

# Hver stendur vörð um réttindi og öryggi sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni?

Skýrsla ráðgjafarhóps til að kanna  
stöðu einkarekinnar  
heilbrigðisþjónustu

Október 2012



VELFERÐARRÁÐUNEYTIÐ

Velferðarráðuneyti: Hver stendur vörð um réttindi og öryggi sjúklinga í  
heilbrigðisþjónustunni?  
Október 2012

Útgefandi: Velferðarráðuneyti  
Hafnarhúsinu við Tryggvagötu  
150 Reykjavík  
Sími: 545 8100  
Bréfasími: 551 9165  
Netfang: [postur@vel.is](mailto:postur@vel.is)  
Veffang: [velferdarraduneyti.is](http://velferdarraduneyti.is)

Umbrot og textavinnsla: Velferðarráðuneyti

© 2012 Velferðarráðuneyti

ISBN 978-9979-799-58-0

## Efnisyfirlit

---

Skipun hópsins og viðfangsefni .....	4
1. Samantekt og ráðleggingar hópsins.....	5
1.1 Tök hópsins á viðfangsefninu .....	5
1.2 Mat almennings á heilbrigðisþjónustunni .....	5
1.3 Breytt viðhorf til heilbrigðisþjónustu .....	6
1.4 Lög um réttindi sjúklinga, heilbrigðisþjónustu og fleira .....	6
1.5 Einkarekin heilbrigðisþjónusta, starfsskilyrði og útgjöld .....	7
1.6 Innflutningur lækningavara og eftirlit .....	8
1.7 Fjárhagsaðstæður og forgangsröðun.....	8
1.8 Stefnumótun, framkvæmd og eftirlit .....	9
2. Tök hópsins á viðfangsefninu.....	11
2.1 Sjónarhóll sjúklinga og réttur almennings .....	11
2.2 Heildarmynd – yfirlit.....	12
2.3 Lykilhugtök .....	13
2.4 Einkarekin lækniþjónusta .....	14
3. Mat almennings á heilbrigðisþjónustunni .....	15
3.1 Viðhorfsmæling Capacent.....	15
3.2 Viðhorf samtaka sjúklinga og sjálfstæðar athuganir .....	16
3.3 Kvartanir og kærur sjúklinga .....	17
4. Viðhorf til heilbrigðismála breytast .....	19
4.1 Sjónarmið sjúklingsins.....	19
4.2 Samfélagið og einkenni þess .....	20
5. Lög um réttindi sjúklinga, heilbrigðisþjónustu og fleira.....	21
5.1 Réttur sjúklinga til heilbrigðisþjónustu .....	21
5.2 Lög um sjúkratryggingar .....	21
5.3 Lög um heilbrigðisþjónustu .....	25
5.4 Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga .....	26
5.5 Lög um skaðsemisábyrgð .....	26
6. Einkarekin heilbrigðisþjónusta, starfsskilyrði og útgjöld .....	27
6.1 Heimildir til starfa – starfsleyfi og tryggingar fyrir mistökum.....	27
6.2 Útgjöld til heilbrigðismála .....	28
6.3 Samningar ríkisins við læknastofur .....	30
7. Lækningatæki og eftirlit með þeim .....	31
7.1 Lög og reglur um lækningatæki .....	31
7.2 Innflutningur á lækningatækjum.....	31
7.2 Eftirlit með lækningatækjum.....	31
8. Fjárhagsaðstæður og forgangsröðun.....	33
8.1 Um forgangsröðun .....	33
8.2 Forgangsröðun er óhjákvæmileg .....	33
9. Stefnumótun, framkvæmd og eftirlit .....	35
9.1 Stefnumörkun stjórnvalda .....	35
9.2 Framkvæmd laga sem heilbrigðisþjónustu varða .....	36
9.3 Eftirlit með heilbrigðisþjónustunni .....	36

## Skipun hópsins og viðfangsefni

---

Velferðarráðherra skipaði með bréfi dags. 20. febrúar 2012 hóp fólks sér til ráðgjafar um starfsemi á einkareknum lækningastofum. Aðdragandi skipunarinnar er sá að ráðherra lagði til í ríkisstjórn „að vinna færi fram þar sem dregin yrði upp mynd af starfsemi læknaastofa sem veita heilbrigðisþjónustu s.s. starfsleyfa þeirra, skráningar nauðsynlegra upplýsinga, vörunotkunar og innflutnings, vottunar og gæða þeirrar vöru sem notuð er í lækningum. Á fyrsta stigi yrði skoðunin látin ná til læknaastofa þ.m.t. tannlæknaastofa, sem starfar samkvæmt lögum og reglum. Hópnunum er gert að gera tillögur um aðgerðir sem líklegar eru taldar til árangurs.“

Ráðherra benti á fernt máli sínu til stuðnings:

**Í fyrsta lagi** hafa lýtaaðgerðir á konum verið í háþæmi upp á síðkastið. Óviðunandi er að ábyrgð og skyldur sjálfstætt starfandi lækna, eftirlitsaðila og heilbrigðisyfirvalda séu óljósar og valdi fólki óryggi.

**Í öðru lagi** er heilbrigðisþjónusta í landinu veitt undir mismunandi rekstrarformi. Hér koma til opinberar stofnanir, einkarekna læknaastofur (eða aðrar stofnanir) með kostnaðarþátttöku ríkisins og loks læknaastofur, sem starfa alfarið á eigin forsendum, án beinnar aðkomu og greiðsluþátttöku ríkisins. Þó svo að rekstrarformið sé mismunandi þá gilda sömu lög og reglur um fjölmargt sem þjónustuna varðar, svo sem um gæði, skráningu og eftirlit. Viðamikill starfsemi á öllum þremur stöðum gefur tilefni til athugunar og samanburðar.

**Í þriðja lagi** hafa heilbrigðisyfirvöld eftirlitsskyldur með heilbrigðisþjónustunni í landinu. Rekstrarleyfi og önnur lögbundin leyfi kalla á að hlutaðeigandi leyfishafar/leyfisveitendur efni skyldur sínar. Tekur þetta til ráðuneytis velferðarmála, Embættis landlæknis, Lyfjastofnunar, heilbrigðiseftirlits o.fl.

**Loks** er vörunotkun í heilbrigðisþjónustunni og færni starfsfólks veigamikill þáttur til að tryggja góða, viðurkennda þjónustu. Viðskipti með lækningavörur eru umfangsmikil og mikilvægt að við innflutning og sölu sé fylgt reglum sem best tryggja hag sjúklinga og hagkvæmni. Jafnframt verði reglur skoðaðar og endurmetnar með hagsmuni sjúklinga að leiðarljósi.

Hópurinn hefur hagað umfjöllun sinni um málefnið með ofangreind atriði að leiðarljósi. Mat á starfsemi einkarekinna læknaastofa verður hins vegar tæplega til gagns nema hún sé sett í samhengi við heilbrigðisþjónustuna í heild og þá löggjöf og reglur sem um hana gilda. Spurningunni um stöðu og öryggi sjúklinga, sem leita til einkarekinna læknaastofa, verður því ekki svarað án samanburðar við aðra starfsemi. Umfjöllun og ráðleggingar hópsins ber að skoða í þessu ljósi.

*Ráðgjafarhópin skipa:* Garðar Garðarsson, hæstaréttarlögmaður, Guðmundur Sigurðsson, heilsugæslulæknir, Kristín Kalmansdóttir, viðskiptafræðingur og Magnús Pétursson, ríkissáttasemjari.

Með hópnunum störfuðu Valgerður Gunnarsdóttir og Sindri Kristjánsson sérfræðingar í velferðarráðuneytinu.

## 1. Samantekt og ráðleggingar hópsins

---

Ráðgjafarhópurinn telur, á grundvelli þeirra upplýsinga sem hann hefur aflað sér, að ekki standi rök til annars en álíta að sú heilbrigðisþjónusta sem veitt er í landinu sé góð og örugg fyrir sjúklinga miðað við þær aðstæður sem henni eru búnar. Heilbrigðisþjónustan er viðamikil og flókin starfsemi og óhjákvæmilegt að upp komi gagnrýni, mistök eða ámælisverð tilvik. Hópurinn telur að einstök atvik megi ekki verða til þess að felldir séu sleggjudómar um öryggi sjúklinga eða heilbrigðisþjónustan talin óviðunandi.

Ráðgjafarhópurinn telur að athugun hans leiði í ljós að margt megi betur fara í heilbrigðisþjónustunni og eru niðurstöður hópsins hér á eftir dregnar saman samkvæmt kaflaheitum. Um frekari efnisumfjöllun er vísað til meginkaflanna í greinargerðinni.

### 1.1 Tök hópsins á viðfangsefninu

#### *Ályktanir úr kafla 2*

Í fyrsta lagi gera lög um réttindi sjúklinga ekki greinarmun á því hver veitir heilbrigðisþjónustu, hið opinbera eða einkaaðili. Réttindin eiga að tryggja jafnræði þegnanna, mannhelgi og það að sjúklingi sé tryggð viðurkennd heilbrigðisþjónusta. Sá sem leitar t.d. eftir lýtalækningu eða tannlækningu er sjúklingur í skilningi laganna og nýtur þannig ótvíræðra samfélagslegra réttinda. Einstaklingur sem leitar til einkastofu læknis er jafnsettur og ef um opinbera stofnun væri að ræða hvað varðar kröfu um faglega þjónustu.

Í öðru lagi er það álit ráðgjafarhópsins að öll læknisverk, hverju nafni sem nefnast og unnin eru á einkareknum læknastofum, falli ótvírætt undir lög um réttindi sjúklinga og önnur ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu, sjúkraskrá o.fl. Hvort sem um greiðsluþátttöku ríkisins er að ræða eða ekki við viðkomandi læknisverk breytir það á engan hátt þeirri skyldu sem stjórnvöld hafa til útgáfu starfsleyfa og eftirlits með starfseminni. Með sama hætti ber hlutaðeigandi læknum að efna allar þær skyldur sem starfsleyfi þeirra fylgja, óháð hvernig greiðslum til þeirra er háttáð.

Í þriðja lagi telur hópurinn að stjórnvöld eigi þátt í því að almenningur telur sig óöruggan og búa við óvissu um stöðu sína í heilbrigðiskerfinu. Samfara því sem fjölbreytni í rekstri hefur aukist og fleiri læknisverk færst til einkaaðila ættu stjórnvöld markvisst að kynna almenningi breytingarnar og réttindi hans og aðlaga stjórnsýslu og eftirlit með heilbrigðisþjónustunni að breyttum tímum.

### 1.2 Mat almennings á heilbrigðisþjónustunni

#### *Ályktanir úr kafla 3*

Í fyrsta lagi virðist almenningur ekki þekkja nægjanlega vel réttarstöðu sína í heilbrigðisþjónustunni. Þetta er umhugsunarvert og því alvarlegra þar sem veitendur heilbrigðisþjónustunnar eru jöfnum höndum opinberar heilbrigðisstofnanir og einkaaðilar sem búa við mismunandi starfsskilyrði og -reglur. Ráðgjafarhópurinn leggur til að unnið verði að umbótum á þessu sviði með því að velferðarráðuneytið vinni markvisst að því að upplýsa almenning um rétt sinn og tryggi að á einum stað verði hægt að leita upplýsinga um „Réttindi almennings í heilbrigðisþjónustunni“. Tekur þetta m.a. til aðgengis að þjónustu, gjaldtöku og greiðslna sjúklinga og hvert á að beina aðfinnslum, kvörtunum og kærnum. Jafnframt væri framför ef birtir væru gæðavísar og samanburður, faglegur og fjárhagslegur, á starfsemi þeirra sem veita þjónustu.

Í öðru lagi benda lauslegar athuganir til þess að fólk beri almennt traust til lækna og tannlækna. Traust fólks til heilbrigðiskerfisins er aftur á móti nokkru minna. Það staðfesta svör almennings og sjúklingasamtaka. Vel má vera að það eigi rót sína að rekja í fjárhagslegum umbrotum að undanfögnu en einnig því að stjórnvöldum hefur ekki tekist nægjanlega vel að upplýsa um og skýra ríkjandi aðstæður og samhengi opinberrar þjónustu og einkarekinnar. Á þessu þarf að vinna bót.

Í þriðja lagi má segja að miðað við þann mikla fjölda læknisverka sem unninn er af læknum í landinu þá er þrátt fyrir allt lítið um kvartanir og kærur vegna þjónustunnar. Skýring getur falist í því að starfsfólki takist vel að leysa ágreiningsmál og svara aðfinnslum fólks og er þá vel. Önnur skýring gæti verið sú að vankunnáttu gæti meðal fólks un hvernig koma eigi á framfæri aðfinnslum og kærum. Mikilvægt er að almenningur þekki hvernig hægt er að leita réttar síns og hann þannig veitti heilbrigðisþjónustunni aðhald.

### 1.3 Breytt viðhorf til heilbrigðisþjónustu

#### Ályktanir úr kafla 4

Í fyrsta lagi er viðurkennt að þarfnar eða „eftirspurnin“ eftir heilbrigðisþjónustu er að vissu marki mótuð af sjálfu samfélaginu á hverjum tíma og lífnaðarháttum fólks. Viðtekin hugtök og skilgreiningar á því sem undir heilbrigðismál fellur hafa tekið margs konar breytingum á síðari árum. Hugtök eins og t.d. réttur til heilbrigðisþjónustu, mannhelgi og þátttaka í meðferð hafa fengið aukið vægi og munu halda áfram að þróast að efni og innihaldi.

Í öðru lagi stendur samfélagið í heild frammi fyrir því að aukinni og breyttri eftirspurn þurfi að mæta með einum eða öðrum hætti. Vel má gera sér í hugarlund að innan skamms tíma – og ef til vill er þetta þegar til staðar – verði alsíða að sjúkrahúsþjónusta og umönnun veikra verði mismunandi eftir samfélagshópum og þörfum fólks. Fjölmeningin setur mark sitt á samfélagið. Sömuleiðis verði þjónustuveitendur fjölbreyttari, t.d. hvað menntun snertir og afstöðu til „hefðbundinna og óhefðbundinna“ lækninga varðar. Stjórn málaumræðan til þessa hefur æði mikið einkennst af því að standa vörð um það sem hefur gilt í samfélaginu og um jafnrétti fólks til þjónustu fremur en um hvernig eigi að mæta nýjum og breyttum kröfum og þörfum.

Í þriðja lagi vex því sjónarmiði fiskur um hrygg að sjúklingar líti í vaxandi mæli á sig sem réttihafa eða neytendur heilbrigðisþjónustu fremur en þiggjendur hennar. Ráðgjafarhópurinn telur að þjónustuveitandinn, þ.e. heilbrigðisyfirvöld, þurfi að semja sig að þessari staðreynd. Sem fyrsta skref í því efni væri að marka stefnu um samskipti við sjúklingasamtökin í landinu og vinna að því að þau fái aukið vægi í hlutverki neytenda. Leitað verði til sjúklingasamtaka um afmarkað kynningarstarf fyrir sjúklinga, þau sinni leiðbeiningarstarfi, fái til skoðunar samanburðarathuganir á gæðum þjónustu og fleira.

Ráðgjafarhópurinn telur að stefnumótun í heilbrigðisþjónustu á komandi árum þurfi að taka mið af því sem hér hefur verið nefnt.

### 1.4 Lög um réttindi sjúklinga, heilbrigðisþjónustu og fleira

#### Ályktanir úr kafla 5

Í fyrsta lagi telur ráðgjafarhópurinn að á heildina lítið virðist lagaumhverfi á sviði heilbrigðismála vera nokkuð gott, þó framkvæmd tiltekinna atriða í þeirri löggjöf sé mjög umhugsunarverð.

Í öðru lagi er í mörgum lagabálkum á sviði heilbrigðismála rík áhersla lögð á þagnar-skyldu heilbrigðisstarfsmanna um heilsufarsupplýsingar sjúklinga og varðar refsingu að rjúfa þann trúnað. Á sama tíma eru ákvæði í öðrum lögum sem heimila yfirvöldum aðgang að upplýsingum um sjúklinga, í því skyni að varpa ljósi á atriði sem ekki varða í raun heilsufarsupplýsingar viðkomandi sjúklings. Hópurinn telur að þetta sé óheppilegt og geti valdið því að virðing fólks fyrir trúnaðarskyldum slævist og sjúklingar verði í óvissu um það hvort trúnaður við þá helst.

Í þriðja lagi fjalla lög um sjúkratryggingar annars vegar um skyldu ríkisvaldsins til að tryggja sjúkratryggðum aðstoð og þar með réttindi fólks til að njóta sjúkratrygginga og hins vegar um skipulag og samskipti þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu og fyrir hana greiða, þ.e. ríkisins og almennings. Ákvæði um réttindi almennings hafa í ýmsu lotið í lægra haldi fyrir sjónarmiðum rekstrar þ.e. að takmarkaðir fjármunir setji heilbrigðisþjónustunni skorður til að sinna annars lögbundnum skyldum sínum við almenning.

Í fjórða lagi er óviðunandi að undantekningarregla í lögum, um heimild ráðherra til að endurgreiða sjúklingum útlagðan kostnað á grundvelli reglugerðar, sé orðin að aðalreglu og uppbyggingu heilbrigðiskerfisins þannig breytt í grundvallaratriðum án atbeina Alþingis. Sjúklingar eru nú orðnir beinir samningsaðilar við heilbrigðisstarfsmenn og telst það óviðunandi. Þess utan hafa yfirvöld nú minni möguleika en áður til að hafa áhrif á uppbyggingu heilbrigðisþjónustu utan stofanna sinna, þar sem ýmis mikilvæg atriði varðandi samskipti aðila og þjónustukaup ríkisins, er komu fram í samningum Sí við sérgreinalækna, eru nú fallin niður.

