryrkja: 1.200 + 13,33% af umframkost. - með afsláttarkorti: 1/9 af fullu almennu gjaldi – að lágmarki 570 - **2/3 af umsömdu heildarverði**
- Börn: 1/9 af fullu almennu gjaldi að lágmarki 510 - með afsláttarkorti: Gjaldfrjálst **Með tilvísun: gjaldfrálst - Án tilvísunar: 2/3 af umsömdu heildarverði**
- Börn m. umönnunarkort: Gjaldfrjálst - **Óbreytt**

Krabbameinsleit

- Legstrok eða myndataka af brjóstum**
- Almennt gjald: 4.400 - **4.400**
- Aldraðir I: 3.600 - **2.900**
- Aldraðir II og öryrkjar: 2.100 - **2.900**
- Legstrok og myndataka af brjóstum**
- Almennt gjald: 6.600 - **6.600**
- Aldraðir I: 5.300 - **4.400**
- Aldraðir II og öryrkjar: 3.400 - **4.400**

Gjaldtaka fyrir sjúkra- og iðjuþálfun skv. samningi við Sjúkratryggjinar

Almennt gjald	- Fyrstu 5 skiptin innan almanaksárs greiða sjúklingar að fullu umsamið heildarverð: 5.542/skipti - auk þess er greitt 5.994 skoðunargjald við fyrstu heimsókn. 5.-30. skipti innan almanaksárs greiða sjúklingar 80% af umsömdu heildarverði: 4.433/skipti - Umfram 30 skipti innan almanaksárs greiða sjúklingar 40% af umsömdu heildarverði: 2.216/skipti •Umsamið heildarverð - 5.542/skipti óháð skiptafjölda
Aldraðir og öryrkjar með <u>óskerta</u> tekjutryggingu frá TR	- Fyrstu 30 skiptin innan almanaksárs greiða sjúklingar 25% af umsömdu heildarverði: 1.385/skipti - auk þess er greitt 1.498 kr. skoðunargjald við fyrstu heimsókn - Umfram 30 skipti innan almanaksárs greiða sjúklingar 10% af umsömdu heildarverði: 554/skipti •2/3 af umsömd heildarverði 3.695/skipti óháð skiptafjölda
Aldraðir og öryrkjar með <u>skerta</u> tekjutryggingu frá TR	- Fyrstu 30 skiptin innan almanaksárs greiða sjúklingar 25% af umsömdu heildarverði: 1.385/skipti - auk þess er greitt 1.498 kr. skoðunargjald við fyrstu heimsókn - Umfram 30 skipti innan almanaksárs greiða sjúklingar 15% af umsömdu heildarverði: 831/skipti •2/3 af umsömd heildarverði 3.695/skipti óháð skiptafjölda
Aldraðir og öryrkjar <u>án</u> tekjutryggingu frá TR	- Fyrstu 30 skiptin innan almanaksárs greiða sjúklingar 35% af umsömdu heildarverði: 1.939/skipti - auk þess er greitt 2.097 kr. skoðunargjald við fyrstu heimsókn - Umfram 30 skipti innan almanaksárs greiða sjúklingar 25% af umsömdu heildarverði: 1.385/skipti •2/3 af umsömd heildarverði 3.695/skipti óháð skiptafjölda
Börn undir 18 ára og einstaklingar með umönnunarkort	- Fyrstu 30 skiptin innan almanaksárs greiða sjúklingar 23% af umsömdu heildarverði: 1.274/skipti - auk þess er greitt 1.378 kr. skoðunargjald við fyrstu heimsókn - Umfram 30 skipti innan almanaksárs eru gjaldfrjáls •Gjaldfrálst

Greiðslur vegna þjálfunar eru hluti nýju greiðsluþátttökukerfi skv. frumvarpinu og reiknast að fullu inn í afsláttarstofn líkt.

Nefndasvið Alþingis
Velferðarnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 2. maí 2016

Efni: Umsögn BSRB um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), þingskjal 1104 – 676. mál.

BSRB hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

BSRB telur tillögur um þak á kostnað almennings vegna heilbrigðisþjónustu jákvæðar. Afstaða bandalagsins er hins vegar sú að heilbrigðisþjónusta eigi að vera gjaldfrjál og veltir upp þeirri spurningu hvort ekki sé tilefni til að taka til skoðunar hver kostnaður við það myndi verða. Samkvæmt greinargerð með frumvarpinu kemur fram að starfshópar sem skipaðir hafa verið hafi allir haft það hlutverk að skoða raunverulega hvernig megi minnka þátttöku einstaklinga í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Ekki virðist liggja til grundvallar að pólitísk ákvörðun hafi verið tekin um það að skoða skyldi hvort heilbrigðisþjónusta gæti almennt verið gjaldfrjál eða hvernig fjármögnun kerfisins skyldi vera háttáð. Ítrekað hefur komið fram að vilji almennings stendur til að forgangsraðað sé meira í þágu heilbrigðismála en nú er gert.

Bandalagið harmar að frumvarpið geri ekki ráð fyrir aukinni fjárveitingu til kerfisins heldur eingöngu millifærslu kostnaðar milli sjúklinga. Kostnaðarþátttaka sjúklinga í heilbrigðiskerfinu hefur næstum tvöfaldast á síðustu þremur áratugum samkvæmt nýrri skýrslu ASÍ um heilbrigðisþjónustuna. Nú er svo komið að heimilin standa undir um 20% af öllum útgjöldum til heilbrigðismála með beinum greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu.

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor í félagsfræði við hjúkrunardeild Háskóla Íslands, vann nýverið könnun á heilsu og lífsháttum Íslendinga. Niðurstöður hennar sýna að þegar útgjöld heimila vegna heilbrigðismála eru skoðuð sem hlutfall af tekjum heimilanna er útgjaldahlutfall hæst á heimilum eldra fólks, atvinnulausra, fólks utan vinnumarkaðar, grunnskólamenntaðra, lágtekjufólks, langveikra og öryrkja. Ljóst er að ekki eru bein tengsl milli þessara hópa og þeirra sem njóta góðs af tillögum samkvæmt frumvarpinu sem hér er til umsagnar. Þeir sem njóta góðs af því eru hópar sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda sem er að sjálfsögðu fagnaðarefni og mikilvægt framfaraskref. Hins vegar þarf að ganga enn lengra til að tryggja að öllum sem þurfi á aðstoðinni að halda sé tryggt aðgengi, óháð efnahag þeirra.

Jafnframt kemur fram í niðurstöðum könnunar Rúnars að tæp 22% Íslendinga höfðu á síðustu sex mánuðum fyrir framkvæmd hennar frestað því að leita læknis jafnvel þótt fólk teldi sig þurfa á lækni aðstoð að halda. Af þeim sem höfðu frestað því að leita læknis sögðu tæp 40% hafa gert það vegna kostnaðar við heilbrigðisþjónstuna. Því hærra hlutfall af tekjum heimilanna sem fór í heilbrigðisútgjöld, því algengara væri að fólk frestaði þjónustunni. Af þeim sem eyddu 4% eða meira af tekjum sínum í heilbrigðisþjónustu hafði um þriðjungur frestað því að leita sér aðstoðar. Ekki verður séð að frumvarpið ráði bót á þessu vandamáli heldur þvert á móti gæti lögleiðing þess haft þau áhrif að aukning verði á að einstaklingar fresti því að leita sér aðstoðar.

Loks er rétt að vekja athygli á þeirri þjónustu sem fellur utan gildissvið frumvarpsins. BSRB leggur áherslu á að verulega þurfi að draga úr kostnaðarþátttöku einstaklinga vegna þjónustu sálfræðinga, tannlækna og vegna ferðalaga innanlands fyrir þá sem ekki búa nærri þeim heilbrigðisstofnunum sem þeir þurfa að leita til.

Fyrir hönd BSRB


Helga Jónsdóttir
framkvæmdastjóri



Barnaheill

Save the Children á Íslandi

Reykjavík 6. maí 2016

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Umsögn Barnaheilla - Save the Children á Íslandi um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring). Þingskjal 1104 – 676. mál.

(Lagt fyrir Alþingi á 145. löggjafarþingi 2015–2016.)

Barnaheill – Save the Children á Íslandi vara við því að ofangreint frumvarp verði óbreytt að lögum.

Samtökin vilja taka undir umsagnir félags íslenskra barnalækna og umboðsmanns barna, sem lýsa áhyggjum af því hvaða áhrif frumvarpið getur haft á líf barna ef það verður að lögum, þ.e. að börn efnaminni fjölskyldna geti átt erfiðara með að sækja lækniþjónustu. Ef fyrsti viðkomustaður til að sækja þjónustu á að vera heilsugæslan, verður hún að vera í stakk búin að sinna öllum þeim sem þangað sækja. Það verður að vera greið leið að heimilislækni eða heilsugæslulæknum svo hægt sé að nálgast tilvísanir til sérfræðilækna. Barnaheill hafa fengið margar ábendingar um að víða sé erfitt að komast að hjá heimilislæknum vegna þess hve fáir læknar séu við störf í heilsugæslustöðvum. Ljóst er að efla þarf starfsemi heilsugæslanna verulega svo frumvarpið verði ekki til þess að auka ójöfnuð á meðal barna í samfélaginu.

Mikilvægt er að tryggja öllum börnum gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu, þar með talda sálfræðiþjónustu, iðjuþjálfun, sjúkraþjálfun, talmeinaþjónustu og fleira.

Barnaheill – Save the Children á Íslandi minna á að samkvæmt Barnasáttmálanum er óheimilt að mismuna börnum um þjónustu sem þau eiga rétt á samkvæmt ákvæðum hans. Samtökin minna jafnframt á að allar ákvarðanir sem varða börn skal taka með hagsmuni þeirra í forgrunni.

Virðingarfyllst,
f.h. Barnaheilla - Save the Children á Íslandi

Erna Reynisdóttir,
framkvæmdastjóri

28.apríl 2016

Umsögn um lagafrumvarp um hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring, 676.mál 145. löggjafarþing 2015-2016.

Sjúkir borga fyrir sjúka.

Megintilgangur frumvarpsins er að færa til kostnað milli sjúkra, það er að segja þeir minna veiku bera aukin kostnað vegna þeirra sem eru meira veikir.

„Samfélagssáttmálinn“ gerir hins vegar ráð fyrir að hið opinbera, sem eru þá einkum skattgreiðendur almennt, greiði sjúkrakostnað, a.m.k. að langmestu leyti. Gjaldtaka af sjúklingum ætti þá í öllum tilvikum að vera mjög hófleg og þar með útilokað að heimta óhófleg gjöld.

Ef ríkisvaldið treystir sér ekki til að ráðstafa nægilegum greiðslum af skattfé almennings vegna þessa þá mætti taka upp sérstakt sjúkratryggingargjald á skattgreiðendur sem stæði að langmestu undir þessum kostnaði. Þar með væri ekki þörf á flóknum útfærslum frumvarpsins á tilfærslu kostnaðar milli sjúkra.

„Þjónustustýring“ ríkisins á eina tegund sérfræðinga .

Viðtal við sérfræðing „út í bæ“ getur verið ódýrara en viðtal við sérfræðing á heilsugæslu. Sjúklingur greiðir hins vegar lítinn hluta kostnaðar viðtals við heimilislækni en stóran hluta kostnaðar við sérfræðing sjálfstætt starfandi. Í þeim tilfellum er miklu hagkvæmara fyrir ríkið að sjúklingur leiti til sérfræðings sjálfstætt starfandi.

Þannig er nú þegar til staðar ákveðin stýring á sjúklingum inn á heilsugæslustöðvar en valkostur sjúklings að leita beint til viðkomandi sérfræðings.

Frumvarpið stefnir að því að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður sjúklings en ætti að vera valkostur sjúklings eins og nú er. Það er augljóslega dýrara að leita til tveggja sérfræðinga í stað eins og þá verulegur tímasparnaður. Oft er sjúklingi ljóst hver vandinn er og hvert á að leita, s.s. til augnlæknis, bæklunarlæknis, hjartalæknis eða geðlæknis.

Þar sem læknaskortur er til staðar er ekki á bætandi að auka vanda sjúklinga með flóknara og jafnvel dýrara kerfi í heildina þegar upp er staðið. Þjónusta lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna er hins vegar almennt mjög góð, jafnvel frábær, þegar sjúklingar ná til þeirra. Keppikeflið ætti að vera að bæta aðstöðu og aðgengi en ekki að hindra það.

Einar Jónsson kt. 290944-3179

Hverafold 74

112 Reykjavík



FÉLAG ÍSLENSKRA BARNALÆKNA

29.apríl 2016

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

**Efni: Umsögn um lagafrumvarp, mál 676. 145. löggjafarþing 2015—2016.
Sjúkratryggingar (*Hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring*)**

Stjórn Félags íslenskra barnalækna hefur fengið áskoranir frá félagsmönnum um að senda inn umsögn um ofangreint mál.

Félag barnalækna á Íslandi stendur vörð um velferð barna hér á landi og hefur áhyggjur af því að með frumvarpi þessu sé verið að auka gjaldheimtu fyrir heilbrigðisþjónustu barna. Einnig að tilvísunarkerfi geti mismunað börnum eftir efnahagsaðstæðum þar sem efnaðir hafi meiri möguleika á sérfræðiþjónustu barna en efnaminni.

Í athugasemdum við 1.gr. í frumvarpinu kemur fram að tilgangur ákvæðisins sé að lækka álögur á barnafjölskyldur innan kerfisins. Einnig er ætlað að sjúkratryggðir sækji í auknum mæli á heilsugæslu og er talið að heilbrigðiskerfið sé undirbúið fyrir þær breytingar. Hafa ber í huga að árið 2015 voru 47.264 komur til barnalækna samkvæmt <http://www.sjukra.is/um-okkur/frettir/samantekt-um-komutidni-til-sergreinalaekna> og er hægt að áætla að stór hluti sé vegna bráðra vandamála þar sem leitað er til læknis með stuttum fyrirvara. Við efumst um að heilsugæslan sé í stakk búin til að taka á móti þessum fjölda. Hætta er á að stór hluti barna verði neitað um bráðaþjónustu á heilsugæslu og þurfi því að leita til sérfræðilækna án tilvísunar og þá hækkar greiðsluþáttaka þeirra úr 1/9 af gjöldum almennra sjúkratryggðra einstaklinga í 67% samanborið við kostnað fyrir lagabreytingu. Það mun reyndar áfram standa til boða að sækja þjónustu á slysadeild og á bráðamóttöku barna þeim að kostnaðarlausu en hætt er við því að mikil örtröð myndist þar með tilheyrandi álagi og hættu sem því fylgir. Börn með ummönunarkort fá heilbrigðisþjónustu án kostnaðar og er líklegt að með þessari reglugerð fjölgi umtalsvert umsóknum um slík kort með meðfylgjandi tímafrekri skriffröskun sem er mikil fyrir.

Varðandi tilvísanir þá er margt mjög óljóst í frumvarpinu. Þar er tekið fram að tilvísun þurfi að koma frá heilsugæslu- eða heimilislækni en ekki tekið fram hvort tilvísun gildi á ákveðinn sérfræðilækni, ákveðið sérfræðifag, ákveðna sjúkdómsgreiningu, fyrir hversu margar komur og hversu lengi tilvísun gildi. Ennfremur virðist ekki vera hægt að skrifa tilvísun frá sérfræðingi til sérfræðings og er það miður. Algengt er að vandamál sem þurfa sérfræðimat greinist við skoðun barns á sjúkrahúsum og á stofum sérfræðings og veldur það töf og flækjustigi að þurfa að senda barn á heilsugæslu sem millilið fyrir frekara mat sem þolir oft illa bið.

Jákvætt er að börn með sama fjölskyldunúmer teljast sem einn einstaklingur og mun það gagnast barnmörgum fjölskyldum.



FÉLAG ÍSLENSKRA BARNALÆKNA

Félagið hefur Barnasáttmála sameinuðu þjóðanna, sem lögfestur var hér á landi á 2013, gjarnan að leiðarljósi varðandi velferð barna. Þar er skýrt kveðið á um að leitast skal við að setja þarfir barna í forgang þegar teknar eru stjórnvaldsákvarðanir um þjónustu fyrir þann viðkvæma hóp.

Virðingarfyllt,

Fyrir hönd Félags íslenskra barnalækna,

Sindri valdimarsson, slsindriv@landspitali.is

Reykjavík 2. maí 2016

Velferðarnefnd Alþingis

Suðurlandsbraut 22

108 Reykjavík

Sími 540 6400

Fax 540 6401

hjukrun@hjukrun.is

www.hjukrun.is

Umsögn um drög að frumvarpi til laga um sjúkratryggingar (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (FÍH) fagnar því að fram sé komið nýtt frumvarp um greiðslupátttöku sjúklinga fyrir heilbrigðisþjónustu. Ljóst er að núverandi kerfi hefur reynst mörgum sjúklingum erfitt og valdið sjúklingum vandræðum og vanlíðan vegna mikils kostnaðar við heilbrigðisþjónustu. Gera þurfti því bragarbót á núverandi kerfi og draga úr kostnaði sjúklinga.

Allur kostnaður við heilbrigðisþjónustu

FÍH lýsir yfir áhyggjum af því að með nýju greiðslupátttökukerfi sé ekki verið að marka eina heildstæða stefnu í greiðslupátttöku sjúklinga, heldur einungis verið að koma á skipulagi og hámarksgreiðslu á hluta af þjónustunni. Heilbrigðisþjónusta eins og tannlækningar og sálfræðiþjónusta er ekki inni í nýju greiðslupátttökukerfi. Eins er kostnaði vegna lyfja haldið í sérstöku kerfi. Ljóst er að sjúklingar verða fyrir margs konar kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu og lýsir FÍH yfir furðu að ekki hafi verið tekinn inn allur kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu þegar verið er að koma á nýju greiðslupátttökukerfi fyrir sjúklinga. FÍH telur að betra hefði verið að nýtt greiðslupátttökukerfi fyrir sjúklinga tæki til alls kostnaðar sem sjúklingar geta orðið fyrir í heilbrigðisþjónustunni.

Þjónustustýring

Eins og fram kemur í frumvarpinu er eitt af markmiðunum með breytingum á greiðslupátttöku sjúklinga að taka upp þjónustustýringu í kerfinu. Með því verður dýrara fyrir sjúklinga að leita til sérfræðilækna án tilvísunar. Ef sjúklingar leita fyrst til heilsugæslu og síðan til sérfræðilækna með tilvísun verður þjónustan ódýrari. Með þessu er verið að leggja áherslu á að heilsugæslan sé í auknum mæli fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðisþjónustunni. Þessi breyting telur FÍH að geti skapað ákveðna hættu fyrir sjúklinga. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins ræður í dag ekki við þá þjónustu sem hún á að veita og skýrist það af skorti á fjármagni, skorti á starfsfólki og eins hefur ekki farið fram umræða eða verið tekin ákvörðun um hver á að sinna hverju innan heilsugæslunnar. Með því að auka álagið á heilsugæsluna og gera hana í auknum mæli að fyrsta viðkomustað án þess að auka fjármagn til hennar, bæta mönnun eða skipulag, mun það lengja biðtíma sjúklinga og tefja það að sjúklingar fái bót meina sinna. FÍH telur að betra sé að byrja á að efla heilsugæsluna með því að bæta fjármögnun og auka fjárframlög til hennar og nýta betur sérfræðikunnáttu t.d. hjúkrunarfræðinga. Þannig verði hún betur í stakk búin til þess að sinna frekari verkefnum. Að því loknu mun skapast betri möguleiki á að bæta þjónustustýringu og gera heilsugæsluna í auknum mæli að fyrsta viðkomustað innan heilbrigðiskerfisins. Ljóst er að ekki hafa allir sjúklingar aðgang að heimilislækni og því leita þeir til sérfræðilækna eftir þjónustu sem heilsugæslan ætti að veita. Að mati FÍH verður fyrirhugaðri þjónustustýringu ekki beitt með því eingöngu að breyta greiðslupátttökukerfi sjúklinga.

Hámarks kostnað mætti lækka

Fíh telur að hámarkskostnað sjúklinga við heilbrigðisþjónustu á ári sé of hár. Eins og fram hefur komið fyrr í þessari umsögn þá mun greiðsluþátttökukerfi sjúklinga sem lagt er til í frumvarpinu ekki taka til alls kostnaðar sem sjúklingar verða fyrir innan heilbrigðiskerfisins. Því er sú 95 þúsund króna upphæð sem nefnd er í frumvarpinu einungis hluti af heildarkostnaði sjúklinga. Ef farin verður sú leið sem lögð er til í frumvarpinu hvetur Fíh til þess að upphæðin verði lækkuð verulega. Fram hefur komið að verði heilbrigðisþjónustan gerð gjaldfrjáls með öllu muni það ekki kosta ríkissjóð verulega upphæð á ári. Til að byrja með mætti gera heilbrigðisþjónustu barna og öryrkja gjaldfrjálsa og skoða hvort það komi í veg fyrir að þessir sjúklingahópar þurfi að neita sér um nauðsynlega heilbrigðisþjónustu.

Suðurlandsbraut 22
108 Reykjavík
Sími 540 6400
Fax 540 6401
hjukurun@hjukurun.is
www.hjukurun.is

Kostnaður færður til innan kerfisins

Fíh telur að með nýju greiðsluþátttökukerfi sé verið að færa til kostnað innan kerfisins milli sjúklingahópa í stað þess að bæta fjármunum inn í kerfið. Verið er að auka álögur á þá sem nota kerfið minnst og lækka álögur á þá sem nota kerfið mest. Þetta getur valdið því að sjúklingar sem lítið hafa notað þjónustuna, fresti notkun hennar. Aldraðir og öryrkjar sem nota heilbrigðisþjónustuna lítið munu eftir breytinguna borga hálfum milljarði meira fyrir þjónustuna.

Fíh telur að gera þurfi úttekt á því hver greiðsluþátttakan er í dag. Hver sé heildarkostnaður mismunandi hópa og í hverju felst hann? Eftir að slík úttekt hefur verið gerð eru betri forsendur til að skoða hvaða breytingar hægt er að gera á kerfinu og framkvæma þær síðan.

Aukin heilbrigðisútgjöld hafa á síðustu árum lagst með fullum þunga á heimilin í landinu og hefur skýrsla sem Öryrkjabandalagið gaf nýlega út staðfest þetta. Þar kemur fram að kostnaður ríkisins hefur aukist mun minna en kostnaður heimilanna. Kostnaðurinn við heilbrigðiskerfið hefur því færst í auknum mæli frá ríkinu til heimilanna.

Fíh leggur áherslu á að allir landsmenn geti sótt sér nauðsynlega heilbrigðisþjónustu án tillits til efnahags. Það er eitt af því sem gerir samfélagið betra. Að mati Fíh eru þau drög sem liggja frammi um breytingar á heilbrigðiskerfinu ákveðið skref í þá átt en telur að gera þurfi betur til þess að svo megi verða.

f.h. Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga



Guðbjörg Pálsdóttir starfandi formaður
Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Reykjavík 2.5.2016

Berist til:
Velferðarnefnd Alþingis
Alþingi
150 Reykjavík

Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring) 767. mál.

Stjórn Félags talmeinafræðinga á Íslandi (FTÍ) hefur skoðað ofangreint frumvarp og vill koma eftirfarandi athugasemdum á framfæri.

FTÍ fagnar því að verið sé að skoða kostnaðarþátttöku í heilbrigðiskerfinu sem er orðin alltof mikil og hamlandi fyrir marga þeirra sem þurfa að leita til talmeinafræðinga eftir greiningu og þjálfun. Það eru þó vonbrigði að með þessum breytingum sé ekki verið að auka hlut ríkisins í kostnaði við heilbrigðisþjónustu, heldur einungis að flytja kostnaðinn á milli sjúklingahópa. Þannig má sjá í frumvarpinu að ákveðinn hópur öryrkja og ellilífeyrisþega, sem þurfi tiltölulega lítið á heilbrigðisþjónustu að halda, mun þurfa að bera meiri kostnað en nú er. Þykir það skjóta skökku við að verið sé að auka nauðsynleg útgjöld hjá þeim hópi sem lítið hefur á milli handanna.

