

Maí 2023



Tillögur

starfshóps heilbrigðisráðherra
til jöfnunar á aðgengi að sérfræðipjónustu
á heilbrigðissviði óháð búsetu

Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Tillögur starfshóps heilbrigðisráðherra til jöfnunar á aðgengi að sérfræðipjónustu á heilbrigðissviði óháð búsetu

Maí 2023

hrn@hrn.is

www.hrn.is

Umbrot og textavinnsla:

Stjórnarráð Íslands

©2022 Stjórnarráð Íslands

ISBN 978-9935-515-30-8

Efnisyfirlit

Inngangur	6
1. Helstu niðurstöður	8
1.1 Afmörkun	8
1.2 Forsendur	8
1.3 Tillögur í stuttu máli	9
2. Ívilnunarheimildir í lögum um Menntasjóð námsmanna.....	10
2.1 Sérstök ívilnun vegna námsgreina	10
2.2 Sérstök ívilnun vegna námsgreina á sérstökum svæðum	10
3. Byggðasjónarmið.....	12
4. Kynja- og jafnréttisáhrif	15
5. Norska kerfið	18
5.1 Lækkun skulda óháð starfsstétt.....	18
5.2 Lækkun skulda fyrir lækna.....	18
5.3 Önnur kerfi fyrir niðurfellingu höfuðstóls.....	19
5.4 Mat á áhrifum.....	19
6. Greining starfshópsins.....	20
6.1 Flokkun landsvæða.....	20
6.2 Þörf eftir svæðum.....	21
6.3 Sérfræðiþjónusta.....	22
6.4 Takmarkandi þættir við veitingu ívilnana.....	22
6.5 Forsendur þess að ívilnun borgi sig.....	22
6.6 Aðkoma fagráðuneytis og skýrleiki auglýsingar.....	23
7. Verklag við beitingu 28. gr.	24

8. Ívilnanir á grundvelli 27. gr.....	27
8.1 Forsendur ívilnunar	27
8.2 Verklag við beitingu 27. gr.....	28
9. Kostnaðarmat.....	30
9.1 Gögn, lýsandi tölfræði	30
9.2 Tvær forsendur og ein athugasemd um tímaás.....	33
9.3 Næmisgreining: Gul svæði tekin með	35
10. Aðrar tillögur og ábendingar.....	37
10.1 Sérfræðiþjónusta á landsbyggðinni.....	37
10.1.1 Samvinna stofnana um skipulag sérfræðiþjónustu fyrir allt landið.....	37
10.1.2 Möguleikar vegna fjarheilbrigðisþjónustu.....	37
10.1.3 Aðgengi í nám	38
10.1.4 Læknanemar eða sérnámslæknar að hluta til á landsbyggðinni.....	38
10.1.5 Fækkun lánþega Menntasjóðs námsmanna.....	38
10.2 Aðferðafræði og nýting greiningarvinnu	38

Myndaskrá

Mynd 1: Heildarfjárhæð ívilnunarhæfra lána á rauðum svæðum eftir kynjum. Á myndinni sést að yfirgnæfandi meirihluti lána er hjá konum eða 85% og 15% hjá körlum.....	16
Mynd 2: Svæðaskipting með tilliti til beitingar ívilnana skv. 28. gr. laganna.....	21
Mynd 3: Ferli við beitingu ívilnunarákvæða 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna.....	26
Mynd 4: Heildarfjárhæð lána eftir svæðisskiptingu og námsgreinum. Á myndinni sést að heildarfjárhæðin er mest í sálfræði, hjúkrunarfræði, læknisfræði og félagsráðgjöf. Litirnir vísa til svæðaskiptingarinnar sem skilgreind er á Mynd 2 á bls. 20.	32
Mynd 5: Heildareftirstöðvar námslána eftir fæðingarári. Myndin sýnir að fjárhæð námslána hækkar fram til þrítugs og byrjar svo að lækka	32
Mynd 6: Meðaleftirstöðvar lána á ívilnunarhæfum námsgreinum eftir svæðum.....	33
Mynd 7: Svæðaskipting stækkaðs ívilnunarsvæðis skv. 28. gr. laganna - næmisgreining.....	36

Töfluskrá

Tafla 1: Yfirflokkar námsgreina, mat á líkum þess að námsgrein muni hljóta ívilnun skv. 28. gr. og fjöldi lánþega í hverjum flokki.....	30
Tafla 2: Helstu forsendur í grunnmati	34
Tafla 3: Heildarniðurfelling og fjöldi lánþega á rauðum svæðum á ári ef allar námsgreinar hlytu ívilnun á öllu rauða svæðinu.....	34
Tafla 4: Helstu niðurstöður líkans	35
Tafla 5: Niðurstöður með stækkuðu ívilnunarsvæði.....	36

Inngangur

Haustið 2022 samþykkti heilbrigðisráðherra að skipaður yrði starfshópur sem kæmi með tillögur að leiðum til að ná því markmiði að aðgangur að ýmiss konar sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði óháð búsetu yrði jafnaður. Starfshópurinn ætti m.a. að koma með tillögur að reglum, viðmiðum og leiðum til að gera veitendum heilbrigðisþjónustu kleift að nýta ákvæði í VII. kafla laga um Menntasjóð Íslenskra námsmanna, nr. 60/2020, sem kveður á um sértækar aðgerðir um sérstaka ívilnun námsgreina og sérstaka ívilnun námsgreina á sérstökum svæðum. Starfshópurinn skyldi skipaður fulltrúum frá heilbrigðisráðuneyti, Landssambandi heilbrigðisstofnana, háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneyti, Sambandi Íslenskra sveitarfélaga og Byggðastofnun. Fulltrúi Byggðastofnunar leiddi vinnu hópsins.

Í desember sama ár var starfshópurinn þannig skipaður:

- Reinhard Reynisson, tilnefndur af Byggðastofnun, formaður hópsins
- Ester Petra Gunnarsdóttir, án tilnefningar
- Baldvina Ýr Hafsteinsdóttir, tilnefnd af Landssambandi heilbrigðisstofnana
- Gylfi Ólafsson, tilnefndur af Landssambandi heilbrigðisstofnana
- Valgerður Rún Benediktsdóttir, tilnefnd af Sambandi Íslenskra sveitarfélaga
- María Guðjónsdóttir, tilnefnd af háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneyti

Verkefni starfshópsins byggist á aðgerð A.6 í stefnumótandi