Í fimmta lagi eru skýr ákvæði í lögum um að samið skuli við tannlækna um þá þjónustu sem fellur undir sjúkratryggingarnar. Engir slíkir samningar eru í gildi og getur tæpast talist annað en brot á lögum.

## 1.5 Einkarekin heilbrigðisþjónusta, starfsskilyrði og útgjöld

### Ályktanir úr kafla 6

Í fyrsta lagi telur hópurinn reglur um starfsleyfi og um starfsemi einkarekinna læknastofa í meginatriðum skýrar og fullnægjandi til þess að tryggja öryggi og réttarstöðu sjúklinga. Til hagræðis fyrir þá sem hyggjast stofna og starfrækja heilbrigðisfyrirtæki á eigin vegum væri gagnlegt að fyrir liggi hjá landlækni yfirlit um allar skyldur, faglegar og rekstrarlegar, sem starfsemin þarf að uppfylla.

Í öðru lagi er óumdeilt að rekstur lækna- og tannlæknastofa er umfangsmikill, bæði að því er tekur til fjölda fyrirtækja/rekstraraðila, sem slíka starfsemina stunda, og einnig þess að útgjöld samfélagsins í þessu tilliti eru mikil. Það eitt undirstrikar mikilvægi þess að um starfsemina gildi skýrar reglur bæði fyrir þá sem starfsemina stunda og hina sem hennar njóta. Tekur þetta til þátta eins og ábyrgðar og trygginga þjónustuveitenda og til réttinda sjúklinga. Lagt er til, m.a. í ljósi svokallaðs „brjóstapúðamáls“ sem kom upp í janúar s.l., að farið verði yfir bótafjárhæðir trygginga fyrir misfellum sem upp kunna að koma hjá sjálfstætt starfandi læknum og tannlæknum.

Í þriðja lagi hafa á annað ár ekki verið í gildi samningar milli sjálfstætt starfandi sérgreinalækna og Sjúkratrygginga Íslands (Sí) um greiðslur fyrir veitta þjónustu og samskipti þessara aðila. Þannig hefur lagaskyldum heilbrigðisyfirvalda nánast verið vikið til hliðar. Ráðgjafarhópurinn telur samningsleysið veikja réttarstöðu sjúklinga og leiða til óvissu og óöryggis meðal fólks. Því þurfi að leita allra leiða til að samningar takist enda skylt samkvæmt lögum. Skorti lagaforsendur til að ná samningum beiti Alþingi sér fyrir nauðsynlegum lagabreytingum.



Í fjórða lagi hafa tannlækningar í veigamiklum atriðum verið færðar undan forsjá ríkisins. Ríkið tekur þátt í kostnaði við tannheilsu barna og aldraðra samkvæmt lögum og tilteknum reglum. Áður giltu samningar milli TR (nú SÍ) um hvernig greiðsluþátttöku ríkisins væri háttáð. Samningar hafa ekki verið í gildi á annan áratug. Ráðgjafarhópurinn telur að meðal almennings gæti mikillar vanþekkingar og óvissu um réttindi hans og skyldur ríkisins í þessu efni. Því er lagt til að stjórnvöld endurskoði stefnu sína um þátttöku í tannlækna-kostnaði m.a. út frá stöðu tannheilsu í landinu, og semji við tannlækna eða tiltekinn hóp þeirra um greiðslu fyrir þá þjónustu sem ríkið tekur þátt í.

Í fimmta lagi fer vaxandi að flóknar aðgerðir séu gerðar á einkastofum lækna t.d. bæklunarlækningar, augnlækningar og margs konar skurðaðgerðir. Vandamál af ýmsum toga koma jafnan upp í lækningum/skurðlækningum óháð því hvort um opinberan eða einkarekstur er að ræða. Ráðgjafarhópurinn telur að það mundi auka öryggi sjúklunga sem njóta hjálpar á einkastofum, ef skýrt væri að samstarf sé milli hlutaðeigandi lækna og Landspítala ef á reyndi.

## 1.6 Innflutningur lækningavara og eftirlit

### Ályktanir úr kafla 7

Í fyrsta lagi hefur eftirlit með lækningatækjum verið afar veikburða hingað til. Gera mætti þarfa- og kostnaðargreiningu á því hvað þarf til að Lyfjastofnun geti sinnt eftirliti sínu með lækningatækjum svo viðunandi sé. Einnig þarf að tryggja að stofnunin hafi skýrt umboð til athafna þegar nauðsyn krefur.

Í öðru lagi ætti Lyfjastofnun að upplýsa almenning um hvernig eftirliti með lækningatækjum er í raun háttáð. Ella býr almenningur við falskt öryggi sem getur gert það að verkum að hann fylgist sjálfur verr með í þessu efni en gæti verið.

Í þriðja lagi er lagt til að Lyfjastofnun komi upp gagnagrunni yfir lækningatæki. Gagnagrunnurinn gæfi stofnuninni betri yfirsýn og myndi m.a. gagnast vel ef upp kæmi galli í tiltekinni lækningavöru. Skrá þarf fyrirtæki sem flytja lækningatæki til landsins, sem og öll þau tæki sem í notkun eru. Jafnframt verður að gera skýrar kröfur um að heilbrigðisstarfsfólk og aðrir, sem flytja á eigin vegum inn lækningatæki, að þeir fari að þeim tilmælum sem Lyfjastofnun gefur út. Allir sem flytja inn lækningatæki ættu að vera tilkynningarskyldir og að þeir hafi gildar ábyrgðartryggingar.

Í fjórða lagi ætti heilbrigðisstarfsfólk, sem setur ígræðanleg lækningatæki í fólk, tannlækna meðtaldir, að skrá upplýsingar um það í sjúkraskrá viðkomandi sjúklings enda mikilvægt fyrir öryggi þeirra.

## 1.7 Fjárhagsaðstæður og forgangsröðun

### Ályktanir úr kafla 8

Í fyrsta lagi er það mat ráðgjafarhópsins að hér á landi hafi umræðan um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni náð skemur en þyrfti. Efnahagsaðstæður síðustu ára hafa orðið til þess að ekki verður komist hjá opinni umræðu um forgangsröðun og að reynt verði að ná sem víðtækustum skilningi á nauðsyn hennar. Stjórnvöld ættu að ákveða hverjum verði falið ákvörðunarvald um röðun brýnna viðfangsefna. Ein leið væri að ráðherra feli nefnd einstaklinga sem búa yfir þekkingu á sviði siðfræði, læknisfræði, viðskiptum o.s.frv. að hafi lokaorð um viðkvæm álitamál. Annar kostur væri að Sjúkratryggingar Íslands fari með þetta hlutverk enda stofnuninni ætlað að vera kaupandi að allri heilbrigðisþjónustu í landinu. Gera verður þá kröfu að fagleg sjónarmið vegist fyllilega á við sjónarmið fjármála. Loks, en fjarlægari kostur, er



að ráðuneytið geri forgangsröðun að skipulögðu hlutverki sínu. Ráðgjafarhópurinn hallast að fyrsta kostinum.

Í öðru lagi telur hópurinn að líkur séu á að heilbrigðisþjónusta, í víðri merkingu þess orðs, verði á komandi árum í vaxandi mæli veitt af einkaaðilum með eða án greiðsluþátttöku ríkisins. Með greiðsluþátttöku byggðri á samningum stýra yfirvöld þjónustukaupum sínum og er það eitt verkefni forgangsröðunarinnar. Heilbrigðisþjónusta, þar sem engri greiðsluþátttöku er til að dreifa, mun að öllum líkindum aukast í réttu hlutfalli við samdrátt í þjónustu á félagslegum grunni. Vísir er þegar kominn að einkatryggingum, svokölluðum sjúkdómatryggingum, áþekkt og í öðrum löndum. Það er stjórnvalda að fjalla um og ákveða í hvaða farveg slíkar tryggingar falli og til hvers þær taka. Líklegt má telja að þar þurfi að taka mið af tilskipunum Evrópusambandsins um þjónustuviðskipti og tryggingamál.

## 1.8 Stefnumótun, framkvæmd og eftirlit

### Ályktanir úr kafla 9

Í fyrsta lagi hefur Sí ekki að fullu náð að sinna því hlutverki sem að var stefnt með lögnum frá 2008. Ýmsar ástæður liggja þar að baki og verða fullt eins raktar til stjórnvalda eins og stjórnenda stofnunarinnar. Mælt er með að lög um hlutverk Sí verði tekin til endurskoðunar þannig að fullt samræmi verði milli hlutverks stofnunarinnar og raunverulegra starfa hennar.

Í öðru lagi hafa á annað ár ekki verið í gildi samningar milli sjálfstætt starfandi sérgreinalækna og Sí um greiðslur fyrir veitta þjónustu og samskipti þessara aðila. Með þessu hefur laglegum skyldum ríkisvaldsins nánast verið vikið til hliðar og grundvallabreyting er orðin á uppbyggingu heilbrigðiskerfisins án undangenginnar umræðu. Samningsleysið veikir réttarstöðu sjúklinga og leiðir til óvissu og óöryggis meðal fólks. Skorti lagaforsendur til að samningar komist á er mælt með að stjórnvöld beiti sér fyrir nauðsynlegum lagabreytingum þar um eða felli ákvæðið úr gildi.

Í þriðja lagi gilda lög um þátttöku ríkisins í kostnaði við tannheilsu barna og aldraðra. Samningar hafa ekki verið í gildi á annan áratug þrátt fyrir lagaákvæði þar um. Meðal almennings gætir mikillar óvissu um réttindi sín og skyldu ríkisins í þessu efni. Því er lagt til að stjórnvöld endurskoði stefnu sína um þátttöku í tannlæknakostnaði, m.a. út frá stöðu tannheilsu í landinu, og semji við tannlækna eða tiltekinn hóp þeirra um þá þjónustu sem ríkið tekur þátt í að greiða.

Í fjórða lagi álitur ráðgjafarhópurinn að Embætti landlæknis hafi ekki verið búnað þær aðstæður að geta haft nauðsynlegt eftirlit með læknisþjónustu í landinu, einkarekinni jafnt sem opinberri. Þetta er ekki til þess fallið að vekja tiltrú almennings á heilbrigðisþjónustunni og öryggi sjúklinga. Lagt er til að eftirlitshlutverk Embættis landlæknis, að gæta öryggis í allri læknisþjónustu fyrir hönd sjúklinga og almennings, verði endurskoðað frá grunni. Sérstakri stofnun, eða starfseiningu innan embættisins, verði falið eftirlitshlutverk og að hún njóti sjálfstæðis sem verði skilgreint í lögum eða reglugerð.

Í fimmta lagi er algengt aðfinnslufni sjúklinga og samtaka þeirra að samfellan eða samhengið í heilbrigðisþjónustunni sé bágborið. Forsenda þess að fólk njóti sérþekkingar lækna er að sjúklingurinn fari snurðulaust af einu stigi lækninga á annað. Á þetta einkum við för milli heilsugæslu, sérfræðilækna og sjúkrahúsa. Ráðlegging hópsins er að heilbrigðisyfirvöld geri læknum skylt að sjá til þess að samfella sé í þjónustunni óháð því hver verkið vinnur og veitir þjónustuna. Þetta verði gert með því að lækna beri ábyrgð á að annar tiltekinn læknir taki við umræddum sjúklingi til frekari

meðferðar. Læknabréf eitt sér dugar ekki til. Sérhverri heilbrigðisstofnun verði falið að sjá til þess að eftir þessu sé gengið líkt og nú er gert um skráningu heilbrigðisupplýsinga í sjúkraskrár. Þá verði þetta hluti af starfsskyldum allra lækna óháð því, hvort um einka- eða opinbera starfsemi er að ræða. Ríkisvaldið verður hins vegar að gera læknum þetta tæknilega kleift, t.d. með samræmdri sjúkraskrá fyrir alla landsmenn.

*Í sjötta lagi* hefur í áráraðir verið álit þorra þeirra sem að heilbrigðismálum starfa að sameiginleg sjúkraskrá allra landsmanna fæli í sér margs konar framfarir og aukið öryggi fyrir sjúklinga. Markviss og greið upplýsingaskil milli lækna auki öryggi sjúklinga og stuðla að samfelldri þjónustu. Jafnframt er lítt umdeilt að draga má úr óþarfa tvíverknaði og kostnaði, svo sem í lyfjagjöf og rannsóknum, með því að upplýsingar um hlutaðeigandi sjúkling séu tiltækar þegar á þarf að halda. Ráðgjafarhópurinn leggur til að mörkuð verði sú stefna og henni hrundið í framkvæmd að komið verði upp samræmdri, rafrænni sjúkraskrá fyrir alla landsmenn. Öllum læknum verði gert að færa í og viðhalda skránni. Ráðuneytið leiði verkefnið og auðveldi læknum að skrá upplýsingarnar. Hópurinn hefur efasemdir um að Embætti landlæknis hafi verið búnar aðstæður til að sinna þessu verkefni. Nýta ætti vel þá tækniþekkingu og gagnagrunna sem LSH býr yfir við gerð sameiginlegar sjúkraskrár.

## 2. Tök hópsins á viðfangsefninu

---

Ráðgjafarhópurinn telur að starf hans geti best orðið að gagni setji hann sig í spor almennings og skoði heilbrigðisþjónustuna gagnert frá þeim sjónarhóli.

### 2.1 Sjónarhóll sjúklinga og réttur almennings

Ljóst er að hinn almenni borgari metur stöðu sína gagnvart heilbrigðisþjónustunni frá ýmsum sjónarhornum. Það sem fyrst kemur í huga eru réttindi fólks til að fá heilbrigðisþjónustu sem veitt er og varin samkvæmt lögum. Þessi réttur er hluti þess samfélagssáttmála sem í gildi er. Ráðgjafarhópurinn telur að góð sátt, skilningur og viðurkenning á heilbrigðisþjónustu á félagslegum grunni hafi almennt verið og sé enn til staðar hjá meginþorra fólks.

Á síðustu tveim áratugum eða svo hafa spurningar þó vaknað um ágæti þessa sáttmála. Tvennt stendur upp úr í því efni. Annað lýtur að því hvernig staðið er að því að veita heilbrigðisþjónustuna, hitt tekur til jafnræðissjónarmiða og lögvarins réttar almennings.

Færst hefur í vöxt hér á landi að heilbrigðisþjónusta sé veitt jöfnum höndum af opinberum stofnunum og einkaaðilum. Almennt er viðurkennt að aðstæður þurfi að vera fyrir einkarekna heilbrigðisþjónustu til jafns við hina opinberu. Slíkt gefur færi á vali fólks og er iðulega talið fjárhagslega hagkvæmt. Reynslan frá öðrum löndum er sú að sé ekki skilmerkilega gengið frá reglum og starfsskilyrðum allra þeirra sem heilbrigðisþjónustu veita geti komið til árekstra milli þessara tveggja megin rekstrarforma.

Hitt atriðið, um jafnan rétt og aðgang fólks að heilbrigðisþjónustu, óháð því hver veitir hana, er ríkt í hugum fólks. Fullyrða má að þau umbrot sem verið hafa í heilbrigðismálum landsmanna undanfarin ár hafi leitt til þess að reynt hafi á jafnræðisregluna og teikn eru á lofti um að það muni gerast enn frekar í framtíðinni.

Fimm atriði renna enn frekari stoðum undir ástæður þess að viðfangsefnið er metið út frá sjónarhóli almennings eða sjúklinga:

**Í fyrsta lagi** er með því móti hafið yfir efa að ráðgjafarhópurinn tali máli eins fremur en annars þeirra sem hafa skyldur í heilbrigðisþjónustunni. Hér af leiðir að hópurinn fjallar með sama hætti um ábyrgð og skyldur stjórnvalda heilbrigðismála, stofnana á þeirra vegum og einkarekinna læknastofa og fyrirtækja.

**Í annan stað** lítur hópurinn á það sem hlutverk sitt að koma með ábendingar sem gætu orðið til að bæta stöðu, sannanlegt öryggi og öryggiskennd sjúklinga, ekki aðeins þegar einkarekin heilbrigðisþjónusta á í hlut. Hópurinn telur það ekki sitt hlutverk að leggja á ráðin um aðgerðir út frá öðrum sjónarmiðum, svo sem sparnaði, skipulagi eða stjórnmalaskoðunum.