Jákvæð áhrif laganna eru þau að kostnaður vegna þjálfunar barna fellur niður sem bætir möguleika barna til þjálfunar óháð efnahag foreldra. Það eyðir einnig því misræmi sem nú er á milli þeirra barna sem hljóta talþjálfun á vegum sveitarfélags (greidd af sveitarfélagi) og þeirra sem sækja talþjálfun á stofu (greidd af foreldrum og SÍ). Það er einnig ánægjulegt að sjá að þjálfun sé nú tekin inn afsláttarkerfi með annarri heilbrigðisþjónustu (utan reyndar tannlækna og sálfræðiþjónustu), í stað núverandi kerfi þar sem öll þjálfun telur í sér afsláttarkort.

Það þykir hins vegar mikill galli hvað það kerfi sem hér er lýst er flókið og ógegnsætt. Skjólstæðingar okkar munu eiga erfitt með að vita hvað þeir þurfi að greiða fyrir þjónustuna fyrr en búið er að fletta þeim upp í gagnagrunninum. Margir af fullorðnum skjólstæðingum talmeinafræðinga hafa takmarkað fé á milli handanna og það er erfitt að sjá hvernig þeir eiga að geta áætlað sín fjárútlát þegar kostnaður fyrir þjálfun (eða aðra heilbrigðisþjónustu) er svo mismunandi á milli mánaða.

Það er ljóst að margir munu lenda í erfiðleikum með að greiða þessar háu upphæðir, t.d. 16932 kr fyrir fyrsta viðtal við talmeinafræðing (greiningarviðtal) eða allt frá 6350 kr upp í 12699 kr fyrir þjálfunartíma. Ákveðnir hópar eru þannig líklegir til að fresta eða hætta við þjálfun (eða aðra heilbrigðisþjónustu) vegna erfiðleika við að reiða fram svo háar upphæðir. Það má líka halda því til haga að lyfjakostnaður getur einnig verið mikill fyrir þennan hóp og þá getur verið erfitt að lenda á mánuðum þar sem leggja þarf út fyrir bæði háum fjárhæðum fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu.

Að síðustu vill FTÍ nefna að tilvísanakerfi í gegnum heimilislækna er ekki í öllum tilvikum raunhæft né fýsilegt. Talmeinafræðingar hafa reynslu af slíku tilvísanakerfi, en til að fá samþykktu greiðsluþátttöku SÍ þarf að liggja fyrir beiðni um talþjálfun frá lækni. Reynsla okkar er sú að það aukaskref sé kostnaðarsamt fyrir bæði einstaklinginn og kerfið (auka læknisheimsókn, frí frá vinnu, greiðsla fyrir beiðni) auk þess sem það lengir þann tíma sem líður áður en greining og meðferð hefst. Ekki er heldur að sjá að heilsugæslan geti annað slíku hlutverki með þeim mannafla sem hún býr yfir.

Virðingafyllst,

f.h. Félags talmeinafræðinga á Íslandi


Þórunn Hanna Halldórsdóttir
formaður

Velferðarnefnd Alþingis
Alþingi v/Austurvöll

Hér á eftir fylgir umsögn stjórnar landssamtakanna Geðhjálp um frumvarp til laga um breytingar á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 með síðari breytingum, sbr. þingskjal 1104 – 676.mál.

Skorað er á stjórnvöld að lækka komugjöld til geðlækna í ofangreindu frumvarpi. Ef frumvarpið verður að lögum hækkar meðalkostnaður öryrkja við geðlæknisþjónustu úr um 20.000 kr. í 63.500 kr. eða um 43.000 kr. á ári. Stjórnin lítur svo á að stefna beri að því að íslensk heilbrigðisþjónusta verði gjaldfrjáls og því eigi ekki að þynja byrðar öryrkja og almennings eins og gert sé í frumvarpinu.

Öryrki með geðfötlun leitar að meðaltali sex sinnum til sjálfstætt starfandi geðæknis og nokkrum sinnum til lækna á heilsugæslu og sjúkrahúsum á hverju ári. Í núverandi kerfi fær öryrki afsláttarkort eftir að hafa greitt 8.500 kr. eða fyrir ríflega tvö viðtöl hjá geðlækni samkvæmt verðskrá fyrir þjónustu geðlækna við öryrkja og ellilífeyrisþega. Í framhaldi af því greiðir hann svo 1.098 kr. fyrir hvert viðtal upp í sex viðtöl eða samtals um 13.000 kr. á ári. Að viðbættum nokkrum heimsóknum á heilsugæslustöð og sjúkrahús hækkar upphæðin upp í 20.000 kr. á ári.

Ef frumvarp heilbrigðisráðherra verður að lögum greiðir sami öryrki 16.148 kr. fyrir hvert viðtal hjá sjálfstætt starfandi geðlækni og ætti því að greiða samtals 96.888 kr. fyrir sex viðtöl að viðbættum um 5.000 kr. kostnaði vegna heilsugæslu- og sjúkrahúskostnaðar ef ekki kæmi til 63.500 kr. kostnaðarþak öryrkja samkvæmt frumvarpinu. Öryrkinn þyrfti með öðrum orðum að greiða 63.500 kr. fyrir þjónustuna í staðinn fyrir 20.000 kr. eða um 43.000 kr. hærri upphæð en í dag ef frumvarpið verður að lögum. Með hliðsjón af ofangreindu er ljóst að breytingin mun skerða til muna aðgengi öryrkja með geðfötlun að geðlæknaþjónustu. Aðeins lítill hluti þess hóps fer yfir kostnaðarþak öryrkja upp á 63.500 kr. og mun því hagnast á breytingunni.

Breytingin kemur ekki aðeins við öryrkja heldur allan almenning í landinu því að almennt verð fyrir fyrsta viðtal hjá geðlækni hækkar úr 13.696 kr. í 25.690 kr. eða um hátt í 12.000 kr. samkvæmt frumvarpinu. Verð fyrir hefðbundið langt viðtal hækkar úr 9.879 kr. í 16.148 kr. eða um ríflega 6.000 kr. Sú breyting veldur því að nánast ógerlegt verður fyrir lágtekjufolk og barmargar fjölskyldur að sækja sér þjónustu geðlækna. Greiðsluþak almennings verður 95.200 kr. á ársgrundvelli samkvæmt frumvarpinu.

Geðsjúkdómar eru alvarleg og útbreidd veikindi. Þau skerða lífsgæði einstaklinga og eru dýr fyrir samfélagið í heild sinni, einkum þegar fólki gefst ekki tækifæri til að leita sér viðeigandi hjálpar með þeim afleiðingum að einkenni viðkomandi sjúkdóms ágerast. Þess vegna skýtur skökku við að öryrkjum og öllum almenningi sé hamlað að leita sér bata með aðstoð geðlækna eins og raunin verður ef frumvarp heilbrigðisráðherra verður að lögum.

Því er ítrekað skorað á stjórnvöld að bera velferð almennings fyrir brjósti og lækka komugjöld til geðlækna samkvæmt frumvarpinu án tafar.

Fyrir hönd landssamtakanna Geðhjálp,
Hrannar Jónsson, formaður.



Nefndasvið Alþingis
nefndasvid@althingi.is
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 2. maí 2016

Efni: Athugasemdir við frumvarp til laga um breytingar á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring) þingskjal 1104 — 676. mál.

Heilbrigðisráðherra hefur lagt fram á Alþingi frumvarp til breytinga á 29. gr. laganna. aðaltilgangur lagabreytinganna er að setja þak á hámarksgreiðslur sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu. Einnig eru í frumvarpinu tillögur um þjónustustýringar (tilvísanakerfi).

Geðlæknafélagið telur það af hinu góða að reynt sé að bæta og einfalda greiðsluþáttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar, en núverandi kerfi leiðir af sér að sumir lenda í mjög miklum kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Í frumvarpinu kemur þó fram að í stað þess að ríkið greiði þennan viðbótarkostnað, flyst hann yfir á aðra sjúklinga þannig að þeir sem eru að borga minna í dag muni borga meira.

Nú þegar greiða sjúkratryggðir of háar upphæðir úr eigin vasa fyrir þjónustu heilbrigðiskerfisins, og eðlilegt væri frekar að draga úr kostnaði einstaklinga við notkun heilbrigðisþjónustunnar.

Þessi aukna greiðslubyrði mun leggjast hart á sjúklinga sem þurfa á þjónustu geðlækna að halda. Geðsjúkdómar eru algengustu langvinnu sjúkdómar ungs fólks og ein algengasta orsök örorku. Nú þegar verðum við þess vör að hár kostnaður hindrar suma frá því að leita sér aðstoðar.

Til lengdar er það ekki til góðs hvorki fyrir heilsu einstaklinga né heilbrigðiskostnað að sjúkratryggðir dragi að leita sér heilbrigðisþjónustu. Slíkur dráttur getur orðið verulega kostnaðarsamur fyrir heilbrigðiskerfið vegna aukins kostnaðar síðar meir, auk skaða fyrir einstaklinginn.

Frumvarpið felur einnig í sér möguleika á svokölluðu tilvísanakerfi. Slíkt kerfi er nú þegar í notkun hjá mörgum geðlæknum sem starfa á stofu og taka ekki sjúklinga nema gegnum tilvísun. Eðlilegt er að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu, en til þess að svo megi verða þarf að fjölga verulega heimilislæknum. Þá er vert að hafa í huga að í sumum tilvikum er heilsugæslan óþarfa milliliður. Auk þess er kostnaður þjónustu sem sérfræðilæknar veita lægri en kostnaður við sambærilega þjónustu sem veitt er annars staðar í heilbrigðiskerfinu.

Virðingarfyllst,
f.h. stjórnar geðlæknafélags Íslands,

Þórgunnur Ársælsdóttir formaður.

Nefndasvið alþingis
Austurstræti 8 – 10
150 - Reykjavík

6. maí 2016

Umsögn Gígtafélags Íslands um frumvarp til laga um hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýringu, mál 676, er fyrir 145. löggjafarþingi 2015-2016

Inngangur

Markmið frumvarpsins er að einfalda kerfið, gera það gegnsærra og skiljanlegra fólki. Hlifa þeim sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda fyrir háum kostnaði og jafna greiðslubyrði sjúkratryggðra. Einnig eru í frumvarpinu ákvæði um þjónustustýringu, (tilvísanakerfi) sem miða að því að gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomustað. Við mat á kerfisbreytingu sem þessari er nauðsynlegt að skilja á milli þess kerfis sem verið er að taka upp og pólitískra spurninga er varða hversu háan hlutfallslegan kostnað fólkið sjálft á að bera af heilbrigðisþjónustunni. Ákvæði um þjónustustýringuna verður að skoða sérstaklega.

Kerfisbreytingin

Lykilatriði verður alltaf hvaða þjónustupættir heyra undir greiðslupátttökukerfið. Einnig ákvörðun greiðsluhlutfalls í þrepi kerfisins sem og endanleg upphæð þaks í báðum þrepum. Við breytinguna má segja að þrjú greiðslupátttökukerfi verði við lýði. Lyfjapátttökukerfið (LPK), það kerfi sem hér um ræðir, þjónustupátttökukerfið (ÞPK) og í þriðja lagi önnur þjónustupátttökukerfi. (ÖÞPK) sem utan þaks standa, þ.e. tannlækningar/munnhol, hjálpartæki, sálfræðiþjónusta, sjúkraflutningar, nauðsynlegur ferðakostnaður o.fl.

Styrkur kerfisbreytingarinnar

1. Breytingin ein og sér gerir kerfið einfaldara (sp. afsláttarstofninn), gegnsærra og eykur jöfnuð milli fólks með hin ýmsu erindi við kerfið.
2. Ver fólki fyrir óhóflegum og oft snöggum útgjöldum.
3. Árlegt og mánaðarlegt þak á kostnað sjúklinga er mikilvægur þáttur og þökin eru þrepskipt í líkingu við núverandi LPK (lyfjapátttökukerfi).
4. Læknisfræðileg endurhæfing (sjúkra- og iðjupjálfun) er innan kerfis.

Veikleikar kerfisbreytingarinnar

1. Þrátt fyrir einföldun þá verða utan þaks ÞPK (þjónustupátttökukerfisins) mikilvægir þættir eins og tannlækningar/munnhol, hjálpartæki, sálfræðiþjónusta, ferðakostnaður, o.fl. Það er reynsla sjúklingafélaga að þá mikilvægir þættir eins og hér er um að ræðir verða skildir eftir utan þaks, fæst það ekki leiðrétt innan 10 til 15 ára. Því er nauðsynlegt að taka þessa þætti inn í kerfið strax (undir þak), með fyrirvörum um endurskoðun ef ekki eru til fullnægjandi upplýsingar til útfærslu af sanngirni.
2. Gengið er út frá fjármögnunarlegri „núlllausn“ (nýtt kerfi kosti það sama og fyrrverandi kerfi). Afleiðing þess er að u.þ.b. 37.000 lífeyrisþega af 50.000 munu borga meira en í fyrra kerfi. Í sjálfu sér væri það ekki goðgá ef þök á greiðslupátttöku væru lág, en svo er ekki. 0 punkturinn þrýstir þökunum upp. Sem dæmi þá er miðað við að nýtt þak almennra í ÞPK

verði kr 95.200, fyrir er þak í LþK (lyfjabátttökukerfisins) upp á kr 62.000. Samanlagt getur sjúkratryggður því farið í kr 157.200 á ársgrunni og á þá eftir kostnað við tennur, augu, mögulegan ferðakostnað og hjálpartæki o.fl. Þetta er örugglega tvöfalt hærri árlegur kostnaður en sjúklingar í okkar helstu samunburðarlöndum (Skandinavíu) geta lent í. Hér þarf að taka pólitíska ákvörðun um að bæta fjármagni inn í kerfið. Í greinargerð með frumvarpinu stendur að það kosti u.þ.b. 6,5 milljarða að gera þessa þjónustu gjaldfrjálsa, því má álykta að fjögurra milljarða framlag færði okkur á slóð þeirra velferðarsamfélaga sem almenningur horfir til og vill hér á landi (Samunber undirskriftir KS 2016).

3. Í ljósi hárra greiðsluþaka verður frestun fólks á nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu sérstakt áhyggjuefni og raunar er líklegt að nýja kerfið að óbreyttu ýti frekar undir þá þróun en dragi úr. Af u.þ.b. 50.000 lífeyrisþegum í landinu munu 37.000 þeirra borga meira fyrir þjónustuna eftir kerfisbreytingu. Í dag fer æ stærri hlutur af heimilistekjum landsmanna í bein útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu (1998 var það tæp 2 prósent, en 2014 stóð það í 3,3 prósentum. Rúnar Vilhjálmsson 2016). Hlutfallslega munu lífeyrisþegar og lægri tekjuhópar greiða meira fyrir þjónustuna en almennir með þokkalegar tekjur og yfir. Þrátt fyrir þökin þá er stórhópur fólks sem horfir ekki til þeirra, heldur hvað kostar næsta skref, heimsókn eða aðgerð. Kerfið tekur vissulega á óhóflegum útgjöldum, enn ekkert á frestunurvandanum. Áformaðar hækkunar á ýmsum rannsóknum og hækkunar í tengslum við þjónustustýringuna hjálpa hér ekki til og setja á loft ýmis spurningamerki um framkvæmd í áframhaldi. Þið eftir gigtarsérfræðingi er 5 til 7 mánuðir og meirihluti byggir sína þjónustu á tilvísunum.
4. Útreikningur við afsláttarstofn er flókin og spurning hvort ekki sé mögulegt að ná svipuðum árangri við höggdeyfigu greiðslna fólks innan þess kerfis sem notast er við í LþK (lyfjabátttökukerfinu). Einfaldlega með ákvörðun þaks á mánuði. Fjárfest hefur verið í því að kenna þjóðinni þá útreikninga og þeir eru einfaldari.

Jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu er lykilatriði í hugum landsmanna. Frestun vegna efnahags er ógn við heilbrigðiskerfið og þeirri þróun verður að snúa við. Að óbreyttu er ljóst að nýja kerfið leggur auknar byrðar á herðar langveikra og lífeyrisþega. Langveikir eru oftar en ekki í lægri tekjuhópnum, hafa ómældan ýmsan annan kostnað vegna skerðingar sinnar, kostnað sem gerir þeim kleift að taka þátt í samfélaginu, flestir vinnandi aðrir á lífeyri. Þó kerfið sem slíkt sé jákvætt, nær það ekki markmiði sínu nema bætt verði fjármagni inn í kerfið. Leiða má líkur að því að það muni leiða til verra ástands fyrir flesta, sérstaklega lágtekjufólkið, en núverandi kerfi gefur.

Þjónustustýring

Í frumvarpinu eru ákvæði um þjónustustýringu, (tilvísanakerfi og verðstýringu) og skal byrja á börnunum strax. Áhyggjuefni er að heilsugæslan hafi ekki bolmagn til að taka við auknum verkefnum. Útfærsla á þjónustustýringu er viðkvæmt verkefni og verður ekki sett á nema í samvinnu og sátt við hlutaðeigandi og verður að gerast án kollsteypu. Þess ber þó að geta að fjölmargir sérfræðingar starfa nær eingöngu á grunni tilvísana í dag. Vald framkvæmdavaldsins styrkist verulega með þessu frumvarpi til breytinga og spurning hvort hér sé ekki of langt gengið. Í engu er tryggt þá stórar ákvarðanir eru teknar að slíkt sé gert í ljósi vandaðrar umræðu þar sem sjónarmið hlutaðeigandi komi að.

Við viljum benda á að stórefla þarf göngudeildir Landspítala og FSA. Á undanförunum árum hafa gigtarsjúklingar séð í þeim efnun bæði ljós og myrkur. Svo virðist vera að ekki sé nokkur framtíðarsýn um hlutverk göngudeildarþjónustunnar. Hún er í tilvísanakerfi, hefur sérstaklega nýst vel nýgreindum og illa höldnum. Fjármagn til göngudeildarþjónustu sveiflast allt of mikið, deildirnar

verða óeðlilega fyrir fjársveldi sjúkrahúsanna. Þessu verður ekki breytt og gerist ekki nema fjárveitingavaldið eyrnamerki fjárframlög í þessa veru.

Samantekið.

Kerfið sem slíkt verður betra en það sem við búum við í dag, verndar fólk fyrir óhóflegum útgjöldum, verður einfaldara, gegnsærra og eykur jöfnuð milli fólks, en betur má ef duga skal.

Utan þaks í (þþK) þjónustubáttökukerfinu verður mikilvæg þjónusta (þættir) eins og tannlækningar, hjálpartæki, sálfræðiþjónusta, ferðakostnaður, o.fl. Þök eru of há og að óbreyttu mun kerfið ýta frekar undir frestun fólks að leita sér nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu, þróun sem ekki er ásættanleg. Þjónustustýring með tilvísunum og verði er vandasamt verkefni og verður að útfærast í fullu samráði við hlutaðeigandi. Mikilvægt er að ruðningsáhrif breytinganna leiði ekki til vergangs fólks í kerfinu.

Því miður verður að segjast eins og er. Kerfisbreytingin mun ekki ná tilgangi sínum og sanngjarnri niðurstöðu, nema fjármagn verði aukið til verkefnisins. Hér eru um að ræða u.þ.b. 4 milljarða króna á ári svo sátt verði um kerfið.

Reykjavík 6. maí 2016

F.h. Gigtarfélags Íslands



Emil Thoroddsen
framkvæmdarstjóri

Þingmál 676/2015-2016

Frumvarp til laga um laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar 112/2008 með síðari tíma breytingum.

Fagna ber framkomnu frumvarpi um nýjar reglur fyrir greiðsluþáttöku sjúklinga. Gamla kerfið var í senn flókið, ógegnsætt og mismunaði sjúklingahópum. Með því að setja mánaðarlegt og árlegt hámarkspak á útgjöld er stuðlað að því að umtalsverður hópur fólks hefur frekar efni á að leita sér heilbrigðisþjónustu. Það liggur fyrir að ekki er ætlunin að setja meiri fjármuni inn í sjúkratryggingakerfið. Með frumvarpinu er stuðlaðað að því að létta álögur þeirra sem oftast þurfa að leita eftir heilbrigðisþjónustu en þeir sem sjaldan eru veikir greiða þá hærri þjónustugjöld.

Það verður að teljast framför að tekið er nú tillit til fleiri kostnaðapátta í veitingu heilbrigðisþjónustu en áður var. Þannig eru sjúkra- og iðjuþjálfun ásamt talþjálfun tekin inn en áður gildi um þessar greinar sérstakar reglur. Með breytingum á greiðsluþáttöku sjúklinga í lyfjakostnaði fyrir 3 árum var mikilvægt skref stigið í að létta álögum á þeim sem hafa mikinn kostnað af lyfjakaupum. Eftir sem áður eru útgjöld sjúklinga vegna lyfjakaupa mikil fyrir vissa sjúklingahópa og tannlækningar er enn utan kerfisins.

Í frumvarpinu er boðað að komið verði á þjónustustýringu. Taka skal upp tilvísanir og og tvöfalda gjaldskrá. Þannig skuli lægri þjónusutgjöld greidd hjá sérfræðilæknum og á göngudeildum sjúkrahúsa ef tilvísun liggur en ef leitað er milliliðalaust. Í textanum er talað um tilvísun frá heilsugæslu. Þetta atriði þarf að skýra nánar. Hingað til hefur skilningur flestra á hugtakinu tilvísun verið bundin við ráðstöfun læknis. Ber að skilja svo að fleiri en lækna hafi rétt til tilvísunar? Gangi það eftir að tilvísanaskylda í einhverri mynd verði sett á er ljóst að heilsugæslan í landinu fær stóraukin verkefni við að taka á móti nýjum sjúklingum og vísa þeim eftir ástæðum áfram í kerfinu. Það er vel kunnugt að heilsugæslan í landin er mjög illa í stakk búin til að taka á sig aukið álag. Kemur þar til að mikill skortur á heimilislæknum. Þrátt fyrir að nokkur nýliðun sé í auglýsingu eru margir heimilislæknir að hætta störfum á næstu árum vegna aldurs. Stórir hópar fólks t.d. á höfuðborgarsvæðinu hafa ekki heimililækni. Þessi hópur hefur ekki möguleika á að skrá sig á heilsugæslustöð og þarf þar af

leiðandi að greiða hærri þjónusutgjöld. Sama er að segja um landbyggðarfólk sem stundar nám í Reykjavík og þarf að leita eftir heilbrigðisþjónustu þar.

Með þjónustustýringu munu útgjöld sjúklinga væntalega lækka umtalsvert. Fyrir sjúkrastofnanir, sem bjóða upp á göngudeildarþjónustu þýðir það að sértekjur munu lækka. Óhjákvæmilegt er að fyrir liggi yfirlýsingu Velferðaráðuneytis um að skertar sértekjur verði bættar upp með rýmri fjárheimildum til rekstrar.

Öflugur, miðlægur upplupplýsingagrunnur er skilyrði fyrir því boðað greiðslukerfi verki rétt. Grunnurinn og rekstur hans, dagleg umsýsla og eftirlit þarf að vera á höndum Sjúkratrygginga. Framundan er mikil vinna við að samhæfa og samtengja upplýsingakerfi margra heilbrigðisstofnana stórra og smárra svo að grunnurinn starfi í rauntíma og hnökralaust.

Leiði frumvarpið til þess að almenningur fái ódýrari og skilvirkari heilbrigðisþjónustu er það vel. Verði niðurstaðan hins vegar fjölgun heimsóknna til að sækja sér þjónustu og lengri biðtími eftir henni er ver farið en heima setið.

Velferðarnefnd Alþingis
Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík

Reykjavík 6. maí 2016

Efni: Athugasemdir við frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), þingskjal 1102 – 676. mál.

Framkvæmdastjórn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins hefur fjallað um ofangreint frumvarp og vill koma á framfæri athugasemd við 2. tl. 1. gr. frumvarpsins sem er svohljóðandi:

„Heimilt er að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera hærra ef sjúkratryggður sækir þjónustuna án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Þá er heimilt að ákveða að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónustan er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.“

Að mati framkvæmdastjórnar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er framkvæmd þessa ákvæðis algerlega ófær miðað við núverandi aðstæður, þ.e.a.s. miðað við núverandi fjárveitingar til heilsugæslunnar og þann mannafla sem heilsugæslan býr yfir.

Virðingarfyllst,

F.h. Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins


Svanhvít Jakobsdóttir, forstjóri



KENNARASAMBAND Íslands
Laufásvegi 81 • IS-101 Reykjavík • Sími 595 1111 • Fax 595 1112
ki@ki.is • www.ki.is

Nefndasvið Alþingis
Velferðarnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 2. maí 2016

Efni: Umsögn Kennarasambands Íslands um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar með síðari breytingum (hámarksgreiðslur, nr. 112/2008, sjúkratryggðra og þjónustustýring). Þingskjal 1104 — 676. mál.

Kennarasamband Íslands, hér eftir nefnt KÍ, hefur fengið til umsagnar frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar með síðari breytingum (hámarksgreiðslur, nr. 112/2008, sjúkratryggðra og þjónustustýring).

Heimild til hærra gjalds leiti sjúkratryggður á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá.

Ljóst er að nú þegar veita heilsugæslustöðvar mjög mismunandi þjónustu. Þá neita sumar heilsugæslustöðvar að bóka tíma hjá læknum eigi viðkomandi skjólstæðingur ekki lögheimili á þjónustusvæði heilgæslunnar og sé hann ekki skráður á heilsugæslustöðina (bæði skilyrði þurfa að vera uppfyllt). Þá er einnig ljóst að á sumum heilsugæslustöðvum er ekki hægt að skrá sig hjá neinum sérstökum heimilislækni. Sumar stöðvar bjóða ekki upp á biðlista til að skrá sig hjá heimilislækni. Einstaklingar á því þjónustusvæði eiga því enga von um að geta verið skráðir hjá neinum sérstökum heimilislækni. Vekur því undrun að frumvarpið geri ráð fyrir hærri gjöldum leiti sjúkratryggður ekki til skráðs heimilislæknis.

Undirrituð gerði óformlega könnun á biðtíma eftir að fá tíma hjá heilsugæslulækni. Undirrituð hringdi í nokkrar heilsugæslustöðvar eftir hádegi 14. apríl 2016 og kannaði hvenær væri hægt að bóka næsta lausa tíma hjá heimilislækni.

Heilsugæslustöð	Næsti lausi tími	Athugasemd
HH Árbær	19. apríl 2016	Þessi tími var tilfallandi en næsti tími sem var hægt að fá eftir þennan var 4. maí 2016.
HH Efra Breiðholt	20. apríl 2016	Þessi tími miðaðist við ef viðkomandi var skráður á stöðina án þess þó að hafa fastan heimilislækni. Ef viðkomandi hafði fastan heimilislækni var biðin eftir tíma 1-5 vikur, eftir því hver væri fastur/skráður heimilislæknir viðkomandi.
HH Hamraborg	11. maí 2016	Aðeins hægt að fá tíma ef viðkomandi er skráður á stöðuna.
HH Miðbær	26. apríl 2016	
HH Seltjarnarnes	15. apríl 2016	Almennt er hægt að fá tíma daginn eftir eða innan fárra daga.
Heilsugæslustöðin Vopnafirði	22. apríl 2016	
Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Akureyri	20. apríl 2016	
Heilsugæslan Fáskrúðsfirði	15. apríl 2016	Vísað var á Heilsugæslustöðina á Reyðarfirði og miðast þessi tími við þá heilsugæslustöð.



KENNARASAMBAND Íslands
Laufásvegi 81 • IS-101 Reykjavík • Sími 595 1111 • Fax 595 1112
ki@ki.is • www.ki.is

Nú þegar veita heilsugæslustöðvar mjög mismunandi þjónustu og því mikill mismunur á þjónustu sem sjúkratryggðir geta fengið á heilsugæslustöðvum eftir því á hvaða þjónustuvæði sjúkratryggðir búa á.

Í ljósi ofangreinds er óskiljanlegt að fram sé komið frumvarp til laga þess efnis að heimilt sé að ákveða að gjald fyrir þjónustu á heilsugæslustöð skuli vera hærra sæki sjúkratryggður þjónustuna á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá. Eins og að ofan greinir er oft ákveðinn ómöguleiki að skrá sig hjá ákveðnum heimilislækni. Þurfi sjúkratryggður einstaklingur að leita þjónustu annarrar heilsugæslustöðvar en hann er skráður, t.d. af því að hann dvelur langdvölum fjarri heimili sínu vegna náms eða starfs, eða viðkomandi þjónusta er ekki í boði á þeirri heilsugæslustöð sem hann er skráður á, þá þyrfti hann að greiða hærra gjald fyrir þjónustuna. Verði frumvarpið að lögum leiðir það til þess að nemi utan að landi sem er í námi á höfuðborgarsvæðinu þyrfti að greiða hærra gjald fyrir þjónustu heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu en samnemendur hans sem ættu lögheimili á þjónustuvæðinu og væru skráðir á viðkomandi heilsugæslustöð. Sama ætti við um þá einstaklinga sem eru skráðir á heilsugæslustöð sem veitir ekki ákveðna þjónustu og verða því að leita til annarrar heilsugæslustöðvar eða ef ómögulegt reyndist að fá tíma hjá skráðum heimilislækni.

Það á að vera frjálst val sjúkratryggðra til hvaða heilsugæslustöðvar, sem rekin er af íslenska ríkinu, þeir leita til. Annað er mismunur.

Svo virðist vera sem að ef sú staða kemur upp að einstaklingur veikist með skömmum fyrirvara þá sé best/hagkvæmast fyrir hann að búa á Seltjarnarnesi og vera skráður á þá heilagæslustöð af þeim heilsugæslustöðvum sem hringt var í. Þar er almennt hægt að bóka tíma hjá heimilislækni daginn eftir eða innan nokkurra daga án þess að greiða hærra gjald sé hann svo heppinn að komast að á síðdegisvakt. Að öðrum kosti verður hann að leita Læknavaktarinnar, sé hann á höfuðborgarsvæðinu, í kvöld/helgar móttöku með tilheyrandi auka kostnaði og óhagræði. Viðkomandi einstaklingur þyrfti þó að passa sig að dvelja ekki fjarri Seltjarnarnesi t.d. vegna vinnu eða náms því ef hann þyrfti að leita þjónustu annarra heilsugæslustöðva þá þyrfti hann að greiða hærra verð, þ.e.a.s. að því gefnu að hann myndi yfir höfuð fá að bóka tíma/sækja þjónustu.

Heimild til hærra gjalds leiti sjúkratryggður til sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna, t.d. sérfræðilækna án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.

Ljóst er að mikill skortur er á heimilislæknum á Íslandi. Því er varla á þá bætandi að sjúklingum sé beint fyrst til þeirra í þeim tilvikum sem augljóst er til hvaða sérfræðinga skuli leita. Hlýtur slíkt kerfi auk þess að leiða til hærri kostnaðar. Því þarf að kanna hvort heilsugæslustöðvar gætu annað þeirri aukinni eftirspurn eftir þjónustu sem yrði, verði frumvarpið samþykkt.

Kanna þarf annars vegar hvort viðtal við sérfræðing í heimilislækningum sem stafar á heilsugæslustöð sé ódýra en viðtal við sérfræðing í annarskonar lækningum t.d. augnlækningum eða geðlækningum og hins vegar að hvort það sé einhver sparnaður að leita til tveggja lækna í stað eins.

Þá þarf að skoða hvort áætlað sé að það séu mörg tilviki á ári sem heilsugæslustöð eða heimilislæknir myndi neita skjólstæðingi sínum um beiðni t.d. til sérfræðilæknis?

Hafa verður í huga að nú þegar getur verið nokkurra vikna bið eftir tíma hjá lækni á heilsugæslustöð. Sú bið er þó mislöng eftir heilsugæslustöðvum. Krafan um tilvísun eikur aðeins ójöfnuð ríkra og fátækra þar sem ríkir hafa efni á að sleppa bið eftir tíma á heilsugæslustöð og hafa mögulega efni á að greiða hærra gjald fyrir þjónustu á meðan fátækir hafa einfaldlega ekki efni á að leita til sérfræðinga án tilvísunar og taka því mögulega áættu á að seinka mögulegri lækniþjónustu með því að bíða í nokkrar vikur eftir tíma



KENNARASAMBAND Íslands
Laufásvegi 81 • IS-101 Reykjavík • Sími 595 1111 • Fax 595 1112
ki@ki.is • www.ki.is

á heilsugæslustöð til að fá tilvísun. Þá eykur þetta einnig ójöfnuð sjúkratryggðra eftir búsetu þar sem á sumum heilsugæslustöðvum er hægt að fá tíma með skömmum fyrirvara á meðan aðeins er hægt að fá tíma með löngum fyrirvara á öðrum heilsugæslustöðvum. Það er því ótækt að einstaklingar hafi ekki frjálst val um til hvaða ríkisreknu heilsugæslustöðvar þeir leita til eins og að ofan greinir.

Aðrar breytingar á greiðslupátttöku

Það er til mikilla bóta að þak á heildarlækniskostnaði verði lækkað. Slík lækking má þó ekki bitna efnalitlum einstaklingum og fjölskyldum þannig að viðkomandi hiki við að leita sér viðeigandi læknisþjónustu vegna stofnkostnaðar. Hækki kostnaður vegna fyrstu viðtala við lækna getur það leitt til þess að einstaklingar bíði með að leita læknisþjónustu. Í sumum tilvikum getur það leitt til þess að sjúkdómur veriður ill- eða óvildráðanlegur með tilheyrandi auka kostnaði fyrir íslenska ríkið og óþægindum fyrir viðkomandi einstakling. Í verstu tilvikum gæti töf á læknisþjónustu leitt til dauðsfalls.

Mikilvægt er að þak á þeim hluta sem einstaklingar og fjölskyldur greiða vegna læknisþjónustu verði lægra og tryggja að heildarstofnkostnaður verði lægri. Allir eiga að eiga þess kost að njóta læknisþjónustu óháð efnahag. Einstaklingar ættu aldrei að þurfa að þurfa hika við að leita læknisþjónustu vegna efnahags.

Annað

Heilbrigðisþjónusta barna á að vera gjaldfrjál. Ekkert barn á þurfa að sæta bið eða skort á heilbrigðisþjónustu á þeim grundvelli að það er ekki skráð á rétta heilsugæslustöð eða foreldrar/forráðamenn hafi ekki efni á að greiða fyrir viðeigandi heilbrigðisþjónustu. Séu foreldrar/forráðamenn í vafa um hvor barn þurfi heilbrigðisþjónustu ættu fjárhagsáhyggjur aldrei að valda því að hikað sé við að óska eftir slíkri þjónustu fyrir barnið.

Það kerfi sem lagt er upp með er til þess fallið að einhver börn efnaminni foreldra muni fá lakari heilbrigðisþjónustu þar sem foreldrar þeirra hafa ekki efni á öðru en að leita til réttar heilsugæslustöðva og sæta langri bið eftir tíma til að fá tilvísun hjá sérfræðingi. Þá getur stofnkostnaður reynst foreldrum ofviða og mögulega leitt til þess að þeir fresti læknisheimsóknunum til sérfræðinga.

Það tilvísanakerfi sem lagt er upp með gæti mögulega virkað ef hægt væri að fá tíma innan skamms á dagvinnutíma á hvaða heilsugæslustöð á landinu sem er til þess að fá tilvísun. Með þeirri aðgangsstýringu sem er komin á heilsugæslustöðvar og með því að rukka mishátt verð eftir því hvort viðkomandi sé skráður á stöðina er ekki til þess fallið að gæta jafnaðar eða styrkja kerfið.

Mikilvægt er að leitað verði allra leiða til þess að stytta biðlista eftir tímum hjá læknum á heilsugæslustöðvum og auka aðgengi að heimilislæknum. Á sumum heilsugæslustöðvum er staðan sú að aðeins er hægt að skrá sig á heilsugæslustöðina ef viðkomandi býr í ákveðnu hverfi í ákveðnu sveitarfélagi og þá er ekki hægt að skrá sig hjá neinum sérstökum heimilislækni þar sem lækna geta ekki tekið við fleiri skráningum vegna manneklu. Þá neita sumar heilsugæslustöðvar að bóka sjúklinga í tíma hjá læknum búi þeir ekki á viðkomandi þjónustuvæði og séu þeir ekki skráðir á viðkomandi heilsugæslustöð sbr. ofangreinda umfjöllun. Þannig gæti einstaklingur sem dvelur tímabundið fjarri þeirri heilsugæslustöð sem hann er skráður og þjónustar það svæði sem viðkomandi á lögheimili í á, t.d. vegna náms, verið neitað um tíma hjá heilsugæslulækni. Að því er varðar biðtíma eftir að fá tíma hjá heilsugæslulækni þá er hann mjög breytilegur eftir því hvaða heilsugæslustöð er um að ræða.

Sú leið að hafa mismunandi gjaldskrár fyrir þjónustu á heilsugæslustöð eftir því hvort leitað er til þeirrar heilsugæslustöðvar sem viðkomandi er skráður á eða leitað er til skráðs heimilislæknis felur í sér mismunun og er ekki rétt leið til að stytta biðlista eftir þjónustu ákveðinna heilsugæslustöðva.



KENNARASAMBAND Íslands
Laufásvegi 81 • IS-101 Reykjavík • Sími 595 1111 • Fax 595 1112
ki@ki.is • www.ki.is

Eftirfarandi eru dæmi um um hvernig heilbrigðiskerfið gæti virkað ef frumvarpið verður að lögum.

Dæmi 1

Jón er er nemi og fær augnsýkingu. Hann býr og er með lögheimili á Raufarhöfn. Hann er einnig skráður á heilsugæslustöðina þar í bæ. Þar sem hann getur ekki sótt framhaldsnám á Raufarhöfn leigir hann litla íbúð á Kársnesinu í Kópavogi á meðan hann sækir nám við Menntaskólann í Kópavogi. Jón grunar að hann þurfi að leita til sérfræðilæknis (augnlæknis) vegna sýkingarinnar. Þá er hann einnig farinn að sjá illa og grunar að hann þurfi gleraugu. Þar sem Jón er ekki efnaður maður þarf að hann að vera útsjónasamur í fjármálum. Hann veit að ef hann fær tilvísun frá heimilislækni þá er ódýrara að fara til augnlæknis. Hann ákveður því að panta tíma hjá heimilislækni á heilsugæslustöðinni í Hamraborg. Þar er honum sagt að í fyrsta lagi geti hann ekki pantað tíma á heilsugæslustöðinni þar sem hann er ekki með lögheimili á þjónustuvæðinu og öðru lagi þar sem hann er ekki skráður á heilsugæslustöðina í Hamraborg (bæði skilyrði þurfa að vera uppfyllt). Honum er bent að leita til Læknavaktarinnar eftir kl. 17.

Jón sættir sig ekki við að greiða hærra verið fyrir viðtal við heimilislækni á Læknavaktinni og ákveður því að breyta lögheimili og skrá sig á stöðina sama morgun. Þegar hann hefur gert það hringir hann aftur á heilsugæslustöðina og ætlar að skrá sig hjá heimilislækni þá fær hann þau svör að það sé ekki hægt að skrá sig hjá neinum sérstökum heimilislækni á stöðinni vegna álags og manneklu. Þá óskar hann eftir að komast á biðlista vegna slíkrar skráningar en fær þau svör að það séu engir biðlistar, skráning hjá ákveðnum heimilislæknum er einfaldlega ekki í boði lengur. Jón óskar engu að síður eftir að fá tíma eins fljótt og hægt er hjá næsta heimilislækni á dagvinnutíma. Næsti lausi tími var um mánuði seinna.

Þegar Jón kemur til læknisins um mánuði seinna hafði augnsýkingin leitt til þess að sjón hans varð varanlega skert. Hefði verið gripið strax inn í hefði verið hægt að komast hjá augnskaða. Hefði Jón búið á Seltjarnarnesi hefði hann fengið tíma á dagvinnutíma hjá heilsugæslulækni daginn eftir og það án þess að greiða neitt auka álag fyrir þjónustuna. Verði Jón fyrir því óláni að veikjast þegar hann fer heim til sín í fríum þá mun hann þurfa að greiða aukið álag fyrir að leita heilsugæsluþjónustu (læknis) í sinni heimabyggð, þar sem hann skipti um skráða heilsugæslustöð. Rétt er að taka fram að þar í bæ er móttaka læknis aðeins á miðvikudögum.

Dæmi 2

Jóhannes býr á Vopnafirði og er skráður á heilsugæslustöðina þar í bæ. Þar er aðeins einn heilsugæslulæknir, hún Jóna sem er systir hans. Jóhannesi grunar að hann sé haldin kynsjúkdómi en finnst óþægilegt að fara í skoðun til systur sinnar og ræða þetta við hana. Hann á erindi til Akureyrar og fær tíma á heilsugæslustöðina þar í leiðinni. Þar sem hann leitaði ekki til „sinnar“ heilsugæslustöðvar og „síns“ heimilislæknis og þar með til systur sinnar, þarf hann að greiða hærra gjald fyrir skoðunina.

Verður að telja að í núverandi kerfi felist óheimil mismunun. Verði umrætt frumvarp samþykkt eykst aðeins mismununin því það gerir ráð fyrir að sækji sjúkratryggður þjónustu á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá þá þurfi hann að greiða hærra gjald.

Virðingarfyllt,

f.h. KÍ

Anna Rós Sigmundsdóttir

Lögfræðingur KÍ

Athugasemdir við frumvarp til laga um breytingar á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008, með síðari breytingum breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring.)

Þingskjal 1104 — 676. mál.

Heilbrigðisráðherra hefur lagt fram á Alþingi frumvarp til breytinga á 29. gr. laganna. aðaltilgangur lagabreytinganna er að setja þak á hámarksgreiðslur sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu. Annars vegar er um að ræða hámarksgreiðslur á ári og hins vegar hámarksgreiðslur fyrir hvern mánuð.

Skv. frumvarpinu mynda greiðslur hins sjúkratryggðra svokallaðan afsláttarstofn. Greiðslupátttaka hins sjúkratryggðra er fundin út þannig, að lagður er saman afsláttarstofn og greiðslur hins sjúkratryggðra eins og nánar er skýrt í frumvarpinu. Unnið hefur verið að gerð nýs kerfis um greiðslupátttöku sjúkratryggðra á tímabilinu 2007-2008 og aftur 2013 – 2015 og nú verandi frumvarp byggir á vinnu hóps síðan í ágúst 2015.

Hin langi meðgöngutími sýnir að hér er um flókið verkefni að ræða og töluvert vantar uppá að núverandi frumvarp sé auðskilið.

Einnig eru í frumvarpinu tillögur um þjónustustýringar (tilvísanakerfi).

Athugasemdir við lagafrumvarpið

Með umræddum tillögum fylgja athugasemdir við frumvarpið, kostnaðarumsögn og drög að reglugerð alls 27 blaðsíður. Hér er því augljóslega ekki um einfalt mál að ræða og nauðsynlegt að vanda mjög þessa vinnu.

Aðalatriði frumvarpins er að hámarksgreiðslur almennra sjúklinga á mánuði verða 33.600 kr og á einu ári eru hámarksgreiðslur 95.200 kr. Aldraðir, öryrkjar og börn greiða samkvæmt frumvarpinu 2/3 hluta af þessari upphæð.

Heildarkostnaður sjúkratryggðra er um 6,5 milljarða kóna á ári. Þeir(ca 10500 einstaklingar) sem greiða meiri en ca 95 þúsund krónur á ári greiða samtals á giska 1,2 milljarða króna (tafla 2 í athugasemdum). Þessum ca 1200 milljónum er dreift á aðra greiðendur, samkvæmt ákveðnu kerfi sem kennt er við Pétur H Blöndal fyrrverandi alþingismann.

Þessi tilfærsla á greiðslum kemur mismunandi niður á hina einstöku sjúklingahópa. **Athugasemdir þessar miðast við hvernig þessar breytingar koma við þá sem þurfa á þjónustu geðlækna að halda.**

Geðlæknar (eins og aðrir sérfræðingar) starfa skv samningi Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkratrygginga Íslands.

Heildarkostnaður við fyrsta viðtal hjá geðlækni: (1.5 klst vinna læknisins) er 25690 kr

Geðlæknaviðtal langt. Heildarkostnaður er 16148 kr

Geðlæknaviðtal stutt(styttra en 30 min) heildarkostnaður 7340 kr

Geðlæknis þjónusta	Fullt verð	Almennir sjúklingar	Almennir sjúklingar með afsláttarkort	Öryrkjar og ellilífeyrisþegar	Öryrkjar og ellilífeyrisþegar með afsláttarkort
Greiningar viðtal	25.690	13.696	5418	5245	1522
Langt geðviðtal	16.148	9.879	4.146	3.973	1.098
Stutt viðtal	7.524	6.430	2.972	2.798	1.010

Í núverandi kerfi fá almennir sjúklingar svokallað afsláttarskírteini, þegar þeir hafa greitt 33.600 kr og aldraðir og öryrkjar fá slíkt skírteini eftir að hafa greitt 8500 kr, í þessum greiðslum er miðað við almanaksár.

Eftir að afsláttarskírteini er fengið borgar almennur sjúklingur 4117 kr en aldraðir og öryrkjar 1098 kr.

Ef umrætt frumvarp verður að lögum versnar hagur þessara einstaklinga mikið.

Kostnaður við fyrsta viðtal hækkar hjá almennum sjúklingi um meira en 10.000 kr og fyrir langt viðtal mun kostnaður hins sjúkratryggða hækka um meira en 6.000 krónur. Fullvíst er að margir munu ekki geta greitt þetta gjald og ekki leita sér þjónustu með ófyrirsjáanlegum afleiðingum.

Þetta þýðir að venjulegur einstaklingur sem leitar til geðlæknis sem í dag borgar fyrir 10 til 12 skipti hjá geðlækni um 72 þúsund krónur fyrir meðferðina mun borga fyrir hana 95.200.

Hér þarf að hafa í huga að geðsjúkdómar eru algengustu langvinnu sjúkdómar ungs fólks, sumir eiga í erfiðleikum með að greiða núverandi upphæðir, hvað þá að þurfa greiða í hverjum mánuði allt að 33600 krónur.

Varðandi öryrkja þá eru geðsjúkdómar ein af lang algengustu orsökum örorku ungs fólks og greiðir þessi hópur í dag innan við 20.000 krónur fyrir 10 til 12 skipti hjá geðlækni á ári.

Eftir þessar breytingar getur öryrkinn þurft að greiða allt að 63500 krónum eða meir en þrefallt meira fyrir þessar komur. Hér verður að hafa í huga að í dag eru 20.000 krónurnar hindrun fyrir þá sem eru allra verst settir.

Heildarfjöldi viðtala geðlækna, sem vinna skv. samningi LR og SÍ er á milli 32-35 þúsund viðtöl á ári.

