

um breyting á sjúkrahúsalögum, nr. 93 31. desember 1953.

(Lagt fyrir Alþingi á 84. löggjafarþingi, 1963—1964.)

1. gr.

3. málsgr. 4. gr. laganna orðist svo:

Ef sjúkrahús er í fleiri en einni deild, skal sérstakur sjúkrahúslæknir eða yfirlæknir vera fyrir hverri deild.

2. gr.

10. gr. laganna orðist svo:

Ríkissjóður greiðir sveitarfélögum þrjá fimmtu hluta kostnaðar af að reisa almenn sjúkrahús og sömu aðilum tvo þriðju hluta kostnaðar við að reisa héraðslæknabústaði samkvæmt lögum þessum.

Þegar framlag ríkissjóðs til sjúkrahúsa er ákveðið, skal það miðað við eðlilegan kostnað af að reisa sjálfa bygginguna með öllu múr- og naglföstu og við lagfæringu á lóð. Með múr- og naglföstu skal telja öll meiri háttar eldunartæki og matreiðsluvélar, sem notast eiga til frambúðar í eldhúsi, meiri háttar þvottavélar í þvottahúsi, svo og aðalröntgentæki, þegar um er að ræða sjúkrahús, sem rúmar fleiri en 20 sjúklinga, enda sé búnaður allur við hæfi sjúkrahússins.

3. gr.

Á eftir 10. gr. laganna komi ný grein, sem verður 11. gr. og hljóði svo:

Ríkisframlag til bygginga almennra sjúkrahúsa, sem rekin eru af sveitarfélögum, og héraðslæknisbústaða eru bundin þeim skilyrðum, að allur undirbúningur slíkra bygginga fari fram í samráði við ráðherra þann, er fer með heilbrigðismál, svo og landlækni, og að kostnaðaráætlun og fullnaðaruppdrættir að mannvirkjunum hafi hlotið samþykki þeirra og húsameistara ríkisins.

Alþingi ákveður hverju sinni, til hvaða sjúkrahúsa eða læknisbústaða stofnkostnaðarframlög eru veitt, og er ekki heimilt að hefja framkvæmdir fyrr en fyrsta fjárveiting er fyrir hendi. Nú hefur Alþingi samþykkt slíka fjárveitingu og ákveður það þá einnig, hvernig framlögum skuli háttað framvegis. En skylt er ríkissjóði þó að hafa lokið greiðslu á framlögum sínum til hvernar framkvæmdar, miðað við upphaflega kostnaðaráætlun, innan 5 ára, frá því að fyrsta framlag var innt af hendi, ef sjúkrahús vistar ekki yfir 20 sjúklinga, sbr. 5. gr., og innan 8 ára, ef sjúkrahús vistar fleiri sjúklinga. Ríkisframlag til héraðslæknisbústaða skal með sama hætti inna af hendi innan 5 ára, frá því að fyrsta framlag var greitt. Ákvæði þau, sem hér að framan greinir, taka þó aðeins til framkvæmda, sem ákveðnar eru eftir að lög þessi taka gildi.

Ef hafnar eru framkvæmdir, án þess að framangreindum skilyrðum sé fullnægt, er stofnkostnaður ríkissjóði óviðkomandi.

4. gr.

Í stað 11. gr. laganna kemur ný grein, sem verður 12. gr. og orðast svo:

Úr ríkissjóði greiðist árlega sérstakur styrkur vegna rekstrarhalla sjúkrahúsa sveitarfélaga, og skal styrknum ávísast eftir á, þegar sjúkrahús hefur skilað tilskildum ársskýrslum um reksturinn ásamt rekstrarreikningi, sem gerður skal úr garði samkvæmt fyrirmælum heilbrigðisstjórnar.

Sjúkrahúsin falla eftir þjónustu í þrjá aðalflokka til að hljóta rekstrarstyrk. Í I. flokki eru deildaskipt sjúkrahús, þ. e. sjúkrahús með minnst 3 deildum, lyflæknisdeild, handlæknisdeild og röntgendeild. Í II. flokki eru sjúkrahús, sem hafa sérstakan sjúkrahúslækni eða yfirlækni, auk annarrar læknisþjónustu, en falla ekki undir I. flokk. Í III. flokki eru sjúkrahús eða sjúkaskýli, sem héraðslæknar veita forstöðu. Ráðherra er heimilt að skipta sjúkrahúsum í I., II. og III. flokki í undirflokk, að fegnum tillögum landlæknis. Styrkhæð miðast við flokkun sjúkrahúsa og legudagafjölda og ákvarðast nánar í reglugerð innan marka fjárveitinga í fjárlögum.

Ráðherra er heimilt að gera það að skilyrði fyrir styrkveitingu samkvæmt ákvæðum þessarar greinar, að hlutaðeigandi sjúkrahús tryggi rekstrarafkomu sína með því að taka hæfilegt aukagjald umfram almenn daggjöld af sjúklingum frá nágrannasveitarfélögum, er sjúkrahússins hafa not, en hafa sjálf ekki með höndum sérstakan sjúkrahúsrekstur, ella sé sjúkrahúsinu tryggður með samningi hæfilegur árlegur rekstrarstyrkur af hendi slíkra sveitarfélaga.

5. gr.

12. gr. laganna verður 13. gr. og 13. gr. verður 14. gr.

6. gr.