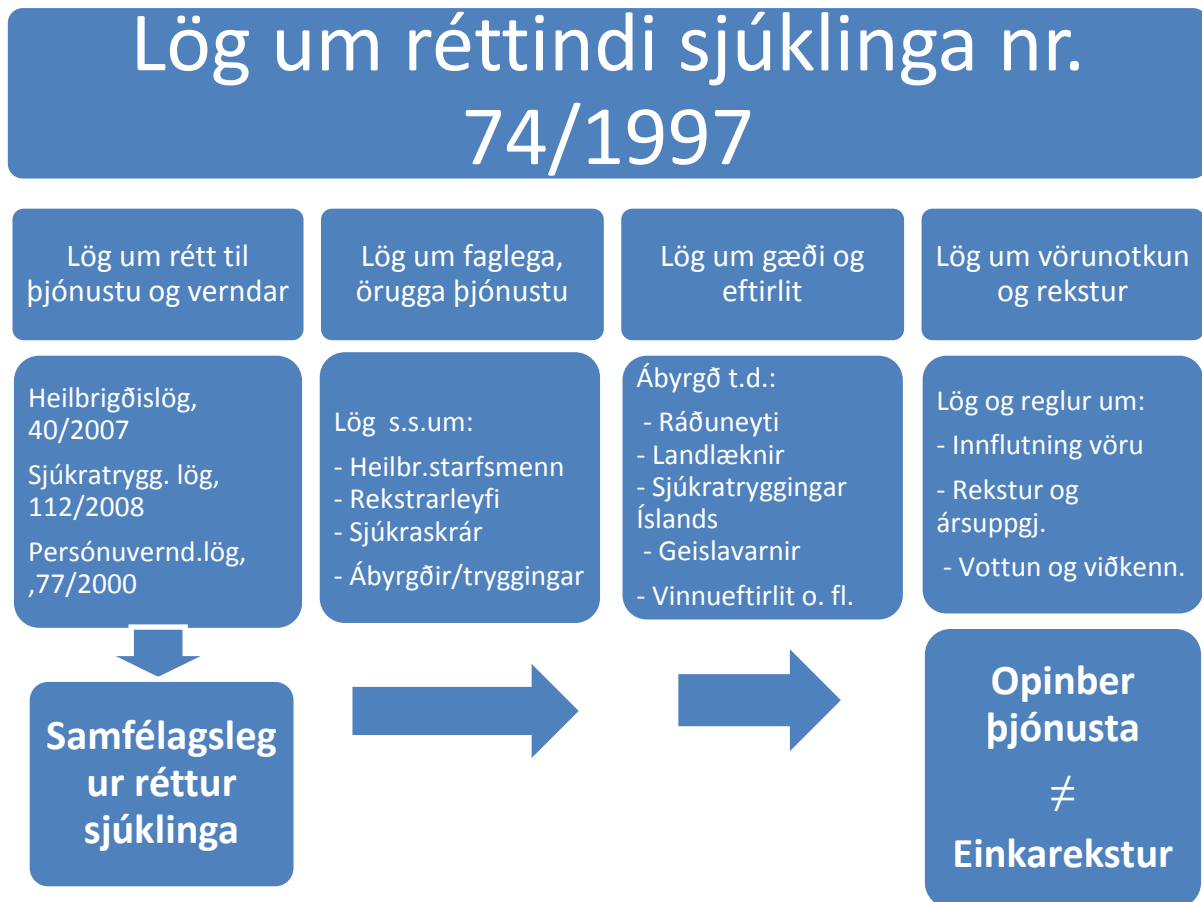
**Í þriðja lagi** telur hópurinn gildandi lög, reglur og starfshætti vera þann upphafsreit sem honum ber að vinna út frá. Því er nauðsynlegt að varpa ljósi á núverandi skipan og hvernig henni er framfylgt. Í landinu eru lög sem sett eru gagnert til að vernda rétt sjúklinga, önnur sem taka til skyldna þeirra sem þjónustu veita, og enn önnur ná til þeirra sem bera ábyrgð á framkvæmd og eftirliti með heilbrigðisþjónustunni.

**Fjórdða atriðið** sem hópurinn hefur til hliðsjónar er það að löggjöf og uppbygging heilbrigðisþjónustu hér á landi á sér oft erlendar fyrirmyndir. Stundum byggir tilhögun heilbrigðismála hér á landi á alþjóðasamningum eða tilmælum sem landsmenn hafa ákveðið að taka upp. Í öðrum tilvikum eru gagnlegar fyrirmyndir sóttar til annarra landa, svo sem þær sem taldar eru auka öryggi sjúklinga.

**Loks** taldi ráðgjafarhópurinn það líklegast til árangurs að eiga samvinnu við fjölmarga sem að heilbrigðismálum koma. Rætt var við málsvara sjúklinga, almenning, starfsfólk ráðuneyta og stofnana og veitendur þjónustunnar, einkum lækna.

## 2.2 Heildarmynd – yfirlit

Viðfangsefni hópsins má leggja upp með ýmsu móti. Ein leið er að gera það myndrænt. Á meðfylgjandi mynd er umgjörð heilbrigðismálanna felld í nokkra aðalflokka.



Í **fyrsta** dálki er vísað til nokkurra meginlaga sem lýsa hvernig þeim réttindum sem samfélagið hefur veitt almenningi er komið fyrir. Oft eru þessi lög takmarkandi í þeim skilningi að þau afmarka almenn réttindi sjúklinga og hvernig þeim skuli mætt.

Í **öðrum** dálki eru nefnd lög sem segja til um hverjir það eru sem veita heilbrigðisþjónustu en um starfsemi þeirra gilda fjölmörg lagaákvæði og opinber fyrirmæli. Mörg þessara laga taka til starfsréttinda þeirra sem þjónustuna veita.

Í **þriðja** dálki er horft til þeirra sem fara með stjórnslu í heilbrigðismálum. Það er óumdeilt að ráðherra velferðarmála og Alþingi fara með stefnumótunarvald í málaflokknum, landlæknir og ýmsir aðrir hafa veigamikil hlutverk við að tryggja að reglum sé fylgt og að heilbrigðisþjónustan uppfylli þær kröfur sem til hennar eru gerðar.

Í **fjórdða** dálki er vísað til laga sem gilda um innflutning, vörunotkun og aðföng og skyldu þeirra sem þar eiga hlut að máli. Fjölmörg önnur lög gilda um viðskiptahætti sem mörg hver eiga við um viðskipti með heilbrigðisvörur jafnt og aðrar vörur og þjónustu.

Margþætt heilbrigðisþjónusta er veitt jöfnum höndum af opinberum aðilum og einkaaðilum ein og áður er sagt. Síðar verður vikið að mismunandi vitund fólks um rétt sinn eftir því hver veitir því læknishjálp. Á þetta reyndi m.a. í svokölluðu „brjóstapúðamáli“ þar sem einkaaðili veitti tiltekna þjónustu algjörlega óháð hinu opinbera hvað kostnaðarpáttöku varðar. Hins vegar er starf hlutaðeigandi læknis háð reglum um fagmennsku og opinbert eftirlit. Hiks og óvissu varð vart hjá einstaklingum/sjúklingum, fagfólki og stjórnvöldum þegar þetta mál kom upp og spurningar vöknudu um skyldur og ábyrgð.

## 2.3 Lykilhugtök

Siðferðiskennd almennings er rík þegar kemur að heilbrigðisþjónustu og umönnun þeirra sem minna mega sín. Sú kennd á sér ekki eingöngu rætur í lögum samfélagsins, fullt eins mikið í uppeldi, viðhorfum fólks til þess hvað myndar síðaðra manna samfélag, menntun, trú manna og fleiru.

Í landslögum eru afgerandi ákvæði um rétt fólks til heilbrigðisþjónustu og um fjölmörg atriði sem varða sjúklinga. Hér á landi, og víða í nálægum löndum, eru í gildi almenn lög um réttindi sjúklinga sem færa sjúklingum og almennungi ákveðin réttindi gagnvart ríkisvaldinu og vernd gegn því að ríkisvaldið eða heilbrigðisyfirvöld í krafti stöðu sinnar og þekkingar, geti gengið á sjálfsákvörðunarrétt fólks og mannhelgi þess.

Lög um réttindi sjúklinga hér á landi eru að stofni til frá árinu 1997. Í skýringum með frumvarpinu kemur fram, að auk þess að tryggja sjúklingum ákveðin réttindi í samræmi við almenn mannréttindi og mannhelgi, er ítrekaður samfélagslegur réttur sjúklinga, þ.e. réttur til heilbrigðisþjónustu sem skuli vera sem sambærilegust og eins fullkomin og unnt er að veita á hverjum tíma. Í lögskýringum er vísað til og undirstrikaður réttur sjúklings til meðferðar og aðbúnaðar sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma. Þá er í lögum tryggt jafn réttur manna til heilbrigðisþjónustu, þ.e. skv. jafnræðisreglu stjórnarskrárinnar, en þar segir að allir skuli vera jafnir fyrir lögum og njóta mannréttinda án mismununar á grundvelli kynferðis, trúarbragða, skoðana, þjóðernisuppruna, kynþátta, litarháttar, efnahags, ætternis og stöðu að öðru leyti.

Miklu skiptir að þekkja hvað átt er við þegar hugtök eins og „sjúklingur“, „heilbrigðisþjónusta“ og „réttindi sjúklinga“ eru notuð. Það veltur mikið á skilningi fólks á þessum hugtökum þegar kemur að því að efna skyldur og verða við almennum réttindum samkvæmt lögum.

Í lögum um réttindi sjúklinga er hugtakið „sjúklingur“ skilgreint þannig að sjúklingur sé sá sem er notandi heilbrigðisþjónustunnar. Það er á engan hátt afmarkað eða takmarkað sem slíkt. Allir sem kjósa eiga rétt á að leita til heilbrigðisstarfsmanns, og þar með heilbrigðisþjónustunnar og eru því sjúklingar í merkingu laganna, samanber einnig það sem segir frekar um þetta í kafla 5.

Til að njóta réttinda til greiðslupátttöku hér á landi þurfa menn aftur á móti að vera sjúkratryggðir. Í skilningi laga um sjúkratryggingar eru sjúkratryggðir þeir sem rétt eiga á aðstoð og greiðslum. Rétturinn til sjúkratryggingar byggist á skilyrðum um búsetu, störf í utanríkisþjónustu og fleira. „Sjúklingur“ í skilningi laga um sjúkratryggingar sýnist því þrengra hugtak en í lögum um réttindi sjúklinga.

Í lögum um réttindi sjúklinga merkir hugtakið „heilbrigðisþjónusta“ allt starf sem heilbrigðisstarfsmaður innir af hendi í þágu sjúklings/einstaklings. Í lögum um sjúkratryggingar er aftur á móti sá skilningur lagður í hugtakið að „heilbrigðisþjónusta“ sé hvers kyns heilsugæsla, lækningar og hjúkrun sem veitt er í því skyni að efla heilbrigði,

fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóm og endurhæfa sjúklinga. Lögin um sjúkratryggingar leitast þannig við að skilgreina það svið sem sjúkratryggingin nær til.

Áður hefur verið sagt frá markmiði laga um réttindi sjúklinga þ.e. að tryggja almenn mannréttindi, mannhelgi og réttarstöðu sjúklinga gagnvart heilbrigðisþjónustunni. Lögin um réttindi sjúklinga eru ótvíræð hvað þetta varðar en þar segir: „Sjúklingur á rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita.“ Í athugasemdum með frumvarpi til laga um réttindi sjúklinga er lagagreinin skýrð og segir að greinin taki til þess „sem stundum eru kölluð samfélagsleg réttindi“ og hana beri að skilja þannig að sjúklingur eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er kostur á að veita. Hér birtist eiginleg takmörkun á rétti fólks til heilbrigðisþjónustu, enda fer ekki fram hjá þeim sem með fylgjast að umræða um heilbrigðismál snýst æði mikið um fjárhagslega getu ríkisvaldsins til að mæta réttindum fólks fremur en þau réttindi sem veitt hafa verið. Í vitund fólks er því eðlilegt að gæti nokkurs ósamræmis milli þeirra réttinda sem samfélagið hefur veitt því og vilja eða getu til að mæta þeim réttindum.

Fjölmörg lög önnur en lög um réttindi sjúklinga og lög um sjúkratryggingar gilda um heilbrigðisþjónustuna og er vikið að lagaumhverfinu í 5. kafla.

## 2.4 Einkarekin lækniþjónusta

Aðalviðfangsefni ráðgjafarhópsins er að draga upp mynd af einkarekinni lækniþjónustu í landinu og reyna að svara spurningunni, hvort það skipti máli fyrir sjúklinga og öryggi þeirra hvort heilbrigðisþjónusta er veitt af opinberum aðilum eða einkaaðilum.

Fyrst er þess að geta að lækningar hafa verið framkvæmdar af einkaaðilum um áratugi og er því ekki nýlunda í landinu. Hitt má til sanns vegar færa að lækningar einkaaðila hafa færest í vöxt hvort heldur það er skoðað m.t.t. fjölbreytni í lækningum, fjölda þeirra sem lækniþjónustuna veita eða þeirra fjármuna sem þannig er varið af hálfu ríkisins og sjúklinga. Allt hnígur þetta í þá átt að einkarekin heilbrigðisþjónusta, óháð því hvort ríkið tekur þátt í kostnaði sjúklinga eða ekki, kallar á meiri athygli og umræðu en verið hefur. Í 6. kafla er dregin upp fjárhagsmynd af heilbrigðisþjónustunni í heild og einkastarfseminni sérstaklega.

Um það er engum blöðum að fletta að þjónusta lækna er farin að teygja sig út fyrir skilgreiningu hugtaksins „sjúklingur“ eins og það var upphaflega hugsað í sjúkratryggingarlögum. Gott dæmi um þetta er stór hluti lýtalækninga. Heilbrigðisyfirvöld hafa dregið línu milli þeirra aðgerða sem falla undir greiðsluþátttöku sjúkratryggingar og þeirra sem liggja utan hennar sbr. reglugerð þar um. Um þetta, þ.e. greiðsluþátttökuna, er ekki ágreiningur né ríkir óvissa fyrir sjúklinga í sjálfu sér. Hitt er það að allar lýtalækningar, hvaða nafni sem nefnast, falla ótvírætt undir hugtakið „heilbrigðisþjónusta“ og ákvæði um réttindi sjúklinga.

Sjúkratryggingin var framan af hugsuð sem ákveðin þátttaka í almennum læknskostnaði. Á síðari árum hefur þetta verið að breytast. Öðrum þræði vegna þess að hugtakið „lækniverk“ hefur nú víðtækari merkingu en áður og að hinum þræðinum vegna þess að fjármunir sem ætlaðir eru til greiðsluþátttökunnar hafa minnkað að tiltölu. Nauðsynlegt hefur reynst að draga úr greiðsluþátttökunni eða jafnvel að fella hana alfarið niður í tilteknum lækniverkum. Þegar þannig er komið fer að reyna á forgangsröðun lækniverka, sem njóta greiðsluþátttöku ríkisins, og reglunnar um jafnræði til þjónustu.



### 3. Mat almennings á heilbrigðisþjónustunni

---

Með vissu millibili blossar upp umræða um öryggi sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni, einkum þeirrar sem veitt er á einkareknum læknastofum, sem og að heilbrigðisþjónustan mismuni fólki eftir efnahag. Ráðgjafarhópurinn ákvað að reyna að meta gildi þessa út frá tiltækum gögnum og með sjálfstæðri athugun fremur en eftir því sem má kalla „tilfallandi atvikum“. Hér voru ýmsar leiðir farnar til þess að renna stoðum undir hvað er raunverulegt í þessu efni.

#### 3.1 Viðhorfsmæling Capacent

Leitað var viðhorfa almennings til nokkura atriða sem varða heilbrigðisþjónustuna með spurningum sem Gallup lagði fyrir slembiúrtak fólks í apríl 2012.

Niðurstöðurnar eru í meginatriðum þær að um 75% aðspurðra bera mikið eða frekar mikið traust til lækna og tannlækna (milli lækna og tannlækna er nánast enginn munur og því fjallað um báða hópana í senn). Einungis 8–9% aðspurðra bera lítið traust til starfa þeirra. 16–17% hafa ekki skoðun á málinu.

Spurt var hvort fólk beri traust til heilbrigðisþjónustunnar eins og hún er nú veitt í landinu. Eftirtektarvert er að 56% svara því játandi, tæp 25% aðspurðra gera ekki upp hug sinn til þessa og 19% segjast bera lítið traust til heilbrigðisþjónustunnar. Hér er ekki gerður greinarmunur á starfsemi opinberra stofnana eða einkarekinna, heldur verið að spyrja um þjónustuna í heild. Aðrar skoðunarkannanir Gallup hafa bent til þess að hlutfallið sé nokkru hærra þegar spurt hefur verið um til hvaða stofnana og þjónustupátta hins opinbera almenningur ber mest traust. Þar hafa lögreglan og Háskóli Íslands jafnan notið mikils trausts og heilbrigðisþjónustan hefur notið trausts um 75% þeirra sem spurðir hafa verið.

Í samhengi við ofangreint liggur beint við að spyrja hvort almenningur þekki réttindi sín þegar kemur að því að leita til heilbrigðisþjónustunnar. Svörin skiptust nokkurn veginn í þrjá jafna flokka; þá sem töldu sig þekkja rétt sinn (37%), þá sem svöruðu hvorki né (35%) og þá sem svöruðu því einfaldlega til að þeir geri það ekki (28%).

Í framhaldinu var spurt hvort menn telji réttindi sín mismunandi eftir því hvort leitað er til opinberra stofnana eða á einkarekna læknastofur. Um fjórðungur aðspurðra (25%) taldi mikinn mun á réttindum eftir því hvort leitað er til opinberra stofnana eða einkaaðila, 44% töldu nokkurn mun og 32% töldu ekki mun á rétti sínum. Annað verður tæpast ráðið af þessu en að almenningur telji réttarstöðu sína mismunandi eftir því hvert hann leitar og hver veitir honum þjónustu.

Leitað var svara við því hvort fólk teldi að sjúkdómatryggingar veittar af tryggingafélögum skipti máli. Svárið er afgerandi því 66% svarenda töldu svo vera en 20% töldu það ekki. Aðrir voru óvissir.

Þá var spurt hvort almenningur treysti því eftirliti sem haft er með heilbrigðisþjónustunni. Athyglisvert er að einungis 37% aðspurðra töldu svo vera, 28% töldu ekki á færi sínu að dæma um efnið og 35% báru lítið traust til eftirlitsins. Þessar niðurstöður eru umhugsunarverðar og hvetur ráðgjafarhópurinn ráðuneytið til að rannsaka þennan þátt frekar.

Óljós vitund almennings um réttindi sín er umhugsunarefni og bendir til vanþekkingar. Yfirvöld hafa haldið því fram að réttur sjúklinga sé hinn sami, óháð því hvort sjúklingur leitar til læknis á einkastofu þar sem samningar við SÍ eru í gildi, eða á opinbera heilbrigðisstofnun, s.s. heilsugæslustöð eða sjúkrahús. Viðhorf almennings virðist annað og með afar skýrum hætti kemur fram að viðhorf fólks til einkatrygginga vegna slysa- og sjúkdóma, er að þær



skipti máli. Hér ber allt að sama brunni; annað tveggja þekkir fólk ekki rétt sinn í sjúkra- og almannatryggingum landsins eða að þær tryggingar eru taldar það rýrar að kaup á viðbótartryggingum séu ákjósanleg.

### 3.2 Viðhorf samtaka sjúklinga og sjálfstæðar athuganir

Leitað var álits sjúklingasamtaka á málefnum sem varða réttindi, aðgengi og fleira sem kemur að upplifun sjúklinga á heilbrigðiskerfinu. Í apríl 2012 var sent bréf til allra þekktra samtaka sjúklinga, alls 80 félaga með 13 spurningum. Svör bárust frá um fjórðungi félaganna. Félögin sem svöruðu eru ólík að gerð og stærð, allt frá fámennum félögum sem verja hagsmuni fólks með einstakan sjúkdóm, upp í stór regnhlífarsamtök, svo sem Öryrkjabandalagið og Sjálfsbjörgu. Svörin gefa vísbendingu um álit stórra sjúklingahópa til nokkurra veigamikilla þátta heilbrigðisþjónustunnar.

Það er einróma álit sjúklingasamtakanna (yfir 90%) að það skorti mjög á þekkingu fólks um hver sé réttur sjúklinga, bæði almennt og hvað sjúkratryggingar snertir. Aðgengilegar upplýsingar eru taldar skorta. Þá þykja reglur um sjúkratryggingar ríkisins fyrir einstakra sjúklingahópa oft flóknar og jafnvel ósveigjanlegar. Bent var á að gagnlegt væri að gera samantekt um rétt einstakra hópa og hafa aðgengilega fyrir þá sem málið varðar úti í samfélaginu.

Hvað varðar óvissu, þegar leitað er til heilbrigðisþjónustunnar, segja yfir 90% aðspurðra hana vera til staðar en ástæður eru nokkuð háðar eðli sjúkdóms eða ástands sjúklings og því mismunandi. Kvartað er undan versnandi aðgengi að sérstökum sérfræðingahópum, of þröngum viðmiðum fyrir þá þjónustu sem í boði er, þekkingarskortir hjá fagfólki á vissum sjúkdómum, of takmörkuðum aðgangi að endurhæfingu og einnig segja mörg samtök að kostnaður við þjónustu sérfræðinga valdi þeim áhyggjum. Í tengslum við þetta kom fram að mikill áhugi er á að koma á fót embætti umboðsmanns sjúklinga.

Það er eindregin skoðun samtakanna (90%) að aðgengi að þjónustu hafi versnað vegna aukins kostnaðar og fækkunar sérfræðinga. Þetta fer þó nokkuð eftir því við hvaða vandamál/sjúkdóm er að etja. Greinilegt er að aðgengi að þjónustu versnar þegar langvarandi sjúkdómar eiga í hlut og sérstaklega kemur fram að búseta á landsbyggðinni valdi erfiðleikum í þessu sambandi.

Málsvarar sjúklingasamtakanna gera ekki mikinn mun á gæðum einkarekinnar og opinberrar þjónustu þó að nefnt sé að þjónustan geti verið betri hjá einkaaðilum. Aðaláhbyggjuefnið er kostnaðurinn þar sem einkarekna þjónustan er sjúklingum dýrari. Almennt hafa sjúklingar áhyggjur af síaukinni greiðsluþátttöku sem og hækkun gjaldskrár sérfræðinga.

Þau samtök sem svöruðu spurningunni um gildi einkatrygginga eru sammála um að að einkatryggingar nái ekki til þeirra hópa sem þjást af alvarlegum eða langvinnum sjúkdómum enda flestar hverjar stílaðar inn á heilbriggt fólk, áþekkt og líftryggingar.

Stuðningur sjúklingasamtaka er eindreginn við að koma á samræmdri rafrænni sjúkraskrá. Mikil hagræðing muni verða af því, en að gæta þurfi fyllsta öryggis í rekstri hennar. Varðandi eftirlit með þjónustunni voru um 75% svarenda á því að það mætti bæta og að því væri ábótavant. Ýmsar hugmyndir komu fram svo sem að auka þyrfti aðgang Embættis landlæknis að upplýsingum, styrkja þyrfti eftirlit með skráningu heilsufarsupplýsinga og bæta verklagsreglur. Sú skoðun kom fram að kanna mætti meðal landsmanna hvað betur megi fara í þjónustunni. Fjölmiðlaumræða eins og sú sem var um „brjóstapúðamálið“, var talin valda óöryggi hjá fólki og rýra traust fólks til heilbrigðiskerfisins.

Hjá sjúklingasamtökum voru skiptar skoðanir um hvort viðunandi upplýsingar væru gefnar um áhættu, kosti og galla vegna „ígræddra“ hluta til lækninga s.s. gangráða, tannfyllinga og brjóstapúða. Hjá þeim sjúklingahópum þar sem ígræðanlegir hlutir standa til boða skiptist nokkuð jafnt hvort talið var að upplýsingar væru nægjanlegar eða ekki. Hjá þeim sem töldu sig fá ónógar upplýsingar var nefnt að bæta mætti um betur og í einstaka tilfellum væri ástandið alls ekki gott. Gott væri að skriflegt efni á íslensku liggi jafnan fyrir þannig að fólk geti myndað sér skoðun og tekið ákvörðun áður en aðgerð fer fram.

Þegar samtökin voru innt eftir því, hvort þau hefðu næg áhrif á stjórnvöld og hvort samtökin ættu e.t.v. að hafa skilgreint hlutverk á sviði fræðslu, forvarna og eftirlits, taldi um helmingur svarenda sín samtök ekki hafa næg áhrif á ráðamenn, þrátt fyrir góðan vilja. Stærri samtökin telja sig jafnan hafa meiri rétt. Ekki er til opinber regla eða skilgreining á hlutverki sjúklingasamtaka en sumir svarenda töldu að slíkt gæti verið til bóta. Önnur sögðust þekkja nægilega vel þarfir sinna félagsmanna og að aukið fjármagn og mannaflí væri það sem mest skorti.

Svörin sýna að upplýsingagjöf til sjúklinga og aðstandenda um stöðu og réttindi þeirra er ábótavant.

Loks er þess að geta að viðhorfs- og þjónustukannanir hafa verið gerðar við undirbúning lagasetningar og iðulega á einstökum heilbrigðisstofnum. Gerð var landskönnun á vegum HÍ, landlæknis og Lýðheilsustöðvar um viðhorf almennings til heilbrigðisþjónustunnar í aðdraganda setningar nýrra heilbrigðislaganna 2007.

Niðurstaða athugunarinnar var sú að aðspurðir töldu að sjúkrahús, heilsugæsla, hjúkrunarheimili og heimaþjónusta, sem og tannlækningar barna, ættu að meginhluta til að vera rekið af hinu opinbera. Aftur á móti sé heppilegt að læknaströf, endurhæfingarmiðstöðvar og tannlækningar séu að jöfnu rekna af opinberum aðilum og einkaaðilum. „Almennt benda niðurstöðurnar til að íslenskur almenningur styðji hið félagslega heilbrigðiskerfi Íslendinga“ eins og höfundar segir í lokaorðum skýrslunnar.

### 3.3 Kvartanir og kærur sjúklinga

Almenningur getur leitað réttar síns eftir nokkrum leiðum telji hann á sér sé brotið.

Fyrst ber að nefna að iðulega koma sjúklingar áhyggjum sínum og athugasemdum á framfæri við stjórnendur þeirra stofnana sem veita þeim þjónustu. Getur það ýmist verið skriflega eða munnlega. Á því stigi leysast fjölmörg álitamál en vissulega ekki öll.

Næst er að nefna að samkvæmt lögum um landlækni frá 2007 er heimilt sbr. 12. gr. að beina formlegri kvörtun til hans vegna meintrar vanrækslu og læknastaka. Sjúklingum og almenningi er einnig heimilt að bera fram formlega kvörtun við landlækni telji þeir að framkoma heilbrigðisstarfsmanna hafi verið ótilhlýðileg. Kvörtun á að vera skrifleg og tilefni hennar skal koma skýrt fram. Heimilt er að kæra málsmeðferð landlæknis til ráðherra telji hlutaðeigandi að skýringar og svör hans séu ófullnægjandi. Loks geta sjúklingar leitað réttar síns fyrir dómstólum. Hér skal gerð stutt grein fyrir því hvernig þessar málsskotsleiðir almennings eru nýttar því það gefur einnig vísbendingu um skoðun fólks á heilbrigðisþjónustunni.

Árin 2005–2010 var fjöldi formlegra kvartana til landlæknis árlega á þriðja hundrað.

Þegar t.d. árið 2009 er skoðað sést að algengustu kvartanirnar, eða um þriðjungur, er vegna rangrar eða ófullnægjandi meðferðar. Næst mest er kvartað undan aðgengi að heilbrigðisþjónustu, sjúkraskráningu, ófullnægjandi eftirliti, samskiptaörðugleikum við

*heilbrigðisstarfsmenn, útgáfu læknisvottorða og rangri sjúkdómsgreiningu. Nokkru færri kvartanir eru um ófullnægjandi upplýsingar, trúnaðarbrot, að heilbrigðisstarfsmaður fari út fyrir verksvið sitt og áfengis- eða lyfjanotkun þeirra. Örfá dæmi eru um kvartanir vegna örorkumats og skottulækninga.*

Um þriðjungur allra kvartana lendir í óskilgreindum flokki. Hér er allt milli himins og jarðar sem ekki verður flokkað með skýrum hætti til meginflokka.

Eftirtektarvert er að álíka margar kvartanir berast vegna starfsemi Landspítala og stofa í einkarekstri en kvartanir vegna heilsugæslunnar eru heldur færri. Þetta getur bent til þess að oftast sé tilefni til að kvarta undan þeirri þjónustu sem veitt er utan hins opinbera kerfis.

Meðferð mála hjá landlækni er mismunandi eftir því hve alvarlegar kvartanirnar eru en það veltur á mati landlæknis hverju sinni. Alvarlegasta aðgerð af hans hálfu er að leggja til við velferðarráðherra að viðkomandi heilbrigðisstarfsmaður sé sviptur starfsleyfi. Sjaldgæft er að til þessa komi. Svipting starfsleyfis hefur verið frá engri og upp í tvær á ári, 2005–2010.

Vægari aðgerð landlæknis er þegar heilbrigðisstarfsmanni er veitt lögformleg áminning í framhaldi af kvörtun og hefur því úrræði verið beitt einu til fjórum sinnum á ári, 2005–2010. Þá getur landlæknir komið með aðfinnslu við tiltekið mál og hafa þær orðið yfir 30 á ári. Loks er vægasta aðgerð embættisins að veita ábendingu um það sem betur má fara en þær hafa verið upp undir 70 árlega.

Langstærstur er flokkurinn „engin aðgerð“, þ.e. mál sem eiga heima annars staðar eða eru látin niður falla af einhverri ástæðu. Þessi mál eru 100 til 150 árlega. Í þann flokk fara m.a. þau erindi sem send eru til úrlausnar hjá heilsugæslunni þar sem lækningaforstjóra ber að fylgja málinu eftir.

Athugað var í hve miklum mæli sjúklingar kæra málsmeðferð landlæknis til ráðherra. Samkvæmt núgildandi reglum getur landlæknir og hlutaðeigandi einstaklingur skotið ágreiningi til verðferðarráðherra til úrskurðar. Samkvæmt upplýsingum ráðuneytisins er sjaldgæft að málum sé skotið þangað til úrskurðar. Á þriggja ára tímabili, þ.e. 2009–2011, var 32 málum vísað til ráðuneytisins. 14 þeirra voru vegna læknastaka og málsmeðferðar við umfjöllun þeirra, í 14 tilvikum var ástæðan synjun starfsleyfis þess sem um sótti og afgangurinn var vegna sjúkraskráa og útgáfu læknisvottorða.

## 4. Viðhorf til heilbrigðismála breytast

---

Marktækar breytingar eru greinanlegar á veigamiklum þáttum heilbrigðisþjónustunnar á síðari árum. Tekur þetta bæði til þess hvernig þjónusta er veitt, getu samfélagsins til að veita þjónustu, framfara í lækningum og á viðhorfum almennings/sjúklinga til þjónustunnar. Þegar horft er fram á við þarf að hafa þróunina að undanförunu í huga.

Ráðgjafarhópurinn álitur að sérstaklega beri að vekja athygli á fáeinum atriðum sem kunna að móta viðhorf okkar og væntingar til heilbrigðisþjónustunnar á næstu misserum og árum. Sú sýn sem hér er sett fram um viðhorfs- og samfélagsbreytingar er að einhverju leyti afsprengi stjórnmálanna en líklega þó fremur vegna strauma í menntun fólks, tækniframförum og efnahag.

### 4.1 Sjónarmið sjúklingsins

Þekking sjúklinga og almennings á heilbrigði og sjúkdómum fer hratt vaxandi og breytir þeirri yfirburða þekkingarstöðu sem heilbrigðisstarfsmenn hafa haft. Á þessu örlar nú þegar vegna þess greiða aðgangs sem Netið veitir að upplýsingum. Margir, en þó ekki allir, sjúklingar verða því viðræðuhæfir um eðli veikinda sinna og þá meðferð sem best er talin hæfa. Vel má segja að þessi þróun mun hvetja og krefjast þess að heilbrigðisstarfsmenn þurfi að standa skrefinu framár. Hér kemur að auki til réttur fólks til þess að vera upplýst og þátttakandi í allri meðferð. Með nútíma tækni er auk þess hægt að dreifa þekkingu og reynslu til annarra með mjög einföldum og hraðvirkum hætti.

Sjúklingar krefjast þátttöku í eigin lækningum og eiga rétt á því. Hér á landi, áþekkt og í nágrannalöndunum, hefur þróunin verið frá leynd um heilsu einstaklingsins til upplýstrar, sameiginlegrar umfjöllunar um veikindi og úrræði. Þessari þróun hefur að mörgu leyti verið mætt með löggjöf og með menntun heilbrigðisstarfsmanna þar um. Óöryggis gætir aftur á móti um hverjir og hvernig megi nota heilbrigðisupplýsingar samanber svokallað „brjóstapúðamál“. Ekki er óhugsandi að sjúklingar verði enn næmari fyrir rétti sínum, hvað upplýsingar varðar og notkun þeirra, en nú er. Vel getur komið til þess að sjúklingar muni þurfa að staðfesta með formlegum hætti þá meðferð sem þeim er veitt og hvernig fara megi með upplýsingar um heilsufar þeirra. Koma þarf í veg fyrir að heilsufarsupplýsingar um einstaklinga verði gerðar að upplýsingaveitu um óskyld málefni, s.s. um tekjuskráningakerfi heilbrigðisstarfsmanna, eins og nýleg dæmi eru um.

Beint samhengi er milli lífshátta og heilbrigðisþjónustu. Flest, ef ekki öll vestræn ríki, standa frammi fyrir því að lífshættir fólks hafa breyst og munu halda áfram að breytast. Afleiðingar þessa eru að sjúkdómar verða aðrir og meðferð þeirra gerir nýjar kröfur til heilbrigðisþjónustunnar. Almenningsur telur sig eiga jafnan rétt til heilbrigðisþjónustu óháð því hvort hann er að einhverju leyti sjálfur valdur að þeim sjúkdómum sem á hann herja eða þeir eiga sér aðrar orsakir.

Enn annar þáttur sem mótast heilbrigðisþjónustuna er bættur efnahagur almennings. Óumdeilt er að bættur efnahagur leggur nýjar kvaðir á heilbrigðisþjónustuna. Einstaklingar krefjast betri aðbúnaðar og þjónustu þegar afkoma fólks batnar. Margir eru fúsir að leggja aukna fjármuni í að bæta eigin heilsu ýmist í formi fyrirbyggjandi aðgerða, s.s. líkamsræktar og í breyttu mataræði, og einnig að „kaupa“ forgang eða greiða fyrir heilbrigðisþjónustu að hluta til eða fullu verði. Með vaxandi tekjumun eru allar líkur á að það dragi í sundur með fólki hvað varðar þá heilbrigðisþjónustu það leitar eftir. Við þessum staðreyndum þarf að bregðast.