Til viðbótar má nefna að geðdeild LSH veitir rúmlega 30 þúsund viðtöl í formi bráðaþjónustu, skammtíma- og langtímameðferðar. Geðlæknar koma eingöngu að hluta þeirra viðtala sem fram fara á vegum geðdeildarinnar. Rétt er að geta þess að sjúklingar greiða ekki fyrir þjónustu, sem þeir fá á göngudeildinni á Kleppi en eingöngu er innheimt fyrir stutt viðtal í göngudeildinni við Hringbraut (þó að í flestum tilvikum sé um langt viðtal að ræða.) Í þeim tilvikum sem sjúklinghlutinn er innheimtur greiðir sjúklingur fyrir viðtalið í um það bil 50% tilvika um leið og viðtalið fer fram. Innheimtuhlutfallið hækkar eitthvað með innheimtuaðgerðum. Ekki liggja fyrir upplýsingar um hvert innheimtuhlutfallið er á sjúklingshluta viðtalsins er, hjá læknum á stofum

Ef umræddar lagabreytingar verða samþykktar óbreyttar munu breytingarnar hafa mjög miklar afleiðingar fyrir þá sem þurfa á þjónustu geðlækna að halda. Kostnaður við fyrstu viðtölin hækkar óeðlilega mikið og verður til þess að margir þeirra sem verst standa muna ekki leita sér þjónustu.

Lægra gjaldið sem einstaklingar greiða nú á LSH skapar ákveðna mismunun, sem auðvitað er ekki eðlileg. Ef LSH hækkar hlut sjúkratryggða eins og felst í frumvarpinu mun innheimtuhlutfall á hlut sjúklinga lækka enn frekar og nánast hverfa. Göngudeild geðdeildar LSH er á engan hátt í stakk búin til að auka þjónustuframboð sitt.

Nauðsynlegt er að Alþingi geri breytingar á fyrirbyggjandi frumvarpi til að afstýra verulegum og fyrirsjáanlegum erfiðleikum þeirra, sem þurfa á þjónustu geðlækna að halda.

Undirritaðir leggja áherslu á að þeir eru sammála þeirri meginstefnu frumvarpsins að stilla í hóf háum greiðslum sjúkratryggða fyrir heilbrigðisþjónustu en breytingararnar megi ekki verða til að öðrum hópum verði, gert nær ókleift að sækja sér þjónustu, vegna hás kostnaðar.

Tilvísanakerfi

Frumvarpið felur einnig í sér möguleika á svokölluðu tilvísanakerfi. Rétt er að hafa í huga að kostnaður við sambærilega lækniþjónustu hjá sérfræðilæknum og heimilislæknum er líklega lægri hjá sérfræðilæknum. Kostnaður við göngudeildarstarfsemi LSH er að vonum mun hærri en sambærileg þjónusta hjá sérfræðilæknum.

Heildarkostnaður þjónustu, sem sérfræðilæknar veita er því lægri en kostnaður við sambærilega þjónustu, sem veitt er annars staðar í heilbrigðiskerfinu. Af þeirri ástæðu einni er tilvísanakerfið ekki skynsamlegt.

Heilsugæslan er kjarni heilbrigðisþjónustunnar og eðlilegt er að einstaklingar leiti þangað áður en þeir leiti annað innan heilbrigðiskerfisins. Í sumum tilvikum er heilsugæslan þó óþarfa milliliður.

Tilvísanakerfi mun skapa heilsugæslunni aukna vinnu, sem mun leiða til öngþveitis. Á meðan löng bið er eftir viðtölum í heilsugæslunni er tilvísanakerfi algerlega óraunhæft.

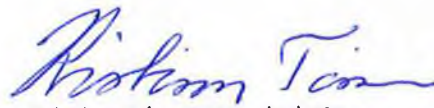
Virðingarfyllst,



Tómas Zoëga, yfirlæknir

Sérfræðingur í geðlækningum

GSM:824-5349



Kristinn Tómasson, læknir

sérfræðingur í geð – og embættislækningum

GSM:897-3012



Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík

Sent til: nefndasvid@althingi.is

Reykjavík 2. maí 2016

Efni: Umsögn Landspítala til velferðarnefndar um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 112/2008, með síðari breytingum, 676. mál.

Landspítali hefur fengið ofangreint frumvarp til umsagnar. Í frumvarpinu er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar og að ákveðnar verði mánaðarlegar hámarksgreiðslur sjúkratryggðra.

Landspítali er sammála nauðsyn þess að endurskoðað verði greiðsluþátttökukerfi sjúklinga. Núverandi greiðslukerfi er flókið og ógagnsætt og sjúklingum er að ýmsu leyti mismunað í greiðsluþátttöku eftir því hvaða þjónustu þeir þurfa á að halda. Sú mismunun er að enn til staðar, þótt þessi breyting sé skref í rétta átt.

Almennt verður að hafa fyrirvara á því að þær breytingar sem í frumvarpinu eru lagðar til geta haft talsverð áhrif á sértekjur Landspítalans. Því er nauðsynlegt að áhrif breytinganna verði skoðuð sérstaklega, eftir gildistöku þeirra, og fjárheimildir til spítalans leiðréttaðar í samræmi við það ef þörf krefur.

Nokkrar athugasemdir við frumvarpið:

Athugasemd við 2.gr. – Sjúklingar þurfa að hafa aðgang að upplýsingum úr miðlægum gagnagrunni Sjúkratryggingastofnunar um afsláttarstofn og útreiknaða greiðslu þeirra, áður en þeir taka ákvörðun um að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Að öðrum kosti getur verið erfitt fyrir sjúklinga að sannreyna hvort verið er að innheimta rétta fjárhæð. Reiknireglan varðandi afsláttarstofn virðist vera nokkuð flókin og það verður erfiðleikum bundið fyrir starfsmenn spítalans að útskýra hvers vegna tiltekin fjárhæð er innheimt fyrir veitta þjónustu.

Athugasemd við 3.gr. – Það er mat Landspítala að það sé allt of skammur tími til undirbúnings ef gildistími laganna verður miðaður við 1. júní n.k. Vegna nýrrar reiknireglu og tenginga við miðlægan gagnagrunn mun þurfa að gera talsverðar breytingar á tölvukerfum spítalans. Vinna við þær breytingar getur ekki hafist nema að litlu leyti fyrr en lögin hafa verið samþykkt og reglugerð gefin út. Eftir að gagnagrunnur Sjúkratrygginga Íslands er tilbúinn þarf að gefast nauðsynlegur tími til tenginga við kerfi spítalans og prófunar á réttri virkni. Beinlínutenging og rauntímaupplýsingar um afsláttarstofn viðkomandi einstaklings er forsenda þess að staðgreiðsla geti farið fram og tilkostnaður við innheimtu þar með í lágmarki.

Að öðru leyti gerir Landspítali ekki athugasemdir við frumvarpið. Ábendingum um reglugerðardrögin verður komið á framfæri við Velferðarráðuneyti.

Umsögn Landssambands eldri borgara um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál, þingskjal 1104.

Í því frumvarpi sem hér um ræðir er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðsluþátttökukerfi í heilbrigðisþjónustunni og að ákveðnar verði mánaðarlegar hámarksgreiðslur sjúkratryggðra. Í frumvarpinu eru jafnframt ákvæði varðandi þjónustustýringu heilbrigðiskerfisins sem miða að því að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Meginsjónarmið Landssambands eldri borgara hvað varðar efni frumvarpsins eru eftirfarandi:

- 1) Landssamband eldri borgara telur að heilbrigðisþjónusta fyrir eldri borgara, það er 67 ára og eldri, eigi að vera gjaldfrjáls, þar á meðal tannlæknaþjónusta. Eldri borgarar hafa af ósérhlífni og með mikilli atvinnuþátttöku allt sitt líf skilað árangursríku ævistarfi við að byggja Ísland og íslenskt samfélag upp. Gjaldfrjáls heilbrigðisþjónusta eftir að starfsævinni lýkur er sanngjörn og eðlileg fyrir þennan þjóðfélagshóp.
- 2) Landssamband eldri borgara leggur mikla áherslu á að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt og fagnar því viðhorfi sem fram kemur í frumvarpinu um að styrkja þá stefnu sem mörkuð er í lögum um heilbrigðisþjónustu að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður þegar einstaklingur leitar sér heilbrigðisþjónustu. Forsenda farsællar framkvæmdar stefnunnar er efla heilsugæsluna og að þjónusta heilsugæslustöðva um allt land sé hliðstæð.

Landssamband eldri borgara væntir þess að frumvarpið taki breytingum í meðförum Alþings á þann hátt sem að framan greinir.

Reykjavík 2. maí 2016
Landssamband eldri borgara
Haukur Ingibergsson, formaður

Velferðarnefnd Alþingis:
Sigríður Ingibjörg Ingadóttir formaður
Elsa Lára Arnardóttir 1. varaformaður
Páll Valur Björnsson 2. varaformaður
Ásmundur Friðriksson
Ólína Kjerúlff Þorvarðardóttir
Ragnheiður Ríkhardsdóttir
Sílja Dögg Gunnarsdóttir
Steingrímur J. Sigfússon
Unnur Brá Konráðsdóttir
Áheyrnarfulltrúi
Helgi Hrafn Gunnarsson

Um greiðsluþáttöku sjúklinga í heilbrigðisþjónustu, Þingskjal 1104 - 676. mál

29. apríl 2016

1) Dulin hækkun á afsláttarnúmeri

Frumvarpið er dulin / flókin / óskiljanleg leið til þess að hækka upphæð sjúklinga upp í afsláttarnúmer/kort. Hún mun þýða að allir borga miklu meira og hætta að fara til læknis áður en þeim batnar. Skárra að láta dánkast eða drepast.

2) Geðsjúklingar drepnir

Geðlæknar utan Landspítala halda að jafnaði utan um ótal fárveika sjúklinga. Fólk í lífshættu. Nýja greiðslukerfið mun koma í veg fyrir að fárveikt, innsæislaust fólk fari til geðlæknis eða heimilislæknis. Það er of dýrt að drepa sig ekki.

3) Heilsugæslulæknar ekki til

Hverjir eru þetta, sem eiga að fara að skrifa tilvísanir? Allir vita, að heilsugæslan er í molum. Þar eru fáir læknar eftir. Og þeir munu örugglega ekki verða tilvísanaafgreiðslustofnanir.

4) Öryrkjar látnir borga

Stór hluti þeirra, sem sérfræðilæknar halda gangandi utan spítala, sérstaklega geðlæknar, eru öryrkjar, enda með langvinna sjúkdóma. Þeir eru sumir vinnandi, þótt þeir greiði minna fyrir lækniþjónustu. Nú eiga þeir að borga uppí rúmar 60 þús krónur áður en þeir fá ódýrari lækniþjónustu. Í dag greiða þeir 9 þús krónur uppí afsláttarnúmer. Sjöföld hækkun. Hækkun gjalda hjá elli og örorkulífeyrisþegum er um 600 – 1000%.

5) Veikasta fólkið utan spítala = oft geðveikir

Læknar vita, að veikasta fólkið er oft utan spítala, harkandi í vinnu, harkandi heima við, harkandi með fjölskylduna. Það hefur hvorki tíma, né döngun né möguleika á að leggjast inn -- á spítala, þar sem ekkert er borgað. Þetta fólk eru almennir greiðendur og þeir munu blæða peningum. Nógu lengi til þess að batna?

6) Sjúkratryggingar ráða ekki við núverandi kerfi með afsláttarnúmer

Í nýju tillögunum þurfa SÍ að afgreiða afsláttarnúmer einu sinni í mánuði eða jafnvel oftar. Í núverandi kerfi getur tekið uppí 3 mánuði að afgreiða afsláttarnúmer, og of oft fær sjúklingurinn aldrei greidda ofgreiðslu þá, sem hann á inni hjá SÍ. Það er alveg ljóst að SÍ ræður ekki við að halda utan um kerfi, eins og lagt er til í nýjum tillögum. Afgreiðslukortsnúmerið hjá þeim er líka alltaf miðað við þann dag, sem SÍ afgreiðir afsláttarkortið, en ekki þann dag, sem sjúklingurinn nýtur lækniþjónustunnar. Gengur upp að hafa hámark í hverjum mánuði? Svarið er Nei.

7) Landlæknir á móti lækniþjónustu utan sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva

30 % allra lækniverka á Íslandi eru framkvæmd á sérfræðilæknastofum. Þessi lækniverk kosta hins vegar 5% af því sem lækniverk kosta alls. Veikasta fólkið er utan spítala. Það vita allir læknar. Tökum ekki stjórnun heilbrigðismála í Svíþjóð okkur til fyrirmyndar. Landlæknir hefur ekki unnið við lækningar í 35+ ár, hvorki hér né í Svíþjóð.

8) Ókeypis er verra en 500 kr

Rannsóknir sýna, að þjónusta, sem fæst ókeypis er lítilsvirt. Líka stundum það sem er ódýrt. Þess vegna er umhugsunarvert að heilbrigðisþjónustan sé ókeypis. Að láta fólk greiða málamyndagjald, eins og gert er í núverandi kerfi er skárri en þau ósköp, sem felast í fyrirbyggjandi frumvarpi.

9) Velferðarnefnd skilur ekki frumvarpið.

Gáfuðustu almúgamenn, læknar og lögfræðingar hafa reynt að lesa og skilja þetta nýja frumvarp um greiðsluþáttöku sjúklinga. Skilur velferðarnefnd frumvarpið?

Niðurstaða:

Hendið þessu frumvarpi út um gluggann og byrjið uppá nýtt. Og sjálfstæðismenn: Ekki kenna Pétri Blöndal um þetta frumvarp, - ekkert í þessu frumvarpi byggir á hans hugmyndum.

Með vinsemd og virðingu,
Lára Halla Maack
Læknir no 2326 / geðlæknir / réttargeðlæknir



Nefndasvið Alþingis
nefndasvid@althingi.is
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Kópavogi, 2. maí 2016

Efni: Frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál, stjórnarfrumvarp.

Vísað er til tölvubréfs Alþingis frá 14. apríl sl. þar sem óskað er umsagnar Læknafélags Íslands (LÍ) á frumvarpi til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál á 145. löggjafarþingi.

Eins og fram kemur í greinargerð með frumvarpinu er það samið í velferðarráðuneytinu af vinnuhópi um framkvæmd nýs greiðsluþátttökukerfis sem heilbrigðisráðherra skipaði í ágúst 2015. Í hópnum voru sérfræðingar frá velferðarráðuneyti, fjármála- og efnahagsráðuneyti og Sjúkratryggingum Íslands. Með frumvarpinu er lagt til nýtt greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustu þannig að ákveðnar verði mánaðarlegar hámarksgreiðslur sjúkratryggðra. Í frumvarpinu felst einnig að komið verður á þjónustustýringu heilbrigðiskerfisins þannig að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Hér á eftir fer umsögn LÍ um þetta frumvarp.

Almennt um frumvarpið. LÍ telur það af hinu góða að koma á nýju greiðsluþátttökukerfi þar sem tekið er tillit til helstu þátta heilbrigðisþjónustukostnaðar sem sjúklingar bera á hverjum tíma. Það er mikill galli á núverandi kerfi að það leiðir af sér að ákveðnir sjúklingahópar geta lent í mjög miklum kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, m.a. vegna þess að það er ekki allur kostnaður sjúklinga við heilbrigðisþjónustu sem telur upp í hið árlega kostnaðarþak heldur einungis hluti kostnaðarins. Tafla 2 (bls. 9 í frumvarpinu) sýnir þetta glögglega. LÍ telur það þó mikinn annmarka á hinu nýja kerfi hversu hátt þakið er á mánaðarlegum kostnaði sjúkratryggðra vegna heilbrigðisþjónustu. Nánar verður vikið að athugasemdum LÍ vegna þess síðar í þessu bréfi.

Um samráð. Í V. kafla almennra athugasemda með frumvarpinu (bls. 7) er fjallað um samráð við undirbúning þess frumvarps sem hér er til umsagnar. Þar kemur fram að nefnd heilbrigðisráðherra, sem skipuð var í ágúst 2013, hafi kallað á sinn fund m.a. fulltrúa frá LÍ. Af því má draga þá ályktun að fulltrúar LÍ hafi verið hafðir með í ráðum við samningu þessa frumvarps. Svo er ekki. Eins og frásögn í almennum athugasemdum um frumvarpið ber með sér hófst vinna við hið nýja greiðsluþátttökukerfi ekki fyrr en miklu seinna. LÍ hefur því ekki með neinum hætti komið að samningu þessa frumvarps.

Um nýtt greiðsluþátttökukerfi. Hið nýja greiðsluþátttökukerfi sem frumvarpið leggur til, á sér allnokkra forstöðu, sem rakin er í athugasemdum við lagafrumvarpið.

Hið nýja greiðsluþátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu gerir ráð fyrir því að enginn þurfi að greiða meira en nemur ákveðinni hámarksfjárhæð í hverjum mánuði fyrir heilbrigðisþjónustu. Sú fjárhæð verður ákveðin með reglugerð. Samkvæmt drögum að reglugerð sem fylgir frumvarpinu verður þessi mánaðarlega hámarksfjárhæð 33.600 kr. hjá sjúkratryggðum almennt en 1/3 lægri hjá öldruðum, öryrkjum, börnum og einstaklingum með umönnunarkort fyrir heilbrigðisþjónustu, eða 22.400 kr. Börn í sömu fjölskyldu teljast einn einstaklingur.

Þetta þýðir að fyrstu 33.600 kr. (eða 22.400 kr.) heilbrigðisþjónustu í fyrsta mánuði greiðslu fyrir heilbrigðisþjónustu greiðast að fullu af sjúkratryggðum sjálfum. Eftir fyrsta mánuð heilbrigðiskostnaðar verður til afsláttarstofn, sem flyst milli mánaða að frádregnum 1/6 hluta af hámarksgreiðslum um hver mánaðarmót, óháð greiðslum sjúkratryggðs. Sjúkratryggður á samkvæmt þessu nýja kerfi að greiða mest 67.200 kr. á sex mánaða tímabili og 95.200 kr. 12 mánaða tímabili (sjá bls. 6 í greinargerð).

LÍ telur að núverandi kerfi hafi þann alvarlega annmarka, sem endurspeglast vel í töflu 2 í almennum athugasemdum við frumvarpið (bls. 9) að allnokkur hópur sjúkratryggðra er að bera umtalsverðan kostnað af heilbrigðisþjónustu. Á árinu 2015 voru samtals 3 að greiða á bilinu 400-499 þús., 12 að greiða á bilinu 350-399 þús., 34 að greiða 300-349 þús., 144 að greiða 250-299 þús. 578 að greiða 200-249 þús. og 1890 að greiða 150-199 þús. Samtals voru þannig 2661 sjúkratryggðir að greiða meira en 150 þús. kr. í heilbrigðisþjónustu (annað en lyf) á árinu 2015.

Í hinu nýja kerfi er gert ráð fyrir að enginn sjúkratryggður greiði meira en tæpar 100 þús. kr. á 12 mánaða tímabili. Ekki er þó gert ráð fyrir auknum fjármunum í kerfið heldur verður tilfærsla á greiðslum með þeim afleiðingum að talsvert fleiri fara að borga talsvert meira. Eftirfarandi tafla sýnir þessa breytingu:

Kostnaðarbil	Fjöldi í núverandi kerfi	Fjöldi í nýju kerfi
0-29.999 kr.	137.777	111.239
30.000-59.999	44.460	74.281
60.000-89.999	16.839	34.580
90.000-99.999	2.759	895

Af töflunni má sjá að liðlega 26 þús. færri sjúkratryggðir munu greiða kostnað innan við 30 þús. kr. Tæplega 30 þús. fleiri sjúkratryggðir munu greiða kostnað á bilinu 30 – 60 þús. Sá hópur stækkar um 2/3. Liðlega 18 þús. fleiri sjúkratryggðir mun greiða kostnað á bilinu 60 – 90 þús. Þessi hópur liðlega tvöfaldast. Það fækkar hins vegar talsvert í hópnum sem borgar kostnað á bilinu 90-100 þús.

LÍ telur að grunnhugmynd hins nýja kerfis hafi nokkra góða kosti, þá helsta að mjög háum kostnaði nokkurs hóps sjúkratryggðra er útrýmt og að fleiri kostnaðarþættir vikta inn í hámarkskostnað vegna heilbrigðisþjónustu. Á hinn bóginn telur félagið að mánaðarlegt þak upp á 33.600 kr. sé alltof hátt og verði verulega íþyngjandi fyrir hinn almenna sjúkratryggða, einkum þá tekjulægri. Því má ekki gleyma að hinn almenni sjúkratryggði er þegar búinn að greiða talsverðar fjárhæðir til sjúkratryggingar sinnar gegnum hið almenna skattakerfi. Með þeirri umtalsverðu hækkun sjúklingagjalda sem hið nýja greiðsluþátttökukerfi felur í sér hækka verulega greiðslur sjúkratryggða fyrir heilbrigðisþjónustu þó hámarkskostnaður verði lækkaður. Í raun þýðir hið nýja kerfi, með því háa mánaðarlega þaki sem virðist eiga að setja, að dregið er umtalsvert úr sjúkratryggingavernd hins almenna sjúkratryggða einstaklings.

LÍ telur nauðsynlegt, eigi að hrinda hinu nýja kerfi í framkvæmd, að lækka mánaðarlega þakið þannig að mánaðarlegum kostnaði verði stillt mun meira í hof. Tölur frá 2013 sýna að 2,9% þeirra sem ekki nýttu heilbrigðisþjónustu, þótt þeir teldu sig þurfa það, fóru ekki vegna hás kostnaðar við hana (sjá fylgiskjal). Með þeirri hækkun sem nýtt greiðslukerfi felur í sér er talsverð hætta á því að þessi hópur stækki.

Til lengdar er það ekki til góðs hvorki fyrir heilsu einstaklinga né heilbrigðiskostnað að sjúkratryggðir dragi að leita sér heilbrigðisþjónustu. Slíkur dráttur getur orðið verulega

kostnaðarsamur fyrir heilbrigðiskerfið vegna alvarlegra fylgikvilla sem þá geta komið upp hjá sjúklingum.

Þá telur LÍ að nýtt kerfi kunni að ýta undir ásókn í heilbrigðisþjónustu hjá þeim sjúkratryggðum sem komnir eru upp í hámarksafslátt. Það gæti skapast tilhneiging til að viðhalda afslættinum með því að leita heilbrigðisþjónustu jafnvel að nauðsynjalausu vegna lágs verðs hennar fyrir sjúkratryggðan sem kominn er á þennan stað í afsláttarkerfinu.

Hið nýja kerfi hefur því þann ókost að vera bæði letjandi gagnvart þeim sem ekki treysta sér til að greiða jafnháa hlutdeild sjúklings og áformað er og hvetjandi gagnvart þeim sem búnir eru að ná hámarksafslætti og vilja viðhalda honum.

LÍ telur nauðsynlegt í þessu sambandi að benda á þá staðreynd að í núverandi kerfi hefur gagnvart sumum sjúklingahópum reynst mjög erfitt að innheimta sjúklingahluta gjaldanna. Sumir sérgreinalæknar hafa valið þann kost að sleppa sjúklingum sínum við sjúklingahlutann, einmitt af þeirri ástæðu. Þá hefur LÍ hefur upplýsingar um að komugjöld sjúklinga á Landspítala, einkum geðdeild hans, innheimtist illa. Á þessa staðreynd er bent í umsögn geðlæknanna Kristins Tómassonar og Tómasar Zoega. LÍ bendir velferðarnefnd Alþingis á að kalla eftir tölulegum upplýsingum frá LSH um þetta efni.

LÍ telur núverandi greiðslupátttökukerfi sjúklinga hafa ýmsa kosti. Það er með árlegt þak við 35.200 kr. sem er litlu hærri fjárhæð en fyrirhugaða mánaðarlega þakið er í hinu nýja kerfi. Þegar þessu þaki er náð fær sjúkratryggður talsverðan afslátt á sjúklingahlutanum við þá heilbrigðisþjónustu sem hann sækir og sá afsláttur gildir það sem eftir lifir almanaksársins. Enginn hvati er því í núverandi kerfi fyrir því að sækja ónauðsynlega heilbrigðisþjónustu til að viðhalda hámarksafslætti. Stærsti galli núverandi kerfis er sá sem áður hefur komið fram, að nokkur hluti sjúkratryggðra er að greiða verulega mikinn kostnað. LÍ telur að koma megi til móts við þennan hóp með því að setja árlegt allsherjarþak. Slíkt fyrirkomulag myndi að visu leiða til nokkuð aukins kostnaðar fyrir sjúkratryggingar. LÍ telur engu að síður eðlilegra að þessi mikli kostnaður þessa litla hóps sé borinn af sjúkratryggingum heldur en að honum sé dreift yfir á alla sjúkratryggða eins og hið nýja greiðslukerfi gerir.

Þjónustustýring. Í frumvarpinu er opnað fyrir það að hafa mismunandi gjald fyrir sjúkratryggða eftir því hvort þeir sækja heilbrigðisþjónustu samkvæmt tilvísun eða ekki. Reglugerðardrögin gera þó ekki ráð fyrir að þessari heimild verði beitt í bili, nema þegar börn eiga í hlut. Erfitt er því að sjá hvaða viðbótarálag er fyrirhugað að leggja á þá sjúkratryggða sem kjósa t.d. að leita beint til sérfræðilæknis án milligöngu heilsugæslulæknis. Þetta er annmarki sem gera verður alvarlega athugasemd við og eðlilegra væri að löggjafinn ákveði hversu miklu hærra gjald megi leggja á sjúkratryggðan í þessum tilvikum fremur en að láta það alfarið í hendur ráðherra.

Þá er gert ráð fyrir að heimilt sé að ákveða að gjald fyrir þjónustu sé hærra sækja sjúkratryggður þjónustuna á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá. Hér þarf að staldra við. Í fyrsta lagi vantar verulega upp á að allir landsmenn séu skráðir í þjónustu hjá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Nákvæmar tölur liggja ekki fyrir en talið er að þessi hópur skipti tugum þúsunda. Ástæða þess að svo stór hópur sjúkratryggðra er ekki skráður í þjónustu hjá heilsugæslustöð eða heimilislækni er sú að það er verulegur skortur á heilsugæslulæknum, ekki síst á höfuðborgarsvæðinu. Ekki kemur fram í skýringum með l. gr. frumvarpsins hvernig eigi að haga gjalddöku í heilsugæslu fyrir þennan hóp en vænta má að hann eigi að greiða hærra gjald því hann er hvergi skráður. Skortur á heilsugæslulæknum mun því verða til þess að þessi hópur dæmist strax til að greiða hærra gjald fyrir heilbrigðisþjónustu af ástæðum sem hann hefur enga stjórn á sjálfur.

Þá er spurning hvornig þessi breyting samræmist 20. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 en þar segir í 1. málslíð: *Þrátt fyrir skiptingu landsins í heilbrigðisumdæmi samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu á sjúklingur rétt á að leita til þess læknis sem honum hentar best.*

Það er skýrt markmið þessa frumvarps að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Lí gerir ekki athugasemd við þetta almenna markmið en leyfir sér að benda á að við núverandi aðstæður næst þetta markmið ekki. Það skortir tugi heilsugæslulækna og tugþúsundir sjúkratryggða eru ekki með skráðan heilsugæslu- eða heimilislækni. Við þessar kringumstæður sýnist óraunhæft að ætla að setja á þjónustustýringu sem felur í sér að heilsugæslan verði ætíð fyrsti viðkomustaður. Til að ná þessu markmiði verður fyrst að fjölga heilsugæslustöðum í þéttbýli og fjölga heilsugæslu- og heimilislæknum. Við núverandi aðstæður í heilsugæslunni er mjög óraunhæft að ætla að setja á þjónustustýringarkerfi af því tagi sem frumvarpið gerir ráð fyrir. Úttekt sem gerð var í Fréttablaðinu 29. apríl 2016 benti til að almennt væri biðtími eftir tíma hjá heilsugæslulækni á höfuðborgarsvæðinu a.m.k. væri tvær til þrjár vikur. Haft er eftir heilbrigðisráðherra í Morgunblaðinu í dag, 2. maí 2016 að það séu þrír meginbrestir í heilbrigðiskerfinu og nefnir þar fyrst þá staðreynd að heilsugæslan sé ekki nægilega sterk. Engu að síður er í frumvarpinu lagt til að hið nýja greiðslupátttökukerfi gangi í gildi 1. júní 2016. Hið nýja kerfi leggur verulega aukið álag á heilsugæsluna, sem heilbrigðisráðherra segir að sé ekki nægilega sterk fyrir. Hætt er við að það aukna álag sem nýju greiðslukerfi fylgi muni setja heilsugæsluna almennt á hliðina því hún er ekki við núverandi aðstæður í stakk búinn að taka við viðbótarálagi. Þjónustustýringu er því ekki raunhæft að koma á fyrr en aðstæður í heilsugæslunni hafa verið bættar og henni gert kleift að taka við því viðbótarálagi sem slík stýring mun óhjákvæmilega hafa í för með sér fyrir heilsugæsluna.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

Í 1. gr. frumvarpsins eru lagðar til nokkrar breytingar á 29. gr. laga um sjúkratryggingar. Skal nú vikið að hverri og einni breytingu.

1. Í 1. tölul. 1. gr. er gert ráð fyrir að við 1. tölul. 1. mgr. 29. gr. bætist nýr málslíður sem heimili að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera hærra saki sjúkratryggður þjónustuna á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá. Í almennum athugasemdum hér að framan er bent á þann annmarka að í lagatextanum sjálfum er ekki sett þak á það hveru miklu hærra þetta gjald má vera í þessum tilvikum. Lí telur mikilvægt að löggjafinn setji það þak en ekki ráðherra. Sömuleiðis er bent á þá staðreynd að tugþúsundir sjúkratryggðra eru án heimilislæknis. Ef halda á þessu ákvæði til streitu verður að hafa fyrirvara gagnvart þeim hópi svo hann lendi ekki í að greiða hærra gjald fyrir heilbrigðisþjónustu af ástæðum sem hann ræður ekki við.
2. Í 2. tölul. 1. gr. er gert ráð fyrir að heimilt verði að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera hærra ef sjúkratryggður sækir þjónustuna án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Þá er heimilt að ákveða að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónustan er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Varðandi síðari liðinn í þessum tölulið, að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef tilvísun er fyrir hendi þá telur Lí að allt sem stuðlar að lægri heilbrigðiskostnaði vegna barna sé af hinu góða. Varðandi fyrri liðinn þá vísar Lí í almennar athugasemdir hér að framan. Sömuleiðis vill Lí áréttta að ekkert kemur fram í frumvarpinu hversu mikið hærra þetta gjald á að vera án tilvísunar og telur mikilvægt að löggjafinn ákveði það, ekki ráðherra. Þá er vert að spyrja hvort það sé með ráðum gert að tala um tilvísun frá heilsugæslustöð en ekki heilsugæslulækni og með því sé verið að opna fyrir möguleika á því að aðrir heilbrigðisstarfsmenn heilsugæslustöðvar geti gefið út tilvísun. Lí á bágt með að trúa því að uppi séu áform um það og leggur því til að í stað orðsins „heilsugæslustöð“ komi „heilsugæslulæknir“ í réttu falli í þessum tölulið. Loks telur Lí mikilvægt að gert sér ráð

fyrir því að tilvísun geti komið frá öðrum sérgreinalækni. Sjúkratryggður, sem vísað hefur verið til sérgreinalæknis getur að mati þess sérgreinalæknis þurft að fara til annars sérgreinalæknis. Lí telur að í þeim kringumstæðum sé eðlilegra að sérgreinalæknirinn sem sjúklingnum var upphaflega vísað til vísi honum áfram heldur en að sjúklingurinn fari á ný til heilsugæslu- eða heimilislæknis til að fá aftur tilvísun. Í reglugerðardrögunum er gert ráð fyrir þessu, sbr. 2. málsl. 3. mgr. 2. gr. hennar. Orðalag lagatextans þarf að rýmka til að gera ráð fyrir tilvísunum af þessu tagi.

Almennt um 1. og 2. tölul. 1. gr. telur Lí að skoða þurfi hvað jafnræðisregla leyfi að mikill mismunur sé gerður eftir aðstæðum sem raktar eru í töluliðunum. Þess vegna er enn brýnna að álagið sem leyft verður að leggja á sé ákveðið af löggjafanum en ekki ráðherra.

3. Í 3. tölul. 1. gr. er lýst hinu nýja greiðslukerfi. Lí vísar til almennra athugasemda hér að framan um það.
4. Í 2. gr. er gert ráð fyrir að á eftir 29. gr. laga um sjúkratryggingar komi ný grein, 29. gr. b um miðlægan heilbrigðisþjónustugrunn. Augljóst er að hið nýja kerfi virkar ekki nema fyrir hendi sé miðlægur grunnur af þessu tagi. Allar upplýsingar í honum eru persónugreinanlegar og gert er ráð fyrir að heilbrigðisstofnanir og heilbrigðisstarfsmenn sem innheimta gjöld af sjúklingum sé skylt að tengjast gagnagrunninum. Það gefur auga leið að með þessu opnast aðgangur mjög margra að mjög miklum heilbrigðisupplýsingum um sjúkratryggða því í grunninum verða upplýsingar um greiðslur sjúkratryggðra, tegund heilbrigðisþjónustu og stöðu sjúkratryggðs innan kerfisins. Lí telur því mikilvægt, verði frumvarpið að lögum, að gengið verði tryggilega frá því að ríkt eftirlit verði með þessum gagnagrunni vegna þess hve viðkvæmar persónugreinanlegar upplýsingar, verða í honum. Auk þess þarf að takmarka sem mest aðgang heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmanna að viðkvæmum persónugreinanlegum upplýsingum í þessum grunni.

Lí leggst eindregið gegn því að frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), verði samþykkt óbreytt. Fulltrúar Lí óska eftir að koma til fundar við velferðarnefnd Alþingis vegna frumvarps þessa.

Virðingarfyllst,
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands,


Þorbjörn Jónsson,
formaður.

Fylgiskjöl:

1. Tafla frá European Statistics.

File:Share of persons aged 16 and over reporting unmet needs for medical care, by detailed reason, 2013 (%) Health2015.png

	All reasons	Health system related reasons	of which:			Reasons other than those related to the health system	No time	Did not know a good doctor	of which:		Other reasons
			Too expensive	Too far to travel	Waiting list				Fear of doctor, hospital, examination or treatment	Wanted to wait and see if problem got better on its own	
EU-28	6.9	3.6	2.4	0.2	1.1	3.3	0.9	0.1	0.3	1.2	0.8
Belgium	3.0	1.9	1.8	0.0	0.1	1.1	0.3	0.0	0.1	0.5	0.1
Bulgaria	12.5	8.9	6.8	0.6	1.5	3.6	0.1	0.1	0.2	2.1	0.4
Czech Republic (*)	4.3	1.0	0.4	0.3	0.3	3.3	0.9	0.0	0.2	1.7	0.4
Denmark	5.8	1.3	0.2	0.3	0.6	4.5	0.7	0.1	0.5	1.6	1.6
Germany	6.1	1.6	0.6	0.1	0.8	4.5	1.2	0.1	0.2	1.4	1.5
Estonia	10.2	8.4	0.8	0.5	7.1	1.8	0.3	0.5	0.0	0.2	0.9
Ireland	3.9	3.3	2.3	0.0	1.0	0.6	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2
Greece	11.2	9.0	7.8	0.2	0.9	2.2	0.8	0.0	0.4	0.5	0.5
Spain	6.7	0.8	0.6	0.1	0.1	5.9	1.9	0.1	0.4	2.6	1.0
France	6.2	2.7	2.1	0.1	0.5	3.5	1.3	0.1	0.6	1.1	0.4
Croatia	8.5	3.3	1.6	1.2	0.6	5.2	1.0	0.1	0.3	2.4	1.3
Italy	8.0	7.1	6.0	0.1	1.1	0.9	0.3	0.0	0.1	0.2	0.2
Cyprus	5.5	4.4	4.3	0.0	0.0	1.1	0.2	0.0	0.2	0.7	0.0
Latvia	20.0	13.8	12.0	0.5	1.3	6.2	1.7	0.5	0.4	3.2	0.3
Lithuania	4.6	3.2	0.5	0.3	2.3	1.4	0.3	0.0	0.1	1.1	-
Luxembourg	4.0	0.9	0.8	-	0.1	3.1	0.7	0.1	0.3	1.8	0.2
Hungary	7.0	2.4	1.8	0.2	0.2	4.6	1.2	0.0	0.5	2.5	0.4
Malta	2.1	0.9	0.8	0.0	0.1	1.2	0.1	0.0	0.1	0.5	0.4
Netherlands	1.5	0.4	0.1	0.1	0.3	1.1	0.2	0.0	0.0	0.2	0.7
Austria	1.3	0.4	0.3	0.0	0.1	0.9	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1
Poland	14.0	8.8	3.6	0.4	4.8	5.2	1.8	0.1	0.8	1.7	0.6
Portugal	5.1	3.0	2.4	0.1	0.5	2.1	0.5	0.0	0.4	0.8	0.3
Romania	12.6	10.4	9.1	0.5	0.8	2.2	0.4	0.1	0.4	0.8	0.3
Slovenia	0.2	0.0	0.0	-	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Slovakia	5.4	1.9	0.8	0.1	1.0	3.5	1.1	0.2	0.4	1.1	0.7
Finland	5.9	4.3	0.2	0.0	4.1	1.6	0.0	0.0	-	0.1	1.4
Sweden	13.6	1.9	0.5	0.2	1.2	11.7	2.1	1.0	0.3	5.6	2.7
United Kingdom	3.1	1.6	0.1	0.1	1.4	1.5	0.1	0.1	0.1	0.1	1.2
Iceland	7.2	3.6	2.9	0.2	0.4	3.6	0.3	0.1	0.1	1.3	1.7
Norway	2.3	1.5	0.2	1.1	0.1	0.8	0.0	0.1	-	0.1	0.7
Switzerland	2.4	1.2	1.0	0.0	0.1	1.2	0.3	0.1	0.0	0.3	0.5
Montenegro	12.7	11.8	9.9	0.7	1.2	0.9	0.3	0.0	0.1	0.3	0.3
FYR of Macedonia (*)	10.8	7.7	6.1	0.6	1.0	3.1	0.3	0.1	0.4	1.8	0.5
Serbia (*)	19.6	8.7	5.7	0.9	2.1	10.9	3.3	0.3	0.9	4.0	2.5

(*) Data with low reliability

(*) 2012.

Source: Eurostat (online data codes: hith_silc_03 and hith_silc_08)

Size of this preview: 800 × 596 pixels.

* You cannot overwrite this file.

Retrieved from "http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?

title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_reporting_unmet_needs_for_medical_care_by_detailed_reason_2013_(%25)_Health2015.png&oldid=239831"

Nefndarsvið Alþingis
nefndarsvið@althingi.is
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 2. maí 2016

Efni. Þingskjal 1104 – 676. mál. Frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

Læknafélag Reykjavíkur, kt. 450269-2559, Hlíðarsmára 8, 201 Kópavogi, hefur kynnt sér ofangreint frumvarp sem og umsagnir Læknafélags Íslands („LÍ“) og geðlæknanna Tómasar Zoëga („TZ“), yfirlæknis, og Kristins Tómassonar („KT“), læknis.

Læknafélag Reykjavíkur er hlynnt því að hámarksgreiðsla vegna heilbrigðisþjónustu lækki og verði lægri hjá öldruðum og öryrkjum. Læknafélag Reykjavíkur er jafnframt hlynnt því að sett verði á stofn kerfi sem verndar sjúklinga fyrir mjög háum greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu.

Læknafélag Reykjavíkur er hins vegar andvígð því að umrætt frumvarp verði óbreytt að lögum. Aðallega vegna þess að frumvarpið mun auka verulega greiðslupátttöku sjúklinga, eins og reifað er í umsögnum LÍ og TZ og KT. Læknafélag Reykjavíkur er jafnframt andvígð því að svokallað tilvísunarkerfi verði lögfest en það felur í sér að sjúklingar greiða hærra gjald til sérfræðinga ef þeir fá ekki tilvísun til þeirra frá heilsugæslustöð eða heilsugæslulækni.

Í umsögnum LÍ og TZ og KT er ítarlega farið yfir það hvernig greiðslupátttaka sjúklinga muni aukast verði frumvarpið að lögum. Óþarft er að endurtaka þá umfjöllun heldur vísast þangað. Læknafélagið telur hins vegar rétt að reifa athugasemdir félagsins vegna tilvísunarkerfisins.

1. Stuðlar að mismunun á grundvelli efnahags.

Markmiðið með frumvarpinu er að gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomustað sjúklinga. Þessu markmiði á að ná með því að lögfesta heimild í 3. tl. 1. mgr. 29. gr. laga um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, um að heimilt verði að innheimta sjúklinga um hærra gjald fyrir þjónustu ef þeir sækja sér þjónustuna „án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.“ Kerfið á að tryggja það að sjúklingar fari fyrst til heilsugæslunnar til þess að fá tilvísun til sérfræðings.

Læknafélag Reykjavíkur telur tilvísunarkerfið mismuna sjúklingum á grundvelli efnahags en það brýtur gegn 2. mgr. 1. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997. Í ákvæðinu segir að óheimilt sé að mismuna sjúklingum á grundvelli efnahags og stöðu að öðru leyti. Tilvísunarkerfið takmarkar einnig lögbundinn rétt sjúklings samkvæmt 20. gr. laga nr. 74/1997 til þess að „leita til þess læknis sem hentar honum best“ og að „fá álit annars læknis á greiningu, meðferð, ástandi og batahorfum.“

Tilvísunarkerfið leiðir til þess að þeir fá forgang sem hafa efni á að greiða hærra gjald fyrir heilbrigðisþjónustu. Í fyrsta lagi vegna þess að hinir efnameiri þurfa ekki að bíða eftir tíma hjá heimilislækni til að fá tilvísun til sérfræðings. Biðtíminn getur því miður verið mjög langur í ljósi þess að verulegur skortur er á heimilislæknum hér á landi en tugþúsundir manna eru ekki með skráðan heilsugæslu- eða heimilislækni. Í öðru lagi geta hinir efnameiri valið sér þann lækni sem hentar þeim best. Aðrir, sem hafa ekki efni á að greiða hærra gjald vegna heilbrigðisþjónusta, þurfa að leita til heilsugæslunnar til þess að fá tilvísun. Ekkert í lögum bannar heilsugæslulækni að neita sjúklingi um tilvísun til sérfræðings. Neitun takmarkar því augljóslega áðurnefnd réttindi sjúklings til að velja sér lækni eða að fá álit annars sérfræðings.

2. Tilvísunarkerfið er óskilvirkt og eykur kostnað hins opinbera.

Sjúklingar taka almennt upplýsta ákvörðun um að leita beint til sérfræðings. Krafa um tilvísun leiðir til þess að sjúklingar þurfa að bíða lengur eftir því að komast að hjá sérfræðingi. Krafan getur auk þess verið mjög íþyngjandi, ekki síst í þeim tilvikum þegar sjúklingurinn þarf að ræða viðkvæm málefni við sérfræðing, eins og til dæmis kvensjúkdómalækni. Krafa um tilvísun getur líka verið tilhæfulaus þegar fyrirfram má vera ljóst að heilsugæslan getur ekki sinnt erindinu. Þetta á til dæmis við um augnlækna, þvagfæraskurðlækna, kvensjúkdómalækna og fleiri sérgreinar.

Krafa um tilvísun lækkar jafnframt ekki kostnað hins opinbera af heilbrigðisþjónustu. Þvert á móti er kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu sérfræðinga líklega lægri en vegna heilbrigðisþjónustu heimilislækna.

Í frumvarpinu er ekki gert ráð fyrir því að aðrir en heilsugæslustöðvar og heimilislæknar geta gefið út tilvísun til sérfræðings. Læknafélag Reykjavíkur telur mikilvægt að sérfræðingar geti vísað á á aðra sérfræðinga. Það kemur í veg fyrir að sjúklingur þurfi að snúa aftur til heimilislæknis til að fá nýja tilvísun hafi sú fyrri ekki leitt til úrlausnar vandans.

Tilvísunarkerfið lengir því ekki einungis biðtíma sjúklinga eftir læknaþjónustu heldur eykur jafnframt kostnað hins opinbera, sem og einstakra sjúklinga.

3. Ráðherra er fengið óheft vald um útfærslu tilvísunarkerfisins.

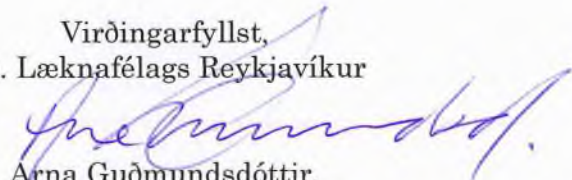
Á bls. 7 í frumvarpinu segir að mikilvægt sé að heimild sé í lögum til þess að áskilja tilvísun til „ákveðinna sérgreina“. Frumvarpið gengur þannig út frá þeirri forsendu að tilvísunarkerfið eigi einungis við í undantekningartilvikum um ákveðna sérfræðinga. Slík nálgun er eðlileg í ljósi þess sem er rakið hér að framan.

Í sjálfum lögunum er hins vegar ekki að finna neina takmörkun á heimild ráðherra til að áskilja tilvísun til allra sérgreina. Í lögunum er heldur ekki að finna leiðbeiningar um það hvernig eigi að útfæra tilvísunarkerfið. Það vantar til dæmis umfjöllun um það hvernig ákvarða eigi fjárhæð gjalds í þeim tilvikum þegar sjúklingar leita til sérfræðings án tilvísunar. Þá er engin umfjöllun um það hvort tilvísun eigi að vera gefin út vegna ákveðinnar sjúkdómsgreiningar eða á nafn ákveðins sérfræðings, sérgrein sérfræðings (dæmi lyflækningar), undirsérgrein sérfræðings (dæmi lungnalækningar) eða starfsstöð sérfræðinga. Loks er engin umfjöllun um það hver gildistími tilvísunar eigi að vera eða hvort sjúklingur hafi einhver úrræði ef honum er neitað um tilvísun.

Mikilvægt er að löggjafinn taki afstöðu til þessara atriða í lögum um sjúklingatryggingar en feli ekki ráðherra óheft vald um þessi atriði.

Læknafélag Reykjavíkur óskar eftir fundi með velferðarnefnd Alþingis til þess að fara betur yfir athugasemdir félagsins við einstök atriði frumvarpsins. Áskilinn er réttur til að skila inn ítarlegri athugasemdum fyrir þann fund.

Virðingarfyllst,
f.h. Læknafélags Reykjavíkur



Arna Guðmundsdóttir,
formaður



MANNRÉTTINDASKRIFSTOFA ÍSLANDS
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

Alþingi
Nefndasvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 28. apríl 2016

Efni: Umsögn Mannréttindaskrifstofu Íslands um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, 145. löggjafarþing 2015 -2016. Þingskjal nr. 1104 – 676. mál.

Mannréttindaskrifstofu Íslands (MRSÍ) hefur borist ofangreint frumvarp til umsagnar. Með frumvarpinu er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðslupáttökukerfi og að ákveðnar verði mánaðarlegar hámarksgreiðslur sjúkratryggðra. Þá er einnig lagt til að tekin verði upp ákveðin þjónustustýring sem miðar að því að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. MRSÍ telur frumvarpið ágætlega úr garði gert en hefur þó nokkrar athugasemdir.

Fyrst ber að nefna að eins og staðan í Heilsugæslunni er í dag, að minnsta kosti á höfuðborgarsvæðinu, þá virðist hún ekki hafa undan þeim mikla fjölda sem leitar til hennar. Lýsir það sér í langri bið eftir viðtali hjá lækni og má ætla að það ástand fari ekki batnandi með hinu nýja tilvísanakerfi. Markmiðið með slíku kerfi er vissulega að létta undir með sérfræðilæknum, þ.e. að með því að þurfa fyrst að fá viðtal hjá heimilislækni megi koma í veg fyrir óþarfa heimsóknir til sérfræðilækna. Til að ná því markmiði verður hins vegar að tryggja að Heilsugæslan sé í stakk búin til að taka við allri þeirri aukningu sem án efa mun fylgja þessu nýja fyrirkomulagi. Það verður að teljast óviðunandi að einstaklingar, sem jafnvel gætu þurft á bráða læknishjálp að halda, þurfi hugsanlega að bíða talsverðan tíma eftir viðtali hjá heimilislækni og þar á eftir jafnvel enn lengur eftir að hitta sérfræðilækni. Hið nýja fyrirkomulag hlýtur að kalla á fjölgun heimilislækna en það gæti reynst erfitt í framkvæmd.

Varðandi fyrirhugaðan gagnagrunn sem geyma á þær upplýsingar sem þarf svo að unnt sé að starfrækja greiðslupáttökukerfið, bendir MRSÍ á að samkvæmt c.-lið, 8. tl. 2. gr. laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga, nr. 77/2000, eru upplýsingar um heilsuhagi viðkvæmar persónuupplýsingar. Við alla meðferð slíkra persónuupplýsinga ber að fara að lögum, gæta meðalhófs og vernda friðhelgi einkalífs þeirra einstaklinga sem vinnslan lítur að, enda er friðhelgi einkalífs varin af 71. gr. stjórnarskrár lýðveldisins Íslands nr. 33/1944. Gera má ráð fyrir að nánast allir Íslendingar verði skráðir í umræddan gagnagrunn og því ber nauðsyn til að tryggja að sem best verði vandað til allra öryggisráðstafana. MRSÍ telur mega taka undir almannaeillasjónarmiðið að baki slíkum gagnagrunni og að hann leiði til aukinnar skilvirkni og gagnsæis en áréttað skal að viðhaft verði strangt eftirlit varðandi aðgengi að gagnagrunninum, hvernig farið verði með þær upplýsingar sem



MANNRÉTTINDASKRIFSTOFA ÍSLANDS
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

Þar skulu skráðar jafnhliða því að tryggja öryggi og áreiðanleika þeirra. Nauðsynlegt er að gæta meðalhófs varðandi aðgengi að upplýsingum og skráningu þeirra og tryggja með virku eftirliti að viðkvæmar persónuupplýsingar verði ekki misnotaðar á nokkurn hátt.

Virðingarfyllst,

f.h. Mannréttindaskrifstofu Íslands

Margrét Steinarsdóttir, framkvæmdastjóri



Nefndasvið Alþingis
Velferðarnefnd
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

Reykjavík 3. maí 2016

Efni: Umsögn Neytendasamtakanna um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýringu), 676. mál.

Neytendasamtökin gera athugasemd við að hafa ekki fengið ofangreint frumvarp sent sérstaklega til umsagnar, en í ljósi þess að greiðsluþátttaka í heilbrigðisþjónustu er neytendamál gera samtökin eftirfarandi athugasemdir við frumvarpið:

Almennar athugasemdir:

Rétt er að fagna því í sjálfu sér að í frumvarpinu eru ákvæði um hámarkspak á greiðslur einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu. Þá er gert ráð fyrir að nýtt greiðsluþátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu sé nokkuð víðtækt og nái t.a.m. til komu og endurkomu á göngudeild sjúkrahúsa vegna þjónustu annarra en lækna, komu til sérfræðilækna bæði utan og innan sjúkrahúss, rannsókna á rannsóknastofu, geisla- og myndgreiningar, beinþéttnimælingar og kostnað vegna þjálfunar hjá talmeinafræðingum, sjúkraþjálfurum og iðjuþjálfurum, sem í sjálfu sér er jákvætt. Hins vegar er það sérstakt áhyggjuefni að þjónusta sálfræðinga er ekki hluti af nýja greiðsluþátttökukerfinu og lyfjakostnaður er einnig utan við þetta nýja kerfi.

Neytendasamtökin lýsa áhyggjum sínum af því að hið nýja kerfi sem lagt er til með frumvarpinu er millifærslukerfi, þ.e. ekki er sett meira fé inn í kerfið til að lækka hámarkspökin, heldur er gert ráð fyrir að kostnaður sé fluttur milli sjúklinga þannig að greiðslur standa í stað eða hækka hjá um 80% notenda en lækka hjá um 20% notenda. Það er þannig algerlega óásættanlegt að um 37.000 lífeyrisþegar (aldraðir og öryrkjar) komi til með að greiða 500 milljónum kr. meira fyrir heilbrigðisþjónustu en áður. Þá er sá hópur sem mun þurfa að greiða meira fyrir heilbrigðisþjónustu en áður mun stærri en sá sem mun greiða minna, en gert er ráð fyrir að heilbrigðiskostnaður 122.000 sjúkratryggðra einstaklinga muni hækka.

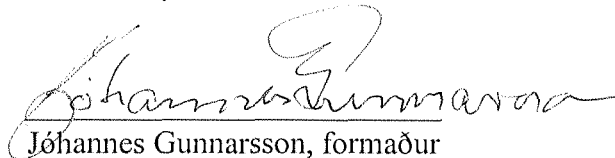
Neytendasamtökin geta ekki fallist á að nýtt greiðsluþátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu leiði til þess að fleiri og fleiri standi frammi fyrir auknum kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Samtökin fagna því í sjálfu sér að sett sé hámarkspak á kostnað einstaklinga vegna heilbrigðiskostnaðar, en telja það hámarkspak hins vegar of hátt.

Um tilvísunarkerfi eða „þjónustustýringu“: Neytendasamtökin telja að tilvísunarkerfi á borð við það sem lagt er til í frumvarpinu geti, að óbreyttu, leitt til þess að neyterndum heilbrigðisþjónustu sé mismunað eftir efnahag. Sé miðað við fréttáflutning undanfarið getur biðtími eftir tíma hjá lækni á heilsugæslustöð verið nokkuð langur, eða allt upp í nokkrar vikur, og verður því að telja að heilsugæslukerfið sé, hvað varðar fjármagn og mannafla, ekki í stakk búíð til að fást við aukin verkefni. Eigi svo að „refsa“ sjúklingum með hærra gjaldi sækji þeir þjónustu sérfræðings án tilvísunar getur það hæglega leitt til þess að þeir efnaminni þurfi að bíða tvöfalt á við þá efnameiri, þ.e. fyrst eftir tíma og tilvísun frá heilsugæslustöð og svo eftir tíma hjá sérfræðingi, en bið eftir slíkum tímum getur verið ærin. Telja má að aukin bið geti í mörgum tilvikum haft skaðleg áhrif á heilsu sjúklinga, en gera má ráð fyrir að þeir efnameiri panti sér tíma beint hjá sérfræðingi, óháð refsigjaldi, telji þeir tilefnið brýnt. Í þessu samhengi er rétt að árétt að rannsóknir hafa leitt í ljós að um helmingur lífeyrisþega (aldraðra og öryrkja) og þriðjungur notenda heilbrigðisþjónustu á aldrinum 18-66 ára hafa frestað eða hætt við læknisheimsókn vegna kostnaðar. Sjái þessi hópur fram á að þurfa að greiða sérstakt refsigjald, leiti þeir beint til sérfræðings, verður að telja að í mörgum tilvikum verði hættulega löng bið eftir þjónustunni, ákveði viðkomandi á annað borð að leita sér aðstoðar.

Um hámarkskostnað við kaup á heilbrigðisþjónustu: Að mati Neytendasamtakanna er það réttlætismál að miða greiðslutímabil í heilbrigðisþjónustu við 12 mánuði en ekki við almanaksárið eins og gert er í núverandi kerfi. Að mati samtakanna er hámarkspak á kostnað einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu einnig of hátt. Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að hámarkspakið verði um 95.200 kr. fyrir einstaklinga á aldrinum 18-66 ára og um 64.000 krónur fyrir aðra (lífeyrisþega, börn og öryrkja). Í dag miðast núverandi afsláttarmörk á heilbrigðisþjónustu við 35.200 kr., 8.900 kr. fyrir aldraða og öryrkja og 10.700 kr. fyrir börn. Þá er árétt að ekki er gert ráð fyrir að lyfjakostnaður sé talinn með en hámarkskostnaður einstaklings vegna kaupa á lyfjum sem falla undir greiðsluþátttöku er um 62.000 kr. og 41.000 kr. hjá lífeyrisþegum (öldruðum og öryrkjum). Einstaklingar á aldrinum 18-66 ára sem koma til með að borga hámarkspak bæði fyrir heilbrigðisþjónustu og lyf gætu því þurft að greiða 157.000 kr. og aðrir (börn, aldraðir og öryrkjar) gætu þurft að greiða 105.000 kr. á ári. Að mati samtakanna er hér um of háar upphæðir að ræða.

Samkvæmt öllu framansögðu geta samtökin því ekki stutt ofangreint frumvarp að óbreyttu. Beðist er velvirðingar á að umsögn þessi er send eftir lok umsagnarfrests en það stafar af því að samtökin fengu, eins og áður segir, umrætt frumvarp ekki sent sérstaklega til umsagnar.

Virðingarfyllst,
f.h. Neytendasamtakanna


Jóhannes Gunnarsson, formaður

Nefndasvið Alþingis
Velferðarnefnd
Austurstræti 8-10
101 Reykjavík



Persónuvernd

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

Reykjavík, 29. apríl 2016

Tilvísun: 2016040697HSP/-

Vísað er til erindis velferðarnefndar Alþingis, dags. 14. apríl 2016, þar sem óskað er umsagnar Persónuverndar um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008 (þskj. 1104, 676. mál á 145. löggjafarþingi).

Við vinnslu frumvarpsins óskaði velferðarráðuneytið eftir umsögn Persónuverndar um 2. gr. þess, en með ákvæðinu er ráðgert að koma á fót gagnagrunni með upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra vegna greiðslupátttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar.

Í umsögn Persónuverndar til ráðuneytisins, dags. 17. febrúar 2016, kom fram að í umræddan gagnagrunn væri fyrirhugað að skrá upplýsingar um heilsuhagi manna, en slíkar upplýsingar teldust til viðkvæmra persónuupplýsinga, sbr. c-lið 8. tölul. 2. gr. laga nr. 77/2000. Því væri sérstaklega mikilvægt að vinnsla þeirra styddist við skýra lagaheimild, sbr. 3. tölul. 1. mgr. 8. gr. og 2. tölul. 1. mgr. 9. gr. sömu laga. Persónuvernd taldi því nauðsynlegt að fram kæmi með skýrum hætti í lagatextanum sjálfum hvaða upplýsingar yrðu skráðar í gagnagrunninn, en í frumvarpsdrögunum var þá eingöngu vísað til þess að skráðar yrðu upplýsingar um greiðslur sjúkratryggðra. Þó var ljóst að fyrirhugað var að skrá í gagnagrunninn aðrar upplýsingar, svo sem um þá tegund heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggður einstaklingur sækir og um stöðu hans með tilliti til aldurs og örorku. Lagði Persónuvernd því til að 2. gr. frumvarpsdraganna yrði breytt á þá leið að tilgreint yrði með skýrari og ítarlegri hætti hvaða upplýsingar yrðu skráðar í gagnagrunninn.

Í 1. mgr. 2. gr. frumvarpsins, sem hér er til umsagnar, kemur nú fram að í gagnagrunninn skuli skrá upplýsingar um greiðslur sjúkratryggðs vegna heilbrigðisþjónustu, tegund heilbrigðisþjónustu og stöðu sjúkratryggðs innan kerfisins.

Eins og á stendur gerir Persónuvernd ekki athugasemdir við frumvarpið, en lögð er áhersla á að skilgreiningin á því hvaða upplýsingar á að skrá í gagnagrunninn sé eins skýr og kostur er. Þá minnir stofnunin á mikilvægi þess að stjórnsýsluframkvæmd á grundvelli ákvæðisins samrýmist meðalhófskröfum.

F. h. Persónuverndar



Þórður Sveinsson



Helga Sigríður Þórhallsdóttir

Sjúkratryggingar

(hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring)

676. mál, lagafrumvarp 

145. löggjafarþing 2015–2016.

Ég heitir Peter Holbrook og er prófessor við Tannlæknadeild HÍ og sérfræðingur í lyflæknisfræði munns. Þó ég vinna aðallega við kennslu og rannsókn er ég með sérfræðingur klíník á þriðjudögum f.h. í Mörkinni 6 og vinna í sérfræðingur klíník við Tannlæknadeild HÍ sem er í tengsl við LSH.

Ég er búinn að heyra og lesa um fyrirhugað breyting í kostnaður sjúklings vegna þjónusta hjá læknum en því miður var ég búinn að heyra að tannlæknakostnaður verður ekki inni í þessari breytingu eins og hún er sett fram núna. Í mínu störf er ég að fá fjöldi sjúklingur vísað til mín frá læknum vegna þörf fyrir rannsókn, sjúkdómsgreining og lyfjameðferð. Skv þessi breyting í reglugerð mundu kostnaður þessi sjúklings ekki minnka og hugsanlega aukast.

Ef ég má gefa eitt dæmi: sjúklingur með munnþurrkur og augnþurrkur er hugsanlega með Sjögren heilkenni. Kostnaður vegna skoðun hjá læknum, rannsókn á tárframleiðslu, blóðrannsókn og lyfjameðferð verður öll talinn saman eftir þessi fyrirhugað breyting í reglugerðum. En munnvatnsmæling, tilheyrandi rannsókn og e.t.v. skipulagning meira tannvernd í samband við tannlæknir þessi sjúklingur mundu ekki falla undir þessi nýja reglugerð. Þetta getur leiða til mikið tannskemmdir með tilheyrandi kostnaður fyrir sjúkling. Þetta er bara eitt dæmi en staðfest að enn er að koma upp þessi ástand að *"munnhól er ekki hlut af líkamann"* hérlandis, a.m.k. ekki í samband við heilbrigðiskerfinu.

Það eru til fleiri dæmi, m.a. mínu vinnu í samband við ígræðsluteymi LSH þar sem ég tekur þátt í undirbúning sjúklingar sem eru að fara erlendis í meðferð. Að meta ástand í munni og minnka sýkingaráhættu fyrir ígræðslumeðferð er mjög hjálplegt og oft spara penningar. Það eru mun fleiri dæmi þar sem t.d. ástand í munni er ekki metin eins og sama sjúkdóm annars staðar í líkaman. Ég er tilbúinn að útskyra þetta betur fyrir starfsfólk í ráðuneytinu ef það er óskað eftir.

Virðingarfyllt,

Peter Holbrook, tannlæknir,
prófessor og sérfræðingur í lyflæknisfræði munns
Tannlæknadeild HÍ
Vatnsmýrarvegi 16, 101 Rvk
s 525 4850; phol@hi.is



SAMBAND ÍSLENSKRA SVEITARFÉLAGA

Alþingi - nefndasvið
b.t. velferðarnefndar
Austurstræti 8-10
101 Reykjavík

Reykjavík 6. maí 2016

1604028SA GB/vóhs
Málalýkill: 00.63

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um sjúkratryggingar (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), 676. mál 145. lp.

Með tölvupósti frá nefndasviði Alþingis dags. 14. apríl sl. var ofangreint þingmál sent til umsagnar. Samband íslenskra sveitarfélaga biðst velvirðingar á því að umsögn þessi berist eftir tilgreindan umsagnarfrest sem var 2. maí sl.

Almennt um frumvarpið

Frumvarpið kveður á um nýtt greiðslupáttökukerfi fyrir heilbrigðisþjónustu, þar sem tryggt verður að mánaðarlegar greiðslur fólks fari aldrei yfir tiltekið hámark og sett verður þak á árleg heildarútgjöld fólks fyrir þá heilbrigðisþjónustu sem fellur undir nýja greiðslupáttökukerfið. Undir nýja kerfið fellur þjónusta heilsugæslu, sjúkrahúsa, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna, rannsóknir og geisla- og myndgreiningar. Hámarksgreiðslur hjá öldruðum, öryrkjum og börnum verða lægri en hjá öðrum.

Ákvörðun hámarksgjalds mun einna helst vernda þá sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda, svo sem krabbameinssjúklinga, fyrir háum kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Með því að ákveða hámarksgreiðslur sjúkratryggðra er jafnframt talin minni hætt á því að sjúkratryggðir fresti eða leiti sér síður heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar.

Þá er kostnaði vegna lyfja haldið inni í sérstöku kerfi, en meirihluti nefndarinnar sem skilaði skýrslu um nýtt greiðslupáttökukerfi í heilbrigðisþjónustu lagði til að í stað þess að hafa eitt kerfi fyrir greiðslupáttöku lyfja og heilbrigðisþjónustu ætti að notast við tvö kerfi í byrjun, nýtt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu og óbreytt lyfjagreiðslukerfi. Það er hins vegar ljóst að sjúklingar verða fyrir margs konar kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, þ.m.t. kostnaði vegna lyfja en hann getur verið mikill fyrir þann hóp sem þarf að greiða mest samkvæmt tillögum frumvarpsins og getur þá verið erfitt fyrir viðkomandi að reiða fram háar fjárhæðir fyrst um sinn.

Greiðslur fyrir þjálfun munu vera felldar inn í nýtt kerfi en þær falla ekki í núverandi afsláttarkort vegna heilbrigðisþjónustu. Með því að færa þjálfun inn í sama greiðslukerfi og aðra heilbrigðisþjónustu eykst tryggingavernd sjúkratryggðra.

Samband íslenskra sveitarfélaga telur tillögur um þak á kostnað almennings vegna heilbrigðisþjónustu jákvæðar. Sambandið tekur hins vegar undir með öðrum umsagnaraðilum að það sé ákveðin hætt á því að niðurstaðan verði sú að verið kostnaður færist til milli sjúklingahópa, þótt gert sé ráð fyrir 400 m.kr. viðbótarframlagi ríkisins í ríkisfjármálaáætlun.



Sálfræðikostnaður undanskilinn

Að áliti sambandsins er miður að ekki er gert ráð fyrir sálfræðipjónustu inni í nýju greiðslupátttökukerfi og vísast af því tilefni til nýsamþykkrar stefnu og aðgerðaráætlunar stjórnvalda í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Meginmarkmið þeirrar stefnu er að stuðla að aukinni vellíðan og betri geðheilsu landsmanna. Þá kveður aðgerðaráætlunin einnig á um aðgerðir um bætt uppeldisskilyrði barna sem byggja á forvörnum og er aðkoma sálfræðinga því mikilvæg svo veita megi viðeigandi meðferð og stuðla að markvissri geðrækt barna og fullorðinna. Skynsamlegt hefði verið að fella þjónustu sálfræðinga inn í nýja greiðslupátttökukerfið, þrátt fyrir að aðgerðaráætlun stjórnvalda geri ráð fyrir auknum ráðningum sálfræðinga með klínísku reynslu og þjálfun í gagnreynndri meðferð á heilsugæslustöðvarnar. En með auknu aðgengi má fastlega gera ráð fyrir að ásókn í þá þjónustu mun aukast og því mikilvægt að tryggja jafnræði og jafnt aðgengi fólks að þessari heilbrigðisþjónustu.

Grá svæði í velferðarþjónustu

Í svonefndri Grábók sambandsins kemur fram að hjá sveitarfélögum eru að verða til sífellt stærri hópar fólks sem er á fjárhagsaðstoð til framfærslu vegna geðsjúkdóma og eru óvinnufærir af þeim sökum. Leggja hlutaðeigandi einstaklingar fram vottorð þar að lútandi sem gefin eru út af heilbrigðiskerfinu. Ráðgjafar Reykjavíkurborgar telja að stór hluti þessa hóps ætti að vera í matsferli vegna lífeyrisgreiðslna enda sé það ekki hlutverk fjárhagsaðstoðar sveitarfélaga að standa undir langtímaframfærslu þeirra sem ekki getað sér sér farborða vegna veikinda. Þá kemur jafnframt fram í Grábókinni að stjórnendur í velferðarþjónustu hjá sveitarfélögum hafa vakið athygli á því að aukning í greiðslum vegna fjárhagsaðstoðar á síðastliðnum árum megi m.a. rekja til umsókna þar sem hlutaðeigandi getur ekki staðið undir aukinni kostnaðarhlutdeild í nauðsynlegum lyfjakaupum, sem og hækkun á komugjöldum.

Heildaráhrif þessarar þróunar hafa ekki verið greind, en augljóst er að aukinn kostnaður á ákveðinn hóp í greiðslupátttökukerfi sjúklinga setur aukinn útgjaldaprýsting á sveitarfélögin, enda eru í reglum þeirra flestra ákvæði um slíkan stuðning.

Frumvarpið tekur ekki á þeim vanda sem lýst er í Grábókinni.

Þjónustustýring

Í frumvarpinu eru ákvæði varðandi þjónustustýringu heilbrigðiskerfisins sem miða að því að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Er tillagan í samræmi við stefnu stjórnvalda í skipulagsbreytingum á núverandi kerfi. Ekki verður þó framhjá því litið að tillögur um virka stýringu á þjónustu við sjúklinga, til að sporna við aukningu útgjalda til sérfræðilæknaþjónustu, mun þýða lengri biðtíma fyrir sjúklinga. Þá mun það jafnframt hafa kostnaðarauka í för með sér fyrir sjúklinga að leita til sérfræðilækna án tilvísunar. Ef sjúklingar leita fyrst til heilsugæslu og síðan til sérfræðilækna með tilvísun verður þjónustan ódýrari.

Heilsugæslan ræður í dag ekki við þá þjónustu sem hún á að veita og skýrist það af skorti á fjármagni og skorti á starfsfólki. Með því að auka álagið á heilsugæsluna og gera hana í auknum mæli að fyrsta viðkomustað án þess að auka fjármagn til hennar, bæta mönnun eða skipulag, mun það lengja biðtíma sjúklinga og tefja það að sjúklingur fái bót meina sinna. Hins vegar leiðir þessi skortur á starfsfólki og fjármagni



til heilsugæslustöðvanna, til þess að sjúklingar geta ekki beðið og leita fyrst til sérfræðilækna eða leitað sér aðstoðar á síðdegismóttöku einkarekinna heilsugæslustöðva með tilheyrandi kostnaði. Þá reynist það sjúklingum ómögulegt að leita til heilsugæslulæknis ef sjúklingur á ekki lögheimili á þjónustusvæði heilsugæslunnar og er ekki skráður á heilsugæslustöðina. Þá er það sjálfsgöð réttlætiskrafa að sjúklingur geti valið sér sinn fasta heimilislækni. Ef þær tillögur sem koma fram í frumvarpinu eiga að skila þeim árangri sem stefnt er að, verður heilsugæslan að geta ráðið við þetta aukna verkefni. Umrædd þjónustustýring samkvæmt frumvarpinu verður ekki til bóta með því að breyta eingöngu greiðslupátttökukerfi sjúklinga.

Þá ber að hafa í huga að skortur er á heimilislæknum, sem endurspeglast í því að ekki hafa allir sjúklingar heimilislækni, og aldursamsetning heimilislækna er þannig að stór hluti starfandi heimilislækna er að fara á eftirlaun sem bendir til þess að sá vandi muni vaxa áfram. Fyrirhugað er að 16 heimilislæknar útskrifist í haust, sem er umtalsverð aukning frá fyrri tíð þegar 6-7 heimilislæknar voru að útskrifast á hverju ári. Það er þó engin trygging fyrir því að þessir læknar komi til starfa á heilsugæslustöðvum hér á landi.

Lokaorð

Meginmarkmið og tilgangur frumvarpsins snýst um jöfnuð. En þrátt fyrir að sjúkratryggingakerfið eigi að tryggja jafnan rétt til heilbrigðisþjónustu eru þúsundir einstaklinga ekki skráðir hjá föstum heimilislækni. Veikburða heilsugæsla er mikill kostnaður fyrir samfélagið, auk þess sem vísbendingar eru um að heilsa fólks sé lakari á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. Að áliti sambandsins þarf því að stíga það mikilvæga skref að efla heilsugæsluna með auknu fjármagni, samhliða breytingum á greiðslupátttökukerfi sjúklinga. Þá þarf að tryggja samræmi í frumvarpinu við nýsamþykktu geðheilbrigðisáætlun.

Virðingarfyllt

SAMBAND ÍSLENSKRA SVEITARFÉLAGA

Guðjón Bragason

sviðsstjóri lögfræði- og velferðarsviðs



Nefndasvið Alþingis

Velferðarnefnd

Austurstræti 8-10

150 Reykjavík

Reykjavík 3.maí 2016

Efni: Umsögn Samtaka sykursjúkra um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), þingskjal 1104-676. mál.

Samtök sykursjúkra hafa fengið til umsagnar frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

Samtökin telja tillögur um þak á kostnað almennings vegna heilbrigðisþjónustu jákvæðar. Afstaða okkar er hins vegar sú að heilbrigðisþjónusta eigi að vera gjaldfrjáls og veltum fyrir okkur hvort ekki sé tilefni til að taka til skoðunar hver kostnaður við það myndi verða. Ítrekað hefur komið fram að vilji almennings stendur til að fjármunum ríkissjóðs sé forgangsraðað meira í þágu heilbrigðismála en nú er gert.

Við hörmum það og mótmælum því harðlega að frumvarpið geri ekki ráð fyrir aukinni fjárveitingu til kerfisins heldur eingöngu millifærslu kostnaðar milli sjúklinga. Þetta leiðir til mikillar hækkunar kostnaðar hjá stórum hópi fólks, í raun er verið að færa kostnaðinn frá þeim sem eru mest veikir yfir til þeirra sem eru aðeins minna veikir. Það afsláttarfyrirkomulag sem lagt er til í frumvarpinu er auk þess mjög ógegnætt og ruglingslegt og við teljum að nær ógjörningur verði fyrir almenna notendur að átta sig á því svo og fyrir starfsfólk í kerfinu að útskýra fyrir sjúklingum hvers vegna viðkomandi upphæð er rukkuð.

Kostnaðarþátttaka sjúklinga í heilbrigðiskerfinu hefur næstum tvöfaldast á síðustu þremur áratugum samkvæmt nýrri skýrslu ASÍ um heilbrigðisþjónustuna. Nú er svo komið að heimilin standa undir um 20% af öllum útgjöldum til heilbrigðismála með beinum greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu. Þetta hefur leitt til þess að sífellt fleiri veigra sér við að nýta heilbrigðisþjónustu og við sjáum ekki að þetta frumvarp bjóði leiðir sem leysi þann vanda.

Við teljum mjög jákvætt að lagt sé til að ætla heilsugæslunni aukið hlutverk. Hins vegar er ekki sjáanlegt í þessu frumvarpi hvernig menn ætla sér að gera heilsugæslunni það kleift. Það hlýtur að vera hverjum manni ljóst að eins og staðan er núna hefur heilsugæslan enga burði til þess að bæta á sig verkefnum.

Jákvætt er að sú þjónusta sem er gjaldfrjáls núna á að vera það áfram en á sama tíma stingur í augun hve margir þættir þjónustunnar eru enn algerlega fyrir utan kerfið. Þar má nefna helst þjónustu sálfræðinga, tannlækna, hjálpartæki og kostnað vegna ferðalaga innanlands fyrir þá sem ekki búa nærri þeim heilbrigðisstofnunum sem þeir þurfa að leita til.

Fyrir sykursjúka sérstaklega er algjört grundvallaratriði að hjálpartækin sem fólk þarf til þess eins að geta tekið lyfin sín, eins og sprautunálar, blóðsykurstrimlar, blóðhnífar og fleira, sé tekið inn í kerfið. Til mikilla bóta væri einnig ef eitt greiðslupak gildi fyrir lækniþjónustu, lyf og hjálpartæki.

Margt fleira mætti tína til, en við látum þetta gott heita.

f.h. stjórnar Samtaka sykursjúkra

Sigríður Jóhannsdóttir, formaður

Nefndasvið Alþingis
Velferðarnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík



**Sjúkratryggingar
Íslands**

Reykjavík, 2. maí 2016

Efni: Athugasemdir Sjúkratrygginga Íslands við frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), þingskjal 1104 – 676. mál.

Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) hafa fengið til umsagnar frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring). Stofnunin gerir athugasemdir við eftirfarandi atriði:

- *Hærra gjald ef þjónusta er sótt á aðra heilsugæslustöð en sjúkratryggður er skráður hjá.*
- *Hærra gjald ef þjónusta er sótt án tilvísunar.*
- *Niðurfelling/lægra gjald ef þjónusta fyrir börn er sótt með tilvísun.*
- *Innleiðing hámarksgreiðslu fyrir tiltekna heilbrigðisþjónustu.*

1. tl. 1. gr. frumvarpsins

Hærra gjald ef þjónusta er sótt á aðra heilsugæslustöð en sjúkratryggður er skráður hjá.

Markmið breytingarinnar er að hvetja sjúkratryggða til að sækja þjónustu þar sem þeir eru skráðir. Ef þeir leiti annað skuli vera heimilt að ákveða hærra gjald. Gert er ráð fyrir að framkvæmd verði nánar útfærð í reglugerð. Gjaldið er mikilvægt stýritæki. Um leið er þýðingarmiklum spurningum ósvarað:

- Á þetta viðbótargjald að vera innan eða utan hins nýja greiðslukerfis? (Á gjaldið að telja upp í hámarksgreiðslu hins sjúkratryggða eða ekki)?
- Á gjaldið að vera föst fjárhæð eða má það vera breytilegt m.t.t. stöðu hins sjúkratryggða?
- Hvað má gjaldið vera hátt og má það vera hærra en raunverð þjónustunnar? (Svo dæmi séu tekin er fullt gjald ósjúkratryggðs í dag fyrir almenna komu á heilsugæslustöð kr. 9.000 og fyrir vitjun utan dagvinnutíma kr. 24.120, sbr. reglugerð nr. 1142/2015).
- Hvernig á að ráðstafa gjaldinu? Á það að koma til lækkunar annars ákveðnum greiðslum eða á það að renna til hlutaðeigandi heilsugæslustöðvar til að mæta viðbótarkostnaði sem leiðir af þjónustunni? (Samkvæmt fjármögnunarlíkani velferðarráðuneytisins á heilsugæslustöð að fá 4.260 kr. aukagreiðslu ef sjúkratryggður, sem ekki er skráður á stöðina, sækir þangað þjónustu. Mögulegt komugjald sjúklings lækkar á hinn bóginn þessa greiðslu í dag og því spurning hvort hið sama eigi að gilda um fyrirhugað hækkunarálag).

2. tl. 1. gr. frumvarpsins

Hærra gjald ef þjónusta er sótt án tilvísunar.

Markmið breytingarinnar er að hvetja til þess að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Framkvæmdin hefur ekki verið útfærð. Gjaldið er mikilvægt stýritæki. Um leið er þýðingarmiklum spurningum ósvarað:

- Spurningar tengdar fjárhæð gjaldsins eru af sama toga og hér að frama vegna heilsugæslugjaldsins. Gjaldinu er fyrst og fremst ætlað að hafa áhrif á þjónustu sem sótt er til sérgreinalækna, en skv. drögum að reglugerð sem fylgja frumvarpinu á gjald fyrir þá þjónustu almennt (fyrir aðra en börn og lífeyrisþega) að vera umsamið heildarverð, þ.e. það verð sem Sjúkratryggingar Íslands hafa samið um í samningum við veitendur heilbrigðisþjónustu. Hvaða áhrif hefur það ef sjúkratryggðum án tilvísunar verður gert að greiða hærra gjald en umsamda heildarverðið fyrir þjónustuna?
- Lægra gjald fyrir veitta þjónustu með tilvísun hefur í för með sér aukið álag á heilsugæslustöðvar og heimilislækna. Eru stöðvarnar í stakk búnar til að mæta því? Er eftirsóknarvert að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður sjúklinga ef það leiðir til þess að aðgengi að heilbrigðisþjónustunni versnar? Er það hagkvæmt til langs tíma þó að þannig megi ef til vill lækka heilbrigðiskostnað til skamms tíma?
- Heimild til innheimtu hærra gjalds án tilvísunar er bundin við þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna. Heimildin nær þannig ekki til sambærilegrar þjónustu á vegum ríkisins (t.d. þjónustu sérgreinalækna á göngudeild sjúkrahúsa). Fær það staðist að mismuna rekstraraðilum með þessum hætti? Er minna eftirsóknarvert að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður þegar sjúklingar leita til starfsmanna ríkisins en til sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna, sbr. markmiðið með breytingunni?

Niðurfelling/lægra gjald ef þjónusta fyrir börn er sótt með tilvísun.

Samkvæmt frumvarpinu er tilgangur breytingarinnar að lækka álögur á barnafjölskyldur innan kerfisins. Samkvæmt drögum að reglugerð eiga börn að fá þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna gjaldfrjálsa ef hún sótt með tilvísun (bls. 11 og bls. 23). Að öðrum kosti á að greiða 2/3 af umsömdu gjaldi, en þó aldrei umfram hámarksgreiðslu samkvæmt þeim reglum sem gilda fyrir börn. Komur barna til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna á árinu 2015 voru nálægt 109 þúsund og komugjöld þeirra rúmlega 100 m.kr. (7,3% af heildarkostnaði þjónustunnar). Í kostnaðarumsögn velferðarráðuneytisins kemur fram að án tillits til tilvísana myndu greiðslur þessa hóps aukast um 600 m.kr. Reiknað er með að flestir sækji tilvísanir til heilsugæslunnar og að í raun verði því ekki af kostnaðaraukanum.

- Ef tilgangurinn með heimildinni er að lækka álögur á barnafjölskyldur, sbr. athugasemdir með frumvarpinu, er spurning hvers vegna þjónusta sérgreinalækna fyrir börn er ekki einfaldlega höfð gjaldfrjáls óháð tilvísunum, sbr. það sem á við um flesta aðra þjónustu sem ætlunin er að fella undir nýja greiðsluþáttökukerfið?
- Þjónusta sérgreinalækna við börn sem starfa á vegum stofnana ríkisins á skv. drögum að reglugerð að vera gjaldfrjáls óháð því hvort þjónustan er veitt með eða án tilvísunar. Fær það staðist að mismuna rekstraraðilum með þeim hætti?

- Það að innleiða mismunandi greiðslubátttöku sjúkratrygginga eftir því hvort þjónusta er sótt með eða án tilvísunar gerir miklar kröfur til upplýsingatæknikerfa SÍ, heilsugæslustöðva og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Er ráðlegt að innleiða þessa kerfisbreytingu án verkáætlunar og eðlilegs undirbúnings?
- Ljóst er að í flestum tilvikum er kostnaður við þjónustu sérgreinalækna vegna barna sambærilegur kostnaði við komu á heilsugæslustöð. Þar með fylgir því hlutfallslega mikill viðbótarkostnaður fyrir heilbrigðiskerfið að krefjast skilyrðislaust að niðurfelling á komugjöldum barna til sérfræðinga séu háð tilvísun. (Á árinu 2015 var meðalkostnaður við hverja komu barna til sérgreinalækna 12.930 kr. (109 þúsund komur.) Fyrir ósjúkratryggða er koma á heilsugæslustöð á dagvinnutíma verðlögð á 9.000 kr. og utan dagvinnutíma (eftir kl. 16) á 13.415 kr.) Væri ekki ráðlegra að innleiða tilvísanir með því að gera kröfu um þær í ákveðnum tilgreindum tilvikum, svo sem þegar um kostnaðarsamar meðferðir er að ræða eða meðferðir sem af faglegum ástæðum er æskilegt að séu ákveðnar í fullu samráði við heilsugæslustöðvar og heimilislækna?

3. tl. 1. gr. frumvarpsins

Innleiðing hámarksgreiðslu fyrir tiltekna heilbrigðisþjónustu.

- Í 1. mgr. og 3. mgr. 3. tl. 1. gr. er tilvísun í 2. mgr. Sú tilvísun ætti að vera í 3. mgr.
- Þjónustan sem mun mynda afsláttarstofn og falla undir hámarksgreiðsluna er tilgreind í 1. og 2. mgr. 3. tl. 1. gr. frv. sem vísa til 1. – 4. tl. 1. mgr. 29. gr. laga um sjúkratryggingar. Í 1. og 2. tl. 1. mgr. 29. gr. er þjónusta heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa tilgreind. Í 3. tl. 1. mgr. 29. gr. er tilgreind þjónusta sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna og fyrirtækja þeirra og er þar vísað til 2. mgr. 17. gr. og 19. – 22. gr. laganna, sem fjalla um sjálfstætt starfandi heimilislækna, sérgreinalækna, tannlækna, sjúkráþjálfara, iðjuþjálfara og talmeinafræðinga og aðra sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Í 4. tl. 1. mgr. 29. gr. laganna er fjallað um rannsóknir, geisla- og myndgreiningar (á sjúkrahúsum og hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum). Þetta er því sú þjónusta sem fellur undir afsláttarstofn og hámarksgreiðslu. (Kostnaður vegna sjúkraflutninga, lyfja og hjálpartækja og ferðakostnaður sjúklinga innanlands fellur hins vegar ekki þar undir.) Skv. drögum að reglugerð er ekki gert ráð fyrir að tannlækningar falli undir hámarksgreiðslur eða önnur sérhæfð þjónusta skv. 22. laganna, önnur en meðferð húðsjúkdóma (og sálfræðiþjónusta barna). Fjalla þyrfti um þetta í lagatextanum, t.d. með ákvæði til bráðabirgða þess efnis að tannlækningar séu í byrjun undanskildar þeirri þjónustu sem myndar afsláttarstofn og fellur undir hámarksgreiðslurnar.

Virðingarfyllst,

F.h. Sjúkratrygginga Íslands



Steingrímur Ari Arason, forstjóri

Efni: Frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

Vísað er í tölvupóst frá nefndasviði Alþingis, dags. 14. apríl sl., þar sem óskað er eftir umsögn umboðsmanns barna um ofangreint frumvarp.

Vegna anna hefur umboðsmaður barna því miður ekki haft tök á því að fara yfir frumvarpið með ítarlegum hætti. Hann hefur þó áhyggjur af því að með frumvarpinu sé í raun verið að auka gjaldtöku þegar kemur að heilbrigðisþjónustu fyrir börn. Má í því sambandi minna á 24. gr. Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna, sbr. lög nr. 19/2013, en þar kemur fram að börn eigi rétt á að njóta besta heilsufars sem hægt er að tryggja og er í þeim tilgangi skylt að tryggja öllum börnum nauðsynlega læknisaðstoð og heilbrigðisþjónustu. Brýnt er að öllum börnum sé tryggð sambærileg þjónusta, án tillits til efnahags foreldra, sbr. meðal annars 2. gr. Barnasáttmálans. Þá á það sem er börnum fyrir bestu á ávallt að hafa forgang þegar teknar eru ákvarðanir sem varða börn, sbr. meðal annars 3. gr. Barnasáttmálans.

Þjónusta í nærumhverfi barna er sérstaklega mikilvæg og er því almennt eðlilegt að börn leiti fyrst til heilsugæslunnar til að fá viðeigandi heilbrigðisþjónustu. Hins vegar hefur umboðsmaður barna fengið ábendingar um langan biðtíma á mörgum heilsugæslustöðvum. Má ætla að það tilvísunarkerfi sem lagt er til í ofangreindu frumvarpi geti verið þungt í framkvæmd og orðið til þess að börn þurfi að bíða enn lengur eftir þjónustu við hæfi. Sérstaklega er hættu á því að börn efnaminni foreldra þurfi að bíða eftir þjónustu, þar sem foreldrar þeirra hafa ekki tök á því að leita til sérfræðilækna án tilvísunar.

Virðingarfyllst,
Margrét María Sigurðardóttir,
umboðsmaður barna

Vegna frumvarps til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum(hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

Ráðuneytið leggur til eftirfarandi breytingar á frumvarpinu.

1. Í 2. tölul. 1. gr. frumvarpsins er lagt til að tveir nýir málslíðir bætist við 3. tölul. 1. mgr. 29. gr. laganna. Lagt er til að fyrri málslíðurinn orðist svo: *Heimilt er að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera lægra ef sjúkratryggður sækir þjónustuna með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.*
Síðari málslíður verði óbreyttur.
2. Í 3. tölul. 1. gr. frumvarpsins er lagt til að þrjár nýjar málsgreinar komi á eftir 1. mgr. 29. gr. Í 1. mgr. og 3. mgr. ákvæðisins er tilvísun í 2. mgr. sem á að vera tilvísun í 3. mgr. Þær setningar sem um ræðir eiga að orðast svo:
Í 1. mgr.: *Afsláttarstofn verður aldrei hærri en hámarksgreiðsla sjúkratryggðs í almanaksmánuði, sbr. 3. mgr.*
Í 3. mgr.: *Séu samanlagðar greiðslur lægri en hámarksgreiðsla, sbr. 3. mgr., greiðir sjúkratryggður kostnaðinn allt að hámarksgreiðslu í samræmi við reglugerð, sbr. 1. mgr.*
3. Í 1., 2., og 3. mgr. 3. tölul. og 2. mgr. 2. gr. er vísað til greiðslna sjúkratryggðs sbr. 1.-4. tölul. 1. mgr. Í stað þeirrar tilvísunar á að koma í 1. og 2. mgr. „skv. 17.-19. gr. og 21.-22. gr.“ og í 3. mgr. „sbr. 17.-19. gr. og 21.-22. gr.“ Þá er lagt til að 2. mgr. 2. gr. frumvarpsins orðist svo: *Heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisstarfsmönnum sem innheimta gjöld vegna heilbrigðisþjónustu sem falla undir hámarksgreiðslur sjúkratryggðra, sbr. 3. mgr. 29. gr., er skylt að tengjast gagnagrunninum, nýta upplýsingar gagnagrunnsins við útreikning á greiðsluþátttöku og veita upplýsingar í hann.*

Velferðarnefnd Alþingis.

Umsögn Landssamtakanna Þroskahjálpar (LP) um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum, (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring). (Þingskjal 1104 – 676. mál).

Landssamtökin Þroskahjálpar þakka velferðarnefnd fyrir að fá ofangreint lagafrumvarp sent til umsagnar og vilja koma eftirfarandi á framfæri varðandi frumvarpið.

LP telja rétt og mikilvægt að þjálfun (sjúkra-, iðju- og talþjálfun) falli undir greiðsluþátttökuna eins og frumvarpið gerir ráð fyrir. Þá eru ákvæði frumvarpsins um hámarksgreiðslur á ári mikilvæg sem og ákvæði um mánaðarlegt þak á greiðslur. Sama á við um lægri greiðsluviðmið fyrir börn, öryrkja og aldraða. Markmið frumvarpsins um að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður er einnig gott en til að það geti skilað þeim árangri sem að er stefnt án þess að hagsmunir borgaranna skaðist verður heilsugæslan augljóslega að ráða við það verkefni.

Ísland fullgilti samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins árið 1992 og árið 2013 samþykkti Alþingi að taka samninginn í íslensk lög, sbr. l. nr. 19/2013. Í 24. gr. samningsins er kveðið á um rétt barna til að njóta „besta heilsufars sem hægt er að tryggja, og aðstöðu til lækni meðferðar og endurhæfingar“. Þar segir m.a.:

1. Aðildarríki viðurkenna rétt barns til að njóta besta heilsufars sem hægt er að tryggja, og aðstöðu til lækni meðferðar og endurhæfingar. Aðildarríki skulu kappkosta að tryggja að ekkert barn fari á mis við rétt sinn til að njóta slíkrar heilbrigðisþjónustu.

2. Aðildarríki skulu stefna að því að réttur þessi komist að fullu til framkvæmda, og einkum gera viðeigandi ráðstafanir:

...
(Undirstr. LP)

b. Til að tryggja öllum börnum nauðsynlega lækni aðstoð og heilbrigðisþjónustu, með áherslu á uppbyggingu heilsugæslu.

...
Í 23. gr. samningsins eru ákvæði sem varða réttindi og vernd fatlaðra barna sérstaklega. Þar segir m.a.:

1. Aðildarríki viðurkenna að andlega eða líkamlega fatlað barn skuli njóta fulls og sómasamlegs lífs, við aðstæður sem tryggja virðingu þess og stuðla að sjálfsbjörg þess og virkri þátttöku í samfélaginu.

2. Aðildarríki viðurkenna rétt fatlaðs barns til sérstakrar umönnunar, og skulu þau stuðla að því og sjá um að barni sem á rétt á því, svo og þeim er hafa á hendi umönnun þess, verði eftir því sem föng eru á veitt sú aðstoð sem sótt er um og hentar barninu og aðstæðum foreldra eða annarra sem annast það.

3. Með tilliti til hinna sérstöku þarfa fatlaðs barns skal aðstoð samkvæmt 2. tölul. þessarar greinar veitt ókeypis þegar unnt er, með hliðsjón af efnahag foreldra eða annarra sem hafa á hendi umönnun þess, og skal hún miðuð við að tryggt sé að fatlaða barnið hafi í raun aðgang að og njóti menntunar, þjálfunar, heilbrigðisþjónustu, endurhæfingar, starfsundirbúnings og möguleika til tómstundaiðju, þannig að stuðlað sé að sem allra mestri félagslegri aðlögun og þroska þess, þar á meðal í menningarlegum og andlegum efnum.

...

(Undirstr. LP)

Ísland undirritaði samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks árið 2007 og undirbýr nú fullgildingu samningsins með því að tryggja að lög, reglur og stjórnsýsluframkvæmd uppfylli kröfur samningsins. Þá er í 1. gr. laga um málefni fatlaðs fólks, nr. 59/1992, mælt fyrir um að tekið skuli mið af samningnum. 25. gr. samningsins ber fyrirsögnina „Heilsa“. Þar segir m.a.:

Aðildarríkin viðurkenna að fatlað fólk hafi rétt til þess að njóta góðrar heilsu að hæsta marki sem unnt er án mismununar vegna fötlunar. Aðildarríkin skulu gera allar viðeigandi ráðstafanir til þess að tryggja fötluðu fólki aðgang að heilbrigðisþjónustu sem tekur mið af kyni, meðal annars heilsutengdri endurhæfingu. Aðildarríkin skulu einkum:

a) sjá fötluðu fólki fyrir heilsugæslu og heilbrigðisáætlunum sem eru ókeypis eða á viðráðanlegu verði og eins að umfangi, gæðum og á sama stigi og gildir fyrir aðra einstaklinga, meðal annars með tilliti til kyn- og frjósemisheilbrigðis og að því er varðar samfélagsáætlanir á sviði lýðheilsu,

...

(Undirstr. LP)

Það er alls ekki að ástæðulausu að afar mikil áhersla er lögð á rétt fatlaðs fólks til heilbrigðisþjónustu í samningnum. Eðli máls samkvæmt þarf fatlað fólk oft á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda og þá er því miður staðreynd að fatlað fólk býr mjög oft við afar þröngan efnahag og fátækt. Meðal annars þess vegna hefur fatlað fólk þurft að þola alvarlega mismunun hvað varðar aðgang að heilbrigðisþjónustu.

Ef stjórnvöld ætla að standa við skyldur sínar um að tryggja fötluðum börnum og fötluðu fólki mannréttindi til jafns við aðra, eins og er sérstaklega áréttað í samningum Sameinuðu þjóðanna um réttindi barna og fatlaðs fólks verða þau að hafa þessar staðreyndir í huga þegar þau setja lög og reglur á sviði heilbrigðisþjónustu og taka ákvarðanir varðandi skipulag og framkvæmd heilbrigðiskerfisins. Þau verða einnig að leggja þá mælikvarða sem leiða af

ákvæðum, kröfum og skilyrðum sem mælt er fyrir um í þessum samningum á öll lög og reglur og alla stjórnsýsluframkvæmd á sviði heilbrigðisþjónustu.

Landssamtökin Proskahjálp vísa til framangreindra skuldbindinga íslenskra stjórnvalda og leggja sérstaka áherslu á eftirfarandi atriði varðandi frumvarpið sem að mati samtakanna er nauðsynlegt að löggjafinn hugi vel að, m.t.t. mannréttinda, jafnræðis og góðrar framkvæmdar í þágu borgaranna, áður en hann samþykkir frumvarpið.

1. Ekki er verið að setja meira fjármagn inn í heilbrigðiskerfið, heldur eingöngu að dreifa byrðum þeirra sem þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda með öðrum hætti en nú er. Í því sambandi er nauðsynlegt líta til þess að kostnaður einstaklinga af heilbrigðisþjónustu ræður augljóslega úrslitum um hversu vel eða illa stjórnvöld standa við skyldur samkvæmt stjórnarskrá og mannréttindasamningum um að tryggja fólki aðgang að heilbrigðisþjónustu án mismununar á grundvelli efnahags.
2. Verði frumvarpið að lögum eins og það liggur fyrir hækkar greiðsluhlutfall öryrkja frá því sem nú er og fer í 67% af heildarkostnaði (frá því að vera u.þ.b. 50%). Það gildir um allar komur á heilbrigðisstofnanir/þjónustu. Þessi breyting hækkar því kostnað þeirra sem nota heilbrigðisþjónustu ekki mjög mikið og má telja líklegt að það eigi við um stóran hluta fólks með þroskahömlun sem býr oft við þröngan efnahag vegna lágs lífeyris og lítilla atvinnutækifæra.
3. Um tvö kerfi er að ræða. Kerfi um heilbrigðisþjónustu og lyfjagreiðslukerfi. Með nýju lyfjagreiðslukerfi hækkaði lyfjakostnaður fatlaðs fólks því afslættir sem þessi hópur naut oft, voru lagðir af. Afleiðingin varð raunhækkun lyfjakostnaðar. Það telja betra og sanngjarnara að hafa eitt kerfi sem nær til heilbrigðis- og lyfjakostnaðar.
4. Tannlæknaþjónusta er ekki inni í nýju kerfi samkvæmt frumvarpinu. Það er mikill ágalli. Hér er um afar mikið hagsmunamál að ræða fyrir marga, t.a.m. fyrir mikið fatlaða einstaklinga þar sem gjarnan er þörf fyrir meiri inngrip, s.s. svæfingar og sérstaka eftirfylgni. Verðskrá Sjúkratrygginga Íslands er ekki í samræmi við raunverulega verðskrá tannlækna. Vegna þess þarf þessi hópur að greiða fyrir þjónustu þó að reglur geri ráð fyrir að niðurgreiðslan sé 100%. Ekki er tekið tillit til þessa kostnaðar í nýju kerfi samkvæmt frumvarpinu.
5. Samkvæmt frumvarpinu ræður ráðherra þaki á hámarksgreiðslu og er það tengt fjárlögum. Það telja óeðlilegt að svo mikilvæg réttindi fólks og hagsmunir séu hverju sinni háðir mati og ákvörðun stjórnvalda með þessum hætti.
6. Samkvæmt frumvarpinu er mikilvæg forsenda þess nýja kerfis sem þar er mælt fyrir um að börn fái tilvísanir frá heimilislækni / heilsugæslu og er gert ráð fyrir að það lækki útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu þeirra verulega. Telja verður víst að þetta kalli á mikla eftirspurn eftir þjónustu í heilsugæslu. Samkvæmt upplýsingum ÞP er mjög vafasamt að heilsugæslan sé í stakk búin til að veita þá þjónustu. Mikill skortur er á heimilislæknum og löng bið eftir tímum hjá þeim.

Það er því fullt tilefni til að hafa miklar áhyggjur af því að eins og staðan er nú skorti mikið á að skilyrði séu til að markmið frumvarpsins að þessu leyti geti náðst. Hér er afar mikið í húfi fyrir fötluð börn sem þurfa mikla þjónustu barnalækna. Ef þau hafa ekki heimilislækni eða greiðan aðgang að honum getur kostnaður fjölskyldna þeirra orðið mjög hár. Þessi börn þurfa flest þjálfun líka þannig að kostnaður vegna nauðsynlegrar þjálfunar og sértækrar lækniþjónustu sem ekki þolir bið sem kann að fylgja tilvísunum, sbr. það sem að framan er rakið, getur orðið umtalsverður.

7. Ef fólk hefur ekki greiðan aðgang að heimilislækni / heilsugæslu vegna skorts á heimilislæknum og ónógrar heilsugæslu er augljóslega hætt á að fólk sem býr við bágan efnahag geti síður sótt heilbrigðisþjónustu fyrir sjálft sig og börn sín.
8. Afar mikilvægt er að tryggja að allur fjáhagslegur stuðningur sem einstakir hópar eiga rétt á vegna verulegs kostnaðar af læknishjálp, þjálfun og lyfjum, s.s. samkvæmt reglugerð nr. 318/2013, sé felldur þannig inn í kerfið að þeir sem rétt eiga á honum fái hann þegar kerfið gerir ráð fyrir að greiða þurfi kostnaðinn. Annars er augljós hætt á að einstaklingar sem þurfa nauðsynlega á þjónustunni að halda geti ekki sótt hana þar sem þeir hafa ekki ráð á að leggja út fyrir kostnaði jafnvel þó að þeir geti vænst þess að fá hann endugreiddan síðar. Hér er því um afar mikilvægt réttlætismál að ræða þar sem reynir á aðgang að heilbrigðisþjónustu án mismununar á grundvelli efnahags og þarf skipulag og framkvæmd að tryggja að þeir sem eiga rétt og hafa hagsmuna að gæta fái notið þeirra mannréttinda.

2. maí 2016,

Bryndís Snæbjörnsdóttir, formaður Landssamtakanna Proskahjálpar.

Árni Múli Jónasson, framkvæmdastjóri Landssamtakanna Proskahjálpar.



Reykjavík, 29. mars 2016

Umsögn Öryrkjabandalags Íslands (ÖBÍ) um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008. Þingskjal 1104 – 676. mál.

Heilbrigðisráðherra hefur lagt fram frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), sem kveður á um nýtt greiðslupáttökukerfi fyrir heilbrigðisþjónustu. Yfirlýst meginmarkmið frumvarpsins er að hlífa þeim sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda fyrir háum kostnaði og jafna greiðslubyrði sjúkratryggðra.

Öryrkjabandalag Íslands (ÖBÍ) gerir eftirfarandi athugasemdir við frumvarpið.

Almennt um frumvarpið

Í dag er heilbrigðisþjónusta byggð upp sem mörg mismunandi kerfi, sem eru ógegnsæ og flókin. Í frumvarpinu eru mismunandi kerfi sameinuð undir einu þaki með kostnaðarhámarki fyrir notendur. Auk þess er greiðslukerfi sérgreinalæknisþjónustu einfaldað. Það ber að virða.

Ennfremur miðast nýja greiðslupáttökukerfið ekki við almanaksárið heldur er tekinn í notkun svokallaður afsláttarstofn. Það ber einnig að virða.

Sjúkra-, tal- og iðjupjálfun er inni í þessu kerfi, sem lengi hefur verið barist fyrir.

Hámarksgreiðslur eru þó alltof háar og enn vantar talsvert upp á að allur heilbrigðiskostnaður falli undir greiðslupáttökukerfi heilbrigðisþjónustu og lyfja. Kostnaður einstaklings getur því verið mun meiri en þakið segir til um.

Ríkissjóður leggur ekki til fjármagn með kerfisbreytingunum og því er gert ráð fyrir að kostnaðurinn færist milli sjúklinga og meirihluti sjúkratryggðra mun þurfa að greiða talsvert hærra gjald fyrir heilbrigðisþjónustu en áður. Það er óásættanlegt.

Um einstaka þætti frumvarpsins

Kerfið

Samkvæmt frumvarpinu verður greiðslupátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu greiðslujöfnunarkerfi, svokallað PHB-kerfi, ólíkt greiðslupátttökukerfi lyfja sem er þrepaskipt kerfi. Þó verður hópaskipting sjúkratryggðra með sama hætti og í lyfjagreiðslukerfinu.

PHB-kerfið, sem sameina á mörg kerfi undir sama hámarksgreiðslupaki, gerir sjúkratryggðum og hinu opinbera auðveldara að hafa yfirsýn yfir kostnað, en er þó talsvert flóknara en lyfjagreiðslukerfið. Það er mikil fjárfesting að nota auðskiljanlegt kerfi.

Öryrkjabandalagið hefur lagt áherslu á að sett verði á eitt þrepaskipt greiðslupátttökukerfi líkt og lyfjapátttökukerfið sem nær yfir allan heilbrigðiskostnað enda er ágætis reynsla af því, en mikilvægast er að sameiginlegt greiðslupátttökukerfi muni byggjast á því kerfi sem sýnt er að komi notendum best.

Verði þetta frumvarp að lögum þá verður kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu þrískiptur; þrepaskipta lyfjapátttökukerfið, það kerfi sem nú liggur fyrir og svo allt sem út af stendur, þ.e. tannlækningar, sálfræðiþjónusta, tæknifrjóvgun, ferðakostnaður, sjúkraflutningar, hjálpartæki, næringarráðgjöf, þau lyf sem ekki falla undir lyfjapátttökukerfið og fleira. Samkvæmt útskýringu sérfræðings velferðarráðuneytisins á málþingi ÖBÍ þ. 26. maí 2016¹ er ástæða þess að þetta er ekki felld inn í nýja greiðslupátttökukerfið sú að Sjúkratryggingar Íslands hafi ekki næg gögn um þennan heilbrigðiskostnað. Þá er mikilvægt að stofnunin afli sér þeirra gagna hið fyrsta svo að hægt sé að fella þjónustuna undir þak greiðslupátttökukerfisins.

Samanlagt þak fyrir tvö fyrrnefndu kerfin er samkvæmt áætlun að hámarki 157.200 kr. á ársgrundvelli (62.000 + 95.200) almennt og 104.500 hjá öldruðum og öryrkjum (41.000 + 63.500). Það verður að fella það sem út af stendur undir sameiginlegt þak á kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu enda er kostnaður margra mun hærri en sem þessu þaki nemur, þegar allt er tekið saman.

Þakið er þar að auki of hátt og herra en í nágrannalöndum okkar. Í Svíþjóð miðast hámarkspak vegna heilbrigðiskostnaðar og lyfja við um 51.000 kr. á ári.²

Það er þó mjög til bóta að kostnaður notenda mun dreifast á 12 mánaða tímabil með svokölluðum afsláttarstofni, í stað þess að vera innan almanaksárs eins og nú. Þó segir í 4. mgr. athugasemda um 1. gr. frumvarpsins: "Ráðherra er samkvæmt ákvæðinu heimilt að ákveða að tiltekin þjónusta falli utan hámarksgreiðslna og teljist ekki í hinn svokallaða afsláttarstofn." Varasamt er að veita ráðherrum rúmar heimildir til að ákveða undantekningar frá settum lögum.

¹ https://www.youtube.com/watch?v=c7ZP2yY4n_Q&t=3196s

² <http://www.obi.is/static/files/skiol/ppt-glaerur/glaerur-gunnar-alexanders-olafssonar-vegna-greiðsluhatttoku-obi-april-2016.pptx>

Kostnaðarhlutdeild sjúkratryggðra

Í frumvarpinu er gert ráð fyrir að kostnaður aldraðra, öryrkja og barna vegna heilbrigðisþjónustu verði 2/3 hlutar af gjaldi almennra sjúkratryggðra. Það hefur í för með sér að gjöld lífeyrisþega mun hækka úr 50% í 67%.

Krafa ÖBÍ er að kostnaður aldraðra, örorkulífeyrisþega og ungmenna á aldrinum 18-21 árs verði aldrei hærri en 1/3 kostnaðar hjá almenningi miðað við þá greiðslubyrði fólks sem er þekkt í dag. Öryrkjabandalagið vill líta á það sem fyrsta skref í átt að gjaldfrjálsri heilbrigðisþjónustu.

Örorkulífeyrir var um 193.962 kr. í janúar 2015³, en samkvæmt fjárlagafrumvarpi ríkisstjórnarinnar voru meðallaunatekjur einstaklingar tæplega 600.000 kr. á mánuði árið 2015⁴. Ráðstöfunartekjur öryrkja eru mun lægri en almenningss auk þess sem þörf þeirra fyrir lækniþjónustu er meiri að jafnaði eins og gefur að skilja.

Fram hefur komið að kostnaður ríkissjóðs við að gera heilbrigðisþjónustu, sem lögin fjalla um, gjaldfrjálsa er eingöngu um 6,5 milljarðar króna⁵. Það telst ekki mikill kostnaður til að styrkja stoðir félagslegs heilbrigðiskerfis á Íslandi en samkvæmt nýrri könnun vilja 90,9% Íslendinga að hið opinbera eigi að leggja meira fé í heilbrigðisþjónustuna en nú er gert⁶, og 85 þúsund Íslendinga skrifuðu undir kröfu um endurreisn heilbrigðiskerfisins⁷.

Í I. kafla athugasemda við frumvarpið kemur fram að skoðað hafi verið hvort heilbrigðisþjónusta barna ætti að vera gjaldfrjáls eða ekki, en að meirihluti nefndarinnar sem skipuð var árið 2013 hafi samþykkt gjaldtöku vegna barna í heilbrigðiskerfinu. ÖBÍ leggur ríka áherslu á að heilbrigðisþjónusta fyrir börn verði gjaldfrjáls með öllu, þar með talið tannlækningar, sálfræðiþjónusta og þjálfun svo dæmi séu nefnd. Ekki voru tilgreindar ástæður þess að meirihluti nefndarinnar sem fjallaði um málið komst að þeirri niðurstöðu að rétt væri að samþykkja gjaldtöku vegna þjónustu við börn en rétt væri að skoða nánar hver rökin voru fyrir þeirri ákvörðun.

Ekki er hægt að lesa annað úr frumvarpinu en að allir aðrir en elli- og örorkulífeyrisþegar muni falla undir og greiða sem almennir. Í núverandi kerfi greiða endurhæfingarlífeyrisþegar sama gjald og örorkulífeyrisþegar fyrir lyf, lækniþjónustu og þjálfun. Um endurhæfingarlífeyri gilda sömu lagaákvæði og um örorkulífeyri. Einstaklingar sem hafa verið í atvinnuleit lengur en sex mánuði greiða skv. gjaldskrá fyrir lífeyrisþega fyrir lækniþjónustu og heilsugæslu. Þarna er verið að auka álög á þessa tekjulágu hópa.

³ http://www.tr.is/media/fjarhaedir/Utreikningur-lifeyris-og-tengdra-bota-ianuar-2015_2.pdf

⁴ <https://www.althingi.is/altext/pdf/145/s/0001.pdf> bls. 78

⁵ <http://www.obi.is/static/files/skiol/ppt-glaerur/glaerur-gunnar-alexanders-olafssonar-vegna-greiðsluhatttoku-obi-april-2016.pptx>

⁶ <http://bsrb.is/library/Skrar-a-vef-ymsar/R%C3%BAar%20Vilhj%C3%A1lmsson%20-%20Er%20einkarekstur%20%C3%AD%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEi%C3%B3nustun%20almannahagur.pdf>

⁷ <http://kiarninn.is/frettir/2016-04-30-kari-afhendir-staerstu-undirskriftarsofnun-islandssogunnar/>

Sjúklingar greiða fyrir aðra sjúklinga

Samkvæmt frumvarpinu byggist nýtt greiðslupáttökukerfi í heilbrigðisþjónustu á millifærslu. Meginmarkmið frumvarpsins fjallar um að hlífa þeim sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda fyrir háum kostnaði. En ekki er hægt að sjá að það feli í sér að ríkissjóður leggi til aukna til að lækka kostnað þessa hóps, heldur er kostnaðinum velt yfir á aðra sjúklinga. Frumvarpið felur í sér að lækkaður kostnaður þeirra 15% sjúkratryggðra sem nota heilbrigðisþjónustuna mest, átta sinnum eða oftar á ári, lækkar með því að þeir 85% sjúkratryggðra sem notar þjónustuna minna, einu til sjö sinnum á ári, greiða mismuninn⁸.

Því er ekki gert ráð fyrir frekari útgjöldum ríkissjóðs með gildistöku laganna. Þvert á móti er í mati á áhrifum í VI. kafla athugasemda við frumvarpið gert ráð fyrir að útgjöld ríkissjóðs verði um 46. m.kr. innan ramma verði það að lögum.

Með samþykkt laganna mun þeim fjölga sem greiða 30 til 89 þúsund krónur á ári, m.a. lífeyrisþegar. Aldraðir og öryrkjar sem nota lækniþjónustu minna borga 503 milljón kr. meira eftir breytinguna⁹.

Þetta mun hafa mjög alvarlegar afleiðingar afleiðingar fyrir þessa hópa sem hafa lága framfærslu, og kostnaður vegna heimsóknna til sérfræðilækna mun aukast verulega enda er hver tími dýr og aukning kostnaðarhlutdeildar sjúklings úr 50% í 67% er meiri en margir geta ráðið við.

Í rannsókn Rúnars Vilhjálmssonar frá 2015 kemur fram að 21,8% aðspurðra hafi frestað lækniþjónustu á 6 mánaða tímabili, en 41,4% þeirra sögðu ástæðuna vera vegna kostnaðar. Í sömu rannsókn árið 2006 sögðu 30,1% þeirra sem höfðu frestað lækniþjónustu ástæðuna vera vegna kostnaðar. Þeir sem líklegastir eru til að fresta lækniþjónustu vegna kostnaðar eru ekki þau 15% sem nota þjónustuna mest, heldur hin 85% sem fara einu til sjö sinnum til lækni á ári¹⁰. Hlutfallið er enn hærra meðal öryrkja. Því er grafalvarlegt að auka enn á kostnað þessa hóps.

Kostnaður heimilanna hefur aukist mikið á föstu verðlagi sl. þrjá áratugi, og talsvert meira en hins opinbera. Hins vegar hefur ávinningur hins opinbera, m.a. vegna sparnaðar í lyfjakostnaði, ekki runnið til notenda.

Heilsugæslan sem fyrsti viðkomustaður sjúklings

⁸ <http://bsrb.is/library/Skrar-a-vef-vmsar/R%C3%BAar%20Vilhj%C3%A1lmsson%20-%20Er%20einkarekstur%20%C3%AD%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEi%C3%B3nustu%20almannahagur.pdf>

⁹ <http://www.obi.is/static/files/skiol/ppt-glaerur/glaerur-gunnar-alexanders-olafssonar-vegna-greidsluthattoku-obi-april-2016.pptx>

¹⁰ <http://bsrb.is/library/Skrar-a-vef-vmsar/R%C3%BAar%20Vilhj%C3%A1lmsson%20-%20Er%20einkarekstur%20%C3%AD%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEi%C3%B3nustu%20almannahagur.pdf>

Lagt er áhersla á þjónustustýringu í frumvarpinu svo að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður fólk, sem svo vísi þeim áfram til sérfræðinga eftir því sem þörf þyki á.

Þó er ekki gert ráð fyrir auknu fé til heilsugæslunnar, þrátt fyrir að í bígerð sé að opna þrjár nýjar heilsugæslustöðvar, heldur segir í athugasemd við 1. gr. frumvarpsins: "Innleiðing nýs fyrirkomulags við fjármögnun heilsugæslunnar miðar að því að fjármagn fylgi sjúklingum."

Það hefur vart farið framhjá neinum að heilsugæslan stendur afar höllum fæti. Skortur er á heimilis- og heilsugæslulæknum og biðtími eftir þjónustu í heilsugæslu er þegar afar langur á flestum stöðvum. Ástæða er til að hafa áhyggjur af því að sjúklingum verði beint í stórauknum mæli til heilsugæslu sem ekki hefur ekki einu sinni bolmagn til að taka á móti þeim sjúklingum sem leita til hennar í dag.

Hætta er á að biðtími sjúklings eftir meðferð aukist enn við það að bíða eftir að komast inn hjá heilsugæslulækni, í stað þess að geta leitað strax til sérfræðings. Auk þess verða sérfræðingar að geta vísað sjúklingum til annarra sérfræðinga, en ekki verður séð að sá möguleiki verði til staðar.

Gert er ráð fyrir heimild til aukinnar gjaldtöku ef sjúklingur leitar sér þjónustu á annarri heilsugæslustöð/heimilislækni eða án tilvísunar, sbr. 1. og 2. lið frumvarpsins. Það getur vart verið eðlileg krafa meðan fólk fær ekki tíma á heilsugæslu.

Til þess að geta innleitt nýtt greiðslupátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu með þeim hætti sem lagt hefur verið fram verða undirstöður kerfisins að vera traustar. Eins og staðan er í dag getur heilsugæslan ekki tekið á móti nýjum hópum af sjúklingum og gagnagrunnur Sjúkratrygginga Íslands um greiðslur sjúkratryggðra er ekki tilbúinn, en samkvæmt frumvarpinu eiga lögin að taka gildi 1. júní 2016.

Kröfur ÖBÍ: Eitt greiðslupátttökukerfi og lægri kostnaður sjúkratryggðra

Allar greiðslur vegna heilbrigðisþjónustu veiti rétt til afsláttar og hámarkspak verði sett á kostnað einstaklings, sem eru að hámarki 1/3 hluti af almennum kostnaði fyrir aldraða, öryrkja og ungmenni. Greiðslupátttökukerfin verði sameinuð undir einu þaki og allur heilbrigðiskostnaður, þ.m.t. komu- og endurkomugjöld, sjúkraflutningar, ferðakostnaður, rannsóknir, sálfræðiþjónusta, tannlækningar, næringarráðgjöf, tæknifrjóvgun, hjálpartæki og annað sem út af stendur.

Í athugasemdum með frumvarpinu segir: "Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að Sjúkratryggingar Íslands beri ábyrgð á og starfræki gagnagrunn með þeim upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra sem eru nauðsynlegar vegna greiðslupátttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar til að reikna út greiðslur þeirra og greiðslupátttöku sjúkratrygginga við kaup á heilbrigðisþjónustu." Ástæða þess að sálfræðiþjónusta, tannlækningar og annað sem stendur utan kerfa gerir það áfram er að sögn sérfræðings velferðarráðuneytisins sú að SÍ hefur ekki nægilegar

upplýsingar um þessa þjónustu til að fella hana undir greiðslupátttökukerfi og því bera sjúklingar allan kostnað áfram vegna þeirrar þjónustu. Einhvers staðar verður gagnasöfnun að byrja og krafa ÖBÍ er að úttekt verði gerð öllum kostnaði í heilbrigðisþjónustu til að greiða fyrir tilkomu eins greiðslupátttökukerfis.

Óhlutlægum aðila verði falið að gera faglega úttekt á greiðslupátttökukerfum innan heilbrigðiskerfisins og hve mikinn kostnað mismunandi hópar þurfa að bera.

Framlög hins opinbera verði til jafns við Svíþjóð miðað við verga landsframleiðslu.

Greiðslupátttökukerfi verði lög, en ekki rammalög með reglugerðum, því þá eru heimildir ráðherra til breytinga of miklar og hætta á að réttindi verði skert án samráðs.

Ekkert samráð við ÖBÍ

Afar mikilvægt er að fulltrúar notenda komi að vinnu við kerfisbreytingar stjórnvalda, en ÖBÍ átti ekki sæti í nefndum eða vinnuhópum um nýtt greiðslupátttökukerfi í heilbrigðiþjónustu þrátt fyrir ítrekaðar beiðnir þar um.

Í kafla V. í athugasemdum um frumvarpið er talað um nefndin hafi haft samráð við ÖBÍ vegna nýs greiðslupátttökukerfis. Ekki er hægt að kalla fyrirkomulag nefndarinnar um að boða ÖBÍ á einn fund og útskýra reiknireglur á öðrum fundi samráð eins og gert er í kaflanum.

Ekkert um okkur án okkar!

Ekkert um okkur án okkar!

Með vinsemd og virðingu,



Ellen Calmon,
formaður ÖBÍ