



Heilbrigðisáætlun til ársins 2010

Langtímamarkmið í heilbrigðismálum



HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ

Reykjavík 2001

Framsetning

Hér til að byrja með er lýst meginhlutum heilbrigðisáætlunarinnar til þess að lesendur eigi auðveldara með að skilja innihald og uppbyggingu hennar.

I. Forgangsverkefni

Í upphafi fyrsta hluta er birt ágríp af þeim sjö sviðum sem eiga að hafa forgang til ársins 2010. Hér er um að ræða töluleg markmið og gerð er grein fyrir við hvað tölur eða einingar er miðað. Jafnframt fylgir þetta ágríp á ensku. Þar næst fylgir ítarlegri greinargerð um hvert svið þar sem markmiðin eru endurtekin, þróunin sýnd myndrænt eftir því sem við verður komið, farið nokkrum orðum um stöðu mála á hverju sviði fyrir sig og tilgreindar hugsanlegar leiðir til þess að ná umræddum markmiðum.

II. Bakgrunnur, skipulag og afmörkun

Kaflar 1 - 4 mynda ákveðna heild í heilbrigðisáætluninni. Í inngangskaflanum er lýst forsögu og gerð íslenskrar heilbrigðisáætlunar um leið og hún er tengd alþjóðlegri þróun og heilbrigðisáætlunum annarra ríkja. Í kafla 2 er athyglinni beint að samsetningu mannfjöldans og mannfjöldaspá til 2030. Skoðuð er þróun útgjalda til heilbrigðismála og hugsanlegt svigrúm til nýrra verkefna á næstu árum. Lagt er mat á heilbrigðisástand landsmanna samanborið við aðrar þjóðir og gerð grein fyrir framtíðarsýn heilbrigðisþjónustunnar. Í kafla 3 er viðfangsefnið meginþættir í skipulagi og stjórnkerfi heilbrigðisþjónustunnar, auk væntanlegra breytinga á næstu árum. Loks er í kafla 4 fjallað um aðalmarkmið og grundvöll þeirra meginþátta heilbrigðisáætlunarinnar sem á eftir fylgja.

III. Meginþættir áætlunarinnar

Kafla 5 inniheldur meginþætti íslensku heilbrigðisáætlunarinnar og þar mynda markmið Evrópuáætlunar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar grunn hennar. Um er að ræða 21 markmið er skiptast í sex efnisþætti sem varða samábyrgð og jafnræði, bætt heilsufar, forvarnir og heilsuvernd, þverfaglegar aðgerðir, árangursríka heilbrigðisþjónustu og rannsóknir, samstarf og verkáætlanir. Undir hverju Evrópumarkmiði er að finna 2 - 6 íslensk markmið sem ætlunin er að ná á gildistíma áætlunarinnar.

IV. Stoðaðgerðir og sérsvið

Í kafla 6 er fjallað um ákveðnar stoðaðgerðir sem nauðsynlegar eru til þess að tryggja að unnt verði að ná þeim markmiðum sem stefnt er að hér á landi. Um er að ræða fjölmargar aðgerðir sem varða rannsóknir og þróunarstarfsemi, upplýsinga- og tæknimál, gæðaþróun, starfsmannastefnu, samvinnu við önnur samfélagssvið og erlent samstarf. Þá er mikilvægum sérsviðum, þ.e. tannheilsu, lyfjamálum og endurhæfingu, gerð sérstök skil en töluvert vantar upp á að það hafi verið gert í Evrópuáætlun WHO.

V. Framkvæmd, mat og eftirlit

Lýst er með hvaða hætti verður staðið að framkvæmd, mati og eftirliti með framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar.

VI. Fylgiskjöl

Fylgiskjöl innihalda kostnaðar- og ábatagreiningu, lista yfir 21 markmið Evrópuáætlunar WHO, upplýsingar úr gagnagrunni OECD um þróun heilbrigðisútgjalda, framreikningar um þróun heilbrigðisútgjalda, lista yfir umsagnaraðila o.fl.

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010

Langtímamarkmið í heilbrigðismálum

(Samþykkt á Alþingi 20. maí 2001)

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2001
Heilbrigðisáætlun til ársins 2010
Langtíamarkmið í heilbrigðismálum

Umsjón: Áætlana- og þróunarskrifstofa
Hönnun og umbrot: XYZETA/SÍA
Prentun: Grafik
Upplag: 1000
ISBN 9979-872-23-3

Efnisyfirlit

Formáli	5
Ágrip tillagna	7
Summary in English	8
A	
Forgangsverkefni til ársins 2010	9
I. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir	11
II. Börn og ungmenni	12
III. Eldri borgarar	13
IV. Geðheilbrigði	14
V. Hjarta- og heilavernd	15
VI. Krabbameinsvarnir	16
VII. Slysavarnir	17
VIII. Kostnaðarþættir	18
B	
1. Inngangur	21
1.1 Forsaga	21
1.2 Alþjóðleg þróun	21
1.3 Erlendar áætlanir	22
1.4 Íslensk heilbrigðisáætlun	22
2. Staða og horfur	23
2.1 Mannfjöldapróun	23
2.2 Fjárhagur	23
2.3 Heilsufar	25
2.4 Framtíðarsýn	26
3. Stjórnkerfi og skipulag	28
3.1 Stjórnkerfi	28
3.2 Skipulag	28
4. Markmið og forsendur	30
4.1 Markmið	30
4.2 Forgangsöröðun	30
4.3 Alþjóðaheilbrigðisyfirlýsingin	32
4.4 Evrópuáætlun WHO	32
4.5 Afmörkun	32
5. Meginþættir	34
5.1 Samábyrgð og jafnrétti	34
<i>Markmið 1: Samábyrgð um heilbrigði</i>	34
<i>Markmið 2: Jafnrétti til heilbrigðis</i>	34
5.2 Bætt heilsufar	35
<i>Markmið 3: Heilbriggt líf frá upphafi</i>	35
<i>Markmið 4: Heilsufar ungs fólks</i>	36
<i>Markmið 5: Heilbrigð öldrun</i>	36

5.3	Forvarnir og heilsuvernd	37
	<i>Markmið 6: Bætt geðheilbrigði</i>	37
	<i>Markmið 7: Dregið verði úr smitsjúkdómum</i>	38
	<i>Markmið 8: Dregið verði úr langvinnum sjúkdómum</i>	39
	<i>Markmið 9: Dregið verði úr ofbeldi og slysum</i>	39
5.4	Þverfaglegar aðgerðir	40
	<i>Markmið 10: Heilsusamlegt og öruggt umhverfi</i>	40
	<i>Markmið 11: Heilbrigðari lífshættir</i>	41
	<i>Markmið 12: Dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks</i>	41
	<i>Markmið 13: Heilsuvænt umhverfi</i>	42
	<i>Markmið 14: Þverfagleg ábyrgð á heilsufari</i>	43
5.5	Árangursrík heilbrigðisþjónusta	43
	<i>Markmið 15: Samhæfður heilbrigðisgeiri</i>	43
	<i>Markmið 16: Aukin gæði og árangur</i>	44
	<i>Markmið 17: Fjármögnun heilbrigðisþjónustu</i>	45
	<i>Markmið 18: Mannafli í þágu heilbrigðis</i>	46
5.6	Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir	46
	<i>Markmið 19: Rannsóknir og þekking í þágu heilbrigðis</i>	46
	<i>Markmið 20: Efling samstarfs í þágu heilbrigðis</i>	47
	<i>Markmið 21: Stefnumál og aðgerðir í þágu heilsu fyrir alla</i>	48
C		
6.	Stoðaðgerðir og sérsvið	51
	6.1 Rannsóknir og þróunarstarfsemi	51
	6.2 Upplýsinga- og tæknimál	51
	6.3 Gæðaþróun	52
	6.4 Starfsmannastefna	53
	6.5 Samvinna við önnur samfélagssvið	53
	6.6 Erlent samstarf	54
	6.7 Tannheilsa	54
	6.8 Lyfjamál	55
	6.9 Endurhæfing	56
7.	Framkvæmd, mat og eftirlit	57
	Heimildaskrá	58
D		
	Fylgiskjöl	61
	1. Kostnaðar- og ábatagreining Hagfræðistofnunar	63
	2. Regional Health For All Targets	73
	3. Útgjöld til heilbrigðismála	75
	4. Þróun fólksfjölda og landsframleiðslu, heilbrigðisútgjalda á mann til ársins 2030	77
	5. Listi yfir umsagnaraðila og fylgibréf	79

Formáli

Á fundi sínum 20. maí 2001 samþykkti Alþingi heilbrigðisáætlun til ársins 2010 með 46 samhljóða atkvæðum. Áætlunin naut víðtæks stuðnings í öllum stjórn-málaflokkunum. Af sjálfu sér leiðir að um framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar í heild og einstakra þátta hennar ætti því að geta ríkt víðtæk sátt í þjóðfélaginu.

Forveri minn í starfi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Ingibjörg Pálmadóttir, lagði áherslu á að forsenda skipulegrar stefnumótunar og áætlanagerðar í heilbrigðismálum væri að samkomulag ríkti um meginhugmyndir og siðfræðileg viðmið. Að hennar frumkvæði var tekin saman ítarleg álitsgerð um hvernig unnt væri að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum á Íslandi. Sú skýrsla, sem kom út á árinu 1998, var fyrsti áfanginn í að ná samstöðu um alla meiriháttar stefnumörkun, áætlanagerð og setningu markmiða í heilbrigðismálum.

Um svipað leyti, eða í september 1998, samþykkti Evrópuþing WHO nýja Evrópuáætlun með 21 meginmarkmiði sem ná í flestum tilvikum til ársins 2020. Í Evrópuáætluninni var lögð áhersla á jafnrétti og samábyrgð í verki, bætt heilsufar, forvarnir, þverfaglegar aðgerðir, árangursríka heilbrigðisþjónustu og breytta stjórnunar-hætti. Eðlilegt þótti því að tekið yrði mið af Evrópuáætlun WHO við þá endurskoðun á heilbrigðisáætlun frá 1991 sem stóð yfir. Jafnframt því var litið til stefnumörkunar, áætlana og úttekta á fjölmörgum þáttum heilbrigðismála hér á landi.

Heilbrigðisáætlunin var unnin af nefnd sem sett var á laggirnar árið 1996 en fyrstu drög að henni voru lögð fram á heilbrigðisþingi í mars 1999. Eftir umfjöllun heilbrigðisþings var heilbrigðisáætlunin send stjórnendum heilbrigðisstofnana, fagstéttum, hagsmunahópum og fleiri aðilum til umsagnar. Athugasemdir þeirra og ýmislegt sem fram kom á heilbrigðisþinginu var síðan lagt til grundvallar við endanlega gerð hennar.

Í heilbrigðisáætluninni er lögð megináhersla á langtíma heilbrigðismarkmið og miðast þau við að bæta heilsu-far þjóðarinnar. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands var fengin til að greina sérstaklega kostnað og ábata við heilbrigðisáætlunina. Komst Hagfræðistofnun að þeirri niðurstöðu að með því að ná settu marki ætti að vera mögu-legt að draga úr þjóðfélagslegum kostnaði sem nemur á bilinu 7,5–15 milljörðum árlega. Til þess að ná þessum markmiðum þyrfti í ákveðnum tilvikum að stofna til einhvers kostnaðar en í öðrum tilvikum mætti áreiðanlega ná árangri með endurskipulagningu núverandi starfsemi.

Heilbrigðisáætlunin gildir til ársins 2010 en á árinu 2005 verða öll helstu markmið hennar endurskoðuð. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið mun annast hina stjórnsýslulegu framkvæmd og endurskoðun markmiða áætlunarinnar.

Ýmsir sérfróðir aðilar, samstarfsráð og nefndir á vegum heilbrigðisstjórnarinnar, verða fengnir til aðstoðar við að hrinda heilbrigðisáætluninni í framkvæmd. Enn fremur verður komið á fót vinnuhópum til þess að vinna framkvæmdaáætlanir um tiltekna þætti hennar.

Landlæknisembættið mun safna og vinna úr tölulegum upplýsingum og sinna faglegu eftirliti. Framkvæmda-stjórar heilbrigðisstofnana, faglegir yfirmenn, sérfræðingar, stjórnarnefndir og heilbrigðisstarfsmenn munu sömuleiðis vinna að því að ná settum markmiðum og tryggja eftirlit með framkvæmd áætlunarinnar á hverjum stað.

Ég vil sérstaklega leggja áherslu á að nefnd sú er vann tillögur að heilbrigðisáætluninni var bæði þverpólitísk og þverfagleg. Í henni sátu fulltrúar allra stjórn-málaflokka og helstu fagfélaga heilbrigðisstétta. Í nefndinni, sem starfaði á tímabilinu 1996–2000, áttu sæti:

Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri og formaður nefndarinnar.

Ólafur Ólafsson fyrrv. landlæknir, og síðar

Sigurður Guðmundsson landlæknir.

Sighvatur Björgvinsson alþingismaður og fyrrv. ráðherra.

Svavar Gestsson ræðismaður og fyrrv. ráðherra.

Inga Jóna Þórðardóttir borgarfulltrúi og fyrrv. aðstoðarmaður ráðherra.



Þórir Haraldsson aðstoðarmaður ráðherra.

Ásta Möller alþingismaður og fyrrv. formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Jónas Magnússon prófessor.

Birgir Gunnarsson framkvæmdastjóri.

Pálmi V. Jónsson yfirlæknir.

Jón Sæmundur Sigurjónsson hagfræðingur.

Símon Steingrímsson verkfræðingur.

Ingimar Einarsson skrifstofustjóri og starfsmaður nefndarinnar.

Starfsmaður nefndarinnar, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, tók saman meginefni heilbrigðisáætlunarinnar. Anna Björg Aradóttir hjúkrunarfræðingur vann ýmsar heilbrigðisupplýsingar sem þar er að finna og aðstoðaði við framsetningu þeirra. Vilborg Ingólfssdóttir, yfirhjúkrunarfræðingur, Sigríður Haraldsdóttir, ritstjóri heilbrigðissskýrslna, Margrét Björnsdóttir, deildarstjóri, Sigríður Vilhjálmssdóttir, félagsfræðingur, Daði Einarsson, stjórn-sýslufræðingur, og Jóhann Rúnar Björgvinsson, hagfræðingur, gáfu einnig góð ráð og lögðu til efni á ýmsum stigum við gerð áætlunarinnar.

Það er von mín að áfram verði unnið að reglulegum skoðanaskiptum um heilbrigðismál milli heilbrigðisyfirvalda og aðila vinnumarkaðarins, fagstétta, sjúklingafélaga, aðstandenda og annarra sem láta sig málefni heilbrigðisþjónustunnar einhverju varða. Á ég þar bæði við samskipti við hvern hóp eða aðila fyrir sig og sameiginlega fundi eða ráðstefnur þar sem farið yrði yfir stöðuna og framtíðarhorfur í heilbrigðismálum. Á þann hátt ætti að vera hægt að tryggja enn frekar samstöðu um helstu verkefni og framtíðarþróun heilbrigðisþjónustunnar.

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

Jón Kristjánsson,
heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra.

Forgangsverkefni til ársins 2010

1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru. (Árið 1998 var áfengisneysla á íbúa 15 ára og eldri 5,56 lítrar.)
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 25%. (Samkvæmt könnunum frá 1998 sögðu 20% nemenda í 10. bekk hafa drukkið 3–6 sinnum síðustu 30 daga fyrir kannanirnar og sama ár sögðu 16% unglunga í 10 bekk hafa prófað hass.)
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 15%. (Árið 1999 reyktu 27% karla og kvenna daglega.)
- 1.d Hlutfall barna og unglunga 14–17 ára sem reykja verði undir 5%. (Árið 1997 reyktu 5–21% ungmenna á aldrinum 14–16 ára.)

2. Börn og ungmenni

- 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%. (Á árunum 1991–1995 var vísitala langvinnra sjúkdóma hjá börnum miðað við menntun föður sem hér segir: háskólamenntun 1, framhaldsskólamenntun 1,17 og grunnskólamenntun 1,46.)
- 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu. (Árið 1997 náði þjónustan til 0,4–0,5 af hópnum 0–18 ára.)
- 2.c Dregið verði úr slysum og slysadauða barna um 25%. (Á tímabilinu 1991–1995 dóu 35 eða 60 af hverjum 100.000 drengjum á aldrinum 1–14 ára af slysförum og samsvarandi tala fyrir stúlkur á þessum aldri var 30 eða 56,7 af hverjum 100.000 stúlkum á sama aldri.)
- 2.d Tíðni tannskemmda (DMF) 12 ára barna lækki í 1,0. (Árið 1996 var DMF hjá 12 ára börnum 1,5.)

3. Eldri borgarar

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar. (Árið 1997 var meðalbiðtími eftir hjúkrunarými 267 dagar í Reykjavík.)

- 3.b Yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima. (Árið 1997 bjuggu 28,1% fólks 80 ára og eldra á stofnunum.)
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðma- og hryggbrota um 25%. (Árin 1990–1992 var nýgengi mjaðmabrota sem hér segir (aldursstaðlað): Konur 50 ára og eldri 327,2; Karlar 50 ára og eldri 169,6.)
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti. (Árið 1990 höfðu 41,6% á aldrinum 45–54 ára 10 eða fleiri tennur í gómi og 1995 var hlutfallið 58,6%.)

4. Geðheilbrigði

- 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%. (Á árunum 1991–1995 dóu 60 karlar yngri en 35 ára af völdum sjálfsvígs en 8 konur.)
- 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%. (Árið 1994 var heildaralgengi geðraskana 22%.)

5. Hjarta- og heilavernd

- 5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára: – Hjá körlum um 20%. (Á árunum 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 131 af hverjum 100.000 körlum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.) – Hjá konum um 10%. (Á árunum 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 76 af hverjum 100.000 konum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.)
- 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%. (Árin 1991–1995 var árleg dánartíðni karla 44,1 og kvenna 30,4 af hverjum 100.000.)

6. Krabbameinsvarnir

Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára lækki um 10%. (Á árunum 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 104 af hverjum 100.000 körlum yngri en 75 ára og 106 af hverjum 100.000 konum.)

7. Slysavarnir

- 7.a Slysum fækki um 25%. (Árið 1997 slösuðust 60.000 manns.)
- 7.b Dauðaslysum fækki um 25%. (Á árunum 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 42 af hverjum 100.000 körlum af völdum slysa og 21 af hverjum 100.000 konum.)

Priority areas to the year 2010

1. Alcohol, Other Drugs and Tobacco

- 1.a Reduced alcohol consumption of inhabitants 15 years and older to an annual average of no more than 5,0 liter of pure alcohol and almost none under that age. (Baseline: In 1998 the alcohol consumption was 5,56 liter per inhabitant 15 years and older.)
- 1.b Reduced consumption of alcohol and other drugs of those who are under age by 25% (under 18 years). (Baseline: According to studies from 1998 20% of pupils in the 10th grade said they had been drinking 3–6 times last 30 days before these studies were carried out and that year 16% of the pupils in same grade said they had smoked hash.)
- 1.c Reduced smoking among people 18–69 years of age to a prevalence less than 15%. (Baseline: In 1999 27% of males and females smoked daily.)
- 1.d Reduced smoking among children and adolescents 14–17 years to a prevalence less than 5%. (Baseline: In 1997 5–21% of adolescents 14–16 years smoked.)

2. Children and Adolescents

- 2.a Measures should be taken to reduce by 25% health differences among children linked to social position of parents. (Baseline: In 1991–1995 an index of long-term diseases among children linked to the education of the father was as follows: university education 1, secondary education 1,17 and primary education 1,47.)
- 2.b Extend the psychiatric service to reach on an annual basis to at least 2% of all children and adolescents in the age group 0–18 years. (Baseline: In 1997 psychiatric service covered 0,4–0,5% of the age group 0–18 years.)
- 2.c Reduced by 25% accidents and accidental deaths among children. (Baseline: In the period 1991–1995, 35 or 60 per 100.000 boys in the age group 1–14 years died an accidental death and comparable figure for girls in the same age group were 30 or 56,7 per 100.000.)
- 2.d Reduced prevalence of dental caries (DMF) among 12 years old to 1,0. (Baseline: In 1996 the DMF among 12 years old was 1,5.)

3. Older Adults

- 3.a Reduced waiting time for people in great need for a place in a nursing home to maximum of 90 days. (Baseline: In 1997 the average waiting time in Reykjavík was 267 days.)

- 3.b Over 75% of people 80 years and older should be in so good health that they can with an appropriate support live in their own home. (Baseline: In 1997 28,1% of people 80 years and older were living at nursing homes and other health institutions.)
- 3.c Reduced prevalence of breaking coxal and back bones by 25%. (Baseline: In 1990–1992 the prevalence of beaking coxal bones was as follows (standardized by age): Females 50 years and older 327,2; males 50 years and older 169,6.)
- 3.d Over 50% of people 65 years and older should have at least 20 healthy teeth in a bite. (Baseline: In 1990 41,6% of those in age group 45–54 had 10 or more upper teeth and in 1995 this proportion had risen to 58,9%.)

4. Mental Health

- 4.a Reduce the prevalence of suicides by 25%. (Baseline: In 1991–1995, 60 males younger than 35 years of age committed suicide and 8 females in same age group.)
- 4.b Reduce the prevalence of mental disorders by 10%. (Baseline: In 1994 was the total prevalence of mental disorders was estimated 22%.)

5. Cardiovascular Disease and Stroke

- 5.a Reduce cardiovascular disease deaths in the age group 25–74 years, men by 20% and women by 10%. (Age-adjusted baseline: Annually in 1991–1995, males: 131 deaths per 100.000, and females: 76 deaths per 100.000.)
- 5.b Reduce stroke events by 25%. (Age-adjusted baseline: Annually in 1991–1995, males: 44,1 deaths per 100.000, and females: 30,4 deaths per 100.000.)

6. Cancer

Reduce cancer deaths of people under 75 years by 10%. (Age-adjusted baseline: Annually in 1991–1995, males: 104 deaths per 100.000 younger than 75 years, and females 106 deaths per 100.000.)

7. Accidents

- 7.a Reduce accidents by 25%. (Base line: In 1997 the total number of accidents was estimated 60.000.)
- 7.b Reduced deaths by accident by 25%. (Baseline: Annually in 1991–1995, males: 42 deaths per 100.000, and females: 21 deaths per 100.000.)

A: Forgangsverkefni til ársins 2010

I. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

Aðalmarkmið

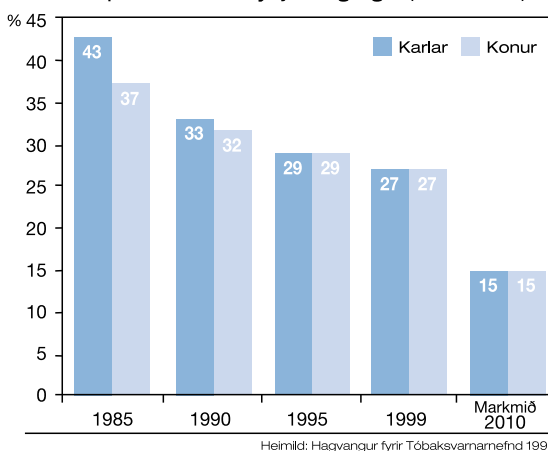
- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 25%.
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 15%.
- 1.d Hlutfall barna og unglunga 14–17 ára sem reykja verði undir 5%.

Staða

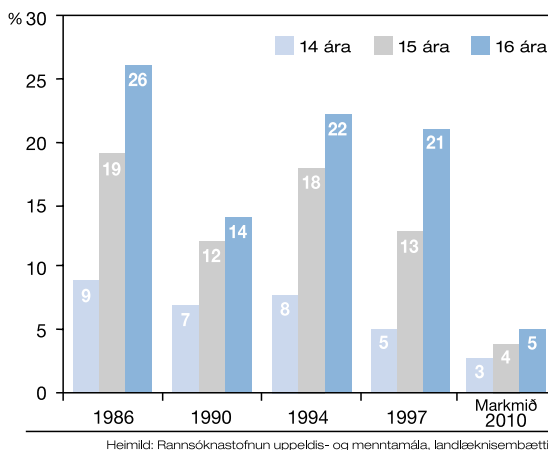
Um 90% landsmanna sem náð hafa tvítugsaldri neyta áfengis. Tíðni alkóhólisma á Íslandi hefur mælst á bilinu 3,5–6,3%. Áfengisneysla á hvern einstakling 15 ára og eldri var 5,56 lítrar af hreinu áfengi árið 1998. Samkvæmt könnunum hafa um 16% nemenda í 10. bekk grunnskólans prófað hass. Upplýsingar um neyslu annarra ólöglegra fíkniefna eru takmarkaðar.

Reykingar eru helsta orsök margra sjúkdóma og eitt stærsta heilbrigðisvandamál samtímans. Hvers konar tóbaksnotkun er skaðleg heilsunni. Skaðsemi reykinga er meiri eftir því sem meira er reykt og byrjað er fyrr. Reykingar eru meginorsök 18–19% dauðsfalla í landinu á hverju ári. Konur reykja meira en karlar og í sumum aldurshópum hefur dánartíðni kvenna vegna reykingasjúkdóma aukist undanfarin ár. Samkvæmt könnunum Tóbaksvarnarnefndar reykja 27% fullorðinna á aldrinum 18–69

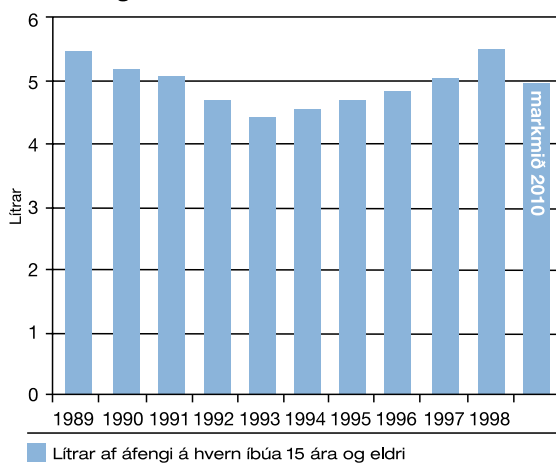
Hlutfall þeirra sem reykja daglega (18–69 ára)



Hlutfall 14–16 ára sem reykja daglega



Áfengisneysla af hreinu alkóhóli á íbúa 15 ára og eldri



ára daglega. Reykingar barna og unglunga fóru að aukast aftur um miðjan níunda áratuginn en aðeins hefur dregið úr þeim aftur seinustu misserin.

Leiðir

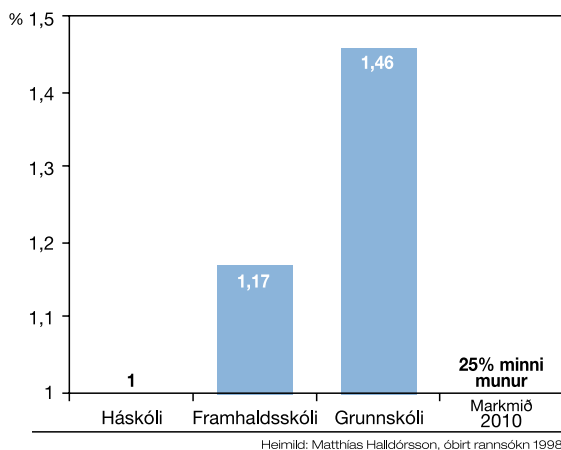
1. Fræðsla og forvarnir sem beinast að börnum, ungmennum og fullorðnum.
2. Eftirfylgni við banni á áfengis- og tóbaksauðglýsingum, niðurgreiðsla níkótínlyfja og verðstýring.
3. Aðgengi að meðferðarúræðum fyrir áfengis-, fíkniefna- og reykingasjúklinga verði auðveldað.
4. Reyklaust umhverfi verði sem víðast.
5. Aukið eftirlit með sölu á tóbaki til unglunga.
6. Skipuleg söfnun og úrvinnsla á staðtölum um áfengis-, vímuefna- og tóbaksneyslu þjóðarinnar í heild og einstakra þjóðfélagsþopa.

II. Börn og ungmenni

Aðalmarkmið

- 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.
- 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.
- 2.c Dregið verði úr slysum og slysaðaða barna um 25%.
- 2.d Tíðni tannskemmda (DMF) 12 ára barna lækki í 1,0.

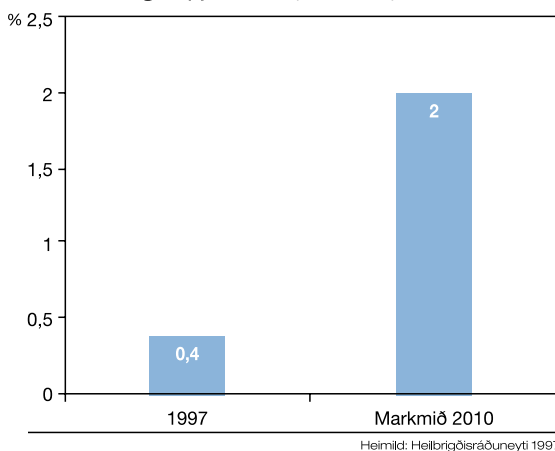
Líkur á langvinnum sjúkdómum miðað við menntun föður



Staða

Miklar breytingar hafa orðið í íslensku þjóðfélagi á undanförunum áratugum sem m.a. hafa haft áhrif á stöðu fjölskyldunnar í samfélaginu. Rannsóknir sýna að fylgni er með þjóðfélagsstöðu foreldra og heilsufari barna. Á öllum skólastigum er æskilegt að nemendur, kennarar og foreldrar, með stuðningi heilsugæslunnar, vinni skipulega að forvörnum og heilsuefingu. Heilsuefing í skólum miðar að því að allur skólinn verði uppspretta heilbrigðis og eflir góð mannleg

Geðheilbrigðisþjónusta (0–18 ára)



tengsl. Brýnt er að skapa fjölskyldunni betri skilyrði til að sinna þörfum sínum og skyldum. Talið er að geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 0,4–0,5% barna á aldrinum 0–18 ára. Annars staðar á Norðurlöndum nær hún til allt að 2% barna árlega og eðlilegt verður að teljast að veitt sé sambærileg þjónusta hér á landi.

Leiðir

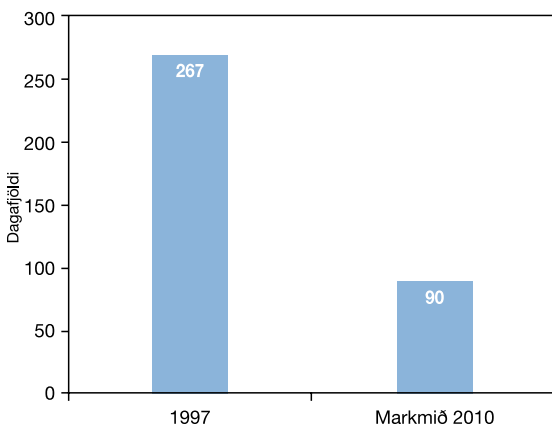
1. Stuðningur við fjölskyldur, einkum þær sem búa við lægri þjóðfélagsstöðu.
2. Hvetja skóla til að taka upp aðferðir heilsueflandi skóla.
3. Fjölgun og aukið jafnræði í úrræðum geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn.
4. Bætt tengsl heilsugæslu og geðheilbrigðisþjónustu.
5. Fræðsla og aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífsháttanna barna, foreldra og kennara.
6. Aukin tengsl skóla við geðheilbrigðisþjónustu, m.a. með eflandi sálfræðiþjónustu í skólum.
7. Efling rannsókna á tengslum sjúkdóma og þjóðfélagsstöðu.
8. Aðgengi barna og ungmenna að tannlæknisþjónustu verði auðveldað.

III. Eldri borgarar

Aðalmarkmið

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.
- 3.b Yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðma- og hryggbrota um 25%.
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.

Biðtími eftir vistun á hjúkrunarheimili í Reykjavík

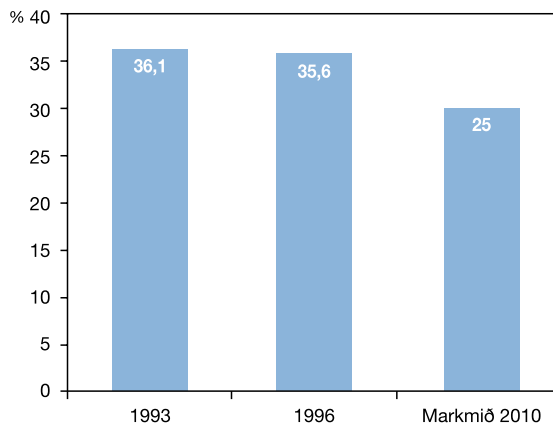


Heimild: Skýrsla heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og Reykjavíkurborgar um tiltæk úrræði í hjúkrunarþjónustu við aldraða Reykvíkinga, 1998

Staða

Verulegar breytingar eiga sér nú stað á aldurssamsetningu þjóðarinnar. Frá miðjum 10. áratugnum til ársins 2010 er gert ráð fyrir að landsmönnum fjölgi um 11% en íbúum 65 ára og eldri um 23% og 85 ára og eldri um 45%. Um 35% þeirra sem eru 80 ára og eldri á stofnunum. Talið er að fleiri geti verið lengur heima sé þeim veitt viðeigandi þjónusta eða stuðningur. Kannanir sýna að meðalbiðtími eftir hjúkrunarrými var 267 dagar í Reykjavík árið 1997, en stefnt er að því að hann verði ekki lengri en 90 dagar. Brýnt er að leggja áherslu á að viðhalda og bæta líkamlega og andlega færni þannig að aldraðir geti dvalist sem lengst heima.

Hlutfall 80 ára og eldri á öldrunarstofnunum



Heimild: Tölur frá Hagstofu Íslands

Leiðir

1. Heilsueflandi aðgerðir og aukin sjúkra- og iðjuþjálfun fyrir aldraða.
2. Efling og aukið samstarf og samhæfing heimilishjálpar, heimaþjónustu heilsugæslu, öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og hjúkrunar- og dvalarheimila, með sérstakri áherslu á teymisvinnu.
3. Samhæft mat á þörfum aldraðra (sbr. RAI mat) og gæðum þjónustu á öllum stigum þjónustunnar verði beitt sem lykli að þróun úrræða.
4. Aukið framboð á dagvistun, heimaþjónustu heilsugæslunnar, þar sem áhersla er lögð á 7 daga sólarhringsþjónustu og skammtímainnlagnir.
5. Gott aðgengi að öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og öðrum meðferðarúrræðum utan stofnana.
6. Gerð klínískra leiðbeininga fyrir öldrunarteymi er lúta að sérhæfðri meðferð aldraðra.
7. Unnið verði að því að jafna framboð og eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum.
8. Gerðar verði klínískar leiðbeiningar fyrir heilsugæslu miðaldra og ungra aldraðra er stuðli að bættri heilsu á efri árum, t.d. með tilliti til beinþynningar.
9. Tannvernd fullorðinna og aldraðra verði efl.

IV. Geðheilbrigði

Aðalmarkmið

4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.

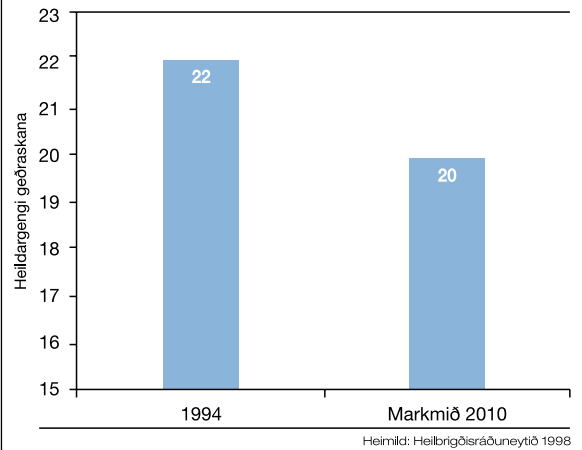
4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.



Staða

Geðsjúkdómar og geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma á Íslandi. Þessir sjúkdómar valda meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar. Þetta má m.a. sjá af því að meira en fjórðungur allra sem fá fullan örorkulífeyri fá hann vegna geðraskana. Heildaralgengi geðraskana á Íslandi er talið vera 22%. Samkvæmt því má gera ráð fyrir að um 50.000 Íslendingar, fimm ára og eldri, þjáist af einhvers konar geðtruflun á hverjum tíma. Sjálfsvígum hefur fjölgað hjá ungum karlmönnum.

Heildargengi geðraskana hjá fólki á aldrinum 20–59 ára



Leiðir

1. Skráning geðraskana lúti sömu reglum og skráning annarra sjúkdóma.
2. Bætt menntun, fræðsla og sérþjálfun starfsfólks með tilliti til geðheilbrigðisvandamála og forvarna þar að lútandi.
3. Almenningsfræðsla um geðheilbrigðisvandamál.
4. Aðgangur að geðheilbrigðisþjónustu verði auðveldaður og meðferðarúrræðum fjölgað.
5. Samhæfing á starfsemi skóla og geðheilbrigðisþjónustu.
6. Efling forvarna gegn geðröskunum, með áherslu á varnir gegn sjálfsvígum.
7. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð geðsjúkdóma.

V. Hjarta- og heilavernd

Aðalmarkmið

5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára: hjá körlum um 20% og hjá konum um 10%.

5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.

Staða

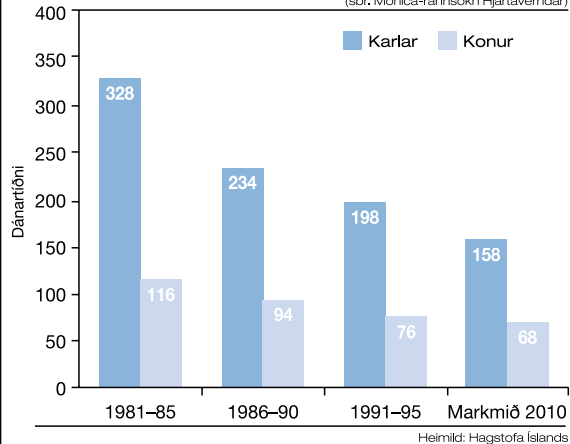
Rúmlega 60% allra dauðsfalla hér á landi eru af völdum langvinnra sjúkdóma, þar af deyja um 35% úr hjarta- og æðasjúkdómum. Hjarta- og æðasjúkdómur hafa verið á hröðu undanhaldi síðustu einn til tvo áratugi, bæði meðal karla og kvenna. Dánartíðnin hefur ekki aðeins lækkað heldur hefur einnig fækkað nýjum og endurteknum tilvikum. Ekki er að öllu óbreyttu búist við frekari fækkun dauðsfalla vegna kransæðasjúkdóma á næstu árum vegna þess að hækkandi aldur þjóðarinnar vegur jafnþungt lækkun áhættu. Hins vegar má draga úr dánartíðni hjá fólki yngra en 65 ára og fresta framkomu hjarta- og æðasjúkdóma við 70 ára aldur um 30%.

Leiðir

1. Fræðsla um mataræði, hreyfingu og áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma.

Dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma á hverja 100.000 íbúa á aldrinum 25–74 ára

(sbr. Monica-rannsókn Hjartaverndar)



2. Aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta.
3. Reglubundið eftirlit með áhættuþáttum, svo sem blóðþrýstingi, blóðfitu og þyngd.
4. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð hjarta- og æðasjúkdóma, svo og forvörnum, sérstaklega hvað varðar meðferð háþrýsings og hækkun á blóðfitu.

VI. Krabbameinsvarnir

Aðalmarkmið

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

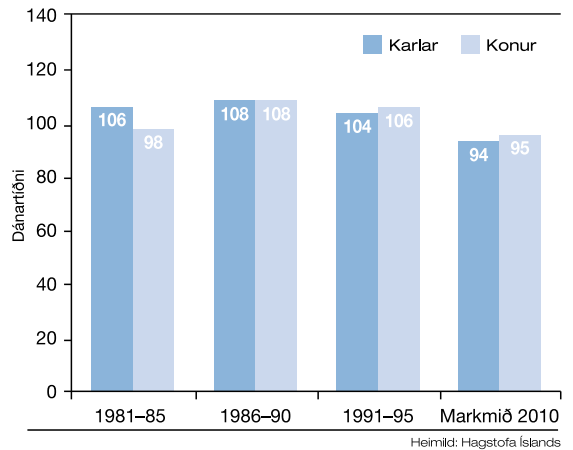
Staða

Um þriðjungur þjóðarinnar fær krabbamein á lífsleiðinni og nálægt fjórðungur deyr af völdum þess. Tíðni krabbameina fer vaxandi upp að ákveðnum aldri. Rannsóknir benda til þess að tengsl séu milli lífshátta og krabbameina. Einnig eru ýmis efni í umhverfinu krabbameinsvaldandi. Að öllu óbreyttu er búist við áframhaldandi hækkun á tíðni (nýgengi) og dánartíðni krabbameina umfram eðlilegar aldurshækkningar. Miklar framfarir hafa orðið í meðferð ýmissa tegunda krabbameina þannig að margir fá nú bót meina sinna og öðrum er gert mögulegt að lifa lengur með sjúkdóm sinn en áður þekktist.

Leiðir

1. Fræðsla um áhættuþætti krabbameina.
2. Aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta.

Dánartíðni vegna krabbameina á hverja 100.000 íbúa 75 ára og yngri



3. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð krabbameina.
4. Skipulögð krabbameinsleit og eftirlit með áhættuþáttum.
5. Efling rannsókna á tengslum krabbameina og lífshátta, umhverfishátta og þjóðfélagsstöðu.

VII. Slysavarnir

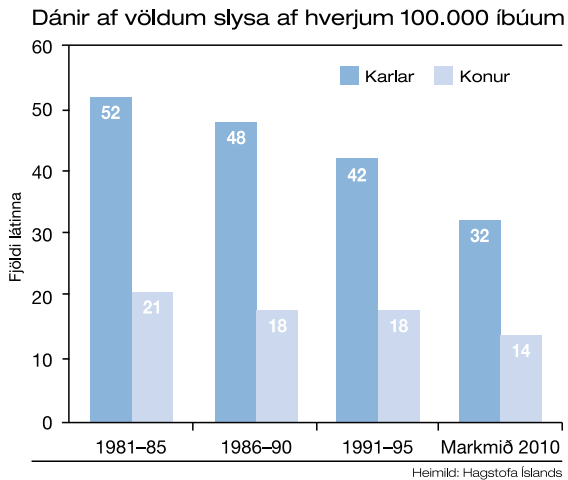
Aðalmarkmið

7. a Slysnum fækki um 25%.

7. b Dauðaslysum fækki um 25%.

Staða

Árlega verða um 60.000 slys á Íslandi. Það samsvarar því að tæplega fjórðungur þjóðarinnar slasaðist. Um 30.000 þeirra sem slasast þurfa á eftirmeðferð að halda vegna afleiðinga slysanna. Slys eru mun algengari meðal karla en kvenna. Ísland sker sig úr hvað varðar fjölda slysa á heimilum. Kostnaður við slys er gífurlegur og er hann talinn nema 14–18 milljörðum króna árlega að því er varðar umferðarslys. Læknis- og sjúkrakostnaður er þó aðeins lítil hluti þessara útgjalda, en eigna-, tekju- og slysabætur eru langstærstu liðirnir. Afleiðingar slysa eru ekki einungis vinnutap og kostnaður fyrir þjóðfélagið heldur einnig glötuð æviár, örkuml og þjáningar. Tíðni dauðsfalla meðal karla af völdum slysa hefur lækkað úr 52 í 42 á hverja 100.000 íbúa frá árunum 1981–1985 til 1991–1995. Dauðaslysum kvenna hefur fækkað úr 21 í 18 á hverja 100.000 íbúa á sama tímabili. Sérfræðingar telja að hægt sé að ná enn betri árangri.



Leiðir

1. Barátta gegn hrað- og ölvunarakstri, fræðsla og eftirlit lögreglu.
2. Bætt ökukennsla og aðstaða til æfingar og þjálfunar.
3. Slysavarnir barna – miða skal að öryggi í umhverfi barna.
4. Slysavarnir á sjó – fræðsla og öryggisbúnaður.
5. Bætt og samræmd slysaskráning.

VIII. Kostnaðarpættir heilbrigðisáætlunar¹

Heilbrigðisáætlun felur í sér markmið um að bæta velferð í þeim málaflokkum sem áætlunin beinist að. Sjúkdómar og slys valda samfélaginu kostnaði, bæði beinum og óbeinum. Ef markmið heilbrigðisáætlunar nást fram er um að ræða mögulega lækkun samfélagslegs kostnaðar. Til þess að verða einhvers vísari um þessa mögulegu lækkun er nauðsynlegt að líta á hagrænan þátt þeirra markmiða sem sett eru fram. Í skýrslunni er leitast við að leggja hagrænt mat á hve mikið kostnaður samfélagsins minnki ef markmið varðandi eftirfarandi þætti nást fram:

- Áfengis- og tóbaksvarnir
- Slys á börnum og ungmennum
- Vistun aldraðra á dvalarheimilum eða þjónusta í heimahúsum
- Geðheilbrigði
- Hjarta- og heilavernd
- Krabbameinsvarnir
- Slysavarnir

Að baki kostnaðarmati á sérhverjum þessara þátta liggur verulegt umfang útreikninga. Hér hefur verið leitast við að gera skil sem flestum þáttum hvers viðfangsefnis. Rammi úttektarinnar hefur hins vegar gert nauðsynlegt að takmarka umfang hennar. Í mörgum tilfellum eru mælingar ekki mjög nákvæmar eða gögn ekki fyrirleggjandi. Hefur þá reynst nauðsynlegt að skoða niðurstöður erlendra rannsókna og reyna eftir bestu getu að staðfæra niðurstöður þeirra í samræmi við þær aðstæður sem eru hér á landi. Hin hagfræðilega aðferðarfræði sem beitt er nefnist kostnaðar-/ábatagreining, öðru nafni arðsemismat. Aðferðin gengur út á að meta þann ábata og kostnað vegna valkosta sem samfélagið stendur frammi fyrir.

Þess ber að geta að mörg þeirra markmiða sem sett eru fram í heilbrigðisáætlun eru af því tagi að þau beinast að afmörkuðum þætti ákveðins viðfangsefnis sem erfitt er að reikna út í tölulegu formi, jafnvel þótt unnt sé að reikna kostnað viðfangsefnisins.

Dæmi um þetta eru markmið um að draga úr dauðsföllum vegna ákveðins sjúkdóms. Þau úrræði sem þar geta komið til greina eru annars vegar að draga úr nýgengi sjúkdómsins eða að auka meðferðarúrræði eða jafnvel sambland af hvoru tveggja. Í þessum tilfellum er látið nægja að skoða heildarkostnað viðfangsefnisins og látið vera að reyna að

túlka markmiðin yfir á tölulegt form. Í öðrum tilfellum eru markmiðin þess eðlis að erfitt er að leggja á þau fjárhagslegan mælikvarða. Þetta á t.d. við um markmið sem fela í sér jöfnun meðal einstaklinga eða aukna velferð. Í slíkum tilfellum er ekki gerð tilraun til arðsemisgreiningar. Í töflu 1.1. eru birtar niðurstöður kostnaðargreiningar nokkurra þeirra markmiða sem birtast í heilbrigðisáætlun.

Tafla 1.1 Helstu niðurstöður greiningar árlegs kostnaðar og ávinnings

	Þjóðfélagslegur kostnaður	Markmið heilbrigðisáætlunar
	<i>Millj. kr.</i>	<i>Millj. kr.</i>
Áfengisnotkun	5.700–7.700	500–800
Tóbaksnotkun	4.400–8.600	1.936–3.784
Slys barna	4.500–18.500	1.125–4.625
Geðraskanir	20.000	
Krabbamein	9.000	
Hjarta- og æðasjúkdómar	11.800	
Umferðarslys	16.000–23.000	4.000–5.750
Samtals	71.400–98.600	7.561–14.959

Heimild: Útreikningar Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands

Að lokum skal bent á að heilbrigðisáætlun felur ekki í sér kostnaðargreiningu á þeim úrræðum sem sett eru fram til að ná fram markmiðum. Hér er einungis einblínt á mögulegan ábata ef markmið nást. Í einhverjum tilfellum kalla þessi markmið á aukningu heilbrigðisútgjalda en í öðrum tilfellum er hægt að ná fram markmiðum með endurskipulagningu núverandi útgjalda. Kostnaðargreining úrræða til að ná fram markmiðum heilbrigðisáætlunar er í raun efni í aðra úttekt og því ekki skoðuð hér.

Ávinningur úttektar sem þessarar er einkum fólgin í því að í mörgum tilfellum er hægt að ná fram markmiðum án þess að stofna þurfi til verulegs kostnaðar. Stundum er jafnvel næganlegt að endurskipuleggja núverandi útgjöld. Kostnaðargreining á heilbrigðisþætti sem tiltölulega ódýrt væri að ná niður sýnir oft hversu litlu þarf að kosta til fyrir mikinn ávinning. Þetta á t.d. við um slys þar sem um er að ræða mikinn samfélagslegan kostnað. Þar er oft á tíðum með markvissum og tiltölulega kostnaðarlitlum aðgerðum hægt að ná umtalsverðum árangri. Annað dæmi um þetta eru t.d. áfengis- og tóbaksvarnir. Greiningar af því tagi sem hér eru settar fram sýna ótvíræðan ávinning fyrirbyggjandi aðgerða sem eru tiltölulega ódýrar í samanburði við annan kostnað innan heilbrigðiskerfisins.

1 Þessi kafli er ágrípur af skýrslu Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands sem birt er í viðauka.

I. Inngangur

1.1 Forsaga

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur lengst af einkennst af valddreifingu og sjálfstæði stofnana. Það stafar sjálfsgagt af því að faghópar, frjáls félagssamtök, styrktarfélag og heimamenn á hverjum stað hafa ráðið miklu um uppbyggingu og þróun þjónustunnar. Ráðuneyti heilbrigðismála var til að mynda ekki stofnað fyrr en árið 1970. Í þessu skipulagi fólst að frumkvæðið var venjulega hjá mörgum aðilum og þeim sem nutu heilbrigðisþjónustunnar stóð næst að hafa áhrif á framkvæmd hennar. Meginveikleiki þessa fyrirkomulags var hins vegar skortur á samhæfingu í uppbyggingu og rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

Tilraunir til markvissrar stefnumótunar í heilbrigðismálum hafa átt erfitt uppdráttar því að stjórn málaflokksins hefur verið dreifð og ósamhæfð. Á það bæði við um heildaráætlanir til langs tíma og áætlanir sem snúa að einstökum þáttum heilbrigðisþjónustunnar, svo sem uppbyggingu sjúkrahúsaþjónustunnar og skipulagi forvarna og heilsueflingar. Stefnumörkunin í málefnum heilsugæslunnar, með samþykkt heilbrigðislaganna 1973, verður þó að teljast til undantekninga.

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

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

1.2 Alþjóðleg þróun

Árið 1977 samþykkti þing Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) eftirfarandi ályktun:

„Mikilvægasta þjóðfélagslega markmið ríkisstjórna aðildarríkjanna og WHO næstu áratugi er að vinna að því að allir íbúar heimsins búi fyrir árið 2000 við heilsufar sem gerir þeim mögulegt að geta lifað lífi sem er fullnægjandi í félagslegu og efnahagslegu tilliti.“

Þessi ályktun, sem nefnd hefur verið heilbrigði allra árið 2000, lá til grundvallar þeirri áherslu sem lögð var á heilsugæslu í svonefndri Alma Ata yfirlýsingu árið 1978. Samkvæmt henni var talið óhjákvæmilegt að grundvallarbreyting yrði á forgangi verkefna í heilbrigðismálum næstu áratugi til þess að unnt væri að bæta heilsu allra.

Ályktunin um heilbrigði allra árið 2000 og Alma Ata yfirlýsingin fólu með öðrum orðum í sér nánari útfærslu hugsjóna í heilbrigðisskilgreiningu WHO frá árinu 1948 og þar með var lagður grunnur að heilbrigðisstefnu sem ætlað er að ná til allra jarðarbúa.

Í Alma Ata yfirlýsingunni er áhersla lögð á að sérhvert land verði að þróa eigin leiðir í heilbrigðisþjónustu á grundvelli aðstæðna, þekkingar á heilsuþörfum íbúa og samvinnu heilbrigðisstétta og þjóðfélagsgeira. Heilbrigðisþjónustan megi ekki eingöngu snúast um lækningar og meðhöndlun sjúkdóma heldur verði hún einnig að beinast að grunnheilsugæslu, þ.m.t. forvörn og heilsueflingu, auk endurhæfingar vegna sjúkdóma.

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

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

Svæðisnefnd WHO í Evrópu samþykkti haustið 1998 heilbrigðistefnu sem nær í flestum atriðum til ársins 2020 og er þar lögð áhersla á 21 heilbrigðismarkmið í stað 38 áður (sjá fylgiskjal 2). Markmiðin eru betur skilgreind og meira lagt upp úr tölulegum viðmiðum en í þeirri stefnu sem tók mið af árinu 2000.

Með Maastricht-samkomulaginu árið 1992 urðu heilbrigðismál formlegt samstarfssvið innan Evrópusambandsins, jafnhliða samstarfi ESB-ríkjanna innan WHO. Það samstarf varð enn víðtækara með breytingu á 129. gr. samkomulagins í lok ríkjaráðstefnu ESB í Amsterdam árið 1997.

1.3 Erlendar áætlanir

Þau heilbrigðisþólitísku markmið og áætlanir sem WHO, ESB og lönd eins og Finnland, Svíþjóð, Holland, England og Bandaríkin hafa sett sér og mót að eru mjög mismunandi. Heilbrigðismarkmið ESB og Bretlands taka einkum mið af því að draga úr ákveðnum sjúkdómum. Ekki er hins vegar lýst nákvæmlega hvernig það verði gert. Jafnframt skortir þessar áætlanir markmið sem snúa að jafnræði þjóðfélagsþópa og heilbrigðisfræðsla beinist aðallega að því að hafa áhrif á einstaklinga og hegðun þeirra. Til laga bresku ríkisstjórnarinnar að endurskoðaðri áætlun, sem kynnt var í ársbyrjun 1998, nálgast þó viðfangsefnið á mun heildstæðari hátt en fyrri áætlun.

Sú nálgun viðfangsefnisins að leggja megináherslu á að draga úr ákveðnum sjúkdómum á sér sterkar rætur í hefðbundnum líffræðilegum og læknisfræðilegum rannsóknum. Að halda sig við einn tilgreindan sjúkdóm auðveldar oft eftirfylgni og mat á árangri mismunandi aðgerða sem beitt er í baráttunni við ákveðna sjúkdóma. Helsti ókostur þessarar aðferðar er sá að flestir sjúkdómar eiga sér margar, mismunandi og oft samverkandi orsakir. Jafnframt leiðir þetta iðulega til þess að ekki er nægjanlegt tillit tekið til þjóðfélagsaðstæðna og staðbundinna lífsskilyrða fólks.

Stefnumörkun WHO um heilbrigði allra og áætlanir margra landa sem taka mið af henni, svo sem Finnlands, Svíþjóðar og Hollands, eru hins vegar mun víðtækari. Jafnframt því að vinna gegn sjúkdómum leggja þessi ríki áherslu á jafnréttismarkmið, stjórn á hættum í umhverfinu og leiðbeiningar til fólks um heilsusamlega lífnaðarhætti. Nauðsynlegt er talið að upplýsingum um heilbrigðismál sé jöfnum höndum beint til einstaklinga, stofnana, fyrirtækja, staðbundinna yfirvalda og fleiri aðila. Sömu leiðis verði að taka tillit til heilbrigðis- og umhverfissjónarmiða við allar meiri háttar framkvæmdir og samfélagsaðgerðir.

Bandaríska heilbrigðisáætlunin er að því er varðar skilgreiningu markmiða og jafnræði þjóðfélags-

þópa byggð á víðtækum vísindalegum rannsóknum. Áætlunina skortir samt sem áður nákvæmar leiðbeiningar um á hvern hátt unnt sé að skapa skilyrði til að ná megi þeim jafnræðismarkmiðum sem að er keppt. Það verkefni er að hluta lagt í hendur frjálsra félagasamtaka, skóla, fjölmiðla, fyrirtækja og fleiri aðila sem ætlað er mikilvægt hlutverk við framkvæmd áætlunarinnar.

1.4 Íslensk heilbrigðisáætlun

Íslensku heilbrigðisáætluninni frá árinu 1991, í 33 liðum, var ætlað að ná fram til ársins 2000. Meginmarkmið áætlunarinnar var að bæta heilsufar þjóðarinnar, tryggja jafnan rétt til heilbrigðisþjónustu, vinna að auknum gæðum þjónustunnar og stuðla að því að tekið sé fullt tillit til heilbrigðissjónarmiða í þjóðfélaginu.

Landsáætlunin var aðallega byggð á Evrópuáætlun WHO um heilbrigði allra árið 2000. Nokkuð skorti hins vegar á að hún tæki til allra efnisþátta Evrópuáætlunarinnar, nánast engir tölulegir mælikvarðar voru hafðir til viðmiðunar og því var aðeins lýst að takmörkuðu leyti hvernig ná mætti viðkomandi heilbrigðismarkmiðum. Athugun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins á því að hve miklu leyti einstakir þættir áætlunarinnar hafa komið til framkvæmda sýnir engu að síður að verulega hefur miðað í átt að settum markmiðum á flestum sviðum.

Við endurskoðun heilbrigðisáætlunarinnar kom einkum til greina að fylgja öllum þáttum nýju Evrópuáætlunarinnar, velja úr þau atriði hennar sem skipta máli fyrir Ísland eða fara að fordæmi þeirra ríkja sem einfaldað hafa áætlanagerð sína á undanförunum árum. Ákveðið var að afmarka sérstaklega sjö forgangsverkefni áætlunarinnar til ársins 2010 en að öðru leyti mynda þau 21 markmið sem er að finna í Evrópuáætlun WHO megingrunn áætlunarinnar.

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

2. Staða og horfur

Þróun mannfjölda, aldurssamsetning, lífshættir og umhverfi fólks, efnahagsástand, fjárhagur hins opinbera, gæði heilbrigðisþjónustunnar, félagsleg þjónusta, tækninýjungar, framfarir í læknisfræði og öðrum heilbrigðisvísindum, auk heilsufars þjóðarinnar eru þættir sem hafa áhrif á gerð og framkvæmd heilbrigðisáætlana.

2.1 Mannfjöldaþróun

Mannfjöldaspár Hagstofu Íslands gera ráð fyrir að íbúum landsins muni fjölga um 6–7% á næstu tíu árum og 11–12% á næstu tuttugu árum. Ekki er talið að hér á landi verði um verulegar breytingar á fjölda árlegra fæðinga næstu ár. Þegar til lengri tíma er litið telur Hagstofan annars að vænta megi þess að meðalaldur mæðra sem eignast fyrsta barn muni halda áfram að hækka. Í framreikningi hennar á mannfjölda á Íslandi fram til 2030 er gert ráð fyrir að þróun hans verði sem hér segir:

Tafla 2.1 Meðalmannfjöldi árið 1997 og spá um íbúafjölda 2000–2030

Ár	1997	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Fjöldi	270.915	279.908	289.423	297.593	305.090	311.862	317.319	320.728

Heimild: Hagstofa Íslands

Byggðastofnun áætlar hins vegar að fjölgun íbúa hér á landi verði um 9% á næstu tíu árum og um 16% á næstu tuttugu árum. Íbúafjöldinn á höfuðborgarsvæðinu eykst einnig sífellt. Þar búa nú um 60% þjóðarinnar og gerir Byggðastofnun ráð fyrir að þetta hlutfall verði orðið 68% eftir tíu ár og 73% eftir tuttugu ár.

Aldurssamsetning þjóðarinnar mun sömuleiðis taka verulegum breytingum. Þannig gerði Byggðastofnun ráð fyrir því um miðjan seinasta áratug að Íslendingum mundi fjölga í heild um 11% fram til ársins 2010 og á sama tíma fjölga þeim sem eru 65 ára og eldri um 23% og 85 ára og eldri um sem næst 45%. Árið 2000 væru íbúar 80 ára og eldri orðnir alls um 3.700, árið 2005 um 4.500 og árið 2010 um 5.150.

Tafla 2.2 Hlutfallsleg skipting íbúa eftir aldursþópum árið 1995 og spá 2000–2030

Ár	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
0 ára–19 ára	32,2	31,1	29,7	28,2	26,5	25,6	25,2	24,8
20 ára–64 ára	56,5	57,3	58,6	59,5	59,9	59,1	57,6	56,4
65 ára og eldri	11,3	11,6	11,7	12,3	13,6	15,3	17,2	18,8
Alls	100	100	100	100	100	100	100	100

Heimild: Hagstofa Íslands

Miðað við þróun mannfjölda og líklegar aðstæður á vinnumarkaði má gera ráð fyrir að fjöldi skattgreiðenda í hlutfalli við lífeyrisþega muni lækka úr fimm í þrjá til ársins 2030. Breytingar á aldurssamsetningu þjóðarinnar og fækkun skattgreiðenda að baki hvers ellilífeyrisþega munu því áreiðanlega koma til með að hafa töluverð áhrif á heilbrigðisþjónustuna. Erlendar rannsóknir og kynslóðareikningar fyrir Ísland sýna að útgjöld vegna 65 ára og eldri eru meira en helmingur allra heilbrigðisútgjalda. Margt bendir því til þess að grípa þurfi til skipulegra aðgerða í því skyni að jafna enn frekar kjörin milli kynslóðanna svo að tryggt verði að allir þjóðfélagshópar geti áfram notið góðrar heilbrigðisþjónustu.

2.2 Fjárhagur

Undanfarna áratugi hefur hlutfall útgjalda til heilbrigðismála af vergri þjóðarframleiðslu hækkað stöðugt úr 3,3% árið 1960, í 5,0% 1970, 6,2% 1980 og 7,9% 1990. Frá þeim tíma hefur þetta hlutfall nánast staðið í stað og verið nálægt 8,0% af vergri þjóðarframleiðslu. Heilbrigðisútgjöldin hafa þannig fylgt vexti þjóðarframleiðslunnar seinustu árin en á sama tíma hefur öldruðum hins vegar fjölgað og gerðar eru fleiri og dýrari aðgerðir.

Í töflu 2.3 eru heilbrigðisútgjöld á Íslandi sem hlutfall af vergri landsframleiðslu borin saman við útgjöld annars staðar á Norðurlöndum á tímabilinu 1960–1997.

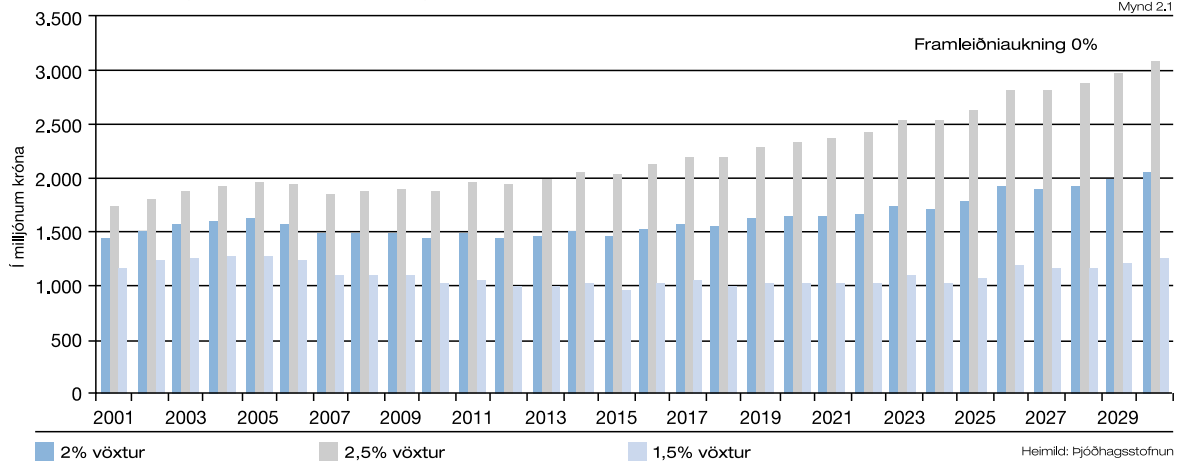
Tafla 2.4 Samanburður á heilbrigðisútgjöldum Norðurlanda sem hlutfall af vergri landsframleiðslu 1960–1997

Ár	1960	1970	1980	1985	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Ísland	3,3	5,0	6,2	7,3	7,9	8,3	8,1	8,2	8,2	7,9
Danmörk	3,6	5,9	9,3	8,7	8,3	8,5	8,3	8,1	8,1	8,0
Finnland	3,9	5,7	6,5	7,3	8,0	8,5	7,9	7,7	7,8	7,4
Noregur	2,9	4,5	7,0	6,7	7,8	8,1	8,0	8,0	7,8	7,5
Svíþjóð	4,7	7,1	9,4	9,0	8,8	8,9	8,7	8,5	8,6	8,6

Heimildir: OECD Health Data 99

Þegar litið er á þróun heilbrigðisútgjalda í OECD-löndunum má sjá að hún hefur fylgt svipuðu ferli. Kaflaskil urðu hins vegar um 1990, en frá þeim tíma hefur hlutfall heilbrigðisútgjalda af vergri þjóðarframleiðslu (VFL) nánast staðið í stað og jafnvel lækkað sums staðar. Seinustu áratugi hefur Ísland með tilliti til annarra OECD-ríkja aðeins færst upp á við þegar borið er saman hverju þau verja til heil-

Fjárhæðir til nýrra verkefna í heilbrigðismálum miðað við mismunandi vöxt VLF



brigðismála. Árið 1960 var Ísland í 16. sæti, 1980 í 17. sæti, 1990 í 12. sæti og 1998 í 13. sæti, sbr. fylgiskjal 3.

Hlutur hins opinbera hefur á sama tíma verið nær alltaf á bilinu 77–88% af útgjöldum til heilbrigðismála. Á árunum 1960–1974 var hlutfallið 80–83% og 87–90% á árunum 1975–1991. Árið 1993 var hlutfallið orðið 84% og hefur verið nánast óbreytt seinustu árin. Í samanburði við önnur OECD-lönd hefur Ísland verið í 4.–7. sæti varðandi hlutdeild hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum.

Fyrir áætlanagerð og framkvæmd heilbrigðisáætlunar er nauðsynlegt að geta gert sér grein fyrir því hvaða fjármunir verða til ráðstöfunar til heilbrigðismála á næstu árum. Í ljósi þess að eitt af markmiðum efnahagsstefnunnar er hallalaus fjárlög má fastlega gera ráð fyrir að áfram verði beitt ýtrasta aðhaldi á flestum sviðum í rekstri hins opinbera. Þótt nokkur aukning hafi orðið á heilbrigðisútgjöldum árin 1999 og 2000 þýðir það ekki að unnt sé að ganga út frá auknum fjárveitingum til heilbrigðismála á næstu árum. Það er því ekki unnt að gera ráð fyrir að aukning fjárveitinga geti orðið hærrí en sem nemur árlegum meðalvexti þjóðartekna. Verði hins vegar um afturkipt að ræða í efnahagslífinu liggur beinast við að stuðst verði við reglur um forgangsöröðun varðandi þá þætti sem ganga skulu fyrir. Sjá kafla 4.2.

Ákvarðanir um framlög til heilbrigðismála hljóta samt ávallt að ráðast af þeim verkefnum sem heilbrigðisþjónustunni er ætlað að sinna og öðrum þörfum samfélagsins. Sérstök áhersla verður lögð á að fjárframlög taki mið af árangri viðkomandi starfsemi og þeim aðgerðum sem grípa þarf til til þess að ná

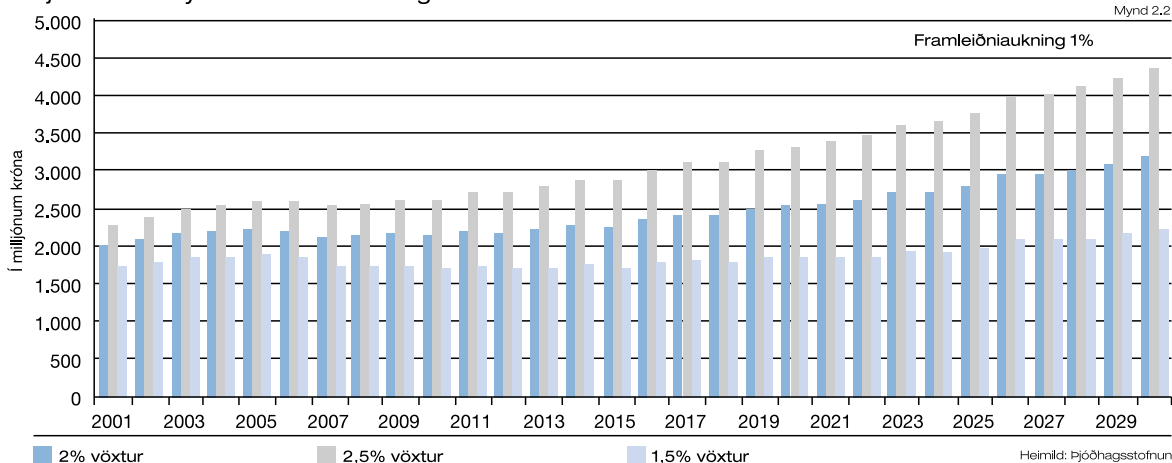
settum markmiðum. Stefnt verður þannig að því að fjárframlögum til stofnana og verkefna verði skipt í þrjá hluta, þ.e. föst, breytileg og árangursbundin framlög.

Á myndum 2.1 og 2.2 er spáð fyrir um árlegar fjárhæðir til nýrra verkefna í heilbrigðismálum miðað við mismunandi vöxt þjóðarframléiðslu og að hlutfall heilbrigðisútgjalda af þjóðarframléiðslu verði áfram óbreytt. Í töflum sem liggja til grundvallar súluritunum er tilraun til þess að aldursleiðréttu útgjöld til heilbrigðismála. Er það gert út frá spá Hagstofunnar um fólksfjölgun og þeirri forsendu að heilbrigðiskostnaður íbúa 65 ára og eldri sé fimm sinnum meiri en yngri íbúa. Jafnframt er tekið mið af mismunandi framléiðniaukningu í heilbrigðisgeiranum, en líklegt má telja að meiri markaðsvæðing og öflugra hvatningarkerfi innan geirans, samruni heilbrigðisstofnana og útboð á þjónustuþáttum, svo eitt hvað sé nefnt, stuðli að hagkvæmama heilbrigðiskerfi þannig að veita megi sömu eða sambærilega þjónustu á ódýrari hátt.

Sé gert ráð fyrir að bæði vöxtur landsframléiðslunnar og heilbrigðisútgjalda sé 2% umfram fólksfjölgun – hlutfall heilbrigðisútgjalda af VLF helst óbreytt eða 8% – og að framléiðniaukningin á ári sé engin verða ca. 1,5 milljarðar króna til reiðu árlega fyrir ný verkefni næsta áratuginn. Verði framléiðniaukningin hins vegar 1% á ári verður til ráðstöfunar ca. 2,1 milljarður króna árlega til nýrra verkefna.

Miðað við 2,5% vöxt bæði landsframléiðslunnar og heilbrigðisútgjalda umfram fólksfjölgun – hlutfall heilbrigðisútgjalda af VLF helst óbreytt eða 8% – og

Fjárhæðir til nýrra verkefna í heilbrigðismálum miðað við mismunandi vöxt VLF



að framleiðniaukningin á ári sé engin verða ca. 1,9 milljarðar króna til reiðu árlega fyrir ný verkefni næsta áratuginn. Verði framleiðniaukningin hins vegar 1% á ári verða til ráðstöfunar ca. 2,5 milljarðar króna árlega til nýrra verkefna.