## 4.2 Samfélagið og einkenni þess

Þróunin á Vesturlöndum á síðari árum hefur verið sú að einstaklingshyggja hefur vaxið á kostnað félagshyggju. Krafa almennings, þ.m. sjúklinga, um val og sjálfsákvörðun er gjörbreytt frá því sem áður var. Einstaklingurinn er uppteknari af eigin stöðu og réttindum í samfélaginu heldur en hver staða fjöldans er. Hvað heilbrigðisþjónustuna áhrærir vill almenningur eiga val um stofnanir og heilbrigðisstarfsmenn sem hann getur leitað til. Hvers vegna að leita til stofnunar eða samningsbundins læknis þar sem bið eftir þjónustu er meiri en góðu hófi gegnir ef þú getur keypt sambærilega þjónustu annars staðar? Það er því ekki aðeins valið sem skiptir máli heldur einnig biðin eftir þjónustu því þolinmæði sjúklinga gagnvart bið hefur án nokkurs efa minnkað. Vel má vera að umburðarlyndi almennings og sjúklinga, sérstaklega gagnvart opinberri heilbrigðisþjónustu, ráðist töluvert af því hvaða tryggingu hægt er að veita um biðtíma eftir þjónustu. Krafa á hið opinbera er að öllum líkindum önnur og þyngri í þessu efni heldur en á einkareknu heilbrigðisþjónustuna.

Annað sem einkennir samfélagið er þverrandi einsleitni. Samfélagshópar verða sýnilegri út frá þjóðerni, félagslegri stöðu og bakgrunni, trúarbrögðum og efnahag heldur en áður. Það er fyrst á síðari árum sem þetta er farið að setja mark sitt á heilbrigðisþjónustuna hér á landi þó að svo hafi verið erlendis um árabíl. Full ástæða er til að ætla að þessi þróun verði enn sýnilegri á komandi árum.

Samfélagið í heild, líkt og einstaklingurinn, stendur frammi fyrir afleiðingum breyttra lífshátta með ýmsum hætti. Svokallaðir lífsstílssjúkdómar vekja eðlilega upp spurningar um ábyrgð einstaklingsins annars vegar og samfélagsins hins vegar. Í huga almennings, þ.e. skattgreiðandans, vaknar spurningin um einstaklingsábyrgð á lífi og heilsu. Fyrir fáum áratugum var meira og minna óumdeilt að veikindum fólks var mætt á félagslegum grunni, þ.e. samfélagið fann til skyldu sinnar. Nú eru breyttir tímar og hegðun og gerðir sumra einstaklinga vekja spurningar um eigin ábyrgð og samfélagslega ábyrgð.

Þá er að geta alls er lýtur að forvörnum og fyrirbyggjandi aðgerðum gegn alvarlegum sjúkdómum. Með forvörnum er í reynd höfðað til ábyrgðar fólks á eigin hegðun, yfirleitt með upplýsingum og dæmum. Viðurkennt er að forvarnir hafa áhrif til að sveigja til lífshætti fólks. Hitt er það að markmið forvarna geta hæglega stangast á við önnur gildi sem fólk metur mikils. Hér má t.d. nefna mataræði.

Loks skal nefna áleitnið efni; hvernig á að bregðast við kröfunni um leit að sjúkdómum í fyrirbyggjandi tilgangi? Víða um lönd hefur fyrirbyggjandi leit beinst að tilteknum sjúkdómum s.s. krabbameini og hjartasjúkdómum. Hér á landi er þrýst á um að þessi þáttur forvarna, ef svo má segja, verði aukinn. Dæmi þar um er leit að ristilkrabbameini. Gildi fyrirbyggjandi leitar er umdeilt meðal fagfólks. Á móti kemur krafa almennings um að geta fengið þessa þjónustu. Samfélagið hlýtur að hafa þá afstöðu að það tekur ekki þátt í kostnaði við fyrirbyggjandi leit, hverju nafni sem nefnist, nema sýnt hafi verið fram á ótvírætt gildi hennar. Um þetta þarf vart að deila. Hitt er umdeilanlegra hvort verja eigi takmörkuðum fjármunum til þessara verka umfram það sem þarf til að veita góða lækningu og umönnun fólks vegna sjúkdóma. Kjarni málsins er að væntingar fólks og krafa um að geta fengið „skoðun“ er einn þáttur í þróun heilbrigðisþjónustunnar og hingað til höfum við ekki komið okkur saman um hvort og hvernig við viljum skipuleggja og kosta þessa starfsemi.



## 5. Lög um réttindi sjúklinga, heilbrigðisþjónustu og fleira

### 5.1 Réttur sjúklinga til heilbrigðisþjónustu

Lög nr. 74 frá 1997 eru hryggjarstykkið í því lagaverki sem snýr beint að rétti sjúklinga. Þar er að finna afgerandi ákvæði um rétt almennings til heilbrigðisþjónustu og til fjölmargra þátta sem varða sjúklinga. Þessi lög færa sjúklingum ákveðin réttindi gagnvart ríkisvaldinu og vernd gegn því að ríkisvaldið eða heilbrigðisyfirvöld, í krafti stöðu sinnar og þekkingar, geti gengið á sjálfsákvörðunarrétt fólks og mannhelgi þess. Í 1. gr. laganna segir: „Markmið laga þessara er að tryggja sjúklingum tiltekin réttindi í samræmi við almenn mannréttindi og mannhelgi og styrkja þannig réttarstöðu þeirra gagnvart heilbrigðisþjónustunni og styðja trúnaðarsambandið sem ríkja ber milli sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna“. Í athugasemdum með frumvarpinu er auk þess ítrekaður samfélagslegur réttur sjúklings og endurspeglast sú stefnumótun í 1. mgr. 3. gr. laganna en þar segir: „Sjúklingur á rétt á fullkomnu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita.“ Þessu er fylgt eftir í lagatexta og í greinargerð með þeim orðum að sjúklingur eigi rétt til meðferðar og aðbúnaðar sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma.

Sjúklingur er í lögnum skilgreindur sem hver sá sem nýtir sér heilbrigðisþjónustuna, sama í hvaða skyni það er og sama hvert greiðslufyrirkomulagið er. Sá sem leitar t.d. eftir lýtalækningu er þannig sjúklingur í skilningi laganna og nýtur samfélagslegra réttinda þó hann hafi greitt fyrir þjónustuna úr eigin vasa.

Í lögnum er tekið skýrt fram, að sjúklingur á rétt á upplýsingum um eigið heilsufar og um fyrirhugaða meðferð, ef og þegar til hennar kemur. Einnig er tekið fram að sjúklingi sé heimilt að hafna meðferð, kjósi hann svo. Það má gagnálykta frá þessu ákvæði á þann veg að sjúklingur geti óskað eftir tiltekinni meðferð, enda sé hún í samræmi við viðurkennda læknisfræði. Þetta kann að vekja upp siðferðislegar spurningar um hversu langt skuli ganga, ef sjónarmið sjúklings og læknis fara ekki saman í þessu efni. Um það efni er vísað til hugleiðinga ráðgjafarhópsins í kafla 9.2 og niðurlagsákvæða þess kafla.

12. gr. fjallar um trúnaðar- og þagnarskyldu starfsmanna í heilbrigðisþjónustu og er þar lögð rík skylda á starfsmenn að gæta fyllstu þagmælsku um allt það sem starfsmaður kemst að um heilsufar sjúklings, ástand hans, batahorfur hans og upplýsingar sem starfsmaður kann að fá eða komast að um persónulega hagi sjúklings. Þessi trúnaðar- og þagnarskylduákvæði eru svo ítrekuð í lögum nr. 55 frá 2009 um sjúkraskrár og í lögum nr. 34 frá 2012 um heilbrigðisstarfsmenn og liggja þung viðurlög við að brjóta þessi fyrirmæli. Af þessu er ljóst að löggjafinn leggur mikla áherslu á að virða skuli trúnað við sjúkling. Skýtur því skökku við þegar yfirvöld ganga sjálf fram fyrir skjöldu til að afla upplýsinga um einstaka sjúklinga í því skyni að varpa ljósi á atriði sem ekki varða í raun heilsufarsupplýsingar viðkomandi.

Loks þykir ástæða til að geta þess að réttur sjúklings (almennings) til að kvarta eða gera athugasemdir vegna meðferðar er tryggður með lögnum og er lögð leiðbeiningarskylda á heilbrigðisstarfsmenn gagnvart sjúklingum, eða eftir atvikum, vandamönnum þeirra. Sjúklingur á rétt á að bera upp kvörtun við stjórnendur heilbrigðisstofnunar og kvartanir og kærur við landlækni ef svo ber undir, sem og á rétt á skriflegu svari.

### 5.2 Lög um sjúkratryggingar

Lög nr. 112 frá 2008 um sjúkratryggingar eru í senn yfirlýsing um almanna-tryggingar/sjúkratryggingar í landinu og fyrirmæli um hvernig fara skuli með og framkvæma skyldur þeim tengdar. Frumvarp um sjúkratryggingar frá 2008 byggðist á stefnuyfirlýsingu þáverandi ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingar en þar sagði m.a.:

„Kostnaðargreina á heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgir sjúklingum. Þannig fái heilbrigðisstofnanir fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag.“

Í greinargerð með frumvarpi um sjúkratryggingar (síðar lög nr. 112/2008) er kveðið á um þau réttindi sem lögunum er ætlað að tryggja. Segir þar:

„...í lagafrumvarpi þessu (er) mælt með skýrum hætti fyrir um réttindi einstaklinga á Íslandi til að njóta sjúkratrygginga og þar með heilbrigðisþjónustu og annarrar aðstoðar sem greiðist úr ríkissjóði. Þá er í frumvarpinu kveðið á um hvernig staðið skuli að samningum um heilbrigðisþjónustu og endurgjald ríkisins fyrir heilbrigðisþjónustu.“

Þó að aðaltilgangur laganna sé að skipta verkefnum milli Sjúkratrygginga Íslands (SÍ) og Tryggingastofnunar ríkisins er einnig að finna afgerandi afstöðu til þess grundvallarsjónarmiðs sem á að gilda í öllu starfi SÍ og kemur fram í 1. gr. laganna. Þar stendur:

„Markmið laga þessara er að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag, svo sem nánar er kveðið á um í lögum þessum og í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.“

Jafnframt er markmið laga þessara að stuðla að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni heilbrigðisþjónustunnar og hámarksgæðum hennar eftir því sem frekast er unnt á hverjum tíma. Þá er markmið laga þessara að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónuðu og kostnaðargreina heilbrigðisþjónustu.“

Í athugasemdum með 1. gr. er efni 1. mgr. skýrt nánar. Þar segir orðrétt: „Í núgildandi lögum um almannatryggingar er ekki að finna ákvæði um hvert markmið sjúkratrygginga sé og er 1. gr. frumvarpsins ætlað að bæta hér úr. Í 1. mgr. greinarinnar segir að markmið laganna sé að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði. Aðstoðin getur verið hvort heldur er í formi veittrar heilbrigðisþjónustu, annarrar aðstoðar eða bóta sem greiddar eru í peningum. Jafnframt er kveðið á um það markmið laganna að tryggja sjúkratryggðum jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu, óháð efnahag. ... Ákvæðið er þó ekki þess eðlis að unnt sé að byggja á því sjálfstæðan rétt til aðstoðar af tilteknu tagi, enda eru úrræði heilbrigðisyfirvalda til að afla sjúkratryggðum umsaminnar heilbrigðisþjónustu ávallt að stórum hluta háð fjárveitingum til málaflokksins samkvæmt ákvörðunum löggjafans í fjárlögum hverju sinni. Heilbrigðisyfirvöld hafa, eins og önnur stjórnvöld landsins, á hverjum tíma skyldu til að gæta þess að kostnaður við veitingu þjónustu sé innan þess fjárlagaramma sem þar er markaður.“

Um 2. mgr. 1. gr. segir í greinargerð: „Samkvæmt 2. mgr. er það jafnframt markmið laganna að stuðla að hagkvæmum rekstri heilbrigðisþjónustu, bæði rekstrarlega séð og í þjóðhagslegu samhengi, og hámarksgæðum hennar eftir því sem frekast er unnt á hverjum tíma. Þá er það markmið laganna að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna. Vísast til almennra athugasemda við frumvarp þetta til nánari skýringa en þar kemur fram að í frumvarpinu er gert ráð fyrir að unnið verði að þessu markmiði með því að skilja milli greiðanda og veitenda þjónustunnar og koma þar með á fyrirkomulagi „kaupanda“ og „seljenda“ eins og tíðkast í ýmsum nágrannalöndum okkar.“

Ákvæði laga um sjúkratryggingar verða naumast skilin á annan veg en þann að þau skerpa rétt almennings/sjúklinga til heilbrigðisþjónustu, sem yfirvöld skuldbinda sig til að tryggja, en



þó með fyrirvara um fjármagn til ráðstöfunar. Aðrar takmarkanir á rétti sjúklinga verða ekki ráðnar af lögunum.

Fyrirferðarmest að efni til í sjúkratryggingalögunum er sú ákvörðun löggjafans að efla hlutverk sitt sem ábyrgðaraðila þess að heilbrigðisþjónusta sé veitt á hagkvæman og skilvirkan hátt. Í greinargerð með frumvarpinu segir um það atriði: „... Þá er stefnt að því að styrkja hlutverk hins opinbera sem kaupanda heilbrigðisþjónustu með uppbyggingu þekkingar og faglegrar aðferðafræði við samningagerð um kaup á heilbrigðisþjónustu. Þá er frumvarpinu ætlað að tryggja að fjármagn fylgi sjúklingum og að greiðslur ríkisins til veitenda heilbrigðisþjónustu séu í samræmi við þörf og fjölda verka. Jafnframt er það markmið frumvarpsins að stuðla að hagkvæmum rekstri heilbrigðisþjónustu og hámarks-gæðum hennar eftir því sem frekast er unnt á hverjum tíma, í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.“

Markmiðið með fjárhagslegri stýringu innan heilbrigðiskerfisins virðist vera að tryggja öllum landsmönnum bestu þjónustu heilbrigðiskerfisins með óheftum aðgangi og óháð efnahag og að því verði helst mætt með því að tryggja hagkvæman rekstur heilbrigðisstofnana og að þjóðhagslegur hámarksávinningur verði af rekstri heilbrigðiskerfisins með forgangsröðun og útgjaldastýringu.

Í greinargerð frumvarpsins segir orðrétt um þetta mál: „Í lagafrumvarpi þessu er ... mælt fyrir um hvernig ráðherra geti með skipulögðum hætti nýtt þær valdheimildir sem hann hefur samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu og hvernig umboði hans til þeirra hluta skal fyrir komið innan heilbrigðiskerfisins. **Það samskiptaform sem gert er ráð fyrir í frumvarpinu felur í sér samninga við alla þjónustuaðila innan heilbrigðiskerfisins þar sem nánar er samið um endurgjald fyrir tiltekna þjónustu, magn hennar og gæði. Með öðrum orðum er lagafrumvarpi þessu ætlað að styrkja möguleika ráðherra til að framfylgja stefnu sinni, stýra heilbrigðiskerfinu og taka ákvarðanir um skipulag þjónustunnar, hvort heldur ríkisstofnanir, einkaaðilar, sjálfseignarstofnanir eða sveitarfélög eiga í hlut.** Frumvarpið gerir ráð fyrir að undir öllum kringumstæðum skuli ákvörðun um gerð samninga fyrst og fremst byggð á hlutlægum og málefnalegum forsendum þar sem tekið er tillit til ákvæða laga um heilbrigðisþjónustu og faglegra sjónarmiða svo sem hæfni, gæða, rekstrar- og þjóðhagslegrar hagkvæmni, kostnaðar, öryggissjónarmiða, viðhalds nauðsynlegrar þekkingar og jafnræðis. Frumvarpið er þannig til þess fallið að skapa faglegan ramma um framkvæmd þeirra heimilda sem ráðherra hefur nú þegar samkvæmt lögum til að kaupa heilbrigðisþjónustu og koma þannig í veg fyrir að þessum heimildum sé beitt með tilviljanakenndum og ógagnsæjum hætti.“

Í skilningi laga nr. 112 frá 2008 um sjúkratryggingar eru þeir sjúkratryggðir sem rétt eiga á aðstoð og greiðslum samkvæmt lögunum. Í III. kafla laganna segir að: „Sjúkratryggingar taki til heilbrigðisþjónustu og annarrar aðstoðar sem ákveðið hefur verið með lögum þessum, reglugerðum settum samkvæmt þeim eða samningum að veita á kostnað ríkisins eða með greiðsluþátttöku ríkisins.“ Rétturinn til að njóta sjúkratrygginga byggist aðallega á skilyrðum um búsetu, með nokkrum undantekningum sem ekki skipta máli í þessari umfjöllun.

Í lögum nr. 74 frá 1997 um réttindi sjúklinga merkir hugtakið „heilbrigðisþjónusta“ allt starf sem heilbrigðisstarfsmaður innir af hendi í þágu sjúklings/einstaklings. Í 3. tl. 1. mgr. 3. gr. í lögum nr. 112 frá 2008 um sjúkratryggingar er eilítið annar skilningur lagður í orðið. Þar segir: „Heilbrigðisþjónusta. Hvers kyns heilsugæsla, lækningar, hjúkrun, almenn og sérhæfð sjúkrahúspjónusta, sjúkraflutningar, hjálpartækjapjónusta og þjónusta heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem veitt er í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga“. Hugtakið tekur þannig á sig mynd lýsingar á þeim stofnunum og aðilum sem veita aðstoða og eru til þess bærir á grundvelli menntunar sinnar fremur en sem réttur til þjónustu bundinn við heilbrigðisstarfsfólk.

Lögin um sjúkratryggingar leitast þannig við, eins og fram er komið, að skilgreina það svið sem þau taka til og síðan fella í stjórnsýslulegt form ýmislegt sem varðar framkvæmdina. Þannig gilda ítarleg ákvæði um stjórn, hlutverk og starfsemi SÍ. Eitt hlutverk SÍ er gagnert að semja við þjónustuveitendur um kaup á þjónustu til handa sjúklingum.

Lög um sjúkratryggingar hafa, fjórum árum frá því þau voru sett, enn ekki komið að fullu til framkvæmda. Hlutverk SÍ er þannig t.d. að semja við opinberar heilbrigðisstofnanir og sjálfseignarstofnanir, s.s. hjúkrunarheimili, en því hefur verið frestað með setningu sérstakra laga þar um.

Meginregla er að SÍ ber að gera samninga við alla sem þjónusta er keypt af. Í IV. kafla laganna eru margvísleg fyrirmæli um hvers gæta skuli við gerð slíka samninga, m.a. um fagleg og fjárhagsleg atriði. Í samningum sínum við sjálfstætt stafandi heilbrigðisstarfsmenn hefur SÍ leitast við að fylgja þessum fyrirmælum.

Í 38. gr. laganna segir: „Sé samningur um heilbrigðisþjónustu ekki fyrir hendi, sbr. IV. kafla, er í sérstökum tilfellum heimilt að endurgreiða sjúkratryggðum útlagðan kostnað vegna heilbrigðisþjónustu á grundvelli gjaldskrár sem sjúkratryggingastofnun gefur út. Ráðherra setur reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar, m.a. um tímalengd heimildarinnar og skilyrði fyrir endurgreiðslu.“

Í athugasemdum frumvarps um sjúkratryggingu segir um 38. gr.: „Í greininni er fjallað um úrræði þegar samningar um heilbrigðisþjónustu eru ekki fyrir hendi, sbr. IV. kafla frumvarpsins. Ákvæðið er nýmæli. **Meginreglan er enn sem fyrr að í öllum tilvikum þurfi að liggja fyrir samningar milli sjúkratryggingastofnunarinnar og veitenda þjónustu ef til þess á að koma að ríkið greiði hlutdeild í kostnaði við heilbrigðisþjónustu. Í einstökum afmörkuðum tilvikum þykir þó rétt að sjúkratryggingastofnuninni sé heimilt að endurgreiða sjúkratryggðum útlagðan kostnað vegna heilbrigðisþjónustu á grundvelli gjaldskrár sem sjúkratryggingastofnunin gefur út. Gert er ráð fyrir að ávallt verði gripið til slíks úrræðis tímabundið og að ákvæðið heimili ekki að komið sé á varanlegu endurgreiðsluferfi án þess að fyrir liggja samningar milli sjúkratryggingastofnunarinnar og viðsemjenda. **Einkum er gert ráð fyrir að ákvæðið verði nýtt til að brúa millibilsástand þegar samningaviðræður standa yfir og ekki hafa verið gerðir fullnægjandi samningar um heilbrigðisþjónustu á afmörkuðu sviði.****

Samkvæmt 2. mgr. setur ráðherra reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar. Í reglugerðinni skal kveðið á um tímalengd heimildar til endurgreiðslu samkvæmt greininni og önnur skilyrði endurgreiðslu. Gert er ráð fyrir að ráðherra setji sérstaka reglugerð í hvert sinn sem heimild þessari er beitt.“

Á undanförunum árum hefur reynt á ákvæði þessarar greinar svo um munar og virðist vera orðin viðtekin venja að greiðsluþátttöku ríkisins sé stýrt með reglugerðum sem ráðherra hefur sett á grundvelli 3. mgr. 38. gr., en ekki með samningum. Hópar sérgreinalækna hafa starfað án samninga um langt skeið og samningar virðast ekki í sjónmáli. Þetta er umhugsunarvert því án samninga hefur ríkið skertan ef nokkurn íhlutunarrétt í starfsemi sérgreinalækna. Í samningum við sérgreinalækna hafa, auk gjaldskráratriða, verið ákvæði um atriði, s.s. um fyrirkomulag þjónustunnar og samskipti við Sjúkratryggingar Íslands og aðra opinbera aðila, kröfur sem SÍ getur gert til lækna, ákvæði um dreifingu þjónustunnar yfir almanaksárið, ákvæði um hámarks þjónustukaup og afsláttarkerfi sem lækna bera ábyrgð á, ákvæði um rafræn skil reikninga, ákvæði um samráðsnefnd og eftirlitskerfi og síðast en ekki síst hafa þar verið ákvæði um hámarksgreiðslur sjúkratryggðra til lækna fyrir veitta þjónustu. SÍ hefur mikið óhagræði af því að skyldur lækna við stofnunina samkvæmt ofangreindum samningsatriðum eru ekki lengur til staðar.

Nú fellst sjúkratrygging í því einu að sjúklingar eiga rétt á endurgreiðslu úr sjúkratryggingakerfinu í samræmi við reglugerð (nú rgl. nr. 333/2011 með síðari framlengingum) en ekki því, sem þó var megin tilgangur sjúkratryggingalaganna, að hið opinbera annaðist samninga við heilbrigðisstarfsmenn um þjónustu þeirra við sjúklinga. Samnings sambandið er þannig orðið beint milli sjúklings og heilbrigðisstarfsmanns. Það verður að teljast mjög óæskilegt að setja sjúkling í slíka stöðu og reyndar lækna líka. Við þetta samningsleysi hefur uppbygging heilbrigðiskerfisins um þjónustu utan stofnana ríkisins breyst í grundvallaratriðum, án lagabreytinga eða umfjöllunar Alþingis, og er spurning hvort kerfið verður þannig til frambúðar.

Athyglisvert er einnig að réttur almennings til tannlæknaþjónustu er takmarkaður með afgerandi hætti í lögunum, andstætt því sem á við aðrar lækningar. Í 20. gr. segir:

*„Sjúkratryggingar taka til nauðsynlegra tannlækninga aldraðra, öryrkja og barna yngri en 18 ára, annarra en tannréttinga, sem samið hefur verið um skv. IV. kafla. Þá taka sjúkratryggingar til nauðsynlegra tannlækninga og tannréttinga sem samið hefur verið um skv. IV. kafla vegna alvarlegra afleiðinga meðfæddra galla, slysa og sjúkdóma.*

*Ráðherra setur reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar þar sem m.a. er heimilt að kveða á um nánari skilyrði og takmörkun greiðsluþátttöku sjúkratrygginga vegna tannlækninga og tannréttinga. Í reglugerðinni er jafnframt heimilt að ákveða að sjúkratryggingar taki þátt í kostnaði við tannréttingar sem ekki falla undir 2. málsl. 1. mgr.“*

Í athugasemdum með frumvarpinu segir um efni og tilgang greinarinnar:

*„Í 1. mgr. greinarinnar er kveðið á um að sjúkratryggingar taki til nauðsynlegra tannlækninga, annarra en tannréttinga, aldraðra, öryrkja og barna yngri en 18 ára. ... Skilyrði greiðsluþátttöku samkvæmt greininni er að í gildi sé samningur milli sjúkratryggingastofnunarinnar og þess tannlæknis sem veitir þjónustuna, eða fyrirtækis hans, og að samningurinn nái til þeirrar þjónustu sem veitt er.*

*Samkvæmt 2. mgr. skal ráðherra kveða nánar á um framkvæmd greinarinnar í reglugerð. Í reglugerðinni getur ráðherra kveðið nánar á um skilyrði greiðsluþátttöku sjúkratrygginga samkvæmt greininni, t.d. að því er varðar mat á nauðsyn. Einnig er heimilt að setja reglur um takmörkun greiðsluþátttöku, t.d. að því er varðar umfang meðferðar og endurtekningu eða endurnýjun.*

*Í 42. gr. laga nr. 100/2007, um almannatryggingar, er kveðið á um greiðsluþátttöku sjúkratrygginga vegna tannlæknaþjónustu. Efnisleg réttindi eru að meginstefnu til þau sömu en orðalag nokkuð breytt og ákvæðið skýrara. Helsta breytingin er sú að gert er að skilyrði að samningur sé fyrir hendi milli sjúkratryggingastofnunarinnar og þess sem veitir þjónustuna, sbr. þó 38. gr. frumvarpsins.“*

### 5.3 Lög um heilbrigðisþjónustu

Þessi lagabálkur fjallar fyrst og fremst um skipulag og stjórnun heilbrigðisþjónustunnar en í upphafi laganna kemur fram þó fram að markmið þeirra sé að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita. Þær skyldur eru lagðar á ráðherra að marka stefnu um heilbrigðisþjónustuna innan ramma laganna, laga um rétt sjúklinga og laga um sjúkratryggingar. Ráðherra fer með samningsumboð ríkisins í þessum málaflokki, en Sjúkratryggingastofnunin annast framkvæmdina. Ráðherra er heimilt að beita forgangsörðum við val á verkefnum á hverjum tíma, væntanlega þá í samræmi við fjárheimildir og getu ríkissjóðs á hverjum tíma. Ekki er í lögunum beinlínis rætt um réttindi sjúklinga en margvíslegar ályktanir um þau má þó draga af þeim ákvæðum laganna sem

leggja heilbrigðisstarfsmönnum og stofnunum skyldur á herðar. Má þar nefna atriði um faglegar kröfur, eftirlit með faglegum rekstri og skyldu til skráningar óvæntra atvika.

#### 5.4 Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga

Í lögum nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga er ekki með beinum hætti fjallað um sjúklinga þar sem lögnum er ætlað miklu víðtækara hlutverk. Segir þar í upphafi að markmið laganna sé að stuðla að því að með persónuupplýsingar sé farið í samræmi við grundvallarsjónarmið og reglur um persónuvernd og friðhelgi einkalífs. Lögin gilda um sérhverja rafræna og handvirka vinnslu persónuupplýsinga sem er eða eiga að verða hluti af skrá. Þessi lög, ásamt með öðrum lagafyrirmælum sem rakin hafa verið hér að framan, eiga að tryggja sjúklingum að trúnaður sé um heilsuhagi þeirra og að upplýsingar um þá séu ekki veittar nema í samræmi við lögin og eftir því regluverki sem þar er sett. Sérstök stofnun, Persónuvernd, annast eftirlit með framkvæmd laganna. Margvísleg álitafni sem varða heilsufarsupplýsingar hafa komið til umfjöllunar hjá Persónuvernd en rétt þykir að vekja sérstaka athygli á svokölluðu „brjóstapúðamáli“. Þar var tekist á um hvort lýtalæknum væri skylt að veita landlækni upplýsingar um þær konur/sjúklinga, sem hefðu fengið ígræði (brjóstafyllingar) á tilteknu árabili. Niðurstaða Persónuverndar var sú landlæknir ætti ekki rétt á, samkvæmt gildandi lögum, að fá umbeðnar upplýsingar og þar af leiðandi væri lýtalæknum óheimilt og óskylt að veita þær. Málið vatt þó upp á sig með óvæntum hætti með því að lögmaður, sem tekið hafði að sér að skoða réttarstöðu sjúklinga, er höfðu gengist undir aðgerð hjá tilteknum lýtalækni, var með dómi Hæstaréttar gert skylt að afhenda yfirvöldum nöfn og kennitölur viðkomandi sjúklinga. Var það gert með tilvísun til ákvæða laga um tekjuskatt. Sýnir þetta að regluverkið um hina ríku þagnar- og trúnaðarskyldu, sem á að vera um heilsuhagi sjúklinga, er götött þegar slíkar upplýsingar eru notaðar til rannsóknar á málefni sem varðar alls óskylda hluti.

#### 5.5 Lög um skaðsemisábyrgð

Með aukinni tækni og framþróun í læknávisindum er æ algengara að læknisaðgerðir felist m.a. í því að manngerðum aðskotahlutum (ígræðum) er komið fyrir í líkama sjúklinga. Vakna þá spurningar um réttarstöðu sjúklings ef viðkomandi ígræði reynist gallað, hvort sem um er að ræða flókinn tæknibúnað eða tannviðgerðarefni. Lög nr. 25/1991 um skaðsemisábyrgð fjalla um skaðabótaábyrgð framleiðanda og dreifingaraðila á tjóni sem hlýst af ágalla á vöru sem þeir hafa framleitt eða dreift. Ætla verður að þau lög nái yfir ígræði í sjúklinga, ef varan/ígræðið „er ekki svo örugg sem með réttu mátti vænta eftir öllum aðstæðum...“ Lítið hefur reynt á þessi lög fyrir dómstólum.

## 6. Einkarekin heilbrigðisþjónusta, starfsskilyrði og útgjöld

Þungamiðja viðfangsefnis ráðgjafarhópsins er að fjalla um stöðu og öryggi sjúklinga þegar þeir leita aðstoðar á einkareknum lækna- og tannlæknastofum. Gildir þá einu hvort um greiðsluþátttöku ríkisins í þjónustunni er að ræða eða ekki.

Einkareknar heilbrigðisstofur; læknastofur, tannlæknastofur, endurhæfingarstöðvar og margt fleira, hafa verið lengi við líði í landinu. Í árána rás hefur starfsemin þróast og aðlagast breyttum þjóðfélagsháttum. Tvennt stendur upp úr; annars vegar það að með tilkomu almannatrygginga um miðja síðustu öld var farið að líta á lækniþjónustu sjálfstætt starfandi lækna sem hluta af skipulagðri heilbrigðisþjónustu af hálfu hins opinbera. Sjúkrasamlögin tóku þátt í kostnaði sjúklinga við heimsóknir til sjálfstætt starfandi lækna. Í tímans rás varð einkastarfsemi lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna ekki aðeins viðurkenndur þáttur í þeirri þjónustu sem heilbrigðisyfirvöld standa fyrir heldur snar og sívaxandi þáttur í henni. Þetta hefur á sinn hátt kallað á löggjöf um starfsemi einkaaðila og reglur um greiðsluþátttöku hins opinbera. Hitt er síðan það að þjónusta veitt af einkaaðilum hefur breyst að efni og innihaldi til. Aukin þekking og tækniframfarir hafa í auknum mæli gert einkaaðila fært að veita flókna heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa. Því eru það æði mikil skilyrði sem hið opinbera setur, þ.e. starfs- og rekstrarskilyrði og greiðsluþátttaka, sem hafa áhrif á hvar þjónustan er veitt, fremur en að þekking og geta til að veita þjónustu sé bundin við sérhæfðar opinberar stofnanir eins og sjúkrahús og heilsugæslustöðvar.

### 6.1 Heimildir til starfa – starfsleyfi og tryggingar fyrir mistökum

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40 frá 2007 og lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41 frá sama ári eru þau lög sem afmarka starfsemi einkarekinna læknastofa eða starfsstofa heilbrigðisstarfsmanna eins og það er skilgreint í lögum um landlækni. 26. gr. heilbrigðis laga og 6. gr. laga um landlækni eru að hluta til samhljóða en í þeim síðarnefndu segir að „landlæknir staðfestir hvort fyrirhugaður rekstur heilbrigðisþjónustu uppfylli faglegar kröfur og önnur skilyrði í heilbrigðislöggjöf. ... Óheimilt er að hefja starfsemi á sviði heilbrigðisþjónustu nema staðfesting landlæknis liggja fyrir. Landlækni er heimilt að gera frekari kröfur sé það talið nauðsynlegt vegna eðlis þeirrar starfsemi sem um er að ræða. Staðfesting landlæknis verður jafnframt að liggja fyrir við meiri háttar breytingar skv. 1. mgr.“ Í 1. mgr. segir að þeir sem hyggjast hefja rekstur, þ.m.t. ríkið og sveitarfélög, skulu senda fullnægjandi upplýsingar um starfsemina s.s. um tegund þjónustu, starfsmenn, búnað, tæki og húsnæði.

Landlæknir hefur veigamiklu hlutverki að gegna þegar fjallað er um öryggi sjúklinga og starfsemi heilbrigðisþjónustunnar og heilbrigðisstarfsfólks. Til þess að skýra hlutverk landlæknis umfram það sem lögin segja gildir reglugerð nr. 786/2007, um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur. Þá skal landlæknir halda skrá yfir rekstraraðila í heilbrigðisþjónustu og verði breytingar á þjónustu þeirra eða rekstrinum hætt skal það tilkynnt landlækni.

Á grundvelli atvinnufrelsis er hverjum og einum heimilt að stofna og reka sjálfstæðar heilbrigðisstofur. Það er hins vegar viðfangsefni stjórnvalda, og einkum landlæknis skv. lögum, að setja starfseminni skilyrði og ganga eftir að þau séu virt.

Embætti landlæknis ber skylda til að standa vörð um að allir sem veita heilbrigðisþjónustu, opinberir aðilar jafnt sem einkaaðilar, fari að þeim kröfum sem til þeirra eru gerðar. Hér af leiðir að komi upp efasemdir um öryggi fólks, t.d. á einkareknum starfsstofum lækna, á eðli máls samkvæmt að skoða hvaða kröfur eru gerðar til starfseminnar af hálfu landlæknis, jafnhliða því sem gengið er eftir því að heilbrigðisstofnanir og –fyrirtæki, virði settar starfsreglur.



Samkvæmt upplýsingum frá landlækni höfðu, í árslok 2011, 283 tannlæknar starfsleyfi og síðla árs 2012 voru 383 læknar á skrá með starfsleyfi. Viðfangsefni þeirra eru fjölbreytt sem og rekstarform, mannaflí og fagleg færni. Stofur lækna eru ýmist reknar undir merkjum hlutafélags (hf.), einkahlutafélags (ehf.), samlagsfélags (slf.), sameignarfélags (sf.) eða á kennitölu hlutaðeigandi heilbrigðisstarfsmanna, sem er algengast.

Um starfsemi sérgreinalækna og tannlækna gilda nákvæmlega sömu reglur. Þeim ber að leita heimildar landlæknis til starfsemi sinnar, reglur gilda um skráningu atvika sem upp koma og landlæknir hefur sömu skyldur hvað eftirlit varðar.

Það er mikið starf að hafa eftirlit með allri heilbrigðisþjónustunni í landinu eins og landlækni ber skylda til. Landlæknir er í lykilhlutverki í þessu efni en fleiri aðilar hafa eftirlitshlutverki að gegna. Geislavarnir ríkisins hafa eftirlit með myndgreiningarstofum, heilbrigðisnefndir sveitarfélaganna fara með eftirlit með aðstöðutengdum þáttum og Vinnueftirlitið með aðbúnaði starfsfólks svo nokkuð sé nefnt. Þá má nefna að Lyfjastofnun hefur eftirlit með lyfjaverslun og lyfjaframleiðslu og nú allri vörunotkun í lækningatilgangi. Þá koma til þeir sem setja reglur um rekstur fyrirtækja s.s. um bókhald, skattskil o.fl. og fylgjast með framkvæmd þessara þátta starfsskilyrðanna.

Eitt skilyrði þess að læknar getir starfrækt læknastofur er að þeir hafi viðhlítandi tryggingar. Í tengslum við svokallað „brjóstapúðamál“ varð umræða um tilhögun trygginga hlutaðeigandi læknis og hvort sú trygging sem í gildi var, bætti þann kostnað sem einstaklingar og ríki varð fyrir vegna þessa máls.

Með lögum nr. 111 frá 2000 um sjúklingatryggingu er sjúklingum, sem verða fyrir líkamlegu eða geðrænu tjóni, hvort sem er í tengslum við rannsókn eða meðferð á opinberri stofnun eða hjá heilbrigðisstarfsmanni sem starfar sjálfstætt, veittur réttur til bóta eins og nánar er greint í lögnum. Bótaskyldir aðilar, til dæmis sjálfstætt starfandi læknar, skulu tryggðir með vátryggingu (sjúklingatryggingu) hjá vátryggingarfélagi sem hefur starfsleyfi hér á landi, en ríkið tekur þó alla áhættu sjálft á hugsanlegri bótaskyldu sem verður til á stofnunum ríkisins. Hámark er á bótafjárhæð samkvæmt þessum lögum og full ástæða til að skoða það í ljósi reynslunnar, frá því lögin voru sett, hvort ekki sé þörf á að endurskoða viðmiðunarmörk í því efni. Í lögum nr. 34 frá 2012 um heilbrigðisstarfsmenn, sem taka gildi 1. janúar 2013, er í 25. gr. skerpt á þeim skyldum sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna að vera með gildar sjúklingatryggingar.

## 6.2 Útgjöld til heilbrigðismála

Hagstofa Íslands gefur út upplýsingar um útgjöld og umfang heilbrigðisþjónustunnar og fylgir alþjólegri skilgreiningu á hvað telst heilbrigðisþjónusta. Heildarútgjöld til heilbrigðismála hafa vaxið á síðustu þrem áratugum en þau námu 6,3% af vergri landsframleiðslunni árið 1980 og hafa hækkað í 9,3% árið 2010, eða um 50%.

Í fjárhæðum eru heildarútgjöldin árið 2010 um 142,6 milljarðar króna, þ.e. um 450 þús. kr. á hvern landsmann eða 1.800 þús. kr. á hverja fjögurra manna fjölskyldu.

Af heildarupphæðinni greiðir ríkið um 114,6 milljarða króna og almenningur um 27,9 milljarða. Athyglisvert er að hlutur hins opinbera hefur lækkað úr 87,2% árið 1980 í 80,4% árið 2010. Útgjaldahluti heimilanna aftur á móti hefur nánast tvöfaldast, mælt í hlutfalli af landsframleiðslu og farið úr 12,8% í um 20% á tímabilinu.

Eftirfarandi yfirlit sýnir helstu kennitölur:

	1980	1990	2000	2010
Heilbrigðisútgjöld sem % af VLF*	6,3	7,9	9,5	9,3
Þús. kr. á einstakling	235	383	461	464
Hluttur hins opinbera af heild, %	87,2	85,2	81,0	80,4
Í milljörðum króna	47,9	85,1	107,0	119,3
Hluttur einkaaðila af heild, %	12,8	14,8	19,0	19,6
Í milljörðum króna	5,8	12,4	22,5	28,2
<b>Alls í milljörðum króna</b>	<b>53,7</b>	<b>97,5</b>	<b>129,6</b>	<b>147,5</b>

\*Heilbrigðisútgjöld á föstu verðlagi, staðvirt. Verðlag 2011

Útgjöld skiptast á ýmsa málaflokka, undirflokka og smærri einingar. Í grófum dráttum er skiptingin þessi:

	Milljarðar kr.	Hluttur ríkis kr.	Hluttur sjúkl. kr.
1. Lækninga- og hjálpartæki	25,9	12,6	13,3
2. Göngudeildar (ferli) þjónusta	35,9	22,0	13,9
- Þar af almenn heilsugæsla	14,8	11,3	3,5
- Þar af sjálfstæðar læknaþjónustur	6,6	5,9	0,7
- Þar af tannlækningar	8,8	1,3	7,5
3. Sjúkrahúsþjónusta	76,7	76,1	0,6
4. Forvarnir og almenn heilbr.þj.	0,7	0,7	-
5. Annað óskilgreint	3,4	3,2	0,2
<b>Alls</b>	<b>142,6</b>	<b>114,6</b>	<b>27,9</b>

Rúmlega 80% af öllum heilbrigðisútgjöldum ársins 2010, þ.e. 114,6 milljarðar króna, er á forræði hins opinbera eins og áður segir. Fyrirferðarmest er þjónusta sjúkrastofnana, þ.e. rekstur sjúkrahúsa og hjúkrunarheimila, sem taka til sín rúmlega helming útgjaldanna og ríkið greiðir fyrir að langstærstum hluta. Um 19% ríkishlutans renna til þjónustu við göngudeildar (ferli-) sjúklinga, 11% til kaupa á lækningavörum (þ.m.t. lyfjum) og hjálpartækjum hvers konar utan sjúkrahúsa og afgangurinn, um 3%, til stjórnunar og annarra smærri verkefna. Þátttaka hins opinbera í heildarkostnaði er mjög mismunandi eftir viðfangsefnum allt frá því að standa undir öllum kostnaði til þess að koma lítið að málum eins og t.d. í tannlækningum.

Samkvæmt fyrirliggjandi gögnum teljast umsvif sjálfstætt starfandi lækna og tannlækna vera um 10,8% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála og námu 15,4 milljörðum króna árið 2010. Ef þessar fjárhæðir eru reiknaðar fyrir hvern íbúa í landinu nemur hún tæplega 50 þús. kr. eða tæpum 200 þús. kr. á hverja fjögurra manna fjölskyldu. Það er einkum að þessari starfsemi og umsvifum sem ráðgjafarhópurinn beinir augum sínum.

Útgjöld vegna sjálfstætt starfandi sérgreinalækna voru talin nema 6,6 milljörðum króna árið 2010, þar afgangurinn ríkið um 5,9 milljarða eða 89%. Þess ber að geta að í tiltekinni þjónustu greiðir ríkið langstærsta hluta kostnaðarinnar en í öðrum greinum, s.s. lýtalækningum, er um litla ef nokkra greiðsluþátttöku að ræða. Útgjöld landsmanna til tannlækna aftur á móti eru talin 8,8 milljarðar króna þ.a. greiðir ríkið um 1,3 milljarða króna eða einungis 15% vegna tiltekinna lækninga sem veittar eru börnum, öryrkjum og eldra fólki.

Hvort heldur sem lítið er á þátt einkaaðila í heilbrigðisþjónustunni í heild, um 20%, eða á þann hluta sem hið opinbera kaupir af einkaaðilum til að uppfylla skyldur sínar, þá liggur fyrir



að um umfangsmikla starfsemi er að ræða. Ríkið er öðrum þræði stórkaupandi að þjónustu og að hinu leytinu sá aðili sem ber ábyrgð á að tilskildum lögum og reglum um reksturinn sé fylgt til að öryggis sjúklinga sé gætt í hvívetna.

### 6.3 Samningar ríkisins við læknastofur

Yfirlýst markmið með sjúkratryggingalögnum frá 2008 var að efla hlutverk ríkisins í því að heilbrigðisþjónusta, kostuð af ríkinu, sé veitt á hagkvæman og skilvirkan hátt.

Tilgangur fjárhagslegrar stýringar virðist vera að tryggja öllum landsmönnum bestu þjónustu heilbrigðiskerfisins með óheftum aðgangi að þjónustunni óháð efnahag hvers og eins. Í greinargerð með frumvarpinu segir orðrétt um þetta mál;

*„Það samskiptaform sem gert er ráð fyrir í frumvarpinu felur í sér samninga við alla þjónustuaðila innan heilbrigðiskerfisins þar sem nánar er samið um endurgjald fyrir tiltekna þjónustu, magn hennar og gæði. Með öðrum orðum er lagafrumvarpi þessu ætlað að styrkja möguleika ráðherra til að framfylgja stefnu sinni, stýra heilbrigðiskerfinu og taka ákvarðanir um skipulag þjónustunnar, hvort heldur ríkisstofnanir, einkaaðilar, sjálfseignarstofnanir eða sveitarfélög eiga í hlut...“.*

Glegggra getur það tæpast verið. Gert er ráð fyrir að jafnræði ríki milli opinberra stofnana og einkarekstursins um sölu á þjónustu. Gagngert er reiknað með að einkaaðilar geti til jafns við opinberar stofnanir tekið að sér heilbrigðisverkefni svo fremi að þeir uppfylli kröfur um gæði og séu ódýrari, eða a.m.k sambærilegir hvað kostnað snertir. Réttindi sjúklinga eiga að vera tryggð með því „að fjármagn fylgi sjúklingum“, óháð hvert þeir sækja þjónustu. Hvergi er vikið að eða látið að öðru liggja en að samningar skuli gilda milli SÍ og einkaaðila um þá þjónustu sem ríkið kaupir fyrir hönd almennings.

Meginreglan er sú að skv. lögum ber SÍ að gera samninga við alla sem ríkið kaupir þjónustu af. Í lögnum er ítarlega fjallað um þetta atriði í IV. kafla þar sem kveðið er á um fagleg og fjárhagsleg atriði sem gæta þarf að þegar samningar eru gerðir. Þá eru víðtækar heimildir til handa ráðherra að setja reglugerð og skýra ákvæði laganna. Í samningum SÍ við sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn er leitast við að fylgja þessum fyrirmælum.

Í 38. gr. laganna er sleginn sá varnagli að ef samningar eru ekki í gildi, af hvaða ástæðu sem vera kann, þá sé ráðherra heimilt að taka þátt í lækniskostnaði hjá sérgreinalæknum og tannlæknum samkvæmt gjaldskrá sem hann setur einhliða. Um þessa grein var ítarlega fjallað í kafla 5.2 og vísast til þeirrar umfjöllunar og þeirrar stöðu sem nú er uppi vegna sammingsleysis við sérgreinalækna.

Öðru máli gegnir þegar kemur að greiðslum sjúkratrygginga í tannlæknakostnaði. Réttur almennings til tannlæknþjónustu með greiðsluþátttöku ríkisins er afmarkaður með afgerandi hætti því í lögnum segir að sjúkratryggingar taki þátt í kostnaði að tilteknu skilgreindu marki.

Það breytir ekki því að skilyrði greiðsluþátttöku er að í gildi sé samningur milli sjúkratryggingastofnunarinnar og þess tannlæknis sem veitir þjónustuna, eða fyrirtækis hans, og að samningurinn nái til þeirrar þjónustu sem veitt er. Engir samningar eru þó í gildi við tannlækna og einungis greitt eftir gjaldskrá sem sett er af heilbrigðisyfirvöldum. Fulljóst er að með því er vikið frá skýrum lagafyrirmælum og öðrum gildandi reglum.

## 7. Lækningatæki og eftirlit með þeim

---

### 7.1 Lög og reglur um lækningatæki

Í lögum nr. 16 frá 2001 um lækningatæki eru m.a. ákvæði um öryggiskröfur, merkingar, notkun, meðferð, prófanir og eftirlit með lækningatækjum. Þrjár reglugerðir eru einnig í gildi; um lækningatæki (nr. 934/2010), um virk ígræðanleg lækningatæki (nr. 320/2011) og um „in vitro“ lækningatæki (nr. 936/2011). Vegna aðildar Íslands að Evrópska efnahagssvæðinu (EES) gilda tilskipanir Evrópusambandsins (ESB) um lækningatæki, virk ígræðanleg lækningatæki og „in vitro“ lækningatæki hér á landi og tekur laga- og reglugerðarsetningin mið af því.

Lækningatæki er mjög umfangsmikill vöruflokkur, allt frá barnasnuðum til flókinna sjúkrahústækja, s.s. sneiðmyndataekja. Samkvæmt skilgreiningu ESB eru „lækningatæki þau verkfæri, búnaður og efni (önnur en lyf), ásamt nauðsynlegum hugbúnaði sem hafa það hlutverk að:

- greina, hindra, athuga, meðhöndla eða lina sjúkdóma
- greina, hafa eftirlit með, meðhöndla, draga úr eða bæta líkamstjón, fötlun eða skerta getu
- rannsaka, breyta eða koma í stað líffæris eða lífeðlisfræðilegrar starfsemi
- koma í veg fyrir þungun.“

Öllum lækningatækjum eiga að fylgja upplýsingar um framleiðanda og leiðbeiningar um örugga notkun og skulu þær upplýsingar sniðnar að viðkomandi notendahópi. Upplýsingar með þeim tækjum sem notendur stjórna sjálfir skulu vera á íslensku. Þá ber ábyrgðaraðilum lækningatækja skylda til að fylgjast tæknilega og læknisfræðilega með eiginleikum og virkni eigin tækja og tilkynna þegar í stað til Lyfjastofnunar um alvarleg atvik, sem eiga sér stað hér á landi, og rekja má til notkunar viðkomandi tækja. Lyfjastofnun fer yfir tilkynningar og gerir viðeigandi ráðstafanir.

### 7.2 Innflutningur á lækningatækjum

Innflutningur á lækningatækjum til Íslands er frjáls og meginreglan er að flytja megi inn öll lækningatæki að því gefnu að þau séu CE merkt (f. Conformité Européenne eða e. European Conformity). CE merking er yfirlýsing framleiðanda um að viðkomandi vara uppfylli þær kröfur sem ESB gerir til framleiðslu hennar. Lagalega séð er CE merkið ekki gæðavottun en oft er lítið á það sem slíkt þar sem það á að tryggja að viðurkenndum stöðlum hafi verið fylgt við framleiðslu viðkomandi vöru. Oftast sjá fyrirtæki í þessum geira um að flytja lækningatæki til landsins en einnig er þekkt að einstaklingar, s.s. heilbrigðisstarfsfólk, flytji þau inn á eigin vegum, t.d. í farangri eða fái þau send með pósti. Meðal annars eru dæmi um að heilbrigðisstarfsfólk flytji sjálf inn lækningatæki sem það síðan græðir í sjúklinga sína. Lítið sem ekkert eftirlit er með slíkum innflutningi eins og staðan er í dag.

### 7.2 Eftirlit með lækningatækjum

Í maí 2011 færðist ábyrgð á eftirliti með lækningatækjum til Lyfjastofnunar frá Embætti landlæknis. Markmið eftirlitsins er að koma í veg fyrir að notendur verði fyrir tjóni og tryggja að framleiðsla, viðhald og notkun lækningatækja sé í samræmi við bestu fagþekkingu á hverjum tíma. Eftirlitið felst annars vegar í markaðseftirliti sem lýtur að því að lækningatæki markaðssett á Íslandi, uppfylli kröfur um öryggi og merkingar. Hins vegar lýtur eftirlitið að notkun lækningatækja og að því að viðhaldi þeirra sé sinnt.

Lyfjastofnun getur óskað eftir upplýsingum vegna eftirlitsins, tekið sýni og gert þær athuganir og prófanir sem nauðsynlegar teljast í því skyni að forðast tjón af völdum lækningatækja.

Stofnunin hefur hins vegar hvorki aðstöðu né þekkingu til að endurmeta CE merkingar lækningatækja. Innflytjendum lækningatækja er skylt að krefjast upplýsinga frá framleiðendum í því skyni að sannreyna vottun. Ef fólk verður fyrir tjóni vegna lækningatækis bera framleiðendur eða/og dreifingaraðilar ábyrgð. Almennigur hefur litla möguleika til að tryggja öryggi sitt með því að beita upplýstu vali þegar ígræðanleg lækningatæki eru annars vegar. Hann getur hins vegar leitað réttar síns gagnvart framleiðendum og/eða dreifingaraðilum fyrir dómstólum ef skaðinn er skeður.

Árlega berast um 2000 erindi til Lyfjastofnunar vegna lækningatækja. Stofnunin áformar að flokka lækningatæki eftir mikilvægi og beita eftirlitinu í samræmi við það. Við núverandi aðstæður er ómögulegt fyrir Lyfjastofnun að hafa heildstætt yfirlit yfir öll ígræðanleg lækningatæki á íslenskum markaði.

Lyfjastofnun hyggst setja upp gagnagrunn fyrir lækningatæki. Erfitt getur reynst að tryggja að slíkur gagnagrunnur verði tæmandi þar sem innflutningur á lækningatækjum er svo frjálss sem raun ber vitni. Í ljósi þess hversu yfirgripsmikið verkefnið er ætlar Lyfjastofnun að forgangsraða skráningu í gagnagrunninn og áformar að byrja á skráningu á ígræðanlegum lækningatækjum sem flutt eru inn. Landspítali skráir, sem hluta af rafrænni sjúkraskrá, lækningatæki sem grædd eru í sjúklinga en slík skráning veitir ekki heildstæða yfirsýn yfir lækningatæki í notkun á Íslandi eins og gagnagrunni Lyfjastofnunar er ætlað að gera.