Lög þessi ganga í gildi þegar í stað, og greiðist rekstrarstyrkur til sjúkrahúsa samkvæmt þeim í fyrsta skipti fyrir árið 1963, en samkvæmt ákvæðum fjárlaga 1964, og þannig áfram.

Jafnframt eru úr gildi numin lög nr. 36 4. apríl 1956, lög nr. 56 5. júní 1957 og lög nr. 31 25. maí 1960, öll um breyting á sjúkrahúsalögum, nr. 93 31. des. 1953.

Þegar lög þessi hafa öðlazzt gildi, skal fella 1. til 4. gr. þeirra inn í meginmál sjúkrahúsalaga, nr. 93 31. desember 1953, og breyta númerum á 12. og 13. gr. og gefa þau út að nýju.

Athugasemdir við lagafrumvarp þetta.

Á s. 1. sumri var landlækni, dr. Sigurði Sigurðssyni, Björgvin Sæmundssyni, bæjarstjóra á Akranesi, Eliasi Eliassyni, deildarstjóra og Þór Vilhjálmsyni, borgardómara, falin endurskoðun sjúkrahúsalaga nr. 93/1953, og sérstaklega ákvæða laganna um rekstur sjúkrahúsa sveitarfélaga. Nefndin hefur gengið frá lagafrumvarpi þessu, en Björgvin Sæmundsson skilaði séráliti um ákveðið atriði, en Þór Vilhjálmsson tók ekki þátt í lokaafgreiðslu nefndarinnar vegna fjarveru úr landi.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins:

Um 1. gr.

Ekki þykir fært að leyfa rekstur deildaskiptra sjúkrahúsa, án þess að sérfróður læknir standi fyrir hverri deild. Þess vegna hefur orðinu „má“ verið breytt í skal.

Um 2. gr.

Frá því að sjúkrahúsalög voru upphaflega sett hér á landi árið 1933, hafa breytingar á þeim aðallega varðað tvö atriði, framlag ríkis til byggingar sjúkrahúsa og þátttöku í rekstrarkostnaði þeirra. Aðalbreytingin á 10. gr. nú er fólgin í því, að ríkisstyrkur til byggingar allra þeirra sjúkrahúsa, sem styrks njóta, verði hinn sami. Er bæði ósannngjarnt og óheppilegt, að sjúkrahús í kaupstöðum hljóti lægri byggingarstyrk en sjúkrahús annars staðar á landinu, enda hafa mismunandi styrkuppþæðir bæði reynzt handahófslegar og óraunhæfar. Það er staðreynd, að nútíma sérþekking í læknisfræði nýtist einungis á stórum, vel útbúnum, deildaskiptum sjúkrahúsum. Þess vegna ber að keppa að því, eftir því sem unnt er, að reisa fá, en fullkomin sjúkrahús í stað margra og ófullkominna. Fullkomin sjúkrahús er hins vegar ekki unnt að reka nema þar, sem fólksfjöldi er nægur, þ. e. í stærstu kaupstöðunum og þá umfram allt í Reykjavík, en einnig á Akureyri, enda verður sífellt auðveldara fyrir landsbyggðina að hafa not slíkra sjúkrahúsa vegna framfara í samgöngum.

Um 3. gr.

Nauðsynlegt þykir að reisa skorður við því, að byrjað sé á sjúkrahúsabyggingum, sem ríkissjóður styrkir, án þess að fé hafi áður verið veitt til þeirra á fjárlögum, og er greininni ætlað að sporna við því. Enn fremur er nauðsynlegt, að reynt verði að hraða greiðslu á framlögum, eins og unnt er, eftir að ákvarðanir hafa verið teknar um framkvæmdir, svo að bygging taki ekki óhæfilega langan tíma. Í greinina er því sett ákvæði um takmörk fyrir því, hve lengi greiðsla megi dragast, eftir að fyrsta framlag hefur verið innt af hendi.

Um 4. gr.

Ekki hefur verið gert ráð fyrir því hér fremur en annars staðar á Norðurlöndum, að sjúkratryggingar standi einar straum af rekstrarkostnaði sjúkrahúsa með daggjaldagreiðslum, og ekki hefur heldur þótt sannngjarnt, að sveitarfélög standi ein undir hallanum. Hefur því verið farin sú leið, að veita sjúkrahúsum beinan ríkisstyrk, tiltekna upphæð á legudag, og hefur sú upphæð verið ákveðin í sjúkrahúsalögum. Þetta fyrirkomulag er óheppilegt, þar sem af því leiðir, að lögnum verður að breyta hvert sinn, sem styrkhæðinni er breytt. Þess vegna er lagt til í greininni, að hæð styrksins sé ákveðin í reglugerð, en miðað við flokkur sjúkrahúsanna og legudagafjölda. Flokkunin er miðað við, að styrkhæð verði því meiri sem sjúkrahús veitir meiri þjónustu, og er það gert með sömu rökum og greinir í umsögn um 2. grein.

Þá er það nýmæli í greininni, að styrk skuli ekki ávísað fyrr en sjúkrahús hefur skilað ársreikningi og tilskildum ársskýrslum um starfsemina.

Ákvæðið ætti að stuðla að því, að hið opinbera geti fylgzt betur með rekstri og afkomu sjúkrahúsa og að meiri regla verði á skýrslugerð þeirra en verið hefur