Miðað við 1,5% vöxt bæði landsframleiðslunnar og heilbrigðisútgjalda umfram fólksfjölgun – hlutfall heilbrigðisútgjalda af VLF helst óbreytt eða 8% – og að framleiðniaukningin á ári sé engin verður ca. 1,1–1,2 milljarðar króna til reiðu árlega fyrir ný verkefni næsta áratuginn. Verði framleiðniaukningin hins vegar 1% á ári verða til ráðstöfunar ca. 1,8 milljarðar króna árlega til nýrra verkefna.

2.3 Heilsufar

Heilsufar á Íslandi er nú talið sambærilegt við það sem best þekkt meðal annarra þjóða. Samkvæmt skýrslum til Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar er heilbrigðisástand þjóðarinnar talið svipað um allt land. Dregið hefur úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma, krabbameina og slysa, gott eftirlit er með líkamlegu heilsufari barna, heilsuefning hefur fengið meira vægi, mótuð hefur verið ákveðin manneldisstefna, dregið hefur úr reykingum og umhverfismál hafa fengið aukið vægi.

Viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar hafa tekið miklum breytingum á þessari öld. Farsóttir og aðrir smitsjúkdómar voru stór heilsuvandi og algengar dánarorsakir fram undir miðja öldina en þá tóku við heilsufarsvandamál tengd breyttum lífnaðarháttum velferðarsamfélagsins. Langvinnir sjúkdómar eins og hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein, stoðkerfis-

sjúkdómar, beinþynning, þvagleki, sjónskerðing, félagsleg og geðræn vandamál, tannskemmdir o.fl. urðu síðan helstu heilsufarsvandamál.

Á síðustu áratugum tuttugustu aldar mátti enn merkja ákveðnar breytingar í sjúkdómamynstrinu. Það bendir til þess að sjúkdómar sem rekja má til elli-hrumleika, hrörnunar og þjóðfélagsaðstæðna séu að verða æ stærrí hluti í faraldsfræði sjúkdóma og heilsufars hér á landi. Skýrslur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um stöðu heilbrigðismála í heiminum sýna samt sem áður að smitsjúkdómar eru nú, sé litið á heiminn í heild, helsta orsök þess að fólk deyr fyrir aldur fram. Því kann það að vera að útbreiðsla nýrra smitsjúkdóma og sjúkdóma sem nú koma fram á ný muni skekkja þá jákvæðu framtíðarmynd sem gjarnan er dregin upp af þróun heilsufars á Íslandi.

Í samanburði við önnur lönd er aðgengi að heilbrigðisþjónustu á Íslandi auðvelt og tiltölulega jafnt fyrir alla landsmenn. Upplýsingar um mismunandi sjúkdóma- og dánartíðni eftir starfsstéttum benda þó til þess að landsmenn búi í einhverjum mæli við ójafna lífskosti í heilsufarslegum eignum. Athuganir sýna sömuleiðis að landsbyggðin hefur ekki sama aðgang að sérfræðiþjónustu og íbúar höfuðborgarsvæðisins, t.d. á sviði geðlækninga. Landsbyggðin hefur hins vegar notið ákveðins forgangs fram yfir höfuðborgarsvæðið varðandi uppbyggingu heilsgæslustöðva.

Eins og áður segir er Ísland í 13. sæti þegar ríkjum OECD er raðað eftir því hver þeirra verja mestu til heilbrigðismála. Miðað við þá mælikvarða sem

stuðst er við þegar árangur heilbrigðisþjónustu er metinn stendur Ísland hins vegar betur að vígi í sam-
anburði við hin OECD-löndin. Meðalævilengd ís-
lenskra kvenna hefur lengst af verið með því hæsta
sem þekkist, meðalævilengd karla er nú næsthæst,
meðaldánartíðni ungbarna er næstlægst og mæðra-
dauði er lægstur. Heilsufar karla virðist fara batn-
andi en heilsufar kvenna aðeins versnandi eða
standa í stað. Samkvæmt ársskýrslu WHO fyrir árið
2000 er Ísland í 15. sæti af ríkjum heims að því er
varðar heildarárangur heilbrigðiskerfisins og í 14.
sæti þegar um fjárframlög á íbúa til heilbrigðismála
er að ræða.

Þrátt fyrir þennan árangur skortir töluvert á að
unnt sé að draga upp nægilega raunsanna heildar-
mynd af sjúkdómum og heilsufari íslensku þjóðar-
innar. Til að mynda eru litlar upplýsingar til um um-
fang margra þeirra sjúkdóma sem valda langvinnum
sársauka og skertri starfsgetu og færni. Mikilvægt er
því að bæta skráningu upplýsinga og þróa samræmt
upplýsingakerfi fyrir heilbrigðisþjónustuna. Sömu-
leiðis er brýnt að auka heilbrigðisrannsóknir hér á
landi. Slíkar rannsóknir eru að margra dómi taldar
vera ein meginforsenda þess að unnt verði að setja
heilbrigðisþjónustunni raunhæf og metnaðarfull
markmið.

2.3 Framtíðarsýn

Á næstu árum og áratugum má gera ráð fyrir að mikl-
ar breytingar muni eiga sér stað í heilbrigðisþjónust-
unni. Á það jafnt við um flestar megingreinar læknis-
fræði, lækningaaðferðir, meðferðarúrræði, lækninga-
tæki, starfsemi heilbrigðisstofnana, verksvið heil-
brigðisstétta og aðra þætti er tengjast heilbrigðisstarf-
semi. Aukin áhersla verður lögð á rétt sjúklinga, að-
standenda þeirra og annarra sem nýta sér heilbrigðis-
þjónustu. Vaxandi ævilíkur og aukid hlutfall aldraðra
munu setja mark sitt á framtíðarþróunina.

Búist er við að framfarir í þróun lækningatækja
og á sviði heilbrigðistækni verði stórstígari og hrað-
ari á næstu árum. Þar má nefna að notkun örvæla og
tölvustýrðra véla og vélmenna mun í vaxandi mæli
leysa hefðbundnar skurðlækningar af hólmi. Nýjar
tegundir meðferðar, svo sem hljóðbylgjumeðferð og
notkun lasers og raf- og segulssviðs, ryðja sér til
rúms á ýmsum sviðum. Enn fremur á sér stað ör þró-
un í rauntíma myndagerð, þrívíddarsamsetningu

mynda, mælingum og gerð gervilíffæra og stuðn-
ingstækja líffæra, auk fjölmargra annarra nýjunga.

Tilkoma upplýsingahraðbrautarinnar, samhæfð
upplýsingakerfi og skipuleg nýting upplýsinga-
tækninnar býður upp á byltingu í samskiptum ým-
issa þátta heilbrigðiskerfisins, skipuleg starfstengsl
milli stofnana og landshluta og möguleika á að bæta
aðgengi almennings að heilbrigðisþjónustu. Sömu-
leiðis munu samræmd upplýsingakerfi skapa betri
skilyrði fyrir rannsóknir og hagnýta úrvinnslu
heilsufarsupplýsinga.

Rannsóknir í lífvísindum og þróun líftækni eru
álitnar ein meginforsenda framfara í læknisfræði og
heilbrigðisþjónustu í framtíðinni. Snertir það jafnt
meðhöndlun á sjúkdómum og aðgerðir til þess að
fyrirbyggja sjúkdóma. Hagnýting DNA-aðferða veit-
ir betri skilning á sjúkdómum, líftækniiðnaðurinn
eykur möguleika sína á framleiðslu á samsettum lyf-
um, sjúkdómsgreiningar verða auðveldari og öll
meðferð erfðaeftna auðveldari.

Ekki er heldur neinn vafi á því að aukin athygli
mun beinast að rannsóknnum á tengslum sjúkdóma
og umhverfisþátta sem og lífshátta fólks. Til þess að
unnt verði að fyrirbyggja ýmsar tegundir sjúkdóma
má ætla að mikilvægt sé að skilja samspil umhverfis,
lífshátta, smits, erfða og fleiri þátta í tilurð sjúkdóma.
Þannig er ekki alltaf víst að einn þáttur sé alltaf mik-
ilvægari öðrum heldur e.t.v. miklu frekar tengsl mis-
munandi þátta í orsakakeðjunni.

Í kjölfar aukinna rannsókna má vænta þess að ný,
dýrari og fullkomnari lyf muni koma á markaðinn.
Hagnýting nýrrar tækni og auknar kröfur um öryggi
munu leiða til aukins þróunarkostnaðar. Þó svo að
hátaeknilyfin verði sífellt dýrari kemur þar á móti að
mörg þeirra eru um leið forvörn gegn ýmsum illvíg-
um sjúkdómum og geta þar með, til lengri tíma litið,
dregið úr meðferðarkostnaði vegna þeirra.

Skoðanir eru skiptar um hver þróun kostnaðar
við heilbrigðisþjónustu verði á næstu áratugum.
Ýmislegt bendir samt til þess að ekki dragi úr heild-
arkostnaði. Þrátt fyrir aukna meðferðarmöguleika,
dýrari tækni og aukid umfang þjónustunnar eru æ
fleiri viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar leyst á
hagkvæmari hátt án innlagnar á sjúkrahús. Það er
því fyrst og fremst kostnaðarskiptingin sem mun
taka breytingum. Kostnaðurinn verður í ríkara mæli
bundinn við aðgerðimar sjálfar fremur en legu á

sjúkrastofnunum. Að óbreyttum forsendum mun hlutur sjúklinga í ferliverkum og öðrum aðgerðum án innlagnar sennilega fara vaxandi.

Þetta mun hafa í för með sér að sjúklingar þurfa sjálfir í ríkara mæli að sjá um lyfjameðferð í kjölfar aðgerða á sjúkrahúsum. Þar sem lyf eru umtalsverður hluti af heilbrigðisútgjöldum er mikilvægt að tryggja rétta notkun þeirra og þar með árangur af lyfjameðferð. Það er því mikilvægt að aðgangur að lyfjafræðilegri þjónustu sé greiður og auðvelt sé að fá aðstoð sérلærðs fólks um allt er varðar lyfjameðferð, notkun lyfja og meðhöndlun þeirra.

Með yfirstandandi breytingum á heilbrigðisþjónustunni munu skipulag og starfshættir hennar taka verulegum stakkaskiptum á næstu árum. Fyrirsjáanleg er enn meiri samþjöppun sérfræðilegrar heilbrigðisþjónustu í landinu. Innan fárra ára verður vart um að ræða nema nokkur fjölgreinasjúkrahús. Háskólasjúkrahús og aðrar sérhæfðar einingar verða miðstöðvar hátækni- og sérfræðiþjónustu sem önnur sjúkrahús, heilsugæslustöðvar og aðrar heilbrigðisstofnanir tengjast gegnum starfstengsl, samhæfingu í rekstri og notkun fjarlækninga og annarrar fjarþjónustu. Enn fremur þarf að efla háskólastarfsemi víðar en á sjúkrahúsum, m.a. með hliðsjón af heilsugæslu og sérgreinaþjónustu utan sjúkrahúsa.

Heilsugæslan verður áfram grunnur heilbrigðisþjónustunnar og tryggja verður grunnþjónustu sem víðast. Verkefni stjórnvalda verður jafnframt að sjá til þess að aðgangur að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu sé auðveldur og sem jafnastur fyrir alla landsmenn. Bættar samgöngur, skipuleg farandþjónusta, neyðarþjónusta og tækniframfarir í upplýsingamálum hafa skapað, og munu enn frekar skapa, forsendur fyrir því að unnt verði að tryggja öllum aðgang að öllum þáttum heilbrigðisþjónustunnar.

Auknir möguleikar munu opnast til þess að almenningur, sjúklingar og aðstandendur þeirra geti á veraldarvefnum aflað sér víðtækra upplýsinga um heilbrigðismál. Samskipti almennings og heilbrigðisstarfsmanna mun áreiðanlega í vaxandi mæli fara fram á vefnum.

Heilbrigðisþjónustan á sameiginleg landamæri með mörgum samfélagsþáttum, svo sem félagslegri þjónustu, menntamálum og umhverfisvernd, og er því nauðsynlegt að hafa náið samstarf milli margra aðila um verkefni og setningu markmiða á fjölmörgum sviðum. Í framtíðinni verður það því eitt af meginverkefnum stjórnvalda að tryggja ákveðið samræmi í framkvæmd heilbrigðisþjónustu, félagslegrar þjónustu, umhverfisverndar og fleiri verkefna samfélagsins.

3. Stjórnkerfi og skipulag

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

3.1 Stjórnkerfi

Þegar samræmd löggjöf um heilbrigðisþjónustu á Íslandi tók gildi 1. janúar 1974 leysti hún af hólmi þágildandi læknaSKIPUNARLÖG og sjúkrahúsALÖG. Frá þeim tíma hefur stjórnkerfi heilbrigðismála verið þrískipt að formi til, þ.e. í yfirstjórn, svæðisstjórnir og stjórnir stofnana. Þrátt fyrir að gerðar hafi verið ýmsar breytingar á heilbrigðislöggjöfinni hefur þrískiptingin sem slík haldist svo til óhöggð. Í reynd hafa svæðisstjórnir samt fram til þessa aðeins gegnt takmörkuðu hlutverki innan stjórnkerfisins. Landinu er nú skipt í 8 læknishéruð í samræmi við þá kjördæmaskiptingu sem gilt hefur seinustu áratugi, 31 umdæmi og 85 heilsugæslusvæði.

Árið 1990 voru gerðar breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga sem fólu í sér að heilsugæslan var flutt yfir til ríkisins. Þar með voru nær öll málefni heilbrigðisþjónustunnar orðin á hendi ríkisins. Í flestum nágrannalöndum okkar er heilbrigðisþjónustan hins vegar fyrst og fremst málefni landshluta (amta, lénsþinga eða fylkja) og sveitarfélaga.

Á grundvelli laga um reynslusveitarfélög, nr. 82/1994, standa yfir tilraunir með að fela sveitarfélögum stjórn heilbrigðis- og öldrunarmála í Akureyrarumdæmi og Austur-Skaftafellssýslu. Með hliðsjón af þeim tilraunum verða væntanlega teknar ákvarðanir um hvort gerðar verða breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála og hvernig henni verður háttáð til framtíðar, a.m.k. á ákveðnum sviðum.

Framtíð héraðslæknisembættanna hefur verið til umræðu undanfarin ár og er nú unnið að breytingum á skipulagi og starfsemi þeirra. Annars vegar er rætt um að starfsemi þeirra fylgi breytingum á kjördæmaskipan landsins og þeim breytingum sem kunna að

verða á stjórnkerfi landsins í því sambandi. Það mundi væntanlega fela í sér fækkun embætta, stærri starfssvæði og víðtækari verkefni. Hins vegar kemur til álita að lækningaforstjórar eða yfirlæknar heilbrigðisstofnana sem ná yfir stór landsvæði eða jafnvel heila landshluta taki að einhverju leyti yfir störf héraðslækna. Það mundi hafa í för með sér að flest núverandi héraðslæknisembætti yrðu lögð niður.

Í því sambandi ber að geta þess að með breytingum á heilbrigðislöggjöfinni í desember 1996 var ýtt undir aukna samvinnu, skipan sameiginlegra stjórna og sameiningu á rekstri heilbrigðisstofnana. Á þeim grundvelli hefur rekstur heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa víða um land verið sameinaður í eina heilbrigðisstofnun. Enn fremur hafa heilbrigðisstofnanir á Austfjörðum, í Ísafjarðarbæ, Norður-Þingeyjarsýslu og í Rangárþingi verið sameinaðar. Í flestum öðrum landshlutum er jafnframt stefnt að sambærilegum breytingum á stjórnkerfi heilbrigðisstofnana og gerðar hafa verið á fyrrgreindum svæðum.

3.2 Skipulag

Í þeim miklu þjóðfélagsbreytingum sem orðið hafa á seinustu áratugum virðist sem skipulag og starfsemi heilbrigðisþjónustunnar hafi ekki þróast í takt við ýmis önnur svið þjóðfélagsins. Er hér einkum um að ræða þætti er varða skipulag og verkaskiptingu heilbrigðisstofnana. Það á sennilega að einhverju leyti rót sína að rekja til þess að uppbygging og skipulag sjúkrahúsþjónustunnar hefur heldur ekki alltaf tekið mið af bættum samgöngum, öflugri neyðarþjónustu og tækniframförum. Víða hefur grunnheilsugæslan einnig átt undir högg að sækja í samkeppni við sjúkrahús og sérfræðiþjónustu utan stofnana. Enn fremur eru nú mun fleiri sjúkdómar og heilsufarsvandamál meðhöndluð án innlagnar og það krefst annars konar úrræða en áður tíðkuðust.

Vaxandi sérhæfing, tækniframfarir, gæðakröfur og víðtækari réttindi sjúklinga kalla á breyttar lausnir og sýnt er að ekki verður unnt að bjóða upp á alhliða þjónustu alls staðar. Víða um lönd birtast þessar breytingar í samhæfingu, samvinnu og sameiningu sjúkrahúsa. Í byrjun þessa áratugar voru til dæmis flest bráðasjúkrahúsin á Norðurlöndum sjálfstæðar einingar með eigin stjórn en nú eru mörg sjúkrahús í nánú samstarfi og lúta sameiginlegri stjórn. Stóru sjúkrahúsin bjóða upp á alhliða sér-

fræðipjónustu en minni sjúkrahúsin leggja áherslu á almenna þjónustu, umönnun hjúkrunarsjúklinga og samhæfingu bráðapjónustu með heilsugæslunni.

Á Íslandi á sér stað svipuð þróun í heilbrigðisþjónustunni og í nágrannalöndunum. Starfsemi landsbyggðarsjúkrahúsanna er meira bundin hjúkrunarsjúklingum en áður og mikill hluti fæðinga og öll flóknari meðferð og aðgerðir fara nú fram á stærri sjúkrahúsunum. Stóru sjúkrahúsin hafa þróast í miðstöðvar fyrir sérfræðipjónustu sem veitt er í landinu. Nær alls staðar á landsbyggðinni hefur rekstur heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa verið sameinaður í svonefndum heilbrigðisstofnunum.

Á næstu árum má búast við enn meiri samþjöppun sérfræðilegrar heilbrigðisþjónustu. Innan fárra ára verður vart um að ræða nema nokkur fjölgreina-sjúkrahús. Háskólasjúkrahús verður miðstöð há-tækni- og sérfræðipjónustu sem önnur sjúkrahús og

heilbrigðisstofnanir tengjast með samhæfingu í rekstri og notkun fjarheilbrigðisþjónustu. Háskóla-starfsemi mun einnig verða starfrækt utan sjúkrahúsa, jafnt innan heilsugæslunnar sem sérgreinaþjónustu utan sjúkrahúsa.

Heilsugæslan mun engu síður áfram gegna veigamiklu hlutverki í heilbrigðisþjónustunni, jafnt í þéttbýli sem dreifbýli. Gera verður ráð fyrir að alls staðar verði boðið upp á ákveðna grunnþjónustu en sérhæfð úrræði verði þar sem því verður við komið og aðstæður leyfa. Margt bendir jafnframt til að skipuleg þróun og uppbygging fjarlækninga eða fjarheilbrigðisþjónusta sé áhrifarík leið til að tryggja að landsbyggðin njóti og hafi sem auðveldastan aðgang að sams konar heilbrigðisþjónustu og höfuðborgarsvæðið á næstu áratugum. Enn betri samgöngur eru sömuleiðis nauðsynlegar til að tryggja íbúum aðgang að hvers konar heilbrigðisþjónustu.

4. Markmið og forsendur

4.1 Markmið

Í heilbrigðisáætluninni sem Alþingi samþykkti 1991 var tilgangur heilbrigðisþjónustunnar sagður „að skapa jafnrétti í heilbrigðisþjónustu, að bæta árum við lífið, heilbrigði við lífið og lífi við árin“. Þessi orð eiga jafn vel við um þessa áætlun og næstu árin verður kröftunum einkum beint að því að bæta almennt heilsufar þjóðarinnar og tryggja öllum íbúum landsins sem jafnastan aðgang að öflugri heilbrigðisþjónustu. Í því skyni verður sérstaklega hugað að þeim þjóðfélagsþópum sem verst standa í heilsufarslegum efnun.

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

Heilbrigðisáætlunin byggist jafnframt á 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990, þar sem tilgangur heilbrigðisþjónustunnar er skilgreindur þannig:

„Allir landsmenn skulu eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði.“

Þessi stefnumörkun var fyrst skilgreind í samræmdri heilbrigðislöggjöf sem tók gildi 1. janúar 1974 og hefur haldist óbreytt síðan.

4.2 Forgangsröðun

Með forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er átt við það þegar eitt eða fleiri atriði ganga fyrir öðrum innan þjónustunnar. Það sem talið er mikilvægast hverju sinni er þá tekið fram yfir það sem talið er minna aðkallandi. Þá er ákveðnum aðgerðum hrundið í framkvæmd en öðrum er seinkað eða hætt við þær. Forgangsröðun felur með öðrum orðum í sér að ákveðnum verkefnum, sérgreinum, sviðum eða sjúklingahópum er veittur forgangur fram yfir aðra.

Við framkvæmd þessarar heilbrigðisáætlunar verður að taka mið af því að bilið milli fjárhagslegrar og tæknilegrar getu heilbrigðisþjónustunnar eykst sífellt. Það felur í sér að ekki er alltaf mögulegt að fullnægja öllum þörfum eða óskum um aukna þjónustu. Fjármagn, mannaflí, tími, aðstaða eða tæki munu einfaldlega ekki nægja til þess að verða við allri eftirspurn. Á næstu árum verða heilbrigðisstofnanir því að öllum líkindum að forgangsráða viðfangsefnum skipulegar en hingað til og reyna að nýta fjármuni betur.

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

A. Siðfræðilegir þættir

A.1 Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát

Markmið:

1. Heilbrigðisþjónustan skal vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé.
2. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu skal vera auðvelt og sem jafnast.
3. Þeir einstaklingar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skulu ganga fyrir.

A.2 Tryggja skal rétt sjúklinga

Markmið:

1. Réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni skal tryggð.
2. Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.
3. Meðferð og umönnun við lífslok skal taka mið af óskum einstaklingsins og/eða aðstandenda og vera eins nærgætin og frekast er unnt.
4. Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar.
5. Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýji þekkingu sína.

- Sjúklingar hafi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.
- Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggi ekki á göngum eða öðrum þeim stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum.

B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar

B.1 Ákveðnir þjónustuþættir skulu ganga fyrir

Markmið:

Eftirtaldir þjónustuþættir og tegundir þjónustu skulu hafa forgang (þessi forgangur miðast við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu):

- Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, jafnt líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt.
Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma.
Endurhæfing og hæfing.
Líknandi meðferð.
- Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri.

Tryggja skal að þeir, sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns, njóti jafnræðis á við aðra.

B.2 Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins

Markmið:

- Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.
- Setja skal fram hlutlæg skilmerki (criteria) fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð.
- Hámarksbiðtíma eftir þjónustu skal skilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en hann skal ekki vera lengri en 3–6 mánuðir.
- Hver sjúklingur skal á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.
- Tryggja ber að sú greining eða meðferð sem valin er í hverju tilviki sé gagnleg og eins hagkvæm og kostur er.

B.3 Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar, svo sem með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna

Markmið:

- Öll ný lækningatæki og meðferðarúrræði skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.
- Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarmiðurstaðna.
- Tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknaniðurstöður, t.d. með því að árlega verði 3–5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði.
- Efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga.
- Heilbrigðisþjónustan skal styðjast við viðurkennda gæðastaðla.

C. Skipulag og stefnumörkun

C.1 Grunnþjónustan og sérfræðisþjónustan verður að vera öflug

Markmið:

- Tryggja skal öfluga grunnþjónustu.
- Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðaþjónustu.
- Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.
- Aukin áhersla skal lögð á heilsuvernd.

C.2 Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka

Markmið:

- Rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið.
- Skilgreina ber verksvið og hlutverk heilbrigðisstofnana.
- Samræmt verði upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar og skapaðir möguleikar á tengingu tölvu- og upplýsingakerfa.
- Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagsþjónustu skulu eflid.

C.3 Móta verður heildarskipulag og vinna að ákveðinni stefnumörkun

Markmið:

1. Skilgreina skal meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar og setja einstökum þáttum hennar til tekin markmið.
2. Heildarskipulag heilbrigðisþjónustu grundvallist á þremur meginþáttum, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu.
3. Verkaskipting ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skal vera skýr og markviss.
4. Fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar.

4.3 Alþjóðaheilbrigðisyfirlýsingin

Á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 1998 samþykktu aðildarríki WHO alþjóðlega heilbrigðisyfirlýsingu um stefnumörkun í heilbrigðismálum í upphafi 21. aldar. Í yfirlýsingunni var lögð áhersla á að breytingar á heilbrigðisástandi í heiminum krefðust aðgerða, svo að takast mætti að tryggja framgang stefnunnar um heilbrigði allra í byrjun nýrrar aldar. Mikilvægt væri að svæðisnefndirnar og aðildarríkin gerðu sínar eigin áætlanir á þeim grunni sem alþjóðasamfélagið hefur komið sér saman um.

Lögð var áhersla á að heilbrigði teljist til grundvallarréttinda hvers einstaklings. Heilbrigði sé forsenda vellíðunar og lífsgæða. Bætt heilbrigðisástand feli í sér að dregið verði úr fátækt, jafnframt því sem stuðlað verði að félagslegri samstöðu og útrýmingu mismununar. Góður árangur ýmissa opinberra stefnumála og ákvarðana ráðist ekki síður af heilsufarslegum en efnahagslegum áhrifum þeirra. Gott heilsufar er þannig talið ein meginforsenda þess að tryggja megi efnahagslegan vöxt og viðgang í aðildarríkjunum.

Samtímis tilgreindi nýr forstjóri Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar að eftirtalin verkefni fengju forgang í starfi WHO á komandi árum:

- Vöktun og aðgerðir til þess að draga úr og þar sem unnt er útrýma smitsjúkdómum.
- Aðstoð við að draga úr langvinnnum sjúkdómum.
- Aðstoð við uppbyggingu heilbrigðisþjónustu.
- Að halda á lofti heilbrigðissjónarmiðum og styðja þau traustum rökum.

Aðgerðum stofnunarinnar verður sérstaklega beint að því að draga verulega úr malaríu og minnka tóbaksreykingar. Í því starfi mun WHO leita eftir sem viðtækustu samstarfi við önnur alþjóðleg samtök, frjáls félagasamtök og aðra aðila sem vilja vinna að því að bæta heilsufar í heiminum.

4.4 Evrópuáætlun WHO

Á þingi svæðisnefndar WHO í Evrópu, sem haldið var í Kaupmannahöfn í september 1998, var Evrópuáætlun WHO (Health21) samþykkt. Áætlunin inniheldur eftirtalda meginþætti:

Höfuðmarkmiðið:

Að efla heilsu allra eins og kostur er.

Tvö helstu stefnumiðin eru:

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

Þrjú grundvallargildi mynda siðferðilegan grundvöll Evrópuáætlunarinnar:

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

Fjórar helstu tegundir aðgerða við framkvæmd Evrópuáætlunarinnar eru:

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

Markmið Evrópuáætlunarinnar, 21 talsins, eru sérstaklega sniðin eftir þörfum aðildarríkjanna og innihalda jafnframt tillögur um aðgerðir til þess að bæta ástandið á svæðinu. Markmiðin eru eins konar viðmið til þess að mæla árangur og þróun í heilbrigðismálum og áætlunin í heild hugmyndarammi að mótun heilbrigðisstefnu í aðildarríkjunum.

4.5 Afmörkun

Heilbrigðisáætlunin fylgir í stórum dráttum ramma Evrópuáætlunarinnar en jafnframt eru skilgreind séríslensk markmið og tölulegir mælikvarðar fyrir Ísland. Mælikvarðarnir eru fyrst og fremst valdir til

Þess að fá betri yfirsýn yfir stöðu heilbrigðismála og árangur heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er gert í ljósi þess að mikilvægt er að nota ekki of marga mælikvarða samtímis því að þá er hætt á að mikilvægustu atriðin hverfi í skugga þeirra sem síður skipta máli.

Mörg markmiðanna munu þurfa endurskoðunar við á næstu árum en í heild ættu þau að geta gefið

upplýsingar, eða a.m.k. sterkar vísbendingar, um heilbrigðisástand þjóðarinnar og hvert stefnir í þeim efnum. Vænlegast var talið að halda sig við nokkur mikilvæg atriði þar sem reynslan sýnir að mestar líkur eru á því að það sem fær athygli og umræðu verði framkvæmt. Önnur tengd atriði og verkefni eru þá gjarnan framkvæmd um leið eða í kjölfarið.

5. Meginþættir

5.1 Samábyrgð og jafnrétti

Markmið 1 – Samábyrgð um heilbrigði

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur fátækt vera eina helstu ástæðu lélegs heilsufars og skorts á félagslegri samstöðu í mörgum þjóðfélögum. Talið er að um þriðjungur íbúa í austurhluta Evrópusvæðisins, alls um 120 milljónir manna, búi við mjög mikla fátækt. Mismunur á heilbrigðisástandi í vestur- og austurhlutum svæðisins endurspeglast til dæmis í því að ungbarnadaði er frá 3 til 43 dauðsföll á hverja 1.000 fædda og lífslíkur eru frá 64 til 79 ár við fæðingu.

Svo að Evrópumarkmiðinu megi ná verða öll aðildarríki WHO að leggja sitt af mörkum til þess að draga úr misvægi heilbrigðisástandsins í löndunum og tryggja jákvæða heildarþróun á öllu starfssvæðinu. Það felur í sér að þau ríki sem eru betur stæð verða að leggja sitt af mörkum í formi fjármuna, þekkingar, upplýsinga og reynslu til þess að tryggja öllum íbúum landanna bjartari framtíð.

Á Íslandi er heilsufar með því besta sem gerist á Evrópusvæðinu. Ungbarnadaði er með því lægsta sem þekkest og lífslíkur við fæðingu eru með því besta. Hér er háþróað heilbrigðiskerfi, vel menntað heilbrigðisstarfsfólk og víðtæk þekking á rekstri og uppbyggingu heilbrigðisþjónustu. Ísland ætti því að geta lagt fram sinn skerf til þess að bæta ástandið í heilbrigðismálum á starfssvæði Evrópuskrifstofunnar.

Undanfarin ár hafa fyrirtæki á sviði heilbrigðis-tækni haslað sér völl hér á landi. Þau framleiða lyf, stoðtæki, lækningatæki og lækningavörur, hugbúnað fyrir heilbrigðisþjónustu og heilsuvörur. Miklir möguleikar eru á því að þessi iðnaður geti orðið sambærilegur við það sem þekkest í nágrennalöndunum. Í dag vantar enn mikið á að svo sé. Frekari efling heilbrigðistækni og annarrar sérhæfðar starfsemi gæti þannig í senn aukið útflutning á heilbrigðisþjónustu og um leið skapað betri fjárhagsleg og tæknileg skilyrði fyrir því að Ísland geti aðstoðað önnur lönd við uppbyggingu á heilbrigðisþjónustu þeirra.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 2 – Jafnrétti til heilbrigðis

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin bendir á að jafnvel í ríkustu löndum Evrópusvæðisins lifi hinir betur stæðu nokkrum árum lengur, fái færri sjúkdóma og minna sé um fötlun hjá þeim en hinum fátæku. Munur á tekjum skýri oft alvarlegan félagslegan ójöfnuð og geti haft mikil áhrif á heilbrigðisástand þjóða. Þjóðfélagshópar sem búa við bágar aðstæður og slæman fjárhag verði oft þolendur fordóma og viðbrögð þeirra við félagslegri útskúfun séu iðulega aukið ofbeldi og glæpir.

Þar sem menntunarstig þjóða hefur mikil áhrif á heilsufar íbúa er mikilvægt að vinna gegn félagslegum, fjárhagslegum og menningarlegum hindrunum á veginum til mennta. Þetta atriði snertir sérstaklega aðstæður kvenna og ýmissa þjóðfélagshópa sem standa höllum fæti í lífsbaráttunni. Jafn aðgangur að menntun og félagslegt öryggi eru taldar helstu forsendur þess að unnt sé að tryggja gott heilbrigðisástand.

Rannsóknir hér á landi sýna að þjóðfélagsstaða hefur áhrif á heilsufar fólks og sést það vel af sterkri fylgni heilsu, menntunar, tekna og stéttar. Meira er um sjúkdóma í lægri en efri stéttum; lífsstíll er breytilegur frá einni stétt til annarrar og lækniáskun ræðst töluvert af stéttarstöðu fólks. Afleiðingar

lífsstíls sjást e.t.v. best á því að tíðni reykinga er mjög mismunandi eftir starfsstéttum og dánartíðni af völdum sjúkdóma eins og krabbameins vikur í einstökum starfsstéttum allt að 50% frá landsmeðaltali.

Mikilvægt er að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn. Er þá átt við aðgengi með tilliti til búsetu sem og félagslegrar og efnahagslegrar stöðu. Með bættum samgöngum, farandþjónustu sérfræðinga og þróun fjarlækninga ætti að vera unnt að jafna þann aðstöðumun sem lengi hefur verið milli íbúa landsbyggðarinnar og höfuðborgarsvæðisins í þessum efnun.

Almenn samstaða er um að þeir einstaklingar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skuli ganga fyrir. Brýnust er þörf þeirra einstaklinga sem eru í lífshættu eða munu hljóta alvarlegan heilsufarslegan skaða verði ekkert að gert. Enn fremur er leitast við að tryggja að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

Íslensk markmið til 2010:

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

5.2 Bætt heilsufar

Markmið 3 – Heilbrigt líf frá upphafi

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur að í öllum þjóðfélögum hljóti að vera forgangsverkefni að búa börnum góð uppvaxtarskilyrði allt frá upphafi ævinnar. Þetta á við atburði eins og fæðinguna, skilyrði til þess að ganga og tala, líkamlegan og félagslegan

þroska, möguleika á að tileinka sér heilbrigt lífferni, að skynja umhverfi sitt og styrkja bönd við foreldra, nánustu fjölskyldu og vini.

Miklar breytingar hafa orðið á íslensku þjóðfélagi á undanförunum áratugum. Siðir og venjur hafa breyst og fjölskyldan er e.t.v. ekki lengur sú máttarstoð þjóðfélagsins sem hún var áður. Ekki virðist hafa verið brugðist nægjanlega vel við aðstæðum sem tengjast löngum vinnutíma foreldra, aukinnar atvinnuþátttöku kvenna og lengri skólagöngu barna og unglunga. Brýnt er því að skapa betri skilyrði til að jafnvægi náist milli fjölskyldulífs og atvinnu foreldra.

Árangur á sviði ungbarnaverndar er engu síður mjög góður á Íslandi, en það sést m.a. á lágrí dánartíðni ungbarna samanborið við önnur lönd. Þó svo að stefnt hafi verið að öflugum stuðningi við fjölskylduna og því að börnunum væru búin bestu möguleg uppvaxtarskilyrði má telja víst að í mörgum tilvikum hafi líkamskoðun barna gengið fyrir athugun á félagslegum atriðum og öðrum þáttum á sviði ungbarnaverndar.

Heilsugæsla ungbarna miðar einkum að því að fylgjast með andlegum, líkamlegum og félagslegum þroska þeirra. Þetta er gert með einföldu endurteknu þroskamati sem framkvæmt er reglubundið á fyrstu árum ævinnar. Markmiðið er að finna þau börn sem þarfnast frekari rannsókna og meðferðar. Proski barnsins er metinn eftir staðli miðað við aldur og hefur landlæknir gefið út leiðbeiningar þar að lútandi.

Norrænar rannsóknir sýna að börn búa yfirleitt við góðar ytri aðstæður á Norðurlöndum. Í einni rannsókn lenti Ísland samt sem áður í neðsta sæti hvað varðar lífsgæði barna samanborið við önnur norræn ríki. Önnur rannsókn leiðir í ljós að á öllum Norðurlöndunum sé sterk fylgni milli þjóðfélagsstöðu foreldra, þ.e. ráðstöfunartekna, menntunar og atvinnu, og heilsufars barna þeirra.

Íslensk markmið til 2010:

1. Ungbarnadaudi verði undir þremur dauðsföllum á hverja 1.000 fædda.
2. Dregið verði úr slysum og slysaðaða barna um 25%.
3. Fylgt verði leiðbeiningum landlæknis varðandi reglubundið mat á andlegum, líkamlegum og félagslegum þroska barna á aldrinum 0–6 ára.

Markmið 4 – Heilsufar ungs fólks

Evrópumarkmið:

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

Unglingar og ungt fólk býr við mjög misjafnar aðstæður í aðildarríkjunum. Allt frá sárustu örbirgð til allsnægta. Slæmt heilsufar er víða rakið til fátæktar og menntunarskorts. Velferðarsamfélaginu fylgja einnig ýmiss konar heilsufarsvandamál sem oft eru rakin til neyslu á fíkniefnum, áfengi og tóbaki. Í heild má hins vegar segja að lífsstíll ungs fólks með tilliti til menntunar, frístundaiðkunar, hreyfingar, mataræðis og annarra neysluvenja fari batnandi.

Á næstu árum er mikilvægt að skipulegar verði unnið að því að bæta lífsgæði og aðstæður unglunga og ungs fólks. Þar getur heilbrigðisþjónustan einkum lagt sitt lóð á vogarskálina með aðgerðum á sviði fræðslu og forvarna, auk reglulegs eftirlits með heilsufari. Stuðningur við íþróttaiðkun og tómstundastarf er talinn hafa jákvæð áhrif á líf og líðan ungs fólks. Niðurstöður kannana sýna að samvera með foreldrum, íþróttir og skipulegt frístundastarf dregur úr reykingum og neyslu áfengis og vímuefna.

Á Íslandi sýna rannsóknir eigi að síður að á undanförunum árum hefur þeim ungmönnum fjölgað sem nota áfengi, reykja daglega og hafa prófað ólögleg vímuefni. Athyglisvert er að sá munur sem var á áfengisneyslu og reykingum pílta og stúlkna er nánast horfinn. Í reykingum hafa stúlkur í yngstu aldrshópnum jafnvel náð yfirhöndinni.

Slys eru langalgengasta dánarorsök hjá ungu fólki og ljóst er að gera þarf enn betur til þess að fækka dauðaslysum.

Sjálfsvígum hefur fjölgað hjá ungum karlmönnum. Mikilvægt er talið að treysta þjónustu við þá sem eru í áhættuhópum vegna fyrri sjálfsvígstílla. Enn fremur er brýnt að unnið verði að forvarnaáætlun og sérstakri aðstoð við áhættuhópa í skólum, líkt og gert hefur verið víða erlendis.

Eitt af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar verður að auka fræðslu ungmenna um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir. Þetta er mjög brýnt ef takast á að

draga úr ótímabærum þungunum ungra kvenna. Enn fremur þurfa getnaðarvarnir að vera mun aðgengilegri fyrir fólk en nú er.

Þegar aldur mæðra á Íslandi er borinn saman við önnur lönd kemur í ljós að hlutfall ungra mæðra 19 ára og yngri er meira en helmingi hærra hér á landi en víðast annars staðar á Norðurlöndum. Árin 1991–1995 var fæðingartíðnin 24,8 á hverjar 1.000 konur í aldurshópnum 15–19 ára. Sambærilegar tölur í Finnlandi og Svíþjóð voru 10,9. Stór hluti þessara mæðra eru einstæðar og möguleikar þeirra til menntunar og starfsframa eru í mörgum tilvikum takmarkaðir. Þar af leiðandi eru líkur á því að bág staða mæðranna geti haft slæmar heilsufarslegar og félagslegar afleiðingar fyrir börnin.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 5 – Heilbrigði öldrun

Evrópumarkmið:

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

Átján af tuttugu löndum heims þar sem hlutfall aldraðra af íbúatölu er hæst eru á Evrópusvæðinu. Hlutfall íbúa 65 ára og eldri er 13,2–17,9% af heildaríbúafjölda. Á næstu tuttugu árum mun hlutfall þessa hóps hækka verulega, mest verður fjölgunin í aldurshópnum 80 ára og eldri. Svipaðrar þróunar er að vænta á Íslandi á næstu áratugum en þó er hún nokkuð seinna á ferðinni hér á landi en víðast annars staðar.

Dánarorsakir aldraðra hafa ekki breyst mikið en í stað þess að andlát beri brátt að kemur það oftast í kjölfar langvinnra veikinda. Einnig leiða ýmsir sjúk-

dómar ellinnar til fötlunar og skertra lífsgæða, t.d. heilabilun og beinþynning.

Verkefni heilbrigðisþjónustunnar sem varða aldræða snúast annars vegar um að fyrirbyggja sem flesta af óæskilegum fylgifiskum ellinnar og hins vegar að bregðast við ýmiss konar félagslegum og heilsufarslegum vanda með stuðningi, greiningarvinnu og endurhæfingu. Vegna mikils breytileika einstaklinga verða margvísleg úrræði að vera á boðstólunum. Áhersla skal því lögð á að faglegt mat liggi til grundvallar nýtingar sem flestra úrræða og fjármögnun og greiðsluþátttaka sé samræmd og stuðli að sem hagkvæmstum úrræðum.

Brýnt er að heilbrigðisþjónustan leggi áherslu á að bæta líkamlegt og andlegt atgervi ásamt færni, þannig að aldraðir geti dvalið sem lengst í heimahúsum. Til þess að svo geti orðið þarf að skapa betri aðstæður til hreyfingar og líkamsræktar aldraðra. Æskilegt er að megináherslan verði á aðgerðir og hjálpartæki til að varðveita, sjón, heyrn og göngufærni.

Mikilvægt er að þróa og samhæfa allt þjónustunet aldraðra; heimilishjálp og heimahjúkrun, öldrunarlækningadeildir og stofnanavistun, þar með talda dagvistun. Skammtímainnlagnir þurfa að vera mögulegar til að mæta tímabundnum félagslegum þörfum hins aldraða og umönnunaraðila hans. Þjónusta við aldraða skal jafnan taka mið af því þjónustustigi sem er hentugast fyrir hvern og einn.

Íslensk markmið til 2010:

1. Yfir 75% íbúa 80 ára og eldri verði við það góða heilsu að þeir geti með viðeigandi stuðningi búið heima og tekið virkan þátt í daglegu lífi.
2. A.m.k. 85% aldraðra verði árlega bólusettir gegn influensu og á tíu ára fresti gegn lungnabólguþakkeríu.
3. Reglubundnar heilbrigðisskoðanir og athuganir á mati íbúa 65 ára og eldri á eigin heilsu.
4. Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki meiri en 90 dagar.

5.3 Forvarnir og heilsuvernd

Markmið 6 – Bætt geðheilbrigði

Evrópumarkmið:

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

Erfitt er að segja nákvæmlega til um tíðni geðraskana. Ein ástæða þess er að skilgreining á geðheilbrigði tengist á einn eða annan hátt menningu hvers þjóðfélags fyrir sig, svo að samanburður milli landa getur verið mjög örðugur. Upplýsingar frá ríkjum á Evrópusvæðinu sýna að hlutfall þeirra íbúa sem eiga við alvarleg geðræn vandamál að stríða er 1–6% af heildaríbúafjölda. Þetta hlutfall er í flestum löndum á bilinu 1–3%. Algengustu vandamálin eru þunglyndi, tvíhverf lyndisröskun (bipolar disorder) og geðklofi.

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna hér á landi reyndist algengi geðtruflana, þar með talin misnotkun áfengis og annarra vímuefna, vera um 20%. Þar til viðbótar er gert ráð fyrir að 0,6% dvelji á sjúkrahúsum eða hjúkrunarheimilum vegna geðtruflana og um 1% séu öryrkjar utan stofnana. Heildaralgengi geðtruflana á Íslandi er því talið vera um 22%. Samkvæmt því er gert ráð fyrir að um 50.000 Íslendingar, fimm ára og eldri, þjáist af einhverri geðtruflun á hverjum tíma.

Athuganir á tengslum streitu, vinnu og heilsu meðal íslenskra kvenna benda til þess að vinnustreita hafi aukist meðal yngri kvenna en ekki meðal kvenna í eldri hópum. Rannsóknir sýna einnig að þunglyndi er algengara meðal kvenna en karla.

Af þeim sem veikjast af geðsjúkdómi fá aðeins 10–30% viðunandi meðferð. Talið er að árlega nái geðheilbrigðisþjónusta barna til um 0,4–0,5% barna á aldrinum 0–18 ára, þar af sinnir barna- og unglingageðdeild Landspítala 0,1–0,2%. Annars staðar á Norðurlöndum þar sem kerfið er áþekkt okkar er talið að geðheilbrigðisþjónustan nái til allt að 2% barna árlega eða a.m.k. fjórum sinnum fleiri en hér er raunin. Ástæður þess eru margslungnar, þar á meðal vöntun á meðferðarúrræðum og erfitt aðgengi að þjónustu, einkum utan höfuðborgarsvæðisins.

Nauðsynlegt er að sinna sérstaklega einstaklingum sem eiga við langvinna geðsjúkdóma að stríða og mikilvægt að aðgerðir þeirra aðila sem sinna þeim séu samhæfðar. Forvörnum í geðheilbrigðismálum fyrir fullorðna verður að sinna í ríkara mæli en nú er gert, ekki síst forvörnum hjá eldra fólki. Jafnframt verður að tryggja jafnræði með landshlutum varðandi aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu.

Mikilvægt er að tryggja fullnægjandi geðheilbrigðisþjónustu við fanga og ósakhæfa afbrotamenn.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 7 – Dregið verði úr smitsjúkdómum

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin leggur áherslu á að komið verði í veg fyrir barnaveiki og stífkrampa og að mislingum verði útrýmt á Evrópusvæðinu á næstu árum. Stofnunin hefur sett sér það markmið að útrýma lömunarveiki í heiminum árið 2000 þannig að hægt verði að hætta bólusetningu gegn sjúkdómnum í framtíðinni. Árið 2010 skulu öll lönd svæðisins hafa hemil á útbreiðslu lifrabólgu B, hettusóttar, kíghósta, influensu, sárasóttar og rauðra hunda. Árið 2015 er stefnt að því að malaría, í þeim löndum þar sem hana er að finna, verði undir fimm tilfellum á ári á hverja 100.000 íbúa. Sama ár verði búið að draga úr sjúkdómatíðni, dánartíðni og alvarlegum afleiðingum HIV-smits og alnæmis, öðrum

kynsjúkdómum, berklum og bráðum öndunarfæra- og niðurgangssjúkdómum hjá börnum.

WHO leggur áherslu á að aðildarríkin samhæfi heilsuefningu, sjúkdómavarnir og meðferð sjúklinga í baráttunni gegn smitsjúkdómum. Kögun (surveillance) smitsjúkdóma þjónar sömuleiðis þeim tilgangi að afla upplýsinga um feril þeirra á hverjum tíma svo að unnt sé að skipuleggja og grípa til varnaðgerða gegn þeim, auk þess að gera mögulegt að meta árangur ónæmisaðgerða og annarra forvarna gegn smitsjúkdómum. Kögun er einnig forsenda þess að unnt sé að fylgjast með langtímabreytingum á nýgengi og algengi smitsjúkdóma.

Framan af öldinni var vægi farsóttá mikið í sjúkdóma- og dánarmeinamynstri þjóðarinnar. Nú á tímum hefur mörgum smitsjúkdómum nánast verið útrýmt eða tekist að halda þeim í skefjum. Þessi árangur hefur fyrst og fremst náðst með almennum sóttvörnum, ónæmisaðgerðum, tilkomu sýklalyfja, bættu hreinlæti, aukinni þekkingu almennings og breyttum lífnaðarháttum. Útbreiðsla nýrra smitsjúkdóma og sjúkdóma sem víða hafa komið fram á ný sýna samt sem áður að full þörf er á því að hafa ætíð fullan viðbúnað og sinna sóttvörnum á skipulegan hátt. Má þar nefna HIV-smit og alnæmi, berkla, klamydíu, lifrabólgu, Creutzfeldt Jacob sjúkdóminn og fleiri sjúkdóma. Enn fremur hefur komið í ljós að næmir sjúkdómar kunna að eiga ríkan þátt í ýmsum viðvarandi sjúkdómum, svo sem krabbameini, magasárum og hjarta- og æðasjúkdómum, sem talið var að ættu sér aðrar orsakir.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 8 – Dregið verði úr langvinnnum sjúkdómum

Evrópumarkmið:

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

Hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein, sykursýki, lungnateppa, astmi, stoðkerfissjúkdómar, tannskemmdir og fleiri sjúkdómar eru sem heild helsta heilufarsvandamál Evrópusvæðisins. Þessir sjúkdómar eru nefndir langvinnir sjúkdómar og eiga sér að miklu leyti sameiginlega áhættuþætti, svo sem tóbaksreykingar, slæmar neysluvenjur, áfengisneyslu, hreyfingarleysi, streitu og umhverfishættur. Of hár blóðþrýstingur, hækkun blóðfitu, hár blóðsykur og offita teljast til líffræðilegra áhættuþátta. Eigi að nást einhver verulegur árangur við að fyrirbyggja langvinna sjúkdóma verður, að mati WHO, að ráðast að rótum þeirra og taka meira tillit til sameiginlegra orsaka. Eitt af verkefnum stofnunarinnar CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme) er tilraun til þess að samræma aðgerðir sem draga úr langvinnnum sjúkdómum eða að koma í veg fyrir þá.

Rúmlega 60% allra dauðsfalla hér á landi eru af völdum langvinnra sjúkdóma, svo sem hjarta- og æðasjúkdóma og krabbameina. Hjarta- og æðasjúkdómar hafa verið á hröðu undanhaldi sl. einn til tvo áratugi, bæði meðal karla og kvenna. Dánartíðnin hefur ekki aðeins lækkað heldur hefur einnig fækkað nýjum og endurteknum tilvikum. Að öllu óbreyttu er ekki búist við frekari fækkun dauðsfalla vegna kransæðasjúkdóma á næstu árum vegna þess að hækkandi aldur þjóðarinnar vegur jafnþungt lækun áhættu. Hins vegar er með skipulegum aðgerðum unnt að fresta því að þessir sjúkdómar komi fram og þeirri fötlun sem oft fylgir þeim.

Um þriðjungur landsmanna fær krabbamein á lífsleiðinni og nálægt fjórðungur deyr af völdum þess. Tíðni krabbameina eykst með hækkandi aldri upp að ákveðnum aldri. Að öllu óbreyttu er búist við áframhaldandi hækkun á tíðni (nýgengi) og dánartíðni krabbameina umfram eðlilegar aldurshækkunarir.

Hjá íslenskum konum er dánartíðni vegna öndunarfærasjúkdóma, þ.e. langvinnis lungnakvefs, lungnaþembu og astma, með því hæsta sem gerist í Evrópu.

Íslensk heilbrigðismarkmið til 2010:

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

Markmið 9 – Dregið verði úr ofbeldi og slysum

Evrópumarkmið:

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

Slys og ofbeldi leiða til mikils félagslegs og fjárhagslegs kostnaðar og eru jafnframt meðal helstu dánarorsaka í Evrópu. Talið er að árlega megi rekja yfir 500.000 dauðsföll til slysa og ofbeldis á Evrópusvæðinu. Áfengisneysla er helsti áhættuþáttur allra tegunda ofbeldis og slysa. Aðrir mikilvægir orsakaþættir eru slæm félagsleg og efnaleg staða, óöruggt umhverfi og mikið atvinnuleysi.

Talið er að árlega þurfi að veita 80 milljónum einstaklinga lækni meðferð vegna slysa á Evrópusvæðinu. Er þá jafnt átt við slys á vinnustað, heimilum, í skóla eða í frítíma. Árlega lenda 340 af 100.000 íbúum í umferðarslysum í löndum Evrópusambandsins. Konur eru að mestu leyti þolendur ofbeldis á heimilum en talið er að um $\frac{1}{3}$ kvenna sæti einhvers konar ofbeldi á lífsleiðinni.

Afleiðingar slysa eru ekki einungis vinnutap og kostnaður fyrir þjóðfélagið heldur einnig glötuð æviár, örkuð og þjáningar. Markvissar aðgerðir til fækkunar slysum eru án efa ein hagkvæmasta og fljót-virkasta fjárfesting sem nokkurt þjóðfélag getur lagt í.

Árlega slasast yfir 60.000 Íslendingar eða tæplega fjórðungur þjóðarinnar. Um 30.000 þeirra þurfa á eftirmeðferð að halda vegna afleiðinga slysa. Kostnaður vegna slysa er gífurlegur og er hann talinn nema 14–18 milljörðum kr. árlega að

því er varðar umferðarslys. Læknis- og sjúkrahús-kostnaður er þó aðeins lítil hluti þessara útgjalda en eignabætur, tekjubætur og slysbætur eru langstærstu liðirnir.

Tíðni dauðsfalla meðal karla af völdum slysa hefur lækkað úr 52 í 42 á hverja 100.000 íbúa frá árunum 1981–1985 til 1991–1995. Dauðaslysum meðal kvenna hefur fækkað úr 21 í 18 á 100.000 íbúa á sama tímabili. Sérfræðingar telja mögulegt að ná enn betri árangri í slysvörnum.

Mikilvægt er að áfram verði unnið markvisst að fækkun slysa á börnum og unglingum, vinnuslysa, umferðarslysa og slysa á sjó, á heimilum, í skóla, í íþróttum og öðrum frístundum. Ein höfuðforsenda skynsamlegs forvarnastarfs er að gott samstarf sé milli þeirra sem vinna að slyskráningu, rannsókn-um og forvörnum.

Íslensk markmið til 2010:

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

5.4 Þverfaglegar aðgerðir

Markmið 10 – Heilsusamlegt og öruggt umhverfi

Evrópumarkmið:

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

Gott heilsufar og vellíðan fólks eru háð hreinu umhverfi og samræmi þeirra efnislegu, félagslegu og siðfræðilegu þátta sem skapa heilnæm lífsskilyrði. Líta ber á efnislegt umhverfi sem auðlind sem unnt er að nýta til þess að bæta aðstæður fólks. Heilsufar einstaklinga á mikið undir aðgengi og gæðum fæðu, vatns, lofts og hóbýla. Til þess að bæta

umhverfið hafa aðgerðir einkum miðast við nýtingu hagkvæmari tækni, tilkomu umhverfisskatta, eflingu neytendavitundar og stuðning við frjáls félagsamtök.

Á evrópskri ráðherraráðstefnu í Helsingfors árið 1994 samþykktu umhverfis- og heilbrigðisráðherrar Evrópu að hvert land semdi sína umhverfis- og heilbrigðisáætlun (NEAPH: National Environmental Health Action Plans). Þeirri ákvörðun var fylgt eftir á sambærilegri ráðstefnu um umhverfi og heilbrigði í London í júní 1999. Evrópska umhverfis- og heilbrigðisnefndin (EEHC) sér um framkvæmd áætlunarinnar en Evrópuskrifstofa WHO samræmir daglega starfsemi verkefnisins.

Áhersla er einkum lögð á eftirfarandi:

- forvarnir, draga úr og hafa hemil á sjúkdómum er rekja má til mengaðs vatns
- samgöngur, umhverfi og heilsu
- framkvæmd eigin umhverfis- og heilbrigðisáætlunar
- umhverfi og heilsuhagfræði
- þátttöku almennings og frjálsra félagasamtaka
- góða stjórnun á umhverfis- og heilbrigðisþáttum í iðngreinum og á vinnustöðum

Á Íslandi þarf einkum að meta áhrif stefnu í mála-flokkum eins og orkumálum, skipulagsmálum þéttbýlis, flutningastarfsemi og iðnþróun á umhverfi og heilsufar. Bætt öryggi og hollustuhættir á vinnustöðum eru brýn viðfangsefni sem nauðsynlegt er að fá meiri forgang en á undanförunum árum. Í því skyni þarf sérstaklega að bæta skráningu og rannsóknir á vinnuslysum og atvinnutengdum sjúkdómum. Heilsufarsskoðanir þarf hins vegar ekki að auka nema þar sem sérstakar aðstæður á vinnustað gefa tilefni til sértækra skoðana.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 11 – Heilbrigðari lífshættir

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin leggur áherslu á að heilbrigðir lífshættir tengist næringu, líkamlegri hreyfingu og kynhegðun. Tryggja verði jafnt framboð á ákveðnum neysluvörum sem og að stuðla að bættum neysluvenjum. Æskilegt er að fólk hreyfi sig eða reyni á sig a.m.k. í 30 mínútur fimm sinnum í viku. Kynsjúkdómavarnir og fræðsla í kynferðismálum verði að ná til allra samfélagshópa, en þó sérstaklega til unglunga og yngra fólks.

Vöxtur, þroski og góð heilsa byggist að miklu leyti á neyslu fjölbreyttrar fæðu sem fullnægir þörfum líkamans fyrir næringarefni og orku. Sýnt hefur verið fram á að hægt er að koma í veg fyrir ýmsa sjúkdóma með réttu mataræði. Þetta er talið mikilvægt í baráttunni gegn hjarta- og æðasjúkdómum, þar með talið heilablóðfalli, og krabbameini, sykursýki, offitu og tannskemmdum. Sérstaka áherslu beri að leggja á aukna neyslu grænmetis og ávaxta og minni neyslu harðrar fitu.

Regluleg hreyfing og áreynsla er nauðsynleg fyrir líkamsstarfsemi, líðan og heilsu fólks á öllum aldri. Hreyfing stillir starfsemi líkamans, styrkir og eykur þol og gerir líkamann hæfari til þess að takast á við dagleg störf og skyndilegt álag og dregur úr áhrifum öldrunar á starfsemi hans. Hreyfing veitir vörn gegn og dregur úr ýmsum sjúkdómum og kvillum eins og kransæðastíflu, offitu, háum blóðþrýstingi, sykursýki, beinþynningu, bakverkjum, slysum, geðröskunum og hugsanlega krabbameini.

Kynsjúkdómavarnir eru hluti af kynfræðslu sem er á hendi margra aðila, svo sem heilbrigðisþjónustu, skóla og foreldra og annarra forráðamanna barna og unglunga. Mikilvægt er að kynfræðsla og fyrirbyggjandi aðgerðir stuðli að heilbrigðu kynlífi með hliðsjón af líkamlegum, félagslegum og siðferðilegum þáttum. Sérstaklega er talið brýnt að koma í veg fyrir ótímabærar þunganir og þar með fóstureyðingar og lækka tíðni kynsjúkdóma. Með tilkomu alnæmis og HIV-smits og

aukinni tíðni klamydíu hefur aukin áhersla verið lögð á kynsjúkdómavarnir og fræðslu í kynferðismálum. Notkun smokka við samfarir er talin eina örugga aðgerðin til þess að forðast HIV-smit og aðra kynsjúkdóma.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 12 – Dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks

Evrópumarkmið:

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

Upplýsingar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar sýna að tóbak, eitt og sér, er þýðingarmesta orsök slæmrar heilsu Evrópubúa. Um 50% þeirra sem reykja munu deyja úr reykingasjúkdómum, helmingurinn á miðjum aldri og hinn hlutinn á efri árum. Orsakir um 9% af sjúkdómum í álfunni má rekja til neyslu áfengra drykkja. Mikil áfengisneysla getur orsakað skorpulifur, tiltekna tegundir krabbameina, háan blóðþrýsting, heilablóðfall og geðröskun. Með alþjóðlegum aðgerðum er reynt að sporna gegn útbreiðslu ólöglegra ávanalyfja vegna skaðvænlegra áhrifa sem þau geta haft á heilsu fólks.

Hvers konar tóbaksnotkun er skaðleg heilsunni og reykingar hafa algera sérstöðu meðal dánarorsaka Íslendinga. Þær eru meginástæða 18–19% dauðsfalla í landinu eða 350–380 dauðsfalla á ári. Þetta þýðir, eins og fram kemur í gögnum WHO, að helmingur þeirra reykingamanna sem deyja árlega deyr úr sjúkdómum af völdum reykinga. Sjúkdómskrár staðfesta verulega aukningu á langvinnum berkjuþrengjandi sjúkdómum, þ.e. langvinnri berkjubólgu og lungnaþembu. Það skýrir m.a. síhækkandi dánartíðni í ákveðnum aldurshópum kvenna undanfarna áratugi. Skaðsemi reykinga er mun meiri eftir því sem meira er reykt og byrjað er fyrr.

Langvarandi misnotkun áfengis getur valdið heila- og taugaskemmdum, hækkuðum blóðþrýstingi og slagi, hjarta- og æðasjúkdómum, bólgum í briskirtli, lifrarsjúkdómum og krabbameini í munni, koki og vélinda. Hóflæg áfengisneysla (10–20 g á dag) hefur samkvæmt sumum rannsóknum tengst minnkandi áhættu á kransæðastíflu og gallsteinamyndun. Þessi tengsl hafa ekki verið sönnuð að fullu. Reynslan sýnir að þau heilbrigðisvandamál sem fylgja áfengisneyslu eru meiri eftir því sem heildarneysla áfengis á hvern íbúa eykst.

Misnotkun lyfja og notkun ólöglegra ávana- og fíkniefna er nátengd misnotkun áfengis. Afleiðingar slíkrar neyslu eru oft mjög alvarlegar fyrir viðkomandi einstaklinga og fjölskyldur þeirra, auk þess sem hún veldur verulegum félagslegum og fjárhagslegum vanda fyrir þjóðfélagið. Sprautufíklar og aðrir fíkniefnaneytendur eru sömuleiðis helstu smitberar HIV-veirunnar og lifrabólgu.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 13 – Heilsuvænt umhverfi

Evrópumarkmið:

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

Reynslan í starfi WHO á Evrópusvæðinu sýnir greinilega þýðingu þess að hvetja og styðja fólk skipulega til heilbrigðari lífnaðarháttá í vinnu og frí- stundum. Heimilið sem grunneining þjóðfélagsins er vettvangur þar sem fjölskyldan getur rætt opinskátt um heilufarsvandamál sín. Mikilvægt er að meðlim- ir fjölskyldunnar hvetji hver annan til þess að stunda hreyfingu og útiveru, til að reykja ekki, borða heilsu- samlegt fæði, forðast streitu og neyta áfengra drykkja aðeins í hófi.

Í leikskóla er mikilsvert að börn læri að tileinka sér gildi heilbrigðs lífsstíls, félagsleg samskipti og samstarf í hópum, auk þess að þau verði þjálfuð í að forðast slys, borða hollan mat o.s.frv.

Í skólum er æskilegt að nemendur, kennarar og foreldrar, með stuðningi skólaheilsugæslunnar, reyni skipulega að gera sér grein fyrir helstu heilbrigðis- vandamálum, ákveði hvernig bregðast skuli við þeim og meti síðan árangur aðgerða. Barátta gegn reykingum eru dæmi um verkefni fyrir skóla. Í sam- vinnu við Evrópuráðið hefur WHO beitt sér fyrir sér- stöku verkefni sem nefnist heilsuefning í skólum (Health Promoting Schools) og er Ísland þegar þátt- takandi í því starfi.

Fullorðnir eyða a.m.k. þriðjungu tíma síns á vinnu- stöðum og eru þeir því kjörinn vettvangur fyrir starf- semi á sviði heilsuverndar og heilsuefningar. Heilsa starfsmanna og afkoma fyrirtækja á mikið undir því að heilbrigðisþjónusta á vinnustöðum, eða í tengsl- um við þá, sé í góðu lagi. Hér á landi er heilsuefning í fyrirtækjum hluti af samstarfsverkefni landlæknis- embættisins og heilbrigðisráðuneytisins, Heilsuef- ningu. Enn fremur er Ísland þátttakandi í samstarfs- neti um heilsuefningu á vinnustöðum sem er styrkt af ESB. Þar er Vinnueftirlit ríkisins fulltrúi Íslands.

WHO leggur áherslu á að komið verði á samstarfi í heilbrigðismálum í öllum sveitarfélögum og borg- um í anda verkefnisins Heilsuþæir (Healthy Cities network), sem stofnunin hefur staðið fyrir um árabíl.

Vísir að slíku samstarfi er í heilsubæjunum Hafnarfirði, Húsavík, Hornafirði, Hveragerði, Akranesi og Sauðárkróki. Mikilvægt er að það sé unnið í náinni samvinnu við staðbundin yfirvöld, heilbrigðisþjónustu, skóla og frjáls félagsamtök.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 14 – Þverfagleg ábyrgð á heilsufari

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur brýnt að komið verði á virku skipulagi sem skyldi alla samfélagsgeira til þess að taka tillit til heilsufarslegra þátta í starfsemi sinni og bera ábyrgð á þeim. Í því felst m.a. að kanna skipulega áhrif margs konar iðnþróunarverkefna, framkvæmda og samfélagsaðgerða á heilsufar fólks. Stjórnvöld verði að móta ákveðna stefnu og tryggja fjármögnun og löggjöf á þessu sviði. Sömuleiðis verði að sjá til þess að eftirlit sé rækt, mögulegt verði að lögsækja þá sem með starfsemi sinni valda fólki heilsutjóni og almenningur hafi aðgang að skýrslum um mat á heilbrigðisáhrifum viðkomandi framkvæmda eða starfsemi.

Verkefni heilbrigðisþjónustunnar eru samofin viðfangsefnum fjölmargra annarra samfélagsgeira og atvinnugreina. Mörg samfélagsleg verkefni sem miða að því að tryggja gott heilsufar fólks verða ekki leyst nema í samvinnu við aðrar atvinnugreinar, fyrirtæki, hagsmunasamtök og fleiri aðila.

Sjálfbær orkuframleiðsla er mikilvæg jafnt heimilum sem efnahagslífinu. Orkugeirinn getur fjárfest í heilsu og umhverfi með því að stuðla að bættu lofti í

þéttbýli, draga úr áhrifum gróðurhúsalofttegunda, lækka sýrustig í umhverfinu, minnka geislun og fleiri hættur í umhverfinu. Samgöngur eru nauðsynlegar bæði fyrir fólk og flutning á vörum. Bættar samgöngur á vegum gegna þýðingarmiklu hlutverki í sambandi við að bæta gæði andrúmsloftsins, draga úr hávaða og umferðarteppum í þéttbýli og spara orkugjafa. Lífvænlegur iðnaður er alls staðar forsenda vöruframleiðslu, þjónustu, atvinnu, velferðar og góðs heilsufars.

Landbúnaður er mikilvægur vegna framleiðslu á fæðuvörum og um leið er hann ein af forsendum heilsu og velferðar. Hann gegnir sérstaklega veigamiklu hlutverki við að tryggja gott umhverfi, hreint vatn, örugga fæðu og bætt mataræði. Framlag fjármálageirans er sömuleiðis mikilvægt við að ná settum markmiðum varðandi heilbrigði og umhverfi. Má þar nefna aðgerðir í verðlags- og skattamálum sem stuðlað geta að aukinni heilsuefningu og heilsusamlegra umhverfi. Fjölmargar aðrar atvinnugreinar leggja með einum eða öðrum hætti sitt af mörkum til þess að tryggja bætt heilsufar íbúanna.

Íslensk markmið til 2010:

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

5.5 Árangursrík heilbrigðisþjónusta

Markmið 15 – Samhæfður heilbrigðisgeiri

Evrópumarkmið:

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

Stefnumörkun WHO í heilbrigðismálum er bæði víðtæk og innihaldsrík vegna þess að margt af því sem mótar heilsufar liggur utan verksviðs og áhrifa klínískrar meðferðar. Verkefni heilbrigðisyfirvalda eru einnig víðtæk og ná í sjálfu sér til allra þeirra þátta er stuðlað geta að bættu heilbrigðisástandi. Heilbrigðisstjórn hvers ríkis sér um að þegnum sé veitt heilbrigðisþjónusta, tekur ábyrgð á stefnumörkun og stjórn heilbrigðismála.

Umfang heilbrigðisþjónustunnar markast af skipulagi og því starfslíði sem starfar við heilsueflingu, heilsuvernd, meðferð og endurhæfingu, auk þeirra fjármuna sem sérstaklega eru veittir til heilbrigðismála. Þetta er margþætt starfsemi sem nauðsynlegt er að samhæfa og tryggja að ákveðið innbyrðis jafnvægi sé milli þessara grunnþátta heilbrigðisþjónustunnar. WHO leggur ríka áherslu á að aðildarríkin beini sjónum sínum að því hvaða árangri þau ætli sér að ná og að fyrrgreindir grunnþættir séu ekki einangraðir hlutar heldur liðir í ákveðnu ferli sem miðar að því að bæta heilsufar. Þessi nálgun krefst þess að heilbrigðiskerfin verði samhæfari en nú. Víðast eru einstakir þættir þjónustunnar aðskildir frá öðrum, lóðrétt sem lárétt. Meðferð sjúklinga er ekki alltaf samstiga og sérhæfðir heilbrigðisstarfsmenn koma oft að henni hver í sínu lagi, í stað þess að samhæft teymi margs konar sérfræðinga fáist við verkefnið. Samhæfing heilsugæslu, sérfræðilækninga á stofum og sjúkrahúsþjónustu er víða lítil og skortur á samfellu í meðferð á ýmsum stigum er staðreynd.

WHO telur að eina skynsamlega leiðin til að bæta ástandið í öllum löndum Evrópu sé meiri samhæfing og að tryggt verði að grunnþjónustan hafi úr nægjanlegu fjármagni að spila til þess að leysa verkefni sín. Sjúkrahúsinn eigi hins vegar einungis að vera ætluð þeim sem ekki er unnt að meðhöndla utan þeirra eða á göngudeildum þeirra. Þessi áhersla felur í sér að verkefni sem varða almenna lýðheilsu skuli njóta forgangs fram yfir aðra þætti. Norðurlönd og önnur vestræn lönd sem búa almennt við gott heilbrigðisástand hafa hins vegar ákveðið að bráðaþjónustan skuli njóta forgangs fram yfir aðra þætti heilbrigðisþjónustunnar. Þau eru engu síður sammála því að heilbrigðisþjónusta á Evrópusvæðinu sem heild verði ekki bætt nema til staðar sé ákveðin grunnþjónusta í öllum aðildarríkjunum.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 16 – Aukin gæði og árangur

Evrópumarkmið:

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

Eitt meginverkefni heilbrigðisþjónustunnar er að meta gildi þeirra aðferða og aðgerða sem beitt er til þess að draga úr ákveðnum heilbrigðisvandamálum. Of sjaldan er spurt hver sé eiginlegur árangur og kostnaður við notkun mismunandi aðferða á sviði forvarna, og t.d. sjúkdómsgreiningar og meðferðar ofnæmis, hjartasjúkdóma, þunglyndis o.s.frv. WHO leggur áherslu á að stjórnun beinist að því að vinna að auknum gæðum og hvetja til nýbreytni í heilbrigðisþjónustunni.

Mælingar á árangri, þar sem stuðst er við alþjóðlega staðla og viðmiðanir, veita ríkjum tækifæri til þess að meta gildi aðgerða sinna á sviði heilsueflingar, heilsuverndar, meðferðar og endurhæfingar. Evrópuskrifstofa WHO hefur komið sér upp gagnagrunni eða árangursstjórnunarbrunni sem nær til allra þátta áætlunarinnar um heilbrigði fyrir alla. Aðildarríkin geta þar borið sig saman við önnur lönd og séð um leið hvernig þeim miðar við að ná markmiðum Evrópuáætlunarinnar.

Víða um lönd er nú unnið að því að þróa og koma á árangursstjórnun í rekstri hins opinbera, þ.m.t. heilbrigðisþjónustu. Hér á landi er leitast við að beita aðferðum árangursstjórnunar til þess að tryggja að opinberar stofnanir ræki hlutverk sitt eins vel og unnt er. Ætlunin er m.a. að meta árangurinn með tilliti til afraksturs og hversu hagkvæmur reksturinn reynist.

Undanfarin ár hefur verið leitast við að koma betri skipan á gæðamál heilbrigðisþjónustunnar og

er nú í gildi sérstök gæðaáætlun sem gildir ávallt til 3–5 ára í senn. Áætlunin var mótuð í samvinnu við landlæknisembættið, fulltrúa fagstétta og heilbrigðisstofnana og aðra aðila sem sæti eiga í samstarfsráði heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis um gæðamál. Við mótnun gæðaáætlunarinnar var tekið mið af erlendum sem innlendum fyrirmyndum, auk þess sem hún var löguð að nýrri heilbrigðisáætlun. Samkvæmt gæðaáætluninni skulu allar heilbrigðisstofnanir hefja formlegt gæðaþróunarstarf sem tryggir að öll þjónusta þeirra sé í samræmi við lagafyrirmæli og almennt viðurkennda gæðastaðla og að stöðugt verði unnið að umbótum á öllum sviðum starfseinnar. Sú ábyrgð er lögð á herðar stjórnenda og fagfólks á hverjum stað að vinna að framgangi áætlunarinnar.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 17 – Fjármögnun heilbrigðisþjónustu

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin álitur að fullnægjandi fjárveitingar séu ein forsenda þess að unnt sé að halda uppi heilbrigðisþjónustu og tryggja íbúum viðeigandi úrlausn á heilsufarsvandamálum. Heilbrigðisútgjöld, sem hlutfall af vergri þjóðarframleiðslu, eru í flestum tilvikum háð efnahagslegri stöðu landsins. Þetta hlutfall er núna 3,1–10,7% af vergri þjóðarframleiðslu á Evrópusvæðinu. Víða eru útgjöld

hins opinbera einfaldlega ekki nægjanleg til þess að fullnægja brýnustu heilbrigðisþörfum íbúanna.

Meðal aðildarríkjana er samstaða um að fjármögnun heilbrigðisþjónustu verði að byggjast á jafnræði og stöðugleika. Óháð fyrirkomulagi fjármögnunar í hverju ríki fyrir sig verða ríkisstjórnir að tryggja að heilbrigðisþjónustan nái til allra og að þeim sé tryggður aðgangur, auk þess sem hafa verður stjórn á þróun útgjalda

Þjónustusamningar eru taldir áhugaverður kostur í stað hefðbundinnar fjármálastjórnar heilbrigðismála. Í þjónustusamningum verður að skilgreina ákveðnar kröfur og skyldur veitenda þjónustunnar og tryggja þeim umbun ef þeir rækja störf sín vel og á árangursríkan hátt. Í heilbrigðiskerfi sem kostað er af skattfé borgaranna eru helstu kostir samningsstjórnunar taldir vera:

- aukin valddreifing
- árangursríkari starfsemi
- betri áætlanagerð
- betri stjórnun

Jafnframt geta þjónustusamningar stuðlað að jafnræði til heilbrigðis, sé þeim beitt þannig að þeir tryggi að hópar sem búa við lélegar aðstæður og hafa mikla þjónustuþörf fái þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þurfa á að halda.

Á Íslandi er samstaða um að heilbrigðisþjónustan sé að mestu leyti kostuð af almannafé. Bein útgjöld einstaklinga megja aldrei vera það mikil að þau komi í veg fyrir að fólk leiti sér nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu. Sú skoðun er sömuleiðis ráðandi að það hlutfall af þjóðarframleiðslu eða útgjöldum ríkisins sem varið er til heilbrigðismála eigi ekki að vera fastákveðið til framtíðar heldur hljóti það að taka mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar og öðrum þörfum samfélagsins.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 18 – Mannafli í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur nauðsynlegt að heilbrigðisþjónustunni verði tryggður nægjanlegur mannaflí sem hafi tileinkað sér kunnáttu og færni til þess að svara kröfum og fyrirsjáanlegum þörfum fyrir þjónustu. Þetta felur í sér að endurskoða þarf námskrár í grunnnámi, framhaldsnámi og endurmenntun lækna, hjúkrunarfræðinga, stjórnenda og annarra fagstétta heilbrigðisþjónustunnar. Innihaldið verði þannig nánar tengt stefnumörkun WHO um heilbrigði fyrir alla með meiri áherslu á heilsuefingu, lýðheilsu og gæði heilbrigðisþjónustu.

Menntun heilbrigðisstétta skal skipuleggja í samræmi við heilbrigðisþarfir þjóðfélagsins og umhverfi þjónustunnar, jafnframt því sem tryggja skal þá hæfni og kunnáttu sem fagfólki er nauðsynlegt til starfa í heilbrigðisþjónustunni. Sömuleiðis er mikilvægt að fræða aðrar fagstéttir á ýmsum sviðum þjóðfélagsins um málefni er varða heilsufar fólks.

Vel menntaðir heilbrigðisstarfsmenn eru án vafa helsti auður heilbrigðisþjónustunnar og þess vegna verður að tryggja áfram gæði menntunarinnar. Þetta er sérstaklega mikilvægt af tveimur orsökum. Annars vegar gerir ör tæknileg og vísindaleg þróun heilbrigðisþjónustu vaxandi kröfur til grunnmenntunar og framhaldsnáms allra heilbrigðisstétta. Hins vegar aukast kröfur um þjónustu þannig að ekki er á færi annarra en vel menntaðra starfsmanna að uppfylla þær.

Hér á landi skortir á áætlanir og spár um fjölgun í heilbrigðisstéttum. Af hálfu hins opinbera liggur heldur ekki fyrir mat á þörf fyrir einstakar starfstéttir og starfshópa á næstu árum. Við áætlanagerð til framtíðar verður að standa skipulega að gerð mannaflaspáa og mati á mannaflapörf í heilbrigðisþjónustunni á næstu árum. Spár um þróun atvinnu- markaðar fyrir lækna á Norðurlöndum sýna að innan nokkurra ára verður, að öllu óbreyttu, þörf fyrir fleiri lækna í flestum greinum læknisfræðinnar hér á landi. Þegar er mikill skortur á hjúkrunarfræðingum.

Það er því brýnt að leita lausna á mannaflamálum heilbrigðisþjónustunnar til lengri tíma. Nám heilbrigðisstétta virðist einnig þurfa að endurskoða með tilliti til heilsuþarfa þjóðarinnar og verkefna heilbrigðisþjónustunnar á næstu áratugum.

Íslensk markmið til 2010:

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

5.6 Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir

Markmið 19 – Rannsóknir og þekking í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin leggur áherslu á að aðildarríkin móti sér stefnu í rannsóknum og þróunarstarfsemi í samræmi við stefnumörkunina um heilbrigði fyrir alla. Ríkin verði jafnframt að tryggja sér möguleika á því að heilbrigðisþjónustan geti þróast og byggt starfsemi sína á vísindalegum grunni. Upplýsingar um heilbrigðismál eiga einnig að vera nothæfar og aðgengilegar fyrir stjórnámamenn, stjórnendur, heilbrigðisstéttir og aðrar fagstéttir, sem og almenning. Enn fremur eigi öll ríkin að hafa mót að sér stefnu í upplýsingamálum heilbrigðiskerfisins og tengja þá starfsemi settum markmiðum.

Líkt og á öðrum sviðum þjóðfélagsins eru skipulegar rannsóknir og þróunarstarfsemi ein meginforsenda framþróunar innan heilbrigðisþjónustunnar. Á það

jafnt við um grunnrannsóknir sem hagnýtar rannsóknir og aðgerðir til þess að heilbrigðiskerfið geti nýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður annarra þjóða. Hlutur rannsókna og þróunarstarfsemi hefur vaxið mikið frá því sem áður var hér á landi. Fjárframlög til rannsókna og þróunarstarfsemi eru samt enn vel innan við 1% af heildarframlögum til heilbrigðismála. Þetta hlutfall er t.d. talið vera um 3% í Bandaríkjunum.

Upplýsingavæðingin hefur mikla þýðingu fyrir heilbrigðisþjónustuna því að söfnun upplýsinga, öryggi þeirra og aðgangur að þeim er ákvarðandi fyrir afköst og árangur starfseminnar. Skipuleg hagnýting upplýsingatækninnar mun væntanlega fækka vinnustundum við gerð skýrslna og bréfaskriftil og gera öll tjáskipti markvissari. Jafnframt má ætla að beinn aðgangur að heilsufarsgögnum feli í sér skjótari og traustari ákvörðunartöku um meðferð sjúklinga.

Samhliða þróun upplýsingatækninnar má vænta meiri hraða og stórstígari framfara í þróun lækningatækja á næstu árum. Völ verður á mun fleiri tækjum en heilbrigðisþjónustan hefur efni á og skynsamlegt getur talist að kaupa. Því er mikilvægt að fylgt sé ákveðinni stefnu í innkaupum á tækjum og tækjabúnaði. Þeirri skoðun vex fylgi að ákveðnu hlutfalli af árlegum framlögum til heilbrigðismála skuli varið til tækja-kaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði, t.d. 3–5%.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 20 – Efling samstarfs í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

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

Að mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar verður samstarf í heilbrigðismálum að eiga sér stað á mörgum stigum, í alþjóðlegri samvinnu, sem á landsvísu og á svæðisbundnum eða staðbundnum vettvangi. Fjölmarga aðila þarf að fá til samstarfs svo að unnt verði að uppfylla þau markmið sem alþjóðasamfélagið hefur sett sér í heilbrigðismálum.

Ríkisstjórnir bera ábyrgð á mótun og framkvæmd heilbrigðisstefnu hvers lands. Verkefni stjórnmalanna er að tryggja hagsmuni umbjóðenda sinna og reyna að tryggja þeim eins góða heilbrigðisþjónustu og mögulegt er. Þeim ber að hafa í huga að efnahagsleg velferð er einungis eitt markmið sem þarf að vera í jafnvægi við mörg önnur, svo sem bætt heilbrigði, sjálfbæra þróun, jafnræði, félagslega samheldni og gott umhverfi.

Skyldur heilbrigðisfagstétta snúa einkum að velferð sjúklinga og því að tryggja þeim eins góða þjónustu og unnt er. Fagþekking þeirra leggur þeim jafnframt ákveðnar skyldur á herðar hvað varðar stuðning við heilbrigðisaðgerðir á hverjum stað og framkvæmd áætlana í heilbrigðismálum. Enn fremur er mikilsvert að heilbrigðisstarfsmenn séu í góðu samstarfi við fjölmiðla um málefni heilbrigðisþjónustunnar. Aðrar fagstéttir í öðrum geirum samfélagsins gegna þýðingarmiklu hlutverki í heilbrigðisþróun hvers samfélags. Kennarar á öllum skólastigum fræða nemendur um þau lífsgildi sem oft eru grundvöllur farsællrar þróunar í heilsufarslegum efnunum. Verkfræðingar, arkitektar og skipulagsfræðingar geta haft mikilvæg áhrif á þróun heilsufarslegs umhverfis á hverjum stað, svo fáein dæmi séu tekin.

Frjáls félagsamtök vekja iðulega athygli á málum sem kalla á aðgerðir stjórnvalda og vekja meðborgarana til meðvitundar um hvar skórin kreppir helst í heilbrigðismálum. Á Íslandi hafa slík samtök lengi verið leiðandi í baráttunni gegn sjúkdómum og unnið að forvörnum hver á sínu sviði.

Einkageirinn tekur víða í auknum mæli mið af viðhorfum neytenda og vaxandi áhersla er lögð á að koma til móts við kröfur um umhverfisvænar vörur. Fyrirtæki sjá sér hag í að stuðla að heilsuefingu starfsmanna sinna og skapa jafnvægi milli atvinnu og fjölskyldulífs.

Íslensk markmið til 2010:

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

Markmið 21 – Stefnumál og aðgerðir í þágu heilsu fyrir alla

Evrópumarkmið:

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin leggur til að öll aðildarríkin vinni að því að heilbrigðisstefna þeirra og áherslur séu ávallt í samræmi við grundvöll og stefnumið áætlunarinnar um heilbrigði fyrir alla. Þau skulu koma til móts við heilbrigðisþarfir íbúanna og tryggja jafnræði þeirra í heilsufarslegum eignum. Viðfangsefnið snerta jafnt lífshætti, umhverfi og heilbrigðismálefni sjálf og samstarf þeirra fjölmörgu aðila sem sinna áætlanagerð og starfrækslu heilbrigðisþjónustunnar.

Mikilvægt er að aðildarríkin móti sér framtíðarsýn í heilbrigðismálum þar sem reynt er að gera sér grein fyrir breytingum næstu ára. Reynt verði að efla meðvitund um heilbrigðismálefni og upplýsa almenning um framvindu mála. Stefnumótun verði að finna skipulegt ferli og leita ber eftir víðtækri samstöðu um heilbrigðismál í þjóðfélaginu.

Í baráttunni fyrir bættu heilsufari skiptir sömu leiðis máli að fólk fái innsýn í umfangllun málefna og tækifæri til þess að hafa áhrif á þau á undirbúningsstigi. Samráð milli stjórnstiga, við hagsmunasamtök og fjölmarga aðra aðila er mikilvægt. Virkt eftirlit með heilbrigðiskerfinu verður að vera til staðar og tryggt að það nái jafnt til stjórnunarlegra, fjárhagslegra sem faglegra þátta starfseminnar.

Á landsvísu og svæðisbundið eða á staðbundnum vettvangi er mikilvægt að sett séu nánari markmið í heilbrigðismálum, til lengri og skemmri tíma, á grundvelli stefnumörkunarinnar um heilbrigði fyrir alla. Þýðingarmikið er jafnframt að áður en ráðist verður í umfangsmiklar skipulagsbreytingar á heilbrigðisþjónustunni séu dregin lærdómar af tilraunum með að fela sveitarfélögum, einkaaðilum og fleirum ýmis verkefni heilbrigðisþjónustunnar.

Árangur starfseminnar verður jafnan að meta reglulega og fylgjast með hvernig gangi að ná markmiðum í heilbrigðismálum. Gæta verður þess að fjöldi markmiða eða mælikvarða sé ekki of mikill eða skarist ekki. Það getur auðveldlega leitt til þess að mikilvæg atriði hverfa í skugga þeirra sem síður skipta máli.

Íslensk markmið til 2010:

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

6. Stoðaðgerðir og sérsvið

6.1 Rannsóknir og þróunarstarfsemi

Skipulegar rannsóknir og þróunarstarfsemi eru vafalaust ein meginforsenda framþróunar innan heilbrigðisþjónustunnar. Er þá jafnt átt við grunnrannsóknir sem hagnýtar rannsóknir og aðgerðir til þess að nýta sér betur tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður annarra. Enn sem komið er skortir töluvert á að hlutur rannsókna og þróunarstarfsemi á heilbrigðissviði geti talist sambærilegur við það sem best gerist meðal annarra þjóða. Til þess að ná betri árangri og auka gæði þjónustunnar þarf samhliða skipulegri fjármögnun þessarar starfsemi að tengja rannsóknir og þróunarstarfsemi betur langtíma-markmiðum í heilbrigðismálum.

Til þess að efla enn frekar rannsóknir og þróunarstarfsemi er mikilvægt að hér þróist háskólasjúkrahús og önnur háskólastarfsemi í alþjóðlegum skilningi þess orðs. Í tengslum við hana á að sinna sérhæfðustu þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Þar færi fram grunn- og framhaldsnám lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta. Jafnframt er brýnt að þar sé forysta í skipulegri öflun þekkingar með rannsóknum og hagnýtingu rannsóknarniðurstöðna frá öðrum aðilum, innan lands sem utan. Vel mætti hugsa sér nútímaháskólasjúkrahús væri sameiginlegur vettvangur margra tiltölulega sjálfstæðra eininga og hefði sameiginlega stjórn.

Margir aðilar afla og skrá upplýsingar um einstaka þætti heilbrigðismála og stunda rannsóknir á því sviði hér á landi. Alþjóðlega sjúkdóma- og dánarmeina-skráin, Krabbameinsskráin og skráning hjartasjúkdóma hjá Hjartavernd eru gagnasófn sem innihalda hvað mestar upplýsingar um heilsufar þjóðarinnar. Þau og aðrar skrár liggja til grundvallar fjölmörgum heilbrigðisrannsóknum, einkum langtímarannsóknum. Mikið skortir samt á að rannsóknarstarfsemin hafi gefið nægilega góða mynd af þróun heilsufars og faraldsfræði sjúkdóma í íslensku þjóðfélagi. Því er þörf á markvissari aðgerðum og skipulegri framtíðarstefnumótun á sviði heilbrigðisrannsókna.

Lítið er vitað um mun á heilsufari einstakra þjóðfélagshópa og íbúa á ákveðnum landsvæðum. Þó gefa rannsóknir Hjartaverndar og fyrstu athuganir Vinnueftirlits ríkisins á þessu sviði vísbendingar um að heilbrigðisástand og lífslíkur ráðist töluvert af stéttarstöðu fólks og menntun. Þörf er á frekari rannsóknum og bættri skráningu á þessu sviði. Sömuleið-

is er brýnt að stuðla að eflingu klínískra rannsókna svo að unnt sé að sannreyna gildi meðferðar, tryggja sjúklingum árangursríka þjónustu og bæta menntun heilbrigðisstétta.

Efling rannsókna og þróunarstarfsemi er talin ein helsta forsenda framfara í læknisfræði og heilbrigðisþjónustu, ekki síst á sviði lífvísinda, líftækni og erfðafræði. Snertir það jafnt meðhöndlun á sjúkdómum og aðgerðir til þess að fyrirbyggja sjúkdóma. Blöndun erfðaeftna (DNA-rannsóknir) og skilgreining erfðaeftna (Human Genome Projects) eru þeir þættir lífvísinda sem einkum eru taldir geta valdið byltingu í læknisfræði. DNA-aðferðirnar veita betri skilning á sjúkdómum, líftækniúnaðurinn eykur möguleika á framleiðslu á samsettum lyfjum, sjúkdómsgreiningar verða auðveldari og öll meðferð gena handhægari.

6.2 Upplýsinga- og tæknimál

Undanfarna áratugi hefur verið unnið að því að byggja upp sjúkraskrár og upplýsingakerfi fyrir heilsugæslu og sjúkrahús hér á landi. Þróun tölvutæks sjúkraskrárkerfis fyrir heilsugæslu hófst um miðjan áttunda áratuginn og samræmdu sjúklingabókhalda sjúkrahúsanna var komið á fót í byrjun þess níunda.

Á síðustu árum hefur áhuginn aðallega beinst að því að þróa samræmd kerfi sem ná til allra þátta heilbrigðisþjónustu og að skapa nýja möguleika á hagnýtri úrvinnslu heilsufarsupplýsinga. Upplýsingavæðingin og framfarir í fjarskiptatækni bjóða nú upp á enn meiri möguleika en áður hafa þekkst, ekki aðeins á sviði almennrar tölvutækni heldur einnig hvað varðar aukna möguleika á sendingu röntgenmynda, lifandi mynda og hagnýtingu fjarlækninga.

Þýðing upplýsingavæðingarinnar mun fara vaxandi fyrir heilbrigðisþjónustuna þar sem söfnun upplýsinga, öryggi þeirra og aðgangur að þeim verður í ríkara mæli ákvarðandi fyrir afköst og árangur starfseminnar. Jafnframt býður tæknin nú upp á að hægt sé að geyma öll gögn um hvern sjúkling á einum og sama stað. Heilsufarsupplýsingar geta verið til reiðu um leið og þær verða til og unnt að nálgast þær fyrir þá sem hafa til þess tilskilin leyfi.

Fastlega er gert ráð fyrir að skipuleg hagnýting upplýsingatækninnar muni fækka vinnustundum við gerð skýrslna og bréfaskriftir og gera öll tjáskipti markvissari. Sömuleiðis má ætla að beinn aðgangur

að heilsufarsgögnum feli í sér skjótari og traustari ákvörðunartöku um meðferð sjúklunga. Handhægt verður að taka saman upplýsingar um rekstur heilbrigðisstofnana og það mun auðvelda stjórnendum að ná árangri í starfi sínu. Enn fremur má ætla að tæknivæðingin geti leitt til bættrar þjónustu án aukins kostnaðar fyrir þjóðfélagið.

Búist er við því að samhliða þróun upplýsingatækninnar megi vænta meiri hraða og stórstigari framfara í þróun lækningatækja. Völ verður á mun fleiri tækjum en heilbrigðisþjónustan hefur efni á og skynsamlegt getur talist að kaupa. Af faglegum og fjárhagslegum ástæðum er því mikilvægt að fylgt sé ákveðinni stefnu í innkaupum á tækjum og tækjabúnaði. Ákvarðanir í þeim efnum verður að byggja á skipulegu og faglegu mati.

Ætlunin er að koma upp heilsuvef á veraldarvefnun þar sem almenningur, sjúklingar og aðstandendur þeirra geti leitað sér upplýsinga um almenn og sértæk atriði á sviði heilbrigðisfræðslu. Hluti samskipta heilbrigðisstarfsmanna og almennings ættu einnig að geta farið fram á slíkum vef. Nokkur reynsla hefur fengist af þess háttar samskiptum á Norðurlöndum og í Bandaríkjunum og lofar hún góðu. Enn fremur verður unnið að því að veita heilbrigðisstarfsmönnum víðtæka þjónustu við upplýsingaleit, árveknipjónustu o.fl. Starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar ætti þannig að geta leitað til miðstöðva slíkrar þjónustu eftir upplýsingum og ráðgjöf við ýmis konar verkefni.

Unnið er að uppbyggingu heilbrigðisnets sem mun tengja saman alla þá aðila sem koma að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Heilbrigðisnetinu er ætlað að vera farvegur fyrir flest samskipti innan heilbrigðisþjónustunnar sem hægt er að koma við á slíku neti. Á heilbrigðisnetinu er gert ráð fyrir að sendar verði margs konar upplýsingar og gögn sem nú er miðlað bréflaga, svo sem sjúkraskráupplýsingar, læknaþréttir, lyfseðlar, rannsóknarsvör, myndgreiningar, rekstrarupplýsingar, birgðaupplýsingar o.fl. Hér er um að ræða lokað kerfi þar sem aðgangur verður háður tilskildum leyfum.

6.3 Gæðaþróun

Kröfur um að heilbrigðisþjónustan tileinki sér aðferðir gæðaþróunar hafa rutt sér til rúms í heilbrigðisþjónustunni á undanföllum árum. Sjúkrastofnanir

hafa sett sér viðmið í gæðamálum, unnið hefur verið grasrótastarf á vegum fagfélaga, t.d. Félags íslenskra heimilislækna (FÍH), og á vegum Gæðastjórnunarfélags Íslands starfar sérstakur heilbrigðishópur. Landlæknisembættið og einstök fagfélög hafa fylgst með starfi og starfsaðstöðu heilbrigðisstétta og að uppfylltar séu faglegar kröfur í heilbrigðisþjónustunni.

Víða hefur fagfólkið sjálft átt frumkvæði að því að stofnanir taka nú í vaxandi mæli mið af erlendum stöðlum og viðmiðunum í þeirri viðleitni að auka gæði þjónustunnar. Stofnanirnar hafa líka sett sér sínar eigin reglur um gæðatryggingu. Þar með eru þær ekki einungis að bregðast við auknum kröfum heilbrigðisyfirvalda heldur eru stjórnendur og starfslíð stofnananna vel meðvituð um að samkeppni um fjármagn, starfslíð og aðföng kemur til með að aukast á næstu árum.

Skilgreindir hafa verið eftirtaldir þrjár áfangar í þróun gæðastjórnunar: heildargæðastjórnun (Total Quality Management), gæðatrygging (Quality Assurance) og gæðaeftirlit (Quality Assessment). Gæðastjórnun er tæki til að stuðla að umbótum í rekstri með því að virkja hæfileika og þekkingu sem flestra starfsmanna og leysa viðfangsefni skipulega í vinnuhópum. Gæðatrygging er aðferð sem heilbrigðisstarfsfólk notar til að meta og bæta kerfisbundið þjónustu við sjúklunga til þess að efla heilsu og bæta lífsgæði. Gæðaeftirlit snýr síðan að því að greina stöðuna reglubundið og leiðrétt mistök.

Eins og fyrr greinir hefur aukin áhersla á gæðamál á undanföllum árum að verulegu leyti komið frá grasrótinni. Jafnframt leggja heilbrigðisyfirvöld nú ríkari áherslu á að heilbrigðisþjónustan styðjist við viðurkennda gæðastaðla á sem flestum sviðum. Í því skyni er unnið að samræmingu gæðastaðla innanlands og virkari þátttöku í alþjóðlegu starfi á sviði gæðamála svo að tryggt verði að heilbrigðisþjónustan uppfylli tilgreindar gæðakröfur. Mikilvægt er að ávallt sé náð samstarf milli heilbrigðisyfirvalda, stofnana og fagstétta um skipulega gæðaþróun innan heilbrigðisþjónustunnar.

Heilbrigðisráðherra setti heilbrigðisþjónustunni sérstaka gæðaáætlun haustið 1999. Meginmarkmið hennar er að heilbrigðisstofnanir tileinki sér aðferðir gæðaþróunar og hafi komið á formlegu gæðaþróunarstarfi fyrir árslok 2002.

Jafnhliða markvissri gæðapróun er víða unnið að því að þróa og koma á árangursstjórnun í ríkisrekstri. Aðferðir árangursstjórnunar miðast einkum að því að tryggja að opinberar stofnanir ræki hlutverk sitt eins vel og unnt er. Árangur starfseminnar er þá einkum metinn með tilliti til afraksturs og hversu hagkvæmur reksturinn er. Til þess að ná árangri verða markmið starfseminnar að vera skýr, uppfylla þarf þarfir notenda þjónustunnar, hindra verður að alvarleg vandamál komi upp, vald og ábyrgð verða að fara saman, stunda verður mælingar á árangri o.s.frv. Í þjónustu- eða árangursstjórnunarsamningum við heilbrigðisstofnanir eru venjulega skilgreindar gæðakröfur og þau markmið sem stefnt er að í gæðamálum.

Árangursstjórnun felur að mörgu leyti í sér gjörbreytta stjórnun og hugsun frá þeim stjórnarháttum sem löngum hafa tíðkast hjá opinberum aðilum. Ekki er aðeins horft á að stofnun ræki hlutverk sitt eins og lög og önnur fyrirmæli segja til um heldur er gerð krafa um að hún geri það á hagkvæman, skjótvirkan og árangursríkan hátt. Í flestum tilvikum er enn fremur gert ráð fyrir að hluti fjárhagslegra framlaga verði bundinn árangri. Þegar vel er gert njóti menn þess þannig á einn eða annan hátt í forni umbunar.

Þýðingarmikið er að stjórnendur geri sér ljóst að ekki er nóg að sýna aðeins árangur út á við, jafnmikilvægt er að starfsmenn séu ánægðir og upplifi tilgang í því sem þeir eru að gera. Hver stofnun verður þess vegna, samtímis því sem settir eru mælikvarðar til að meta árangurinn, að þróa innri viðmiðanir um fyrirkomulag starfseminnar og samvinnu starfsfólks.

6.4 Starfsmannastefna

Heilbrigðisþjónustan er mannaflafrek þjónustugrein þar sem fjöldi og færni starfsmanna á hverju sviði skiptir miklu máli. Í samanburði við önnur lönd er menntunarstig starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar hér á landi mjög hátt. Menntunin er einnig fjölbreyttari en víðast hvar annars staðar þar sem flestar heilbrigðisstéttir sækja menntun sína til landa vítt og breitt um heiminn.

Mikill skortur er á spám og áætlunum um fjölgun í heilbrigðisstéttum og þróun mannaflans í einstökum starfshópum og á mismunandi sviðum heil-

brigðisþjónustunnar. Ljóst er að gerð mannaflaspáa og mat á mannaflapörf hlýtur ávallt að tengjast nokkuð mótun heilbrigðisáætlunar. Skortur á hjúkrunarfræðingum hefur verið viðvarandi á Íslandi um árabíl. Norrænar kannanir sýna að nauðsynlegt verður að fjölga nemum í læknanámi hér á landi á næstunni ef ekki á að verða alvarlegur læknskortur á öðrum áratug næstu aldar. Mikilvægt er því að skipulegar verði staðið að þessum málum í framtíðinni og þau tengd stefnumörkun og áætlanagerð á hverjum tíma.

Innan heilbrigðisþjónustunnar virðist sem starfsmannamálum og þróun starfsmannastefnunnar á vinnustöðum hafi ekki verið nægur gaumur gefinn. Nútímastjórnunarhættir og möguleikar til að hafa áhrif á og taka þátt í skipulagningu starfseminnar hafa ekki verið nýttir sem skyldi, a.m.k. samanborið við ýmsa aðra þætti atvinnulífsins. Aukin áhersla nýrra starfsmannalaga á sjálfstæði og ábyrgð stofnana og forstöðumanna þeirra hlýtur jafnframt að kalla á bætt starfsumhverfi og auknar kröfur um áhrif og ábyrgð starfsmanna á starfsemi heilbrigðisþjónustunnar.

6.5 Samvinna við önnur samfélagssvið

Verkefni heilbrigðisþjónustunnar eru samofin viðfangsefnum fjölmargra annarra samfélagspátta. Mörg samfélagsleg verkefni verða ekki leyst nema með þverfaglegri nálgun og í samvinnu fjölmargra mismunandi aðila. Á sviði heilbrigðismála er samstarf af þessum toga einkum tengt félagsmálum, menntamálum, umhverfismálum og málefnum frjálsra félagasamtaka.

Samstarfið á sviði félagsmála tengist fyrst og fremst málefnum fatlaðra og verkefnum sveitarfélaga. Stefnumótun á sviði fíkniefna-, tóbaks- og áfengisvarna eru iðulega unnin í nánú samráði við félagsmálafyrirvöld. Tryggingamál og rekstur meðferðarstofnana eru einnig verkefni sem góð samvinna þarf að vera um milli heilbrigðisyfirvalda og félagsmálageirans.

Menntamálaýfirvöld fara með yfirstjórn flestra skóla þar sem heilbrigðisgreinar eru kenndar. Mikilvægt er að stefnan í kennslumálum og rannsóknnum þessara stofnana sé í samræmi við sett markmið í heilbrigðismálum. Þá er aukið samstarf á sviði forvarna og heilsuefingar í skólunum meginforsenda

Þess að unnt sé að hafa jákvæð áhrif á heilsufar barna og ungmenna.

Ljóst er að áhrif umhverfisins á heilsufar eru mun meiri en áður var talið og þau munu örugglega aukast á næstu áratugum. Brýnt er að auka þá samvinnu sem þegar er milli heilbrigðisyfirvalda og umhverfismálagæirans. Enn fremur er mikilsvert að gerð verði sameiginleg aðgerðaáætlun í umhverfis- og heilbrigðismálum í samræmi við samþykktir Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar.

Frjáls félagasamtök og hagsmunasamtök hafa lengi gegnt veigamiklu hlutverki í heilbrigðisstarfi. Þýðingarmikið er að nýta samtakamátt þeirra til þess að bæta almenna lífshætti og lífsskilyrði fólks.

6.6 Erlent samstarf

Alþjóðlegt samstarf í heilbrigðismálum á sér langa sögu og verður helst borið saman við samvinnu ríkja á sviði verslunar og efnahagsmála. Í samvinnu við önnur Norðurlönd hefur Ísland verið áhrifamikill aðili við stefnumörkun innan Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, Evrópuráðsins og fleiri samtaka. Fjölpætt samstarf Norðurlandanna innan ramma norrænu ráðherranefndarinnar, Norðurlandaráðs og tvíhliða samstarf á ýmsum sviðum hefur verið grundvöllur fyrir áhrifastöðu Norðurlanda á alþjóðlegum vettvangi.

Á norrænum vettvangi hefur samvinna á sviði tryggingamála, heilbrigðisfræða, lyfjamála, prófunar efna til tannlækninga, rannsókná á áfengis- og vímuefnamálum, heilbrigðistölvfræði og margs konar rannsóknir verið grundvöllur samstarfs um áratuga skeið. Í gegnum það hefur Ísland fengið aðgang að upplýsingum og tækifæri til þess að fylgjast með nýjungum og taka þátt í stefnumörkun á fjölmörgum sviðum. Fjárhagslegur ávinningur þessa hefur verið verulegur þar sem íslenska ríkið hefði að öðrum kosti þurft að leggja meira til verkefna í fyrrgreindum málaflokkum.

Áframhaldandi samstarf við Norðurlöndin, ásamt þátttöku í starfi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, Evrópuráðsins og fleiri samtaka, er afar mikilvægt til að tryggja stöðu Íslands í heilbrigðismálum til framtíðar. Þátttaka í samstarfsverkefnum og rannsóknaráætlunum Evrópusambandsins á sviði heilbrigðismála getur líka skipt sköpum við frekari uppbyggingu og þróun heilbrigðisþjónustunnar á næstu árum.

6.7 Tannheilsa

Dregið hefur stórlega úr tannskemmdum hér á landi á allra seinustu áratugum. Þetta sést til dæmis á því að skemmdar, tapaðar eða viðgerðar tennur (DMF) hjá tólf ára börnum árið 1985 voru að meðaltali 6,6, fækkaði í 3,4 árið 1991 og voru komnar niður í 1,5 árið 1996. Árið 1986 var fjöldi 12 ára barna með engar tannskemmdir 3,6% og árið 1996 hafði þetta hlutfall hækkað í 47,5%. Helstu ástæður þessa stórgóða árangurs eru taldar vera bætt efna-hagsleg staða fólks, góð tannlæknaþjónusta, notkun flúortannkremis, flúormeðferð, bætt munnhriða og hugarfarsbreyting almennings í tannheilsu-málum.

Í ljósi þess að stór hluti skólabarna fer ekki reglulega til tannlæknis og sykurneysla heldur áfram að aukast, ekki síst gosdrykkjaneysla hjá börnum og ungmennum, er hætta á því að tannskemmdir aukist aftur. Mikil neysla gosdrykkja hefur iðulega í för með sér alvarlega tanneyðingu á unga aldri. Það er því brýnt að leggja áherslu á forvarnir og bættar neysluvenjur í skólum og tryggja að skólabörn fari reglulega til tannlæknis.

Kannanir sýna að ástand tanna hjá fullorðnum einstaklingum hefur tekið gífurlegum framförum. Þetta má greinilega sjá í töflu 6.1 sem sýnir hlutfall tannlausra karla og kvenna í könnunum frá árunum 1962 og 1990. Þessi jákvæða þróun virðist hafa haldið áfram og má fullyrða að fólk haldi tönnum sínum að meðaltali mun lengur nú en fyrir tíu árum. Tannlæknaþjónustuna verður því á næstu árum að miða starfsemi sína í ríkara mæli við þarfir eldra fólks.

6.1 Hlutfall tannlausra karla og kvenna í könnunum árin 1962 og 1990

Aldurshópar	1962		1990	
	Karlar	Konur	Karlar	Konur
18–24 ára	1,2	4,8	0,0	0,0
25–34 ára	5,1	20,6	0,0	0,0
35–44 ára	19,1	37,4	6,2	5,4
45–54 ára	35,9	72,0	23,0	30,1
55–64 ára	40,7	84,4	39,7	52,0
65–74 ára	53,4	88,2	55,7	72,1
75–79 ára	54,2	85,0	69,5	83,3
80 ára og eldri		81,4	94,3	
18–79 ára	24,6	49,4	22,4	28,2
18 ára og eldri			24,3	31,9
Karlar og konur:				
18–79 ára		37,5		25,3
18 ára og eldri		28,1		

Heimild: Breytingar á tannheilsu Íslendinga, Reykjavík 1993, bls. 293

Árið 1981 setti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin sér 6 markmið varðandi tannheilsu fólks og hvatti aðildarríki sín til þess að ná þeim fyrir árið 2000. Markmiðin voru:

- Nr. 1: 50% 5–6 ára barna hafi engar tannskemmdir.
- Nr. 2: Hjá 12 ára börnum skulu að meðaltali ekki fleiri en þrjár fullorðinstennur vera annað hvort skemmdar, viðgerðar eða hafa verið fjarlægðar vegna tannskemmda.
- Nr. 3: 85% unglunga skulu þegar þeir eru 18 ára hafa allar fullorðinstennur.
- Nr. 4: Tíðni tannleysis hjá aldurshópnum 35–44 ára skal hafa minnkað um 50% frá því sem hún var árið 1980. Enn fremur skulu a.m.k. 75% hafa minnst 20 tennur í biti.
- Nr. 5: Tíðni tannleysis hjá þeim sem eru 65 ára og eldri skal hafa minnkað um 25% frá því sem hún var árið 1980. Yfir 50% tennta einstaklinga skulu hafa minnst 20 tennur í biti.
- Nr. 6: Komið verði upp kerfi sem gerir kleift að fylgjast með tannheilsu þjóðarinnar.

Ísland hefur þegar náð markmiðum 2, 3 og 4 og árangurinn á mörgum sviðum gefur tilefni til þess að við setjum markið enn hærra.

Mikilvægustu verkefni næstu ára verða að efla alhliða tannvernd, lækka hlutfall tannskemmda, vinna að því að fullorðnir hafi a.m.k. 20 tennur í biti, draga úr tannleysi aldraðra og tryggja aðgengi allra þjóðfélags hópa að tannlækningum. Enn fremur verður að koma upp betra skipulagi til þess að fylgjast með tannheilsu þjóðarinnar. Hér að framan í forgangsverkefnum nr. 2 um börn og ungmenni og nr. 3 um eldri borgara, eru skilgreind langtímamarkmið varðandi þessa þjóðfélags hópa.

6.8 Lyfjamál

Það er samdóma álit þeirra sem til lyfjamála þekja að vænta megi mikilla breytinga í þróun lyfja á næstu árum og áratugum. Hagnýting nýrrar tækni eins og líftækni og auknar kröfur um öryggi leiða til vaxandi þróunarkostnaðar. Hátæknilyfin verða sífellt dýrari en á móti kemur að mörg þeirra eru um leið ákveðin forvörn og geta stuðlað að lækun meðferðarkostnaðar vegna sjúkdóma. Enn fremur hafa nýlega bæst við lyfjakostnað ýmis kostnaðarsöm

„lífsstílslyf“ (megrunarlyf, stinningarlyf) og mjög dýr lyf við gigt og MS-sjúkdómnum. Margt bendir til að þetta sé aðeins byrjunin á markaðssetningu slíkra lyfja.

Af fjárhagslegum og heilbrigðispolítískum ástæðum hefur því þótt æskilegt að reyna að gera sér grein fyrir hvernig lyfjaneyslan komi til með að þróast næstu árin, sérstaklega með tilliti til þess hvaða áhrif hún hafi fyrir útgjöld hins opinbera. Hafa menn þá einkum velt fyrir sér þeim áhrifum sem breytt aldursamsetning komi til með að hafa á þróunina, þar sem vitað er að eldra fólk neytir meiri lyfja en yngra fólk.

Samkvæmt danskri könnun, þar sem reynt var að spá í þróun lyfjakostnaðar næstu árin, komust sérfræðingar að þeirri niðurstöðu að reikna megi með því að útgjöld vegna lyfja sem afgreidd eru með lyfseðli muni vaxa um u.þ.b. 10% á ári á næstu árum. Aðeins lítill hluti þeirrar aukningar er skýrður með breyttri aldursamsetningu þjóðarinnar. Í stað þess eru það ný og dýrari lyf sem leysa þau eldri af hólmi.

Lyfjakostnaður hér á landi hefur farið vaxandi undanfarin ár. Þó hefur með margvíslegum aðgerðum tekist að halda útgjöldum hins opinbera í skefjum, a.m.k. miðað við það sem búist var við að öllu óbreyttu árið 1990. Tafla 6.1 sýnir útgjaldaþróunina frá 1991.

Tafla 6.1 Apóteksverð á lyfjum 1991–1998 á verðlagi hvers árs í milljörðum króna

Ár	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Apóteksverð (spá 1990)</i>								
	5.060	5.718	6.461	7.301	8.250	9.323	9.900	11.200
<i>Apóteksverð í raun</i>								
	4.553	5.016	5.182	5.809	6.214	6.720	5.843*	6.593*
<i>Útgjöld TR (spá)</i>								
	2.900	3.300	3.700	4.200	4.700	5.200	5.800	6.500
<i>Raunútgjöld TR</i>								
	2.386	2.753	2.560	2.906	3.211	3.538	3.663	4.044
<i>Hlutur sjúklinga</i>								
	2.167	2.263	2.622	2.903	3.003	3.182	2.180	2.549

*) Áætluð tala vegna afsláttar til sjúklinga u.þ.b. 20% (óviss tala)

Heimild: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið

Ekki er annars að vænta en að lyfjakostnaður hér á landi haldi, líkt og í nágrannalöndunum, áfram að vaxa á næstu árum. Hve stór hlutur hins opinbera af heildarkostnaðinum verður ræðst nokkuð af því hvaða aðgerðum heilbrigðisyfirvöld beita til þess að hafa bönd á þróuninni. Aðgerðir sem miða að lækun álagningar, breytingar á greiðslureglum, viðmið-

unarverðskrá og afnám greiðslna vegna undanþágu-lyfja ættu hins vegar að geta spornað eitthvað gegn vexti útgjalda. Þá er áformað að greiðsluþátttöku almannatrygginga verði breytt þannig að lyf til einstaklinga sem þurfa mikið af þeim verði niðurgreidd meira en lyf til þeirra sem nota þau sjaldan.

Lyfjafræðingar telja að þeir geti í krafti þekkingar sinnar haft umtalsverð áhrif á mörg af markmiðum heilbrigðisáætlunarinnar. Þannig geti þeir með markvissri fræðslu stuðlað að bættu heilsufari og lægri útgjöldum til heilbrigðismála. Má þar nefna fræðslu um verkun lyfja og umgengni við þau, þátttöku í forvörnum í skólum, gerð leiðbeininga um getnaðarvarnir, fræðslu um skaðsemi vímuefna og annarra fíkniefna, auk þess að fylgjast með að lyf séu tekin eins og til er ætlast.

6.9 Endurhæfing

Endurhæfing byggist á heildrænni sýn á heilbrigði sem endurspeglast m.a. í aðlögun einstaklingsins að umhverfi sínu. Í skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á endurhæfingu segir m.a.: „Endurhæfing miðar að því að skjólstæðingur nái aftur eins góðri líkamlegri, andlegri og félagslegri færni og unnt er. Hún felur í sér öll þau úrræði sem miða að því að draga úr áhrifum fötlunar og þeim hindrunum sem fötlunin veldur. Hún felur jafnframt í sér þau úrræði sem gera fötluðu fólki kleift að vera virkir þjóðfélagsþegnar.“

Endurhæfing byggist á þverfaglegri teymisvinnu margra heilbrigðisstétta, með virkri þátttöku skjól-

stæðings og nánustu aðstandenda hans eftir atvikum. Vettvangur endurhæfingar er ekki eingöngu innan heilbrigðiskerfisins heldur koma skólar, atvinnulífið, félagsleg þjónusta, íþróttahreyfingin og fleiri þar að.

Meginmarkmið með endurhæfingarþjónustu í landinu er að mæta þörfum skjólstæðinga og samfélagsins með viðeigandi þjónustuúrræðum og tryggja að á hverjum tíma séu skjólstæðingar á því þjónustustigi sem hæfir þeim best, þannig að bæði gæði og hagkvæmni séu höfð að leiðarljósi. Því er mikilvægt að verkaskipting stofnana og kerfa/ráðuneyta sé skýr.

Á síðustu árum hefur orðið mikil breyting á uppbyggingu endurhæfingarþjónustu á Vesturlöndum. Þróunin hefur verið sú að þjónustan fer í auknum mæli fram á göngu- og dagdeildum. Á Íslandi er þessi þróun hafin en stuðla þarf að því að hún haldi áfram. Göngu- og dagdeildarþjónusta er bæði sveigjanlegri og ódýrari en legudeildarþjónusta. Jafnframt er oft æskilegt að vinna að endurhæfingu í því umhverfi sem fólk lifir og hrærist í fremur en í stofnaumhverfi. Uppbygging heimþjónustu og stuðningur við fólk úti í samfélaginu gegnir þar veigamiklu hlutverki. Rannsóknir og gæðaþróunarvinna eru mikilvægar til að stuðla að framþróun í endurhæfingarþjónustunni.

Ákveðið hefur verið að skipa þverfaglegt endurhæfingarráð á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins með þátttöku fulltrúa skjólstæðinga sem yrði stjórnvöldum til ráðgjafar í málefnum endurhæfingar.

7. Framkvæmd, mat og eftirlit

Heilbrigðisáætlunin gildir til ársins 2010 og yfirmun sjón með framkvæmd hennar verður á hendi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í samvinnu við landlæknisembættið. Skrifstofa áætlunar- og þróunarmála í ráðuneytinu mun annast stjórnslulega framkvæmd áætlunarinnar og endurskoðun markmiða. Landlæknisembættið, sem miðstöð heilbrigðistölfræði og gagnasöfnunar í heilbrigðiskerfinu, mun hins vegar sjá um söfnun og úrvinnslu tölulegra upplýsinga og faglegt eftirlit með framkvæmd áætlunarinnar.

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

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

Með tilkomu áætlunarinnar er ekki ætlunin að draga úr vinnu við stefnumörkun og áætlanagerð á fjölmörgum sviðum heilbrigðismála. Áfram verða

unnin umfangsmikil verkefni sem varða stöðu og framtíð stofnana, sérgreina og einstaklinga. Helsta breytingin verður að sú vinna tengist heilbrigðisáætluninni og framkvæmdin verður skipulegri en áður. Ekki er heldur ólíklegt að ýmis verkefni geti leitt til endurskoðunar á einstökum markmiðum og áætluninni verði breytt samkvæmt því.

Ísland hefur skuldbundið sig til þess að framfylgja samningum við Evrópusambandið og samningum Norðurlandanna og fleiri aðila er taka þátt í samvinnu á sviði heilbrigðismála. Áfram verður unnið að þessum verkefnum og leitast við að tengja þau framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar.

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

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

- Alma-Ata yfirlýsingin.* Læknablaðið. Nr. 69, bls. 272–273. 1983.
- Áhættuslys. Landsfundur um slysavarnir* 1996. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1998, Nr. 2. Landlæknisembættið, Reykjavík 1998.
- Árangursstjórnun í ríkisrekstri.* Fjármálaráðuneytið, Reykjavík 1996.
- Árin eftir sextugt.* Forlagið, Reykjavík 1996.
- Ársskýrslur Tóbaksvarnanevndar.*
- Ársskýrslur NOMEJKO.*
- Asvall, J.E.: *WHO and primary health care in Europe.* European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96, 157–158. Kensington Publications Ltd., London 1995.
- Behov och resurser i vården.* SOU 1996, bls. 163.
- Búskapur Hins Opinbera 1994–1995.* Þjóðhagsstofnun, Reykjavík, apríl 1996.
- Björn Zoëga, Brynjólfur Mogensen: *Við hvaða aðstæður á ofbeldi sér stað.* (Handrit).
- Brynjólfur Mogensen: *Slys og forvarnir.* Sjúkrahús Reykjavíkur og Læknadeild Háskóla Íslands. (Handrit).
- Calltorp, Johan: *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor.* Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik. Uppsala Universitet, Uppsala 1989.
- Danskernes Sundhed Mod År 2000.* DIKE, København 1997.
- European health care reform.* World Health Organization, Regional Office for Europe, København 1997.
- Fiftieth World Health Assembly. Geneva, 4–14 May 1997. Reports. Geneva 1997.
- Forgangsröðun í heilbrigðismálum.* Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Rit 2 – 1998.
- Framtidens Äldreomsorg.* Rapport från Nordiska rådet och Nordiska ministerrådet seminarium i Bergen den 2–3 september 1993. Nord 1993:37.
- Fyrirlestur Sigríðar Haraldsdóttur um Evrópuáætlun WHO varðandi heilbrigði fyrir alla og stöðumat á framkvæmd áætlunarinnar.* Reykjavík 5. nóvember 1996.
- Fyrirlestur Hauks Valdimarsson um forvarnir og heilsueflingu.* Reykjavík 18. febrúar 1997.
- Fyrirlestur Kristjáns Erlendssonar um skipulagsmál heilbrigðisþjónustunnar.* Reykjavík 4. febrúar 1997.
- Fyrirlestur Valgerðar Baldursdóttur um aðstæður barna og unglinga.* Reykjavík 19. nóvember 1996.
- Fyrirlestur Vilhjálms Rafnssonar um heilsufar og heilsufarsvandamál starfsstétta og þjóðfélagsþópa.* Reykjavík 3. desember 1996.
- Guðjón Axelsson & Sigrún Helgadóttir: *Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985–2000. Annar áfangi, Tannheilsa Íslendinga árið 1990.* Háskóli Íslands – Háskólaútgáfan, Reykjavík 1993.
- Guðjón Axelsson, Helgi Þórrsson & Sigurður Rúnar Sæmundsson. *Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985–2000. Þriðji áfangi, Tannheilsa Íslendinga árið 1995.* (Nokkur hefti eftir aldurshópum). Háskóli Íslands, Háskólaútgáfan, Reykjavík 1993.
- Gæðaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis.* Reykjavík 1999.
- Haraldur Briem: *Nýir smitsjúkdómar. Hvers vegna eru þeir alltaf að koma upp? Heilbrigðismál, Nr. 2/1995,* bls. 10–15.
- Health for All in the 21st Century.* World Health Organization, Geneva 1998.
- The Health of the Nation.* A strategy for health in England. HMSO, London 1992.
- Health for all targets, The health policy for Europe.* (Updated edition). World Health Organisation, Copenhagen 1991.
- HEALTH 21 – The Health for All Policy for the WHO European Region.* EUR/RC48/10.
- HEALTH 21 – health for all in the 21st century.* European Health for All Series No.5. World Health Organization, Copenhagen 1999.
- HEALTH 21 – health for all in the 21st century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region.* European Health for All Series No. 5. World Health Organization, Copenhagen 1998.
- Healthy People 2000.* National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Department of Health & Human Services, USA 1990.
- Heilbrigðismál.* Tölflur frá Þjóðhagsstofnun.
- Heilbrigðisskýrslur.* Landlæknisembættið.
- Heilbrigðisþing* 1995. Heilbrigðisskýrslur, fylgirit 1996, Nr. 3. Landlæknisembættið.
- Hólmiður K. Gunnarsdóttir: *Mortality and Cancer Morbidity among Occupational and Social Groups in Iceland.* Háskóli Íslands, Reykjavík 1997.
- Heilsufar kvenna.* Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1998.

- Hrafn V. Friðriksson: *Heilbrigð þjóð – Forvarnir og heilsustefna til aldamóta árið 2000*. Greining einstakra viðfangsefna og setning markmiða. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, janúar 1992.
- Hrafn V. Friðriksson: *Heilbrigð þjóð – Forvarnir og heilsustefna til aldamóta árið 2000*. Landsáætlun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Reykjavík, janúar 1992.
- Hur skall Sverige må bättre*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. SOU 1998:3.
- Human Development Report 2000*. UNDP. Oxford University Press, New York 2000.
- Hälsa för alla år 2000*. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors 1989.
- Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Statens offentliga utredningar 2000:91*. Socialdepartementet, Stockholm 2000.
- Hälsa för alla år 2000*. Reviderat samarbetsprogram. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors 1993.
- Ingimar Einarsson: *Mótun framtíðarstefnu á sviði forvarna og heilsueflingar*. Reykjavík, september 1995.
- Íslensk heilbrigðisáætlun*. Þingsályktun 1991.
- Íslensk heilbrigðisáætlun*. Skýrsla Ragnhildar Helgadóttur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra. Lögð fram á Alþingi á 109. löggjafarþingi 1986–1987. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, rit 1/1987.
- Kynslóðareikningar*. Skýrsla fjármálaráðherra. Fjármálaráðuneytið, október 1997.
- Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvígna á Íslandi og tillögur til úrbóta*. Reykjavík, október 1996.
- Landshagir*. Hagstofa Íslands, Reykjavík.
- Landspítalinn*. Framtíðarsýn, stefna og markmið. Reykjavík, Mars 1997.
- Lög um heilbrigðisþjónustu*, nr. 97/1990.
- Lög um mat á umhverfisáhrifum*, nr. 63/1993.
- Mannabörn eru merkileg, staðreyndir um börn og unglinga*. Umboðsmaður barna, Reykjavík 1998.
- Mannaflaspá Byggðastofnunar*. Tölur frá í febrúar 2000.
- Monica rannsóknin á Íslandi 1981–1992*. Heilbrigðis-skýrslur, Fylgirit 1997, nr. 2.
- New Directions in Health Care Policy*. OECD Health Policy Studies No. 7. Paris 1995.
- Our Healthier Nation. A Contract for Health*. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, February 1998.
- Pálmi Jónsson o.fl.: *Mat aldraðra íbúa á elli- og hjúkrunarheimilum; RAI- mælitækið – saga þess og sýnishorn af íslenskum niðurstöðum*. Reykjavík 1997.
- Reformer och strukturförändringar*. Landstingsförbundet, Stockholm 1997.
- Samstarfsvettvangur um heilbrigðistækni milli fyrirtækja og stofnana um þróun og markaðssetningu*. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið o.fl., Reykjavík, September 1998.
- Skipulagsathugun sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni*. VSÓ/Ernst&Young. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1997.
- Skýrsla Ingibjargar Pálmaóttur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um 50. alþjóðaheilbrigðisþingið í Genf 4.–14. maí 1997 og fund Svæðisnefndar WHO í Evrópu 15.–19. september 1997*. Reykjavík 1998.
- Skýrsla starfshóps heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og Reykjavíkurborgar um tiltæk úrræði í hjúkrunarþjónustu við aldraða Reykvíkinga*. Reykjavík, 8. maí 1998.
- Skýrslur Hjartaverndar*.
- Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum*. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 1997.
- Stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum* (3. desember 1996). Fylgigögn. Kannanir dr. Sigrúnar Aðalbarnardóttur.
- Stefnumótun í málefnum geðsjúkra*. Skýrsla starfshóps. Reykjavík, 10. október 1999.
- Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 1985.
- Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðisáætlun*. Lögð fyrir Alþingi á 111. löggjafarþingi 1988–89.
- Ungbarnavernd*. Landlæknisembættið, 1996.
- Utfordringar í helsefremmende og forebyggende arbeid*. St. meld. nr. 37 (1992–93). Sosialdepartementet, Oslo 1992.
- Utfordringar i sygehussvæsenet*. Betækning fra Sygehusskommissionen. Sundhedsministeriet, København 1997.
- Úttekt á heilbrigðistækni á Íslandi*. Skýrsla verkefnisstjórnar. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið o.fl., Reykjavík, September 1998.
- Vistunarrýmishörf heilbrigðisstofnana*. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1973.
- The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva 2000.

D: Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1

Kostnaðar- og ábatagreining heilbrigðisáætlunar. Skýrsla Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands, Reykjavík, maí 2000.

1. Kostnaðargreining, markmið

Í þessum kafla er ætlunin að líta á hagrænan þátt þeirra markmiða sem sett eru fram í skýrslunni. Sjúkdómar valda samfélaginu kostnaði, bæði beinum og óbeinum. Því má vera ljóst að með því að draga úr sjúkdómum er um leið verið að lækka samfélagslegan kostnað. Innan hagfræðinnar hefur verið þróuð aðferð sem kallast kostnaðar- /ábatagreining, öðru nafni arðsemismat, og hefur hún verið notuð sem hjálpartæki við ákvarðanatöku hins opinbera. Aðferðin gengur út á að meta ábata og kostnað samfélagsins af því vali sem samfélagið stendur frammi fyrir. Með nokkurri einföldun má segja að í kostnaðar- /ábatagreiningu sé tekist á við tvö meginviðfangsefni:

- (i) Mat á afleiðingum valkosta
- (ii) Mat á áhrifum þessara afleiðinga á samfélagslega velferð

Til að fyrirbyggja misskilning er rétt að taka það skýrt fram að því fer fjárfari að kaflinn feli í sér fullkomna eða tæmandi kostnaðar- /ábatagreiningu þeirra markmiða sem sett eru fram í skýrslunni. Fullkomin kostnaðar- /ábatagreining á slíku viðfangsefni er afar viðamikil verkefni og langt utan ramma þessarar athugunar. Hitt er mikilvægt að fram komi að í kaflanum er öðru fremur beitt aðferðum sem þróaðar hafa verið innan kostnaðar-/ábatagreiningar.

Greiningin takmarkast við svokallað hlutajafnvægi (e. partial equilibrium). Í því felst að einungis eru skoðuð bein áhrif þess ef markmið skýrslunnar nást fram en ekki eru skoðuð óbein og afleiðd áhrif þeirra. Þessi takmörkun er í samræmi við langa hefð í kostnaðar-/ábatagreiningu sem réttlætt er með því að viðkomandi breyting sé jafnan svo smá í samanburði við efnahagslífið í heild að ónaúðsynlegt sé að framkvæma heildargreiningu.

Í skýrslunni er leitast við að leggja hagrænt mat á hve kostnaður samfélagsins minnki ef markmið varðandi eftirfarandi þætti nást fram:

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

- Krabbameinsvarnir
- Slysvarnir

Hér á eftir fer umfjöllun um sérhvern þátt þessara markmiða frá hagrænu sjónarhorni. Leitast er við að gera öllum þessum þáttum skil. Sem fyrr segir takmarkar sá rammi sem verkefninu er settur verulega umfang athugunarinnar og nákvæmni mælinga. Því hefur reynst nauðsynlegt að einskorða athyglina við fá tiltölulega einföld en, að því er virðist, mikilvæg atriði. Þess ber ennfremur að geta að mörg þeirra markmiða sem sett eru fram í heilbrigðisáætlun beinast að afmörkuðum þætti ákveðins viðfangsefnis sem erfitt er að reikna út í tölulegu formi jafnvel þó unnt sé að reikna heildarkostnað þess. Í mörgum tilfellum er þá látið nægja að skoða heildarkostnað viðfangsefnis og látið vera að reyna að túlka markmiðin yfir á tölulegt form. Í öðrum tilfellum eru markmiðin þess eðlis að erfitt er að meta kostnað við þau. Það gildir til dæmis um markmið sem fela í sér jöfnun meðal einstaklinga eða aukna velferð. Í slíkum tilfellum er ekki gerð tilraun til að leggja fjárhagslegan mælikvarða á markmiðin. Í töflu 1.1 er að finna helstu niðurstöður kostnaðargreiningarinnar.

Tafla 1.1 Helstu niðurstöður kostnaðar- greiningar yfir árlegan kostnað og ávinning

	Þjóðfélagslegur kostnaður	Markmið heilbrigðisáætlunar
Áfengisnotkun	Millj. kr. 5.700–7.700	Millj. kr. 500–800
Tóbaksnotkun	4.400–8.600	1.936–3.784
Slys barna	4.500–18.500	1.125–4.625
Geðraskanir	20.000	
Krabbamein	9.000	
Hjarta- og æðasjúkdómar	11.800	
Umferðarslys	16.000–23.000	4.000–5.750
Samtals	71.400–98.600	7.561–14.959

Heimild: Útreikningar Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands

Helsti vandinn við rannsóknir af þessu tagi er skortur á nauðsynlegum gögnum og óáreiðanleiki þeirra sem fánleg eru. Þetta verkefni er engin undantekning að þessu leyti. Rétt er að geta þess að Hagstofa Íslands, Hjartavernd og skrifstofur Ríkisspítala veittu mjög drjúga aðstoð við gagnaöflun. Mikill hluti þeirra gagna sem skýrslan byggist á eru frá þessum aðilum og kann Hagfræðistofnun þeim bestu þakkir fyrir.

Við ritun kaflans er leitast við að gera skilmerkilega grein fyrir forsendum, gögnum og útreikning-

um með það fyrir augum að auðvelda gagnrýni og skynsamlega umræðu um efnið.

1.1 Áfengisvarnir

Áfengisneysla snertir marga þætti þjóðfélagsins. Þegar reynt er að meta kostnað, sem neysla áfengis hefur í för með sér reynist oft erfitt að gera grein fyrir orsakasamhengi áfengisneyslu og annarra þátta án umfangsmikilla rannsóknna. Jafnvel þar sem talið er víst að áfengi sé veigamikil ástæða er sjaldnast vitað í hve ríkum mæli það er. Hagfræðistofnun vann að úttekt á kostnaði áfengisneyslu á Íslandi árin 1985–1989. Árið 1989 var einmitt fyrsta heila árið sem bjórdrykkja var leyfileg í landinu. Margir kostnaðarliðir koma við sögu við matið. Meðal annars má nefna að byrði þjóðfélagsins eykst vegna heilbrigðisvandamála, ótímabærra dauðsfalla, örorku, afbrota, slysa, óreiðu fjölskyldna, sársauka og þjáningar einstaklinga og margvíslegra annarra vandamála sem koma upp á yfirborðið. Sumir kostnaðarliðir tengdir áfengisneyslu verða líklega aldrei metnir til fjár, svo sem sársauki, þjáning eða það sem tengist tilfinningum og öðrum huglægum þáttum. Í skýrslu Hagfræðistofnunar var einungis leitast við að meta efnislegan kostnað sem áfengisneyslan hafði í för með sér fyrir þjóðina. Kostnaðurinn sem hún veldur er í megindráttum tvenns konar. Annars vegar er um að ræða beinan kostnað, þ.e. öll þau fjárútlát sem áfengisneysla leiðir af sér og peningunum verður þá ekki varið í annað, t.d. kostnaður við meðferðarstofnanir. Hins vegar er óbeinn kostnaður, þ.e. framleiðslutapið sem áfengisneyslan veldur, sú framleiðsla sem þjóðin verður af t.d. vegna þess að einstaklingar mæta ekki til vinnu vegna heilsuleysis. Hér á eftir fara niðurstöður þessa útreiknings fyrir árið 1989, fært til núgildandi verðlags.

Tafla 1.2 Kostnaður samfélagsins vegna áfengisneyslu 1989

Beinn kostnaður	Þús. kr.
Kostnaður vegna læknishjálpar	1.228.177
Félagslegur kostnaður	881.944
Kostnaður vegna tjóns	131.656
Beinn kostnaður alls	2.241.777
Óbeinn kostnaður	
Framleiðslutap v/dauðsfalla	1.001.861
Framleiðslutap v/meðferðar	265.927
Framleiðslutap v/ótímabærrar örorku	204.135
Annað framleiðslutap	2.006.517
Óbeinn kostnaður alls	3.478.441
Heildarkostnaður	5.720.218

Heimild: Hagfræðistofnun

Þessar niðurstöður eiga að mörgu leyti ekki við núverandi ástand þar sem samsetning neyslunnar er gjörbreytt síðan þá. Þess má geta að áfengisneysla árið 1989 á sérhvern einstakling 15 ára og eldri var 5,52 lítrar en árið 1998 var hún orðin 5,56 lítrar. Þegar bjórinn var leyfður dróst heildarneysla alkóhóls saman allt til ársins 1993 en jókst þá á nýjan leik.

Tafla 1.3 Áfengisneysla í lítrum á Íslandi 15 ára og eldri

	Alkóhól- lítrar bjór	Alkóhól- lítrar létt vín	Alkóhóllítrar sterk vín	Samtals
1986	–	1,15	3,36	4,51
1987	–	1,14	3,53	4,67
1988	–	1,05	3,49	4,53
1989	1,90	0,76	2,85	5,52
1990	1,73	0,76	2,75	5,24
1991	1,58	0,80	2,76	5,14
1992	1,45	0,79	2,49	4,73
1993	1,49	0,76	2,20	4,45
1994	1,81	0,78	2,02	4,61
1995	2,02	0,81	1,93	4,76
1996	2,20	0,91	1,79	4,89
1997	2,41	0,97	1,72	5,09
1998	2,64	1,18	1,74	5,56

Heimild: Hagstofa Íslands

Í Bandaríkjunum hafa verið gerðar úttektir á kostnaði samfélagsins vegna áfengisneyslu. Þar í landi er talið að kostnaðurinn nemi 148 milljörðum Bandaríkjadollara árlega. Með því að taka tillit til mannfjölda á Íslandi og í Bandaríkjunum auk áfengisdrykkju í löndunum má reikna út að samsvarandi tala fyrir Ísland sé í kringum 7,7 milljarðar kr. árlega. Samkvæmt markmiðum um áfengisdrykkju sem sett eru fram í heilbrigðisáætluninni þýddi þetta lækkan kostnaðar á bilinu 500–800 millj. kr. árlega.

1.2 Vímuvarnir

Hingað til hefur ekki verið gerð úttekt á kostnaði af vímuefnaneyslu á Íslandi og ekki eru tiltækar tölur um umfang vímuefnavandans. Þannig hafa engar tilraunir verið gerðar til að meta umfang neyslunnar eða þróun hennar í heild. Að vísu hafa á síðustu árum og áratugum verið framkvæmdar fjölmargar rannsóknir á hvert sé umfang vímuefna- og tóbaksneyslu meðal íslenskra ungmenna. Þessar rannsóknir hafa sýnt að nokkur hluti ungmenna kynnist ólöglegum vímuefnum á borð við hass og amfetamín. Niðurstöður kannana (www.islandaneiturlyfja.is/tenglar/forvefur.html) gefa til kynna að hass, sveppir og sniffefni séu fyrir utan áfengi al-

gengustu vímuefnin meðal íslenskra ungmenna. Þær leiða jafnframt í ljós að mikill hluti þeirra sem hafa neytt ólöglegra vímuefna hefur aðeins neytt þeirra einu sinni. Í tíunda bekk segjast til dæmis 13% nemenda hafa prófað hass einu sinni en talsvert færri, liðlega 7%, hafa neytt þeirra þrisvar sinnum eða oftar. Loks sýna rannsóknir að mjög fáir nemandur hafa neytt efna á borð við kókaín, LSD og e-töflur. Þannig virðist aðeins lítill hluti íslenskra skólanema prófa ólögleg vímuefni. Þó er ekkert sem gefur til kynna hversu margir reglulegir notendur efnanna eru meðal ungmenna eða almennings yfirleitt. Í Bandaríkjunum hefur verið metið að kostnaður samfélagsins vegna vímuefnaneyslu sé 98 milljarðar dollara. Talið er að 1,5% fullorðinna noti eiturlyf að staðaldri. Útgjaldaliðum þessum má skipta í eftirfarandi flokka:

- Meðferðarstofnanir
- Heilbrigðisútgjöld
- Ótímabær dauðsföll
- Skert framleiðni
- Einstaklingar á stofnunum ríkisins, t.d. í fangels-um
- Glæpastarfsemi
- Fórnlömb glæpa
- Félagsmálaþjónusta
- Bílslys
- Eldsvoðar

Til að unnt sé að meta þjóðhagslegan kostnað fyrir Ísland þyrfti til að byrja með að gera umfangsmikla könnun á eiturlyfjanotkun meðal almennings. Neyslan er að öllum líkindum mun minni hér en í Bandaríkjunum og kostnaður lægri en samt má af þessu ráða að hann er umtalsverður.

1.3 Tóbaksnotkun

Það er sama hvernig á tóbaksnotkun er litið, notkunin tekur háan toll af einstaklingum og samfélaginu í heild. Áhrif hennar virka sem eiturlyf á nær alla hluta líkamans. Tóbaksnotkun hefur þannig verið tengd hjartasjúkdómum, ýmsum krabbameinssjúkdómum, öndunarferasjúkdómum, krónísku bronkítis, heila-blóðföllum, lungnaþembu, fósturlátum og magasár-um, svo að eitthvað sé nefnt. Fjölmargar úttektir hafa verið gerðar á þjóðfélagslegum kostnaði reykinga

viða um lönd. Hagfræðistofnun gerði slíka úttekt árið 1990. Helstu þættir sem þar eru greindir og varða útreikning á þjóðfélagslegum kostnaði vegna reykinga eru:

- Beinn heilbrigðiskostnaður vegna reykingasjúkdóma, þ.e. kostnaður heilsugæsluþjónustu, lyfjakostnaður, sérfræðikostnaður og almennur sjúkrahúskostnaður sem greiddur er úr almennasjóðum.
- Tapaðar vinnutekjur reykingamanna af völdum reykingasjúkdóma.
- Bætur og sjúkrageiðslur til sjúklinga sem veikst hafa af völdum tóbaksneyslu.
- Kostnaður vegna ótímabærra dauðsfalla reykingamanna.
- Þjáningar og skaði sem reykingamaður veldur sjálfum sér með neyslu tóbaks.
- Þjáningar og skaði sem reykingamaður veldur öðrum, t.d. aðstandendum og vinum, vegna veikinda sinna eða með ótímabærum dauða sínum.
- Önnur ytri áhrif.

Hér á eftir fara niðurstöður þeirra útreikninga á núgildandi verðlagi. Enn fremur er tekið tillit til þess að árið 1990 var reykingartíðni hærri en nýjustu tölur gefa til kynna sbr. töflu 1.5.

Tafla 1.4 Þjóðfélagslegur kostnaður vegna reykinga

	Þús. kr.
<i>Beinn kostnaður</i>	
Almennur sjúkrakostnaður	546.746
Lyfjakostnaður	82.594
Sérfræðikostnaður	58.164
Kostnaður v/heilsug.st. og heimilislækna	44.205
Framtíðarsparnaður í heilbrigðisþjónustu	-279.189
Tóbaksvarnir	9.306
Beinn kostnaður alls	461.826
<i>Óbeinn kostnaður</i>	
Framleiðslutap v/ dauðsfalla	1.668.157
Framleiðslutap v/ótímabærrar örorku	281.516
Annað framleiðslutap	639.809
Eldsvoðar	141.921
Framleiðslutap fyrirtækja v/beinna reykinga	937.611
Framleiðslutap vegna óbeinna reykinga	314.088
Óbeinn kostnaður alls	3.983.103
Heildarkostnaður	4.444.929

Heimild: Hagfræðistofnun

Í töflu 1.5 er sýnd þróun reykinga að undanförmu.

Tafla 1.5 Hlutfall þeirra sem reykja daglega á aldrinum 18–69 ára

	Karlar	Konur	Allir
1987	37,6	32,9	35,2
1988	35,3	34,2	34,7
1989	33,5	34,9	34,2
1990	33,4	31,7	32,5
1991	34,2	31,9	33,0
1992	30,5	32,3	31,4
1993	28,0	29,8	28,9
1994	31,2	27,7	29,4
1995	28,6	29,1	28,8
1996	30,3	30,6	30,4
1997	30,2	28,0	29,1
1998	27,2	28,1	27,7
1999	26,6	26,5	26,6

Heimild: Pricewaterhouse Coopers

Eins og tölurnar gefa skýrt til kynna hefur náðst verulegur árangur hingað til við að minnka tóbaksreykingar. Markmið sem sett eru fram í heilbrigðisáætlun gera ráð fyrir rúmlega tíu prósentustiga lækkun frá því sem seinast hefur verið mælt sem fæli í sér 44% lækkun þjóðfélagslegs kostnaðar af reykingum.

Í Bandaríkjunum hafa svipaðar kannanir verið gerðar og hefur þjóðfélagslegur kostnaður þar verið metinn á bilinu 100–128 milljarðar dollara en þar reykja 25,5% karla og 20,7% kvenna. Samkvæmt því og með hliðsjón af mannfjölda í löndunum tveimur eru sambærilegar tölur fyrir Ísland um 8,6 milljarðar króna sem gefur til kynna að niðurstöður Hagfræðistofnunar feli að einhverju leyti í sér vanmat. Þess má geta að kannanirnar í Bandaríkjunum eru mjög víðtækar og taka til fleiri þátta en könnun Hagfræðistofnunar gerði.

1.4 Börn og ungmenni

1.4.1 Slys og slysadauði barna¹

Slysum fylgir mikill samfélagslegur kostnaður. Þessi kostnaður birtist upphaflega í munatjóni og líkams- og sálarskaða viðkomandi slyspóla. Hann hefur síðan keðjuverkandi afleiðingar á gang efnahagslífsins í heild.

Til skamms tíma var ekki lítið á slys sem umtalsvert efnahagsvandamál á Vesturlöndum. Að þessu leyti höfðu slys almennt svipaðan sess í hinni hagrænu samfélagsmynd stjórnvalda og mengun og ýmsir aðrir fylgifyrirlitir iðnaðarsamfélagsins. Síðustu tvo til þrjú áratugi hafa rannsóknir á margs konar tegundum samfélagslegs kostnaðar slysa verið eflidar allverulega.

Frá árinu 1970 hafa orðið verulegar framfarir í slysafræðni. Ný og endurbætt aðferðarfræði með

traustar stoðir í viðtekinni hagfræði hefur verið þróuð og margar tiltölulega vandaðar rannsóknir á slysakostnaði þar sem þessum nýju aðferðum hefur verið beitt liggja nú fyrir. Flestar hafa verið gerðar í Bretlandi og Bandaríkjunum. Niðurstöður þeirra eru yfirleitt á þann veg að samfélagslegt tjón af slysum sé mikið og mun meira en áður var talið.

Markmið heilbrigðisáætlunar fela í sér að dregið verði úr slysum og slysadauða barna um 25%. Á tímabilinu 1991–1995 dóu 35 eða 60 af hverjum 100.000 drengjum á aldrinum 1–14 ára af slysförum og samsvarandi tala fyrir stúlkur á þessum aldri var 30 eða 56,7 af hverjum 100.000 stúlkum á sama aldri. Slys á börnum á Íslandi eru talin vera tíðari en í nágrannalöndum okkar. Óhjákvæmilega fylgir kostnaður slíkum slysum jafnt sem öðrum slysum.² Á árunum 1990–1996 var að meðaltali komið með 11.000 slösuð börn á aldrinum 0–18 ára á slysideild Sjúkrahúss Reykjavíkur árlega, flest börn vegna slysa í heimahúsum eða að meðaltali 3.615 börn á ári. Árlega komu 1.448 börn á slysideildina eftir slys í skólum, 1.418 börn eftir íþróttaslys og 860 börn eftir umferðarslys. Um 60% barna á aldrinum 0–18 ára búa á höfuðborgarsvæðinu og reikna má með að meginþorri þeirra fari á slysideild SHR. Þó leitar hluti barna á heilsugæslustöðvar vegna slysa, sérstaklega smærri slysa. Ef gert er ráð fyrir að börn utan höfuðborgarsvæðisins slasist jafnoft og börn á höfuðborgarsvæðinu má gera ráð fyrir að 30–50 þúsund börn á aldrinum 0–18 ára slasist á ári.

Kostnaði vegna slysa á börnum er skipt annars vegar í persónulegan kostnað þess sem slasast og aðstandenda hans og hins vegar í kostnað sem leggst á samfélagið.

Persónulegur kostnaður vegna slysa á börnum, sem metinn er með greiðsluviljaaðferð (e. willingness to pay), er áætlaður 3.500–18.500 millj. kr. á ári á verðlagi ársins 1998. Stórt óvissubíl persónulegs kostnaðar slysa á börnum má skýra með því að tölur sem notaðar eru til grundvallar útreikningunum eru fengnar úr rannsóknnum sem sýna persónulegan kostnað fullorðinna einstaklinga, en rannsóknir á greiðsluvilja barna hafa ekki verið gerðar. Að öllum líkindum verður oftast minni röskun á lífi barna sem slasast en fullorðinna einstaklinga. Auk þess má reikna með að tekjutap slasaðs barns, að viðbættu tekjutapi foreldra og aðstandenda, sé líklega minna en tekjutap fullorð-

ins einstaklings sem slasast. Af þessum sökum er gert ráð fyrir því að persónubundið tjón vegna alvarlegra slysa og minni háttar slysa á börnum sé á bilinu 10–50% af því tjóni sem yrði ef fullorðinn einstaklingur yrði fyrir sams konar slysi. Slysakostnaður vegna ótímabærs andláts er metinn á samskonar hátt og um væri að ræða fullorðinn einstakling. Samfélagslegur kostnaður, sem felst aðallega í kostnaði heilbrigðisstofnana, vegna slasaðra barna er metinn á 200–275 millj. kr. á verðlagi ársins 1998.

Önnur markmið þessa málaflökks sem snerta jöfnun á heilsufari barns óháð þjóðfélagsstöðu for-eldra, aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og tíðni tannskemmda eru þess eðlis að ekki er gerð tilraun til að greina ávinning þeirra hér.

1.5 Eldri borgarar

Markmið heilbrigðisáætlunar fela m.a. í sér að gera fleiri öldruðum 80 ára og eldri kleift með viðeigandi stuðningi að búa heima hjá sér. Í töflu 1.6 má sjá hlutfall aldraðra 80 ára og eldri sem dveljast á stofnunum.

Tafla 1.6 Hlutfall af aldurshópum á stofnunum aldraðra í desember 1993–1997

	1993	1994	1995	1996	1997
Í þjónustu og hjúkrunarrými, alls	10,8	10,8	10,5	10,1	9,7
65 til 69 ára	2,9	3,8	2,8	2,3	2,3
70 til 79 ára	5,9	6,0	5,6	6,0	5,3
80 ára og eldri	31,0	29,5	30,2	28,7	28,1

Heimild: Hagstofa Íslands

Eins og fram kemur í töflunni hefur þetta hlutfall lækkað að undanförmu og er komið niður fyrir 30% sem þýðir að rúm 70% 80 ára og eldri búa enn heima hjá sér. Stór hluti þessa aldurshóps er nær alveg sjálfbjarga og þarf litla þjónustu heima fyrir af hálfu hins opinbera.

Tafla 1.7 Fjöldi heimila aldraðra sem nutu félagslegrar heimaþjónustu sveitarfélaga 1996–1997

	1996	1997
Fjöldi heimila	4.756	4.628
Fjöldi einstaklinga á heimilum	5.867	5.777
Hlutfall af 67 ára og eldri %	21,8	20,9

Heimild: Hagstofa Íslands

Eins og sjá má á töflu 1.8 eru útgjöld til þessa málaflökks tæpar 600 milljónir á verðlagi ársins 1997. Samkvæmt upplýsingum Tryggingastofnunar ríkisins voru einstaklingar 67 ára og eldri sem nutu heima-hjúkrunar árið 1999, 165 talsins og útgjöld sjúkratrygg-

inga vegna þeirra voru 34 millj. kr. sem samsvarar 206.000 kr. á einstakling. Gera má ráð fyrir að sömu einstaklingar hafi notið félagslegrar heimaþjónustu sveitarfélaga sem er að meðaltali rúmar 100.000 kr. á einstakling. Ef kostnaðartölur ríkisins vegna einstaklinga í vistun á dvalarheimilum eða í hjúkrunarrými eru skoðaðar kemur í ljós að kostnaður ríkisins vegna hjúkrunarrýma er 2,6 milljarðar kr. að viðbættum 3,1 milljarði kr. þ.e.a.s. 5,7 milljarðar kr. Samkvæmt tölum frá Hagstofunni voru 1.301 einstaklingur á hjúkrunarheimilum 1. des. 1997 og 567 einstaklingar í hjúkrunarrými á sjúkrahúsum á sama tíma. Þetta svarar til fjárhæðar sem er rúmar 3 millj. kr. á einstakling. Útgjöld ríkisins og sveitarfélaga vegna dvalarheimila koma að hluta fram í töflu 1.8. Þannig er hlutur sveitarfélaga 300 millj. kr. árið 1997 á verðlagi þess árs. Ellilífeyrisþegar sem búa á dvalarheimilum greiða ellilífeyri sinn að viðbætti tekjutryggingu til dvalarheimila. Það sem vantar upp á dagvistargjöldin er greitt af Tryggingastofnun og er sú fjárhæð felld undir liðinn ellilífeyrir almennatrygginga. Ekki eru til upplýsingar um þessa fjárhæð fyrir árið 1997. Hins vegar eru til tölur fyrir árið 1998 og 1999. Árið 1998 voru 650 millj. kr. greiddar í uppbót dagvistargjalda og 667 millj. kr. 1999. Það þýðir um 650–700 þúsund á mann. Markmið heilbrigðisáætlunar fela í sér að hlutfall 80 ára og eldri sem dveljast á öldrunarstofnunum verði 25% einstaklinga í þessum aldurshópi. Árið 1997 var hlutfallið 28,1%. Hér er því um að ræða mjög litla breytingu sem hefur litla fjárhagslega þýðingu þar sem gera má ráð fyrir því að þessir einstaklingar séu ekki í hjúkrunarrými á sjúkrahúsum eða hjúkrunarheimilum.

Tafla 1.8 Útgjöld til aldraðra 1995–1997

	1995	1996	1997
<i>Peningagreiðslur millj. kr.</i>			
Ellilífeyrir	16.755	17.836	19.483
Almannatryggingar	10.670	10.983	11.662
Lífeyrissjóðir	6.085	6.853	7.820
Peningagreiðslur alls	16.755	17.836	19.483
<i>Þjónusta millj. kr.</i>			
Elliheimili, sjúkradeildir og íbúðir	5.110	5.617	6.048
Tryggst. ríkisins, MDS og vistgjöld langlegusjúklinga	2.463	2.456	2.610
Framl. á fjárlög til hjúkrh. og langlegud. sjúkrh.	2.372	2.900	3.138
Sveitarf. dvalarh. og íbúðir aldraðra	274	260	300
Heimilishjálp við aldraða	496	587	592
Dagvistir aldraðra	467	495	561
Þjónusta alls	6.072	6.698	7.200
<i>Útgjöld alls millj. kr.</i>	22.827	24.534	26.683

Heimild: Hagstofa Íslands

Markmið heilbrigðisáætlunar er varða biðtíma eftir vistun, tíðni mjaðma- og hryggbrota og tannheilsu eldra fólks eru þess eðlis að kostnaðargreining á mögulegum ávinningi er illfær og því ekki gerð tilraun til þess að greina hann hér.

1.6 Geðheilbrigði

1.6.1 Sjálfsvíg

Sjálfsvígshegðun og sjálfsvíg kosta þjóðina mörg mannlíf á ári. Á árunum 1991–1995 dóu 60 karlar yngri en 35 ára af völdum sjálfsvígs en átta konur. Þær þjáningar sem hvert sjálfsvíg veldur ættingjum og öllum þeim sem því tengjast eru djúpstæðar og mjög erfitt að komast nærri um. Samfélagið ber líka skaða af missi þegnanna. Samkvæmt því sem fyrr hefur verið nefnt um dauðaslys lætur nærri að hér sé um að ræða kostnað í kringum 5 milljarða kr. á fjögurra ára tímabili. Markmið heilbrigðisáætlunar fela í sér að leitast verði við að draga úr tíðni sjálfsvíga um 25%.

1.6.2 Geðraskanir

Geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma sem hrjá þjóðina, einkum ungt fólk og aldraða. Þeir valda sennilega meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar, sem m.a. má sjá af því að rúmlega fjórðungur allra sem fá fullan örorkulífeyri fá hann vegna geðraskana. Þetta eru oft og tíðum langvinnir sjúkdómar eða sjúkdómar sem ganga í lotum þar sem skiptast á veikindatímabil og tímabil þar sem fólk nýtur sæmilega góðrar heilsu. Með góðri geðheilbrigðisþjónustu er hægt að stytta eða koma í veg fyrir sum veikindatímabilin. Í ýmsum löndum hefur verið gerð tilraun til að meta hve alvarlegir geðsjúkdómar eru og hve mikið þeir kosta samfélagið. Í Bretlandi er talið að geðsjúkdómar séu orsök 14% fjarvista frá vinnu, 14% af kostnaði við legudeildir og 23% af lyfjakostnaði. Í athugun Alþjóðabankans og Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar kemur fram að byrðin í kjölfar geðsjúkdóma hefur verið alvarlega vanmetin um allan heim. Er þá einkum átt við sjúkdómanna þunglyndi, áfengissýki og geðklofa sem valda nær 11% af sjúkdómabyrði heimsins, þótt þeir valdi einungis 1% allra dauðsfalla. Hingað til hefur ekki verið lögð áhersla á örorku og missi lífsgæða sem sjúkdómarnir hafa í för með sér fyrir sjúklingana og aðstandendur þeirra. Af

tíu sjúkdómategundum eru fimm geðsjúkdómar taldir helstu orsakavaldar örorku í heiminum. Í fyrsta sæti eru þunglyndisraskanir, áfengisofneysla er í fjórða sæti, tvískauta lyndissjúkdómar í því sjötta og í níunda og tíunda sæti eru geðklofa- og áráttuþráhyggjusjúkdómar. Framtíðarspár gera ráð fyrir að mesta aukningin verði í geð- og taugasjúkdómum þannig að fram til ársins 2020 má gera ráð fyrir því að þessir sjúkdómar muni valda 15% af sjúkdómabyrðinni og eru þær tölur meira í takt við niðurstöður breskra rannsókna um ástand mála þar í dag.

Algengi geðraskana er rúm 22% hjá þeim sem eru eldri en fimm ára. Samkvæmt því má gera ráð fyrir að um 50 þúsund Íslendingar 5 ára og eldri þjáist af einhverri geðtruflun á hverjum tíma, þar af tæplega 5 þúsund 75 ára og eldri. Markmið heilbrigðisáætlunar felur í sér að leitast verði við að draga úr tíðni geðraskana um 10%. Langtíðustu geðraskanir eru svokallaðar þunglyndisraskanir og gera má ráð fyrir að markmið heilbrigðisáætlunar muni að langstærstum hluta beinast að þessum hópi einstaklinga og er því kostnaður vegna þunglyndisraskana skoðaður hér sérstaklega.

Þegar meta á kostnað vegna þunglyndisraskana koma upp ýmis vandamál við framkvæmdina. Mat á sjúkdómabyrði er, eins og áður segir, hagfræðilegt viðfangsefni sem er nokkuð sérstakt vegna eðlis sjúkdóma. Þeir hafa ekki markaðsverð og fjöldi atriða sem máli skipta verður ekki metinn nema að nokkru leyti óbeint. Verðgildi sjúkdóma má að nokkru ráða af þeim kostnaði sem einstaklingar og stofnanir leggja í vegna meðferðar og af þeim óræðu stærðum sem fylgja vinnutapi, menntunartapi og ánaud aðstandenda.

Sjúkdómar valda eins og fyrr greinir tvenns konar kostnaði, þ.e. beinum og óbeinum. Beini kostnaðurinn er sá kostnaður sem fellur beint á samfélagið. Til þessa kostnaðar telst helst:

- Kostnaður vegna örorku
- Kostnaður vegna lyfjanotkunar
- Kostnaður af rekstri sjúkrastofnana
- Kostnaður af félagslegri þjónustu

Þegar skoðaðir eru þeir þættir sem falla undir óbeinan kostnað er átt við þætti eins og persónulegt álag af ýmsum toga, þ.e. kostnað sem fellur á þá einstaklinga sem fyrir sjúkdómnum verða. Þeir þættir sem gera má ráð fyrir að skipti þar einkum máli eru eftirfarandi:

- Minnkun velferðar, af völdum lakari lífsskilyrða vegna sjúkleika.
- Kostnaður af sérstökum neyslubörfum vegna sjúkdóms.
- Kaupmáttarskerðing sem sjúkdómur veldur.

Ýmsa af ofangreindum kostnaðarliðum er tiltölulega auðvelt að mæla. Það á t.d. við um flesta af samfélagslegum kostnaðarliðum. Hins vegar er stærsti hluti hins persónulega sjúkdómskostnaðar huglægur og þar af leiðandi illmælanlegur og í mörgum tilfellum ómælanlegur. Enn erfiðara reynist oft að mæla kostnað við tiltekinn sjúkdóm eins og þunglyndisröskun þar sem sjúklingar eru oft með fleiri en einn sjúkdóm samtímis. Helstu kostnaðarliðir sem metnir hafa verið eru eftirfarandi:

Örorka samfara geðsjúkdómum:

Samkvæmt upplýsingum tryggingayfirlæknis fengu 960 einstaklingar örorkulífeyri vegna þunglyndis og kvíðaraskana og má gera ráð fyrir að kostnaður þeirra vegna hafi numið 455 millj. kr. árið 1996.

Kostnaður vegna geðlyfja:

Kostnaður vegna geðlyfja hefur farið mjög vaxandi að undanfögnu, þá einkum og sér í lagi kostnaður af notkun sérhæfðra þunglyndislyfja. Árið 1998 er talið að útgjöld til þessa málaflokks hafi numið allt að 700 milljónum króna.

Kostnaður af rekstri sjúkrastofnana:

Undir þennan kostnaðarlið fellur þjónusta stofnana annars vegar og hins vegar þjónusta vegna samskipta við sérfræðinga á stofu og við heilsugæslulækna. Er talið að þessi kostnaður geti numið allt að 1,05 milljarði kr.

Kostnaður af félagslegri þjónustu:

Undir þennan lið falla útgjöld sem veitt er til málefna fatlaðra. Samkvæmt mati sem framkvæmt hefur verið má telja að þessi liður nemi nálægt 200 millj. kr.

Óbeinn kostnaður:

Óbeinn kostnaður vegna sjúkdómsraskana felur í sér persónulegt tjón sem sjúklingar og aðstandendur verða fyrir. Margar gerðir velferðarmælinga hafa verið þróaðar á undanfögnu árum til að reyna að meta

óbeinan kostnað. Niðurstöður allra þessara rannsókna hníga í þá átt að hann sé mun hærri en sá beini og geti orðið allt að sjö sinnum meiri en sem nemur beina kostnaðinum. Samkvæmt því sem hér greinir gæti óbeini kostnaðurinn því numið um 17 milljörðum kr. á Íslandi og heildarkostnaðurinn þar af leiðandi verið allt að 20 milljarðar kr. á ári fyrir íslenskt samfélag.

1.7 Krabbameinsvarnir

Nær engar íslenskar rannsóknir liggja fyrir á þjóðhagslegum kostnaði vegna krabbameins. Hins vegar hefur Krabbameinsfélagið í gegnum tíðina safnað miklu magni upplýsinga á tíðni ákveðinna krabbameinssjúkdóma. Í Bandaríkjunum hefur krabbameinsstofnunin þar í landi safnað upplýsingum um útgjöld í heilbrigðiskerfinu sem stofnað er til vegna meðferðar á krabbameinssjúklingum. Samkvæmt þeim er um 6% heildarútgjalda í heilbrigðiskerfinu varið til meðferðar á krabbameinssjúklingum. Þessi hlutfallstala er einungis mat á beinum þjóðfélagslegum kostnaði krabbameins. M.L. Brown o.fl. (1996) hafa leitast við að meta heildarkostnað krabbameins í Bandaríkjunum. Þeir skipta kostnaði þessum í eftirfarandi þætti.

- (i) Heilbrigðisútgjöld vegna greiningar- og meðferðarkostnaðar (beinn kostnaður).
- (ii) Kostnaður sem fellur á einstaklingana sjálfa og aðstandendur þeirra. Í þessu felast fjarvistir frá vinnu, sálrænn kostnaður og kostnaður vegna skertrar heilsu og ótímabærs andláts.

Samkvæmt niðurstöðum Browns var heildarkostnaður í Bandaríkjunum um 96 milljarðar dollara árið 1990. Af þessari fjárhæð eru 29% í formi beins kostnaðar. 10% eru kostnaður vegna fjarveru einstaklinganna frá vinnu og 61% eru tilkominn vegna ótímabærs andláts. Með gróflægum útreikningi þar sem tekið er tillit til tíðni krabbameins í Bandaríkjunum og hér á landi og mannfjölda í löndunum tveimur má staðfæra þessa fjárhæð. Slíkur umreikningur gefur rétt rúmlega 9 milljarða kr.³ Markmið heilbrigðisáætlunar fela í sér að draga eigi úr dauðsföllum af völdum krabbameins. Leiðir að því markmiði geta falist í að draga úr nýgengi sjúkdómsins, að auka meðferðarúrræði eða jafnvel samblandi af hvoru tveggja. Hér er því látið vera að reyna að kostnaðarmeta þessi markmið.

1.8 Hjarta- og heilavernd

Ein algengasta dánarorsök meðal sjúklinga er af völdum hjarta- og æðasjúkdóma. Þetta sést meðal annars með því að skoða gögn frá Hagstofunni yfir fjölda látinna af völdum sjúkdóma árið 1995.

Tafla 1.9 Dánir eftir dánarorsök 1995 aldursflokkað

Dánarorsök ICD/9 flokkun	Alls	0-34	35-74	75+
Karlar:	452	1	169	282
Kransæðasjúkdómar 410-414	269		108	161
Heilablóðfall 430-438	106	1	28	77
Alls af völdum hjarta- og æðasjúkdóma	827	2	305	520
Andlát af öllum sjúkdómum	983	66	412	505
Konur: Hjartasjúkdómar og æðasjúkdómar 390-458	372		60	312
Kransæðasjúkdómar 410-414	172		32	140
Heilablóðfall 430-438	113		12	101
Andlát af öllum sjúkdómum	940	40	261	639

Heimild: Hagstofa Íslands

Til þess að hafa sambærilegar tölur við önnur lönd eru tölur í töflu 1.9 umreiknaðar í fjölda einstaklinga pr. 100.000 einstaklinga. Niðurstöður þessara útreikninga er að finna í töflu 1.10.

Tafla 1.10 Dánir eftir dánarorsök 1995 pr. 100.000 einstaklinga aldursflokkað

Dánarorsök ICD/9 flokkun	Alls	0-34	35-74	75+
Karlar: Hjartasjúkdómar og æðasjúkdómar 390-458	337	1	318	5.421
Kransæðasjúkdómar 410-414	201		203	3.095
Heilablóðfall 430-438	79	1	53	1.480
Andlát af öllum sjúkdómum	733	87	776	9.708
Konur: Hjartasjúkdómar og æðasjúkdómar 390-458	279		114	4.161
Kransæðasjúkdómar 410-414	129		61	1.867
Heilablóðfall 430-438	85		23	1.347
Andlát af öllum sjúkdómum	705	55	495	8.522

Heimild: Hagstofa Íslands

Engar tölur hafa verið teknar saman á Íslandi yfir kostnað af völdum hjarta- og æðasjúkdóma. Bandarísku hjartaverndarsamtökin (e. American Heart Association) hafa reiknað út kostnað af völdum hjarta- og æðasjúkdóma þar í landi. Samkvæmt útreikningum þeirra er árlegur kostnaður af völdum þessara sjúkdóma í kringum 326,6 milljarðar dollara. Þar af eru 51,3 milljarðar dollara af völdum heilablóðfalla og 118,2 milljarðar dollara af völdum kransæðasjúkdóma.⁴ Með mannfjöldatölur á Íslandi og í Bandaríkjunum og tíðnitölur á dauðsföllum vegna kransæðasjúkdóma og heilablóðfalla bæði hér á landi og í Bandaríkjunum er gróflega hægt að um-

reikna þessar fjárhæðir í íslenskar fjárhæðir. Samkvæmt þessum útreikningum er árlegur kostnaður vegna heilablóðfalla 3,8 milljarðar kr. á ári og kostnaður vegna kransæðasjúkdóma er tæpir 8 milljarðar kr. á ári.

1.9 Slys og slysaveind

Á hverjum degi á sér stað fjöldi slysa hér á landi. Slysin eru misalvarleg og verða við ýmsar aðstæður. Slysin eiga sér stað á heimilum, vinnustöðum, í umferðinni o.s.frv. Þegar hefur verið fjallað um slys á börnum og verður því ekki farið í frekari umfjöllun um þau. Ekki er til samantekt um slys á heimilum. Hagfræðistofnun vann árið 1996 að úttekt á samfélagslegum kostnaði umferðarslysa. Helstu niðurstöður eru mikil fjölgun umferðarslysa á undanföllum áratug í kjölfar aukinnar umferðar. Eignatjónum í umferðinni hefur einnig fjölgað verulega. Þegar tekið er tillit til munatjóns, líkamstjóns, sálar-kvala auk samfélagslegra bóta og þjónustu við slyspóla, verður kostnaður vegna umferðarslysa meiri en áður hefur verið talið. Árlegur heildarslysa-kostnaður vegna umferðarslysa er talinn hafa verið 12-17 milljarðar kr. á tímabilinu 1980-1994, að meðaltali. Eðli málsins samkvæmt er þessi kostnaður talsvert breytilegur frá ári til árs. Samkvæmt niðurstöðum þessarar skýrslu má ætla að kostnaður að undanförmu hafi verið á bilinu 16-23 milljarðar kr. á ári.

Evrópastofnunin í öryggi og heilsu við vinnu (e. *European Agency for Safety and Health at Work*) hefur áætlað að 3,5-3,8% landsframleiðslu tapist á hverju ári í atvinnutengd heilsufarsvandamál og atvinnutengda sjúkdóma sem meðal annars orsakast af slysum. Ekki er um að ræða sundurliðun á þessari prósentutölu og því ekki hægt að sjá hversu mikill hluti er tengdur slysum. Þó er ljóst að þessi kostnaður er verulegur.

2. Heimildaskrá

1. American Heart Association (1999), Economic Cost of Cardiovascular Diseases, skýrsla á vefnum: www.americanheart.org/statistics.
2. Brown, M.L. et al. (1996), Economic impact of cancer in the United States, í *Cancer Epidemiology and Prevention*, Schottenfeld, D., Fraumeni, J.F. (ritstj.), Oxford University Press, bls. 255-265.

3. Elvik, R. (1993), Ökonomisk verdsetning av velferdtap ved trafikudlykker, Transportökonomisk Institutt 203/1993, Ósló.
4. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (1991), Kostnaður og tekjur Þjóðfélagsins vegna áfengisneyslu árin 1985–1989, Reykjavík. C91:03.
5. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (1992), Þjóðfélagslegur kostnaður vegna reykinga árið 1990, Reykjavík. Nr. 10/1992.
6. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (1996), Kostnaður vegna umferðarslysa á Íslandi, Reykjavík. C96:03.
7. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (1999), Kostnaður vegna slysa á börnum, Reykjavík. C99:04.
8. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1998), Stefnunótun í málefnum geðsjúkra, Reykjavík.
9. Ísland án eiturlyfja (2000), Þróun og staða vímuefnaneyslu, skýrsla á vefnum: www.islandaneiturlyfja.is/rannsokn/kafli3.html.
10. Jones-Lee, M.W. (1985), The value of life and safety: A survey of recent developments, The Geneva papers on risk and insurance 10, bls. 141–173.
11. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1998), The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, skýrsla á heimasíðu stofnunarinnar.
12. Tómas Helgason o.fl. (1999), Kostnaður vegna þunglyndisraskana, Læknablaðið 85. árg. fylgirit 38. júní 1999, bls. 7–9.

Aðrar heimildir:

Óbirt gögn frá Hagstofu Íslands, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og Þjóðhagsstofnun.

3. Viðauki: Hvernig á að meta líkamstjón?

Við útreikning kostnaðar ýmiss konar sjúkdóma eða slysa þarf að reikna samfélagslegan kostnað mannláts eða dauða einstaklinga. Þetta viðfangsefni er nokkuð margbrotið. Því er nauðsynlegt að greina viðfangsefnið frekar.

3.1 Fræðileg grundvallaratriði

Mat á samfélagslegum kostnaði líkamstjóns er vissulega hagfræðilegt viðfangsefni. Hagfræðin er á hinn bóginn að ýmsu leyti sérstök. Koma þar nokkur atriði til:

1. Líkamstjón eru ekki markaðsvara. Þetta þýðir að þau hafa ekki markaðsverð. Það verður því að meta verðgildi þeirra með óbeinum aðferðum.
2. Líkamstjón sem einstaklingar verða fyrir, allt frá smávægilegum meiðslum upp í dauða, er hins vegar erfiðara að meta. Ástæðan er fyrst og fremst að viðkomandi gæði, þ.e. heilsa, vellíðan, líkamleg og sálræn færni o.s.frv., eru yfirleitt ekki markaðsvara. Líkamstjón er m.ö.o. sérstakt og persónulegt.
3. Líkamstjón hafa jafnan í för með sér ytri áhrif (e. externality). Það merkir að þau hafa áhrif á aðra en þá sem verða fyrir tjóninu. Þessi ytri áhrif geta verið af ýmsu tagi, þau geta t.d. falist í sálarkvöl ættingja þeirra, sem fyrir slysi verða og samúð annarra borgara.
4. Sumt líkamstjón, t.d. það sem veldur dauða, er svo kostnaðarsamt fyrir viðkomandi og jafnvel aðstandendur hans að þeir geta verið reiðubúnir að verja öllu sínu fé til að forðast það.

Öll þessi atriði valda því að mat á samfélagslegu slysatjóni er fræðilega flókið og erfitt í framkvæmd. Við matið koma fyrir margir tormælanlegir þættir og það getur verið verulegum vandkvæðum háð að meta öll þau sambönd og stærðir sem áhrif hafa við matið. Því er óhjákvæmilegt að beita einföldunum. Allar einfaldanir valda hins vegar skekkjum og vandinn er sá að finna matsaðferðir sem eru óhneigðar (e. unbiased) og hafa lágmarksskekkju. Það hefur verið eitt meginverkefni slyshagfræðinnar frá 1970 að þróa og betrubæta slíkar aðferðir.

3.2 Hefðbundnar aðferðir: Tekjutap

Hefðbundnar aðferðir til að áætla persónulegt líkamstjón felast í að meta framleiðslu- eða tekjutap slysaþola. Það er í anda þessarar aðferðar að telja persónulegt tjón aðila, sem hlýtur 50% örkuuml, en hefði átt tíu full starfsár eftir, jafnt núvirði hálfra árs-tekna hans í tíu ár. Í vandaðri útfærslu þessarar aðferðar er mat á tekjutapi ekki takmarkað við vinnulaun. Leitast er við að meta jafnframt verðmæti nýtra starfa utan vinnumarkaðsins t.d. innan heimilisins. Augljós galli við tekjutapsaðferðina er að hún ein-skorðast við áhrif líkamstjóns á tekjur. Aðferðin tekur þannig m.a. ekki tillit til lækkunar velferðar vegna lakari lífsskilyrða. Sem dæmi um afleiðingar þessa

má taka mann á eftirlaunum en við góða heilsu, sem verður fyrir alvarlegu slysi, sem gerir hann farlama. Samkvæmt tekjutapsaðferðinni er slysatjónið ugglaut fremur lágt, jafnvel óverulegt. Velferðartap mannsins, vegna skertra lífsskilyrða getur hins vegar verið mjög verulegt.

Eitt afbrigði af tekjutapsaðferðinni miðar líkamsþjón við tapaðar nettótekjur, þ.e. tekjur umfram framfærslukostnað. Þessi aðferð er sýnu verri en heildartekjuaðferðin. Samkvæmt henni er t.a.m. samfélagslegt tjón þeirra sem verða fyrir slysum á eftirlaunum nánast örugglega minna en ekki neitt.

3.2.1 Nútímaaðferðir: Greiðslufúsleiki

Innan vébanda slyshagfræðinnar hafa verið þróaðar aðferðir til að meta beint persónulegt tjón slyspöla. Þessar aðferðir sækja undirstöður sínar í tvær áttir; kostnaðarábatagreiningar annars vegar og velferðarhagfræði hins vegar. Báðar aðferðir leiða hins vegar til svipaðrar niðurstöðu. Reynt er að komast nærri peningamælikvarða á velferðartap í kjölfar slysa. Líkamsþjón er talið sú fjárhæð sem er jafngildi þess notagildismissis í þeim skilningi, að fái hann þessa fjárhæð telji slyspoli sig jafn vel settan eftir slys og fyrir. Velferðarmælingar á slysatjóni eru því gjarnan kenndar við þennan greiðslufúsleika (e. willingness to pay).

Það eru í grundvallaratriðum tvær fræðilega viðurkenndar aðferðir til að meta greiðslufúsleika. Sú fyrri dregur ályktanir af atferli, þar sem það velur á milli auðs og áhættu. Sú síðari reidir sig á spurningar til að freista þess að afhjúpa persónulegan greiðslufúsleika. Þetta er hin svonefnda „contingent valuation“ aðferð. Þessar tvær aðferðir hafa báðar sína kosti og galla. Að mörgu leyti vega þær hvor aðra upp. Því er að öðru jöfnu vænlegast að beita báðum með samræmdum hætti. Báðar aðferðirnar eru kostnaðarsamar og tímafrekar.

Margar rannsóknir á persónubundnu tjóni á grundvelli greiðslufúsleika hafa verið gerðar er-

lendis á undanförunum tveimur áratugum. Flestar í Bandaríkjunum og Bretlandi. Yfirlit yfir slíkar kannanir er að finna í Jones-Lee (1985, 1989) og Elvik (1993). Kannanir á greiðslufúsleika í Bretlandi og Bandaríkjunum hafa undantekningalítið gefið til kynna að verðmæti tölfraðilegs lífs sé miklu hærra en áður hefur verið talið. Sé tekið úrval sérstaklega áreiðanlegra kannana fást þær niðurstöður að verðmæti tölfraðilegs lífs er í kringum 280 millj. kr. á verðlagi ársins 1995. Eftir talsvert ýtarlega, gagnrýna athugun á fyrirliggjandi athugunum komst Elvik (1993) að þeirri niðurstöðu að virði tölfraðilegs lífs til nota við mat á þjóðhagslegri hagkvæmni aukins umferðaröryggis væri 104 millj. kr. á verðlagi ársins 1995. Eins og sjá má er mat Elviks á virði tölfraðilegs lífs talsvert lægra en tölur í Jones-Lee. Elvik telur raunar sitt mat í lægra lagi og færir rök fyrir því hvers vegna það gæti verið viðeigandi fyrir Noreg. Óvissubíl eru hins vegar mjög víð. Elvik telur hlutfallslegt óvissubíl vera a.m.k. af stærðargráðunni 2,5. Þannig má sjá að öryggismörk fyrir niðurstöður Elviks skarast við öryggismörk í niðurstöðum Jones-Lees og er tæpast um marktækan mun á þessum athugunum að ræða. Nú er auðvitað óvarlegt að ganga að því vísu, að ofangreint mat á virði tölfraðilegs lífs megi heimfæra á Ísland. Virði tölfraðilegs lífs er mörgu háð þ.á m. samfélagsgerð, tekjustigi, menningu og almennum lífslíkum. Það er því rík ástæða til að rannsaka sérstaklega virði tölfraðilegs lífs á Íslandi með þeim aðferðum sem raktar eru hér að framan. Slíkt er hins vegar mjög viðamikili verkefni, eigi vel að vera. Það er jafnframt svo, að ofangreindar rannsóknarniðurstöður eiga við samfélög, sem svipa til Íslands, hvað varðar samfélagsgerð, tekjustig, menningu og almennar lífslíkur. Á meðan ekki hefur verið gerð sérstök athugun á virði tölfraðilegs lífs á Íslandi virðist því skynsamlegast að notast við þessar niðurstöður fyrir Ísland.

1 Þessi kafli byggist á skýrslu Hagfræðistofnunar, Kostnaður vegna slysa á börnum á Íslandi (1999).

2 Sú aðferð sem kostnaðurinn er reiknaður út frá hér er kynnt í viðauka.

3 Aðferðin við útreikning byggir á tekjutapsútreikningum, auk þess liggja til grundvallar bandarískar tölur um heilbrigðisútgjöld. Umreikningurinn tekur einungis tillit til heildartíðni krabbameins í löndunum tveimur en ekki tillit til að tíðni einstakra flokka krabbameins er ólík í löndunum tveimur.

4 Í óbeinum kostnaði er lögð til grundvallar tekjutapsaðferð sem skýrir hvers vegna tölurnar eru lægri en kemur fram í kostnaðarmati á krabbameini.

Fylgiskjal 2

REGIONAL HEALTH FOR ALL TARGETS

Adopted by the WHO Regional Committee for Europe at its forty-eighth session, Copenhagen, September 1998

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 1 – SOLIDARITY FOR HEALTH IN THE EUROPEAN REGION: *By the year 2020, the present gap in health status between Member States of the European Region should be reduced by at least one third.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 2 – EQUITY IN HEALTH: *By the year 2020, the health gap between socioeconomic groups within countries should be reduced by at least one fourth in all Member States, by substantially improving the level of health of disadvantaged groups.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 3 – HEALTHY START IN LIFE: *By the year 2020, all newborn babies, infants and pre-school children in the Region should have better health, ensuring a healthy start in life.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 4 – HEALTH OF YOUNG PEOPLE: *By the year 2020, young people in the Region should be healthier and better able to fulfil their roles in society.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 5 – HEALTHY AGING: *By the year 2020, people over 65 years should have the opportunity of enjoying their full health potential and playing an active social role.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 6 – IMPROVING MENTAL HEALTH: *By the year 2020, people's psychosocial wellbeing should be improved and better comprehensive services should be available to and accessible by people with mental health problems.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 7 – REDUCING COMMUNICABLE DISEASES: *By the year 2020, the adverse health effects of communicable diseases should be substantially diminished through systematically applied programmes to eradicate, eliminate or control infectious diseases of public health importance.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 8 – REDUCING NONCOMMUNICABLE DISEASES: *By the year 2020, morbidity, disability and premature mortality due to major chronic diseases should be reduced to the lowest feasible levels throughout the Region.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 9 – REDUCING INJURY FROM VIOLENCE AND ACCIDENTS: *By the year 2020, there should be a significant and sustainable decrease in injuries, disability and death arising from accidents and violence in the Region.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 10 – A HEALTHY AND SAFE PHYSICAL ENVIRONMENT: *By the year 2015, people in the Region should live in a safer physical environment, with exposure to contaminants hazardous to health at levels not exceeding internationally agreed standards.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 11 – HEALTHIER LIVING: *By the year 2015, people across society should have adopted healthier patterns of living.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 12 – REDUCING HARM FROM ALCOHOL, DRUGS AND TOBACCO: *By the year 2015, the adverse health effects from the consumption of addictive substances such as tobacco, alcohol and psychoactive drugs should have been significantly reduced in all Member States.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 13 – SETTINGS FOR HEALTH: *By the year 2015, people in the Region should have greater opportunities to live in healthy physical and social environments at home, at school, at the workplace and in the local community.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 14 – MULTISECTORAL RESPONSIBILITY FOR HEALTH: *By the year 2020, all sectors should have recognized and accepted their responsibility for health.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 15 – AN INTEGRATED HEALTH SECTOR: *By the year 2010, people in the Region should have much better access to family- and community-oriented primary health care, supported by a flexible and responsive hospital system.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 16 – MANAGING FOR QUALITY OF CARE: *By the year 2010, Member States should ensure that the management of the health sector, from population-based health programmes to individual patient care at the clinical level, is oriented towards health outcomes.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 17 – FUNDING HEALTH SERVICES AND ALLOCATING RESOURCES: *By the year 2010, Member States should have sustainable financing and resource allocation mechanisms for health care systems based on the principles of equal access, cost-effectiveness, solidarity, and optimum quality.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 18 – DEVELOPING HUMAN RESOURCES FOR HEALTH: *By the year 2010, all Member States should have ensured that health professionals and professionals in other sectors have acquired appropriate knowledge, attitudes and skills to protect and promote health.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 19 – RESEARCH AND KNOWLEDGE FOR HEALTH: *By the year 2005, all Member States should have health research, information and communication systems that better support the acquisition, effective utilization, and dissemination of knowledge to support health for all.*

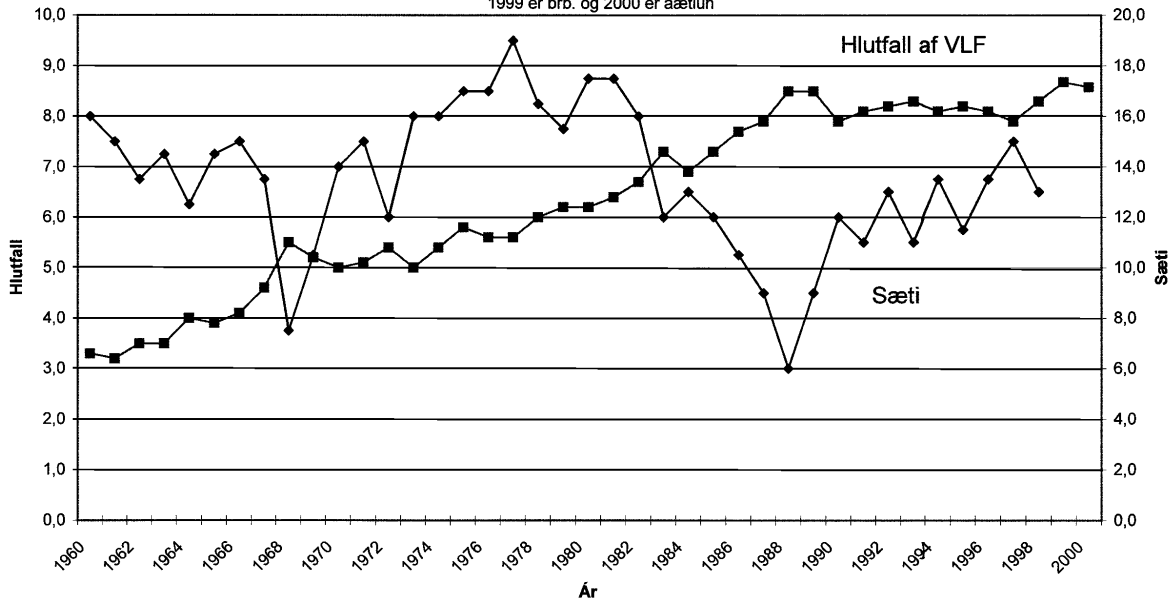
EUROPEAN HEALTH21 TARGET 20 – MOBILIZING PARTNERS FOR HEALTH: *By the year 2005, implementation of policies for health for all should engage individuals, groups and organizations throughout the public and private sectors, and civil society, in alliances and partnerships for health.*

EUROPEAN HEALTH21 TARGET 21 – POLICIES AND STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL: *By the year 2010, all Member States should have and be implementing policies for health for all at country, regional and local levels, supported by appropriate institutional infrastructures, managerial processes and innovative leadership.*

Fylgiskjal 3

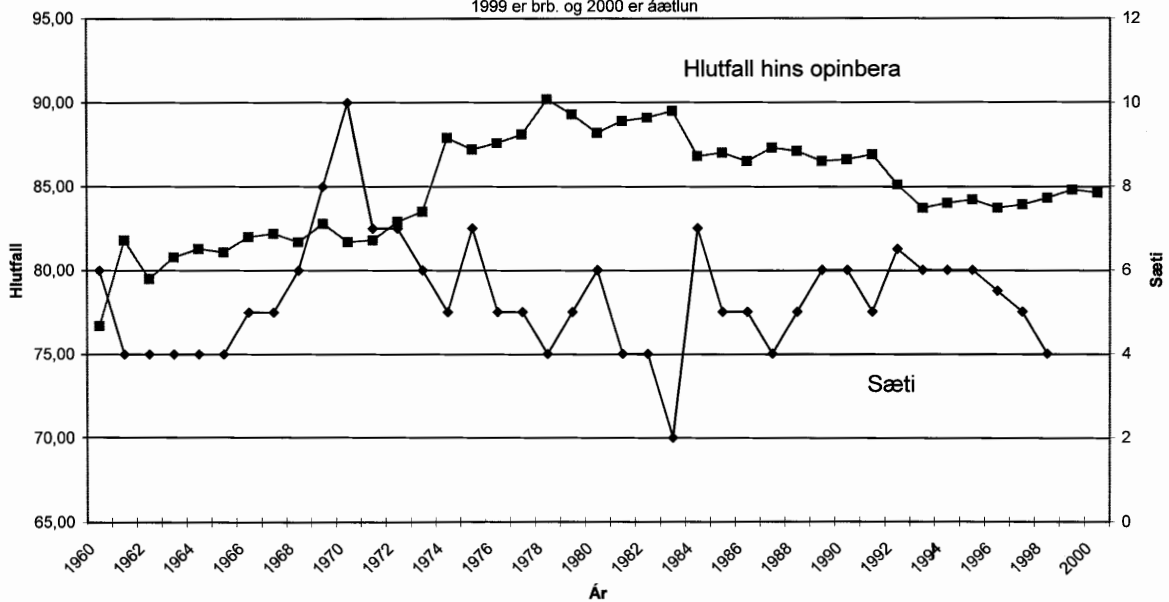
Útgjöld til heilbrigðismála - % af VLF Sæti Íslands á meðal OECD landa

Heimild: OECD og ÞHS
1999 er brb. og 2000 er áætlun



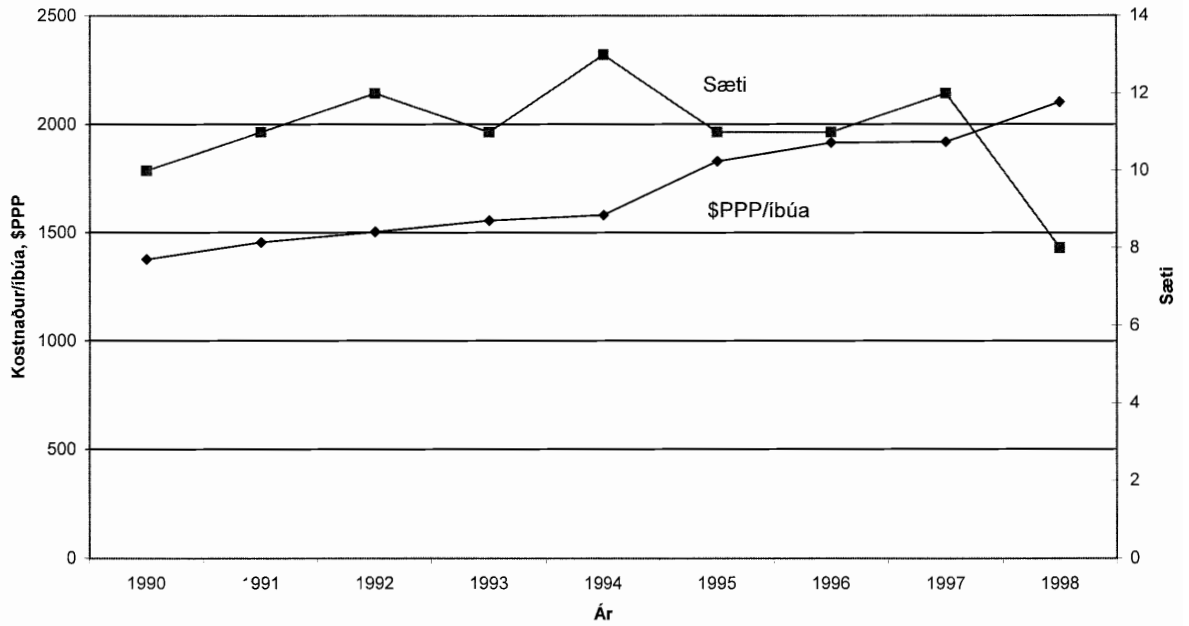
Hluttur hins opinbera af kostnaði heilbrigðismála Sæti Íslands á meðal OECD landa

Heimild: OECD og ÞHS
1999 er brb. og 2000 er áætlun



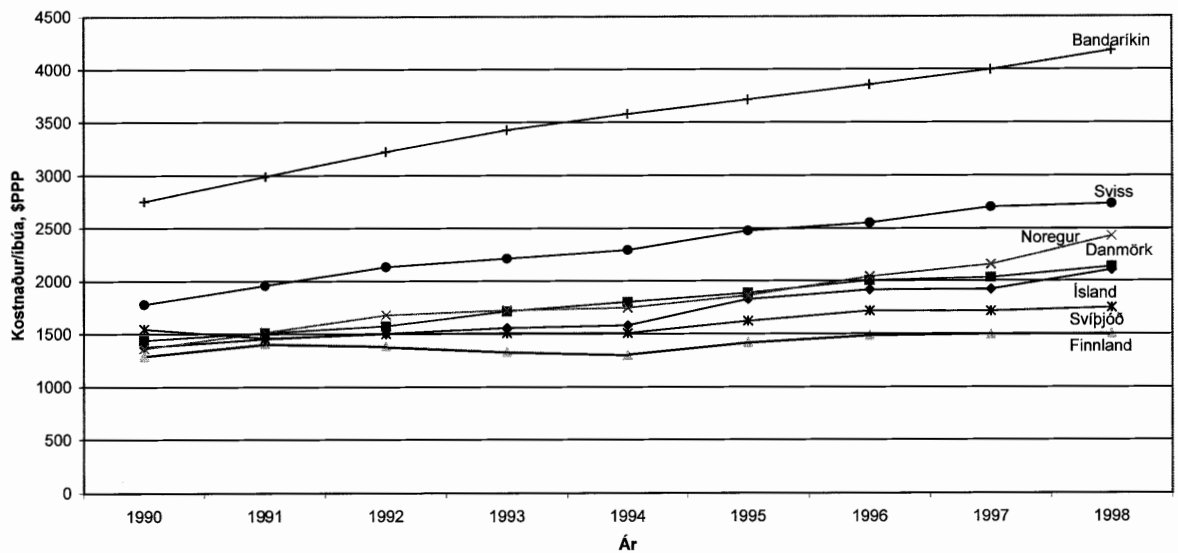
Heildarkostnaður til heilbrigðismála á íbúa, \$PPP. Sæti Íslands á meðal OECD landa

Heimild: OECD



Heildarkostnaður til heilbrigðismála á íbúa, \$PPP Norðurlöndin, Bandaríkin og Sviss

Heimild: OECD



Fylgiskjal 4

Próun fólksfjölda og landsframleiðslu, heilbrigðisútgjalda á mann til ársins 2030

Ár	Fólks- fjöldun ¹⁾ 0,00%	Vöxtur á ári	VL ²⁾ m.kr 2,0%	VLF á mann þús.kr.	Heilb. útgjöld m.kr ³⁾ 2,0%	Viðbótarkostn. v/aldurs- dreifingar ⁴⁾ m.kr.	Vöxtur í magni á ári m.kr.	Prós. af VLF	Heilb. útgjöld á mann kr.	Vöxtur í magni á ári kr.	Fram- leiðni aukning 1,0%	Mögul. vöxtur í magni á ári m.kr.
2000	279.908		687.116	2.454.792	54.700	0		8,0%	195.421			
2001	281.921	2.013	705.899	2.503.888	56.195	43	1.452	8,0%	199.330	3.908	562	2.014
2002	283.879	1.958	725.017	2.553.966	57.717	13	1.509	8,0%	203.316	3.987	577	2.086
2003	285.782	1.903	744.475	2.605.045	59.266	-19	1.568	8,0%	207.383	4.066	593	2.161
2004	287.630	1.848	764.275	2.657.146	60.842	-16	1.592	8,0%	211.530	4.148	608	2.200
2005	289.423	1.793	784.420	2.710.289	62.446	-4	1.607	8,0%	215.761	4.231	624	2.232
2006	291.131	1.708	804.830	2.764.495	64.071	49	1.576	8,0%	220.076	4.315	641	2.217
2007	292.802	1.671	825.639	2.819.785	65.728	186	1.471	8,0%	224.478	4.402	657	2.128
2008	294.436	1.634	846.851	2.876.180	67.416	217	1.471	8,0%	228.967	4.490	674	2.146
2009	296.033	1.597	868.473	2.933.704	69.138	250	1.471	8,0%	233.547	4.579	691	2.163
2010	297.593	1.560	890.511	2.992.378	70.892	324	1.430	8,0%	238.218	4.671	709	2.139
2011	299.142	1.549	913.050	3.052.226	72.686	311	1.483	8,0%	242.982	4.764	727	2.210
2012	300.667	1.524	936.057	3.113.270	74.518	379	1.452	8,0%	247.842	4.860	745	2.197
2013	302.166	1.499	959.540	3.175.536	76.387	409	1.460	8,0%	252.798	4.957	764	2.224
2014	303.641	1.474	983.506	3.239.046	78.295	409	1.499	8,0%	257.854	5.056	783	2.282
2015	305.090	1.449	1.007.965	3.303.827	80.242	483	1.465	8,0%	263.011	5.157	802	2.267
2016	306.514	1.424	1.032.924	3.369.904	82.229	450	1.537	8,0%	268.272	5.260	822	2.359
2017	307.904	1.389	1.058.358	3.437.302	84.254	444	1.580	8,0%	273.637	5.365	843	2.423
2018	309.258	1.354	1.084.274	3.506.048	86.317	511	1.552	8,0%	279.110	5.473	863	2.415
2019	310.578	1.319	1.110.678	3.576.169	88.419	486	1.616	8,0%	284.692	5.582	884	2.501
2020	311.862	1.284	1.137.577	3.647.692	90.560	509	1.632	8,0%	290.386	5.694	906	2.538
2021	313.093	1.231	1.164.910	3.720.646	92.736	538	1.638	8,0%	296.194	5.808	927	2.565
2022	314.255	1.161	1.192.615	3.795.059	94.942	541	1.665	8,0%	302.117	5.924	949	2.614
2023	315.346	1.091	1.220.693	3.870.960	97.177	499	1.737	8,0%	308.160	6.042	972	2.708
2024	316.368	1.021	1.249.139	3.948.379	99.442	553	1.711	8,0%	314.323	6.163	994	2.706
2025	317.319	951	1.277.954	4.027.347	101.735	517	1.777	8,0%	320.609	6.286	1.017	2.795
2026	318.181	862	1.307.054	4.107.894	104.052	406	1.911	8,0%	327.022	6.412	1.041	2.951
2027	318.953	772	1.336.430	4.190.052	106.391	445	1.894	8,0%	333.562	6.540	1.064	2.958
2028	319.635	682	1.366.073	4.273.853	108.750	432	1.928	8,0%	340.233	6.671	1.088	3.015
2029	320.227	592	1.395.975	4.359.330	111.131	400	1.981	8,0%	347.038	6.805	1.111	3.092
2030	320.729	502	1.426.127	4.446.516	113.531	348	2.053	8,0%	353.979	6.941	1.122	3.175

1) Meðalmannfjöldi samkvæmt spá Hagstofu Íslands (hægt er að hafa áhrif á þennan vöxt með því að virkja sellu B6 með prósentutölu).

2) VLF = Verg landsframleiðsla. Hægt er að setja inn hagvöxt vergrar landsframleiðslu umfram vöxt í fólksfjölda inn í sellu D6.

3) Vöxtur í heilbrigðisútgjöldum umfram vöxt í fólksfjölda. Hægt er að breyta þessum vexti í sellu G6.

4) Viðbótarkostnaður vegna aldursdreifingar. Cert er ráð fyrir að einstaklingar 65 ára og eldri séu 5 sinnum dýrari sjúklingar en þeir sem yngri eru.

Þjóðhagsstofnun / JRB

Þróun fólksfjölda og landsframleiðslu, heilbrigðisútgjalda á mann til ársins 2030.

Hagvöxtur VLF umfram fólksfjölgun Magnvöxtur heilbrigðisútgjalda umfram fólksfjölgun Framleiðniaukning	2,0%		2,0%		2,0%		2,0%		2,0%		2,5%		2,5%		2,5%		2,5%		2,5%		1,5%		1,5%				
	2,0%	2,0%	2,5%	2,5%	0,0%	1,0%	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	8,0%	0,0%	1,0%	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	8,0%	0,0%	1,0%	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	8,0%	0,0%	1,0%	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	8,0%			
	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	Vöxtur á ári m.kr.	Prós. af VLF	
2000																											
2001	1.452	2.014	8,0%	1.728	2.292	8,0%	1.177	1.736	7,9%	1.728	2.292	8,0%	1.177	1.736	7,9%	1.728	2.292	8,0%	1.177	1.736	7,9%	1.728	2.292	8,0%	1.177	1.736	7,9%
2002	1.509	2.086	8,0%	1.801	2.384	8,0%	1.220	1.792	7,9%	1.801	2.384	8,0%	1.220	1.792	7,9%	1.801	2.384	8,0%	1.220	1.792	7,9%	1.801	2.384	8,0%	1.220	1.792	7,9%
2003	1.568	2.161	8,0%	1.877	2.478	8,1%	1.265	1.849	7,8%	1.877	2.478	8,0%	1.265	1.849	7,8%	1.877	2.478	8,0%	1.265	1.849	7,8%	1.877	2.478	8,0%	1.265	1.849	7,8%
2004	1.592	2.200	8,0%	1.918	2.538	8,1%	1.275	1.872	7,8%	1.918	2.538	8,0%	1.275	1.872	7,8%	1.918	2.538	8,0%	1.275	1.872	7,8%	1.918	2.538	8,0%	1.275	1.872	7,8%
2005	1.607	2.232	8,0%	1.951	2.591	8,2%	1.276	1.885	7,8%	1.951	2.591	8,0%	1.276	1.885	7,8%	1.951	2.591	8,0%	1.276	1.885	7,8%	1.951	2.591	8,0%	1.276	1.885	7,8%
2006	1.576	2.217	8,0%	1.938	2.598	8,2%	1.230	1.852	7,7%	1.938	2.598	8,0%	1.230	1.852	7,7%	1.938	2.598	8,0%	1.230	1.852	7,7%	1.938	2.598	8,0%	1.230	1.852	7,7%
2007	1.471	2.128	8,0%	1.852	2.532	8,2%	1.110	1.745	7,7%	1.852	2.532	8,0%	1.110	1.745	7,7%	1.852	2.532	8,0%	1.110	1.745	7,7%	1.852	2.532	8,0%	1.110	1.745	7,7%
2008	1.471	2.146	8,0%	1.872	2.573	8,3%	1.095	1.743	7,7%	1.872	2.573	8,0%	1.095	1.743	7,7%	1.872	2.573	8,0%	1.095	1.743	7,7%	1.872	2.573	8,0%	1.095	1.743	7,7%
2009	1.471	2.163	8,0%	1.893	2.615	8,3%	1.079	1.741	7,6%	1.893	2.615	8,0%	1.079	1.741	7,6%	1.893	2.615	8,0%	1.079	1.741	7,6%	1.893	2.615	8,0%	1.079	1.741	7,6%
2010	1.430	2.139	8,0%	1.872	2.616	8,4%	1.022	1.696	7,6%	1.872	2.616	8,0%	1.022	1.696	7,6%	1.872	2.616	8,0%	1.022	1.696	7,6%	1.872	2.616	8,0%	1.022	1.696	7,6%
2011	1.483	2.210	8,0%	1.947	2.714	8,4%	1.058	1.747	7,5%	1.947	2.714	8,0%	1.058	1.747	7,5%	1.947	2.714	8,0%	1.058	1.747	7,5%	1.947	2.714	8,0%	1.058	1.747	7,5%
2012	1.452	2.197	8,0%	1.939	2.729	8,4%	1.010	1.712	7,5%	1.939	2.729	8,0%	1.010	1.712	7,5%	1.939	2.729	8,0%	1.010	1.712	7,5%	1.939	2.729	8,0%	1.010	1.712	7,5%
2013	1.460	2.224	8,0%	1.970	2.784	8,5%	1.000	1.717	7,5%	1.970	2.784	8,0%	1.000	1.717	7,5%	1.970	2.784	8,0%	1.000	1.717	7,5%	1.970	2.784	8,0%	1.000	1.717	7,5%
2014	1.499	2.282	8,0%	2.033	2.872	8,5%	1.021	1.752	7,4%	2.033	2.872	8,0%	1.021	1.752	7,4%	2.033	2.872	8,0%	1.021	1.752	7,4%	2.033	2.872	8,0%	1.021	1.752	7,4%
2015	1.465	2.267	8,0%	2.024	2.887	8,6%	968	1.713	7,4%	2.024	2.887	8,0%	968	1.713	7,4%	2.024	2.887	8,0%	968	1.713	7,4%	2.024	2.887	8,0%	968	1.713	7,4%
2016	1.537	2.359	8,0%	2.122	3.011	8,6%	1.021	1.781	7,4%	2.122	3.011	8,0%	1.021	1.781	7,4%	2.122	3.011	8,0%	1.021	1.781	7,4%	2.122	3.011	8,0%	1.021	1.781	7,4%
2017	1.580	2.423	8,0%	2.192	3.107	8,7%	1.045	1.820	7,3%	2.192	3.107	8,0%	1.045	1.820	7,3%	2.192	3.107	8,0%	1.045	1.820	7,3%	2.192	3.107	8,0%	1.045	1.820	7,3%
2018	1.552	2.415	8,0%	2.190	3.133	8,7%	997	1.787	7,3%	2.190	3.133	8,0%	997	1.787	7,3%	2.190	3.133	8,0%	997	1.787	7,3%	2.190	3.133	8,0%	997	1.787	7,3%
2019	1.616	2.501	8,0%	2.283	3.253	8,7%	1.042	1.847	7,3%	2.283	3.253	8,0%	1.042	1.847	7,3%	2.283	3.253	8,0%	1.042	1.847	7,3%	2.283	3.253	8,0%	1.042	1.847	7,3%
2020	1.632	2.538	8,0%	2.328	3.327	8,8%	1.037	1.858	7,2%	2.328	3.327	8,0%	1.037	1.858	7,2%	2.328	3.327	8,0%	1.037	1.858	7,2%	2.328	3.327	8,0%	1.037	1.858	7,2%
2021	1.638	2.565	8,0%	2.363	3.390	8,8%	1.022	1.859	7,2%	2.363	3.390	8,0%	1.022	1.859	7,2%	2.363	3.390	8,0%	1.022	1.859	7,2%	2.363	3.390	8,0%	1.022	1.859	7,2%
2022	1.665	2.614	8,0%	2.419	3.477	8,9%	1.029	1.881	7,1%	2.419	3.477	8,0%	1.029	1.881	7,1%	2.419	3.477	8,0%	1.029	1.881	7,1%	2.419	3.477	8,0%	1.029	1.881	7,1%
2023	1.737	2.708	8,0%	2.521	3.608	8,9%	1.080	1.948	7,1%	2.521	3.608	8,0%	1.080	1.948	7,1%	2.521	3.608	8,0%	1.080	1.948	7,1%	2.521	3.608	8,0%	1.080	1.948	7,1%
2024	1.711	2.706	8,0%	2.526	3.645	9,0%	1.034	1.918	7,1%	2.526	3.645	8,0%	1.034	1.918	7,1%	2.526	3.645	8,0%	1.034	1.918	7,1%	2.526	3.645	8,0%	1.034	1.918	7,1%
2025	1.777	2.795	8,0%	2.624	3.773	9,0%	1.079	1.978	7,0%	2.624	3.773	8,0%	1.079	1.978	7,0%	2.624	3.773	8,0%	1.079	1.978	7,0%	2.624	3.773	8,0%	1.079	1.978	7,0%
2026	1.911	2.951	8,0%	2.788	3.970	9,0%	1.192	2.107	7,0%	2.788	3.970	8,0%	1.192	2.107	7,0%	2.788	3.970	8,0%	1.192	2.107	7,0%	2.788	3.970	8,0%	1.192	2.107	7,0%
2027	1.894	2.958	8,0%	2.803	4.017	9,1%	1.154	2.086	7,0%	2.803	4.017	8,0%	1.154	2.086	7,0%	2.803	4.017	8,0%	1.154	2.086	7,0%	2.803	4.017	8,0%	1.154	2.086	7,0%
2028	1.928	3.015	8,0%	2.869	4.116	9,1%	1.168	2.116	6,9%	2.869	4.116	8,0%	1.168	2.116	6,9%	2.869	4.116	8,0%	1.168	2.116	6,9%	2.869	4.116	8,0%	1.168	2.116	6,9%
2029	1.981	3.092	8,0%	2.955	4.236	9,2%	1.200	2.164	6,9%	2.955	4.236	8,0%	1.200	2.164	6,9%	2.955	4.236	8,0%	1.200	2.164	6,9%	2.955	4.236	8,0%	1.200	2.164	6,9%
2030	2.053	3.175	8,0%	3.060	4.353	9,2%	1.251	2.225	6,9%	3.060	4.353	8,0%	1.251	2.225	6,9%	3.060	4.353	8,0%	1.251	2.225	6,9%	3.060	4.353	8,0%	1.251	2.225	6,9%

Fylgiskjal 5



HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUN
EYTIÐ

Laugavegur 116, 150 Reykjavík,
Sími: 560 9700, Bréfasími: 551 9165,
netfang: postur@htr.stjr.is

Til
(Sjá meðfylgjandi lista)

Reykjavík 26. apríl 1999

Tilvísun: 99040019/016 Almenn heilbrigðismál; heilsuefning
IE/--

Á heilbrigðisþingi 1999, sem haldið var 25. mars sl., voru lögð fram drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2005. Fyrirliggjandi drög eru afrakstur vinnu sem staðið hefur yfir undanfarin misseri. Nefnd, sem skipuð var af Ingibjörgu Pálmadóttur, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, í ársbyrjun 1996, fékk það verkefni að endurskoða og endurbæta íslenska heilbrigðisáætlun frá 1991. Samkvæmt skipunarbréfi nefndarinnar var tilgangur áætlanagerðarinnar m.a. sá að setja heilbrigðisþjónustunni mælanleg markmið.

Í nefnd um endurskoðun heilbrigðisáætlunar eiga sæti eða hafa setið:

Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri og formaður nefndarinnar
Ólafur Ólafsson, fyrrv. landlæknir, og síðar Sigurður Guðmundsson, landlæknir
Sighvatur Björgvinsson, alþingismaður og fyrrv. ráðherra
Svavar Gestsson, sendiherra og fyrrv. ráðherra
Inga Jóna Þórðardóttir, borgarfulltrúi og fyrrv. aðstoðarmaður ráðherra
Þórir Haraldsson, aðstoðarmaður ráðherra
Ásta Möller, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
Jónas Magnússon, prófessor
Birgir Gunnarsson, framkvæmdastjóri
Pálmi V. Jónsson, yfirlæknir
Jón Sæmundur Sigurjónsson, hagfræðingur
Símon Steingrímsson, verkfræðingur
Starfsmaður nefndarinnar er Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri.

Nefndin hefur leitað álits fjölda sérfræðinga á ýmsum sviðum. Auk nefndarmanna hafa starfsmenn ráðuneytisins, Landlæknisembættis og Hagstofu Íslands komið að gerð áætlunarinnar. Vinnsla á efni áætlunarinnar hefur að öðru leyti verið á hendi áætlana- og þróunarskrifstofu ráðuneytisins.

Við mótun heilbrigðisáætlunarinnar var tekið mið af stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um *heilbrigði allra*, innlendri stefnumótun og áætlunum á sviði heilbrigðismála, skilgreiningu heilbrigðislaga á tilgangi heilbrigðisþjónustu

og nýlegum viðmiðunarreglum um forgangsröðun. Tilgreind eru forgangsverkefni en að öðru leyti mynda þau 21 markmið sem er að finna í Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar megingrunn heilbrigðisáætlunarinnar. Undir hverju Evrópumarkmiði eru tilgreind 2–6 íslensk markmið og tölulegir mælikvarðar fyrir Ísland.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið sendir hér með til umsagnar umrædd drög að heilbrigðisáætlun til stjórna heilbrigðisstofnana, fagstétta, hagsmunasamtaka, frjálsra félagasamtaka og annarra þeirra aðila er málið snertir. Í þeim tilvikum sem um heildarsamtök er að ræða eru formenn þeirra beðnir um að leita áhlits aðildarfélaganna. Enn fremur er sérstaklega óskað eftir hugmyndum umsagnaraðila um á hvern hátt þeir geti stuðlað að því að markmiðum áætlunarinnar verði náð.

Umsagnir og athugasemdir skulu berast ***Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu eigi síðar en 1. júní 1999.*** Að fengnum umsögnum mun nefnd um endurskoðun heilbrigðisáætlunarinnar fá málið til umfjöllunar og verður þá ráðist í að fullvinna áætlunina. Stefnt er að því að heilbrigðisáætlunin liggja fyrir haustið 1999 og verði þá lögð fyrir Alþingi.

Áætlunina er einnig að finna á vef ráðuneytisins (veffang: www.stjr.is/htr).

Listi yfir umsagnaraðila

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga *
Félag íslenskra fóttaáðgerðafræðinga
Félag íslenskra kiropraktora
Félag íslenskra sjúkrahjálfa
Félag sjóntækjafræðinga
Félag íslenskra tannfræðinga
Félag þroskahjálfa
Iðjuþjálfafélag Íslands *
Landssamband sjúkraflutningamanna
Ljósmeðrafélag Íslands
Lyfjafræðingafélag Íslands *
Læknafélag Íslands
Matvæla og næringarfræðingafélag Íslands *
Meinataeknafélag Íslands
Næringaráðgjafafélag Íslands
Röntgenteknafélag Íslands
Sálfræðingafélag Íslands
Sjúkraliðafélag Íslands *
Stéttarfélag íslenskra félagsráðgjafa
Stéttarfélag íslenskra lyfjafræðinga
Tannlæknafélag Íslands *
Tannsmiðafélag Íslands
Þroskahjálfafeilag Íslands

II.

Barnaheill
Blindrafélagið
Daufblindrafélag Íslands
Félag astmasjúklinga
Félag aðstandenda Alzheimersjúklinga
Félag eldri borgara
Félag nýrnasjúklinga
Fræðslusamtök um kynlíf og barneignir*
Foreldrafélag misþroska barna
Geðverndarfélag Íslands
Geðhjálp
Gigtarfélag Íslands
Hjartavernd
Heilbrigðistæknifélag Íslands
Krabbameinsfélag Íslands

Landssamband eldri borgara
Landssamband hjartasjúklinga
Manneldisráð Íslands *
Mígrenisamtökin
M.S.- félag Íslands
Rauði kross Íslands
Samband íslenskra berkla- og brjóstholssjúklinga (SÍBS)
Samhjálp
Samtök áhugafólks um áfengisvandamálið, S.Á.Á.
Samtök endurhæfðra mænuskaddaðra
Samtök sykursjúkra
Samtök psoriasis-exemsjúklinga
Samtök mígrenisjúklinga
Sjálfsbjörg, landssamband fatlaðra
Slysavarnafélag Íslands
Styrktarfélag krabbameinssjúkra barna
Styrktarfélag lamaðra og fatlaðra
Styrktarfélag vangefinna
Tóbaksvarnanefnd*
Öryrkjabandalag Íslands

III.

Heilsugæslan í Reykjavík
Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Heilsugæslustöðin Lágmúla
Heilsugæslustöð Borgarness
Heilsugæslustöð Ólafsvíkur
Heilsugæslustöð Grundarfjarðar
Heilsugæslustöð Búðardals
Heilsugæslustöð Dalvíkur
Heilsugæslustöð Akureyrar *
Heilsugæslustöð N-Þingeyjarsýslu
Heilsugæslustöð Vopnafjarðar
Heilsugæslustöð Eskifjarðar
Heilsugæslustöð Fáskrúðsfjarðar
Heilsugæslustöð Djúpavogs
Heilsugæslustöð Hafnar í Hornafirði
Heilsugæslustöð Kirkjubæjarklausturs
Heilsugæslustöðin Vík
Heilsugæslustöð Hvolsvallar
Heilsugæslustöð Hellu
Heilsugæslustöðin Laugarási
Heilsugæslustöð Hveragerðis
Heilsugæslustöð Þorlákshafnar
Heilsugæslustöð Hafnarfjarðar
Heilsugæslustöð Garðabæjar
Heilsugæslustöð Kópavogs
Heilsugæslustöð Seltjarnarness

Heilsugæslustöð Ólafsfjarðar
Heilsugæslustöð Mosfellsbæjar
Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði
Heilbrigðisstofnunin Bolungarvík
Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ
Heilbrigðisstofnunin Hólmavík *
Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi
Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki
Heilbrigðisstofnunin Siglufirði
Heilbrigðisstofnunin Húsavík
Heilbrigðisstofnunin Egilsstöðum
Heilbrigðisstofnunin Seyðisfirði
Heilbrigðisstofnunin Neskaupstað
Heilbrigðisstofnunin Selfossi
Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum
Heilbrigðisstofnunin Suðurnesjum
Heilbrigðisstofnunin Akranesi
St. Fransiskusspítalinn Stykkishólmi
Ríkisspítalar
Sjúkrahús Reykjavíkur
Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri *
St. Jósefsspítali Hafnarfirði
Landssamtök heilsugæslustöðva
Landssamtök sjúkrahúsa á Íslandi

IV.

Áfengisvarnaráð
Geislavarnir ríkisins
Heymar- og talmeinstöð Íslands
Landlæknissembættið
Lyfjaeftirlit ríkisins
Lyfjanefnd ríkisins
Manneldisráð
Sjónstöð Íslands
Tannverndarráð
Tryggingastofnun ríkisins

V.

Reynir Þorsteinsson héraðslæknir
Lúðvík Ólafsson héraðslæknir
Ólafur H. Oddsson héraðslæknir *
Pétur Skarphéðinsson héraðslæknir
Stefán Þórarinnsson héraðslæknir
Sveinn Magnússon héraðslæknir
Friðný Jóhannesdóttir héraðslæknir

VI.

Pétur Þorsteinsson Kópaskeri*

* Skiluðu álitu