## 8. Fjárhagsaðstæður og forgangsröðun

---

Heilbrigðisþjónustan er frek til fjárens sé þjónustustiginu og framþróuninni ekki stýrt. Þrengt hefur verið að heilbrigðisþjónustunni fjárhagslega á liðnum árum. Almennur verðurviti að umræðu um að heilbrigðisþjónustan sé komin að þolmörkum og að stjórnvöld og stjórnendur stofnana þurfi að forgangsraða viðfangsefnum eftir mikilvægi. Þetta er óumflýjanlegt og leiða má að því rök að sé ekki viðhöfð skilmerkileg forgangsröðum í heilbrigðismálum leiði það til verri niðurstöðu en ella þyrfti að vera.

### 8.1 Um forgangsröðun

Á síðustu árum og áratugum hefur læknisfræðinni fleygt fram. Nú er hægt að veita meðferð við lífshættulegum sjúkdómum, sem áður var ógerlegt, og meðferðin þar að auki veitt með gjörbreyttum hætti frá því sem áður var. Meðallífaldur hækkar og fleiri aldraðir kljást við sjúkdóma sem þeir hefðu áður látist úr.

Hitt er það að mörg læknisúrræði sem nú er hægt að veita eru dýr. Allar götur frá því um og upp úr 1980 hafa útgjöld margra Evrópuþjóða farið stighækkandi enda hafa stjórnvöld þessara landa jafnan lagt upp úr góðri heilbrigðisþjónustu. Almenn var álitid að veita bæri fólki þá heilbrigðisþjónustu sem tók væru á út frá læknisfræðilegri getu og að samfélagid væri fúst að útvega nauðsynlega fjármuni til þess.

Fyrir 10–20 árum vaknaði umræða um það hvort félagslega og efnahagslega sé ráðlegt að verja sívaxandi hluta þjóðarteknanna í heilbrigðis- og velferðarmál. Málaflokknum þyrfti að setja takmörk út frá getu samfélagsins til verðmæta- og tekjusköpunar. Stjórnámamenn t.d. á Norðurlöndum, Bretlandi og í ýmsum öðrum nálægum löndum greinir ekki á um þetta að megin efni til. Blæbrigðamunur er vissulega til staðar og ágreiningur um hvar efri mörk hins mögulega liggir. Tvær leiðir, eða blanda þeirra, virðast einkum farnar. Önnur er sú að stjórnvöld marka stefnu um að færa nokkurn hluta heilbrigðisþjónustunnar út fyrir mörk hins opinbera og eftirláta almenningi og þjónustuveitendum að greiða úr málinu. Þannig hefur einkarekinni heilbrigðisþjónustu vaxid fiskur um hrygg á ýmsum sviðum. Einstaklingarnir greiða sjálfir fyrir þjónustuna, oft með því að taka þátt í frjálsum sjúkratryggingum, og hópar fagfólks veita umbeðna þjónustu til jafns við þá þjónustu sem hið opinbera veitir. Hin leiðin er að stjórnvöld kjósa að forgangsraða þjónustunni miðað við þá fjármuni sem til ráðstöfunar eru og kappkosta af fremsta megni að mismuna ekki fólki. Í nágrannalöndunum sjáum við víða merki þessa.

Mikið hefur verið skrifað um hvernig best verður staðið að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Oft er litið svo á að bráðþjónustan skuli ganga fyrir en að vissir sjúkdómar eða sjúklingahópar skuli vera neðar á lista. Hér má nefna aldraða, fjölveika og fíknisjúklinga.

Hér á landi stöndum við frammi fyrir þungri kröfu almennings um góða heilbrigðisþjónustu. Fullyrða má að jafnt stjórnámamenn, sem þeir sem veita heilbrigðisþjónustuna, séu á því að nauðsynlegt sé að raða þurfi viðfangsefnunum í forgang.

### 8.2 Forgangsröðun er óhjákvæmileg

Hvað sem öðru líður sýnist ráðlegt, hér á landi eins og annars staðar, að stjórnvöld viðurkenni að forgangsröðun verði að eigi sér stað. Almennur aftur á móti á rétt á að vita hvernig sú röðun fer fram, af hverju hún er gerð og á hvaða forsendum. Það eykur hvorki öryggi sjúklinga né tiltrú stjórnvalda ef þeir þekkja ekki hvaða sjónarmið liggja að baki

Þrír aðilar fara með aðalhlutverk í þessu sambandi; almenningur eða sjúklingar, fagfólk og loks stjórnvöld. Það á ekki að vera á færi eins þessara þriggja að ákveða forgangsröðunina, allir þrír þurfa að koma þar að. Læknirinn telur það verkefni stjórnvalda að forgangsráða. Stjórnámálamegnir svara því til að þeir hafi veikar forsendur til slíks því fagþekkingin liggur hjá fagfólkinu. Þrautalendingin virðist því oft verða sú að þeir sem gæta fjármunanna forgangsráði. Hættan við þetta er sú að fagleg sjónarmið ná ekki fram að ganga og að oft er sú leið valin að beita því sem kallað er „flötum niðurskurði“ í þjónustunni til þess að komast hjá ágreiningi og óþægindum.

Fjöldmargar aðferðir eru til að forgangsráða í heilbrigðisþjónustunni. Hér er ekki tómt til að lýsa mismunandi aðferðum en nokkur atriði koma ítrekað fram þegar reglurnar eru skoðaðar. Tæpum á nokkrum þeirra:

Í fyrsta lagi er spurt hvort meðhöndlun, hverju nafni sem nefnist, sé ráðleg eða nauðsynleg. Hvenær á að lengja líf óháð tilkostnaði og öllum aðbúnaði. Spurningin er siðfræðileg á þessu stigi og óumflýjanleg þegar forgangsröðun er til skoðunar. Það er mjög á valdi almennings að hafa skoðun á þessu og mikilvægt að um þetta sé almenn vitund.

Í öðru lagi hlýtur að þurfa að spyrja hvort meðferð skili árangri. Í mörgum tilvikum merkir árangur lækningu og er yfir ágreining hafið. En í öðrum tilvikum þarf að meta hvort þessi eða hin meðferðin skili meiri árangri en önnur aðferð. Læknismeðferðir eru mismunandi s.s. lyfjanotkun við sjúkdómum.

Þriðja atriðið er fjárhagsleg hagkvæmni. Fjármunir skipta miklu máli við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni, um það er ekki deilt. Hér þarf að taka afstöðu til þess hvort fjármuni skuli nota til þess að bæta hag margra á kostnað fárra ef svo má segja eða kosta því til sem þarf fyrir sjúkling á kostnað fjöldans.

Loks er að nefna að einn þáttur við mat á forgangsröðun er spurningin um hvaða þætti heilbrigðismála skuli eftirláta almenningi og fyrirtækjum að leysa. Það á sinn hátt getur haf áhrif á þróun tryggingaverndar sem í boði verður og keypt yrði af einkaaðilum. Það er mismunandi eftir löndum hvernig þessu er fyrirkomið. Í sumum löndum eru einkasjúkratryggingar (skyldutryggingar) umfangsmiklar s.s. í Hollandi, Írlandi og Þýskalandi og koma að einhverju marki eða öllu leyti í stað sjúkratrygginga almennatrygginga. Annars staðar ná einkatryggingar til takmarkaðra heilbrigðisþátta eða sjúkdóma.

Breytilegt er hvernig staðið er að forgangsröðuninni. Þekkt er dæmi frá Bandaríkjunum þar sem almenningi var falið að gera þetta í almennri atkvæðagreiðslu. Í Bretlandi aftur á móti er tiltekinni stofnun falið verkefnið þar sem haft er að leiðarljósi að allir þrír hlutaðeigandi aðilar, almenningur, fagfólk og stjórnvöld, hafi skilning á og uni þeirri niðurstöðu sem tekin verður.

Í nálægum löndum eru margskonar einkatryggingar í boði sem vernda einstaklingana gegn kostnaði sem hlýst af veikindum. Tekur þetta til kostnaðar við sjúkrahúslegu, dvalar á heimilum til lækninga, endurhæfingar eða tekjutaps og kostnaðar vegna sjúkdóma sem gagngert hefur áhrif á heimilishagi og afkomu fólks. Þessar tryggingar kallast ýmsum nöfnum s.s. sjúkdómatryggingar og líftryggingar.

Nú eru hér á landi í boði svokallaðar líf- og sjúkdómatryggingar. Innlend tryggingarfélag bjóða þessar tryggingar hvert með sínu sniði. Óstaðfestar upplýsingar benda til þess að allnokkur fjöldi fólks kaupir tryggingar af þessum toga. Ástæða virðist til að fram fari athugun á áhrifum þessara trygginga í ljósi almennra sjúkratrygginga í landinu og hvaða réttarumgjörð þessum tryggingum er búin.

## 9. Stefnumótun, framkvæmd og eftirlit

---

Algengt er að skipta umfjöllun um veigamikla málaflokka hins opinbera í þrjú hugtök. Fyrst er að nefna þá pólitísku stefnu sem gildir um málaflokkinn. Því næst hvernig staðið er að og til tekst við að hrinda stefnunni í framkvæmd. Loks er spurt hvort tilganginum sé náð þ.e. hvernig hefur tekist til og er oft kallað eftirlit eða eftirfylgni.

### 9.1 Stefnumörkun stjórnvalda

Alþingi og ráðherra velferðarmála fara með stefnumótun í heilbrigðismálum. Samkvæmt lögum hvílir á heilbrigðisyfirvöldum sú skylda að móta stefnu í heilbrigðismálum landsmanna og bera ábyrgð á að framkvæmdin verði sem best og eftirlit með þjónustunni virkt. Framkvæmdin og eftirlit er í veigamiklum atriðum í höndum stofnana sem undir ráðuneytið heyra. Þetta á sannanlega við um heilbrigðisþjónustu á vegum ríkisins en einnig að nokkru marki þegar hún er veitt af einkaaðilum.

Með lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um sjúkratryggingar landsmanna frá 2008 var af þáverandi stjórnvöldum mörkuð tiltekin stefna í heilbrigðismálum. Hún byggði á víðtækri sátt um að heilbrigðisþjónustan skuli í öllum meginatriðum hvíla á samfélagslegum stoðum. Í stefnumörkunin frá 2008 fólst hins vegar breytt afstaða til þess hvernig skyldi staðið að því að veita þjónustuna. Kjarni nýrrar stefnu var sá að einkaaðilar, til jafns við opinberar heilbrigðisstofnanir, geti mætt rétti almennings til heilbrigðisþjónustu að faglegum skilyrðum uppfylltum.

Ríkisstjórnarskipti, efnahagserfiðleikar og einkum ágreiningur um markaða stefnu hefur leitt til margvíslegra erfiðleika. Augljósast er að veigamiklum þáttum laganna, og þar með markaðrar stefnu, hefur alls ekki verið hrundið í framkvæmd og ágreiningur er um það stofnanaskipulag sem komið var á með lögnum. Ætlunin með stofnun Sjúkratrygginga Íslands var að þar færi ríkisstofnun sem hefði yfirsýn og annaðist „kaup“ á allri heilbrigðisþjónustu fyrir heilbrigðisyfirvöld hvort heldur væri af opinberum stofnunum eða einkaaðilum. Þetta hefur ekki gengið eftir því núverandi stjórnvöld hafa t.d. frestað framkvæmd á ákvæði um kaup SÍ á þjónustu af opinberum stofnunum án þess að marka nýja stefnu um hlutverk SÍ í þessu efni.

Lögin um sjúkratryggingar færa mikla ábyrgð til SÍ um stefnumótandi atriði sem áður lágu í ráðuneytinu. Veigamest er líkast til að nú er það stofnunarinnar að ákveða kaup á t.d. tiltekinni lækniþjónustu af opinberri heilbrigðisstofnun eða einkaaðila og hvort þau kaup eigi yfirleitt að eiga sér stað. Ábyrgðar- eða verkaskipting milli ráðuneytis og SÍ virðist í reynd fremur óljós og framkvæmdin ekki fyllilega í samræmi við ætlan laga. Kemur þetta t.d. fram í ráðaleysi varðandi samninga við sérgreinalækna og tannlækna. Eins og ítrekað hefur komið fram þá hafa ekki náðst samningar við sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Samkvæmt lögum er það SÍ að gera slíka samninga en ekki ráðuneytisins.

Óháð því hvort ráðlegt er að færa umboð til samningagerðar og kaupa á þjónustu frá ráðuneytinu, þá er það á ábyrgð ráðuneytisins að grípa til ráðstafana og jafnvel breyta gildandi lögum úr því að samningar nást ekki. Að áliti ráðgjafarhópsins er óviðunandi þegar undantekningarákvæði 38. gr. laganna er orðið að meginreglu, eins og rakið er hér að framan, í stað þess að greiða hlut sjúklinga eins og gildi í samningi sem fallinn er úr gildi.

Hópurinn hallast að því að það sé varhugavert og leiði stundum til tjóns þegar meginstefna í heilbrigðismálum tekur skyndilegum breytingum í veigamiklum atriðum. Slíkar breytingar krefjast góðs undirbúnings þar sem lagasetning ein dugar hvergi til heldur verður einnig að sjá til þess að gerlegt sé að ná því markmiði sem að er stefnt.



## 9.2 Framkvæmd laga sem heilbrigðisþjónustu varða

Stjórnendur velferðarráðuneytisins hafa unnið að mótun nýs ráðuneytis þar sem fjölmörgum málaflökkum er snerta velferðarmál í viðum skilningi er komið fyrir. Áhersla hefur verið á skipulag þar sem stefnumótun og stjórn mála á áhrif ná fram en framkvæmdin aftur á móti falin stofnunum ráðuneytisins. Helstu stofnanir sem heilbrigðisþjónustuna varða eru Tryggingastofnun, Sjúkratryggingar Íslands, Embætti landlæknis og fjölmargar heilbrigðisstofnanir.

Um margt hefur tekist vel til og aukið sjálfstæði stofnana í rekstri er trúlega betur fallið til árangurs heldur en óhófleg afskipti. Stundum geta þó verið áhöld um hvort og hversu langt ráðherrar eiga að ganga í því að færa framkvæmdina frá ráðuneytinu. Eitt atriði hefur endurtekið verið nefnt, þ.e. samningar um kaup á þjónustu lækna og annarra heilbrigðisstétta.

Tilfni þess að minnst er á framkvæmdina og starf stofnana ráðuneytisins er að mörg dæmi eru um það að stjórnvöld marki stefnu um þörf málefni en minna verður um efndir vegna þess að hlutaðeigandi stofnunum er illa eða alls ekki gert kleift að hrinda í framkvæmd því sem til er ætlast. Fjölmörg dæmi eru um þetta í heilbrigðismálum. Nærtækt er að nefna uppsetningu rafrænnar sjúkraskrár en hugmyndin hefur notið stuðnings í áraraðir.

## 9.3 Eftirlit með heilbrigðisþjónustunni

Almennt er sú skoðun viðurkennd að það sé þáttur í góðri stjórnsýslu að gengið sé eftir efndum hjá þeim sem verkefni taka að sér. Um langt árabíl hafa verið í gildi skýrar reglur um hvernig staðið skuli að eftirliti með opinberum framkvæmdum þar sem gengið er eftir getu manna til þess að taka að sér verkefni og standa á þeim fagleg og fjárhagsleg skil. Líkt og á við um framkvæmdina er ýmsum stofnunum ráðuneytisins falið að fara með þetta eftirlit.

Hvað heilbrigðismálin varðar eru það einkum tvær stofnanir sem hafa með höndum faglegt eftirlit þ.e. Embætti landlæknis og Lyfjastofnun. Aðrar stofnanir hafa hlutverki að gegna þegar kemur að aðstöðu og öryggi starfsfólks, geislun röntgentækja og fleira sem ekki verður upptalið. Tryggingastofnun (TR) og SÍ gegna einnig hlutverki við eftirlit með því að heimildir til bóta og greiðslur séu ekki misnotaðar og rétt framkvæmdar.

Embætti landlæknis og Lyfjastofnun þurfa að njóta þeirrar stöðu í samfélaginu að til þeirra sé litið sem öryggisvarða fyrir sjúklinga og almenning. Því miður virðist ekki svo. Fagfólk, sem rætt hefur verið við, er þeirrar skoðunar að viðfangsefni landlæknis séu of mörg og sundurleit. Lifandi eftirlit með sérfræðiþjónustu og tannlæknaþjónustu er að áliti fagaðilanna sjálfra minna en þeir telja að eigi að vera. Þá ber almenningur ekki heldur nægjanlegt traust til Embættis landlæknis að því er virðist. Hvað snertir Lyfjastofnun er það álit fagaðila að tekist hafi að byggja upp skilning á viðfangsefnum stofnunarinnar og ekki gert of mikið úr gagnrýnisatriðum eins og lengd afgreiðslutíma erinda.

Skipulag og stjórnun í yfirstjórn heilbrigðismála hefur verið mjög mikið í mótun á allra síðustu misserum. Meðan á því stendur er skiljanlegt að breytingarnar yfirskyggi festu og reglusemi í starfi. Heilbrigðiskerfið er umfangsmikið og tíðar stefnubreytingar hvorki æskilegar né auðveldar án góðs undirbúnings og fyrirvara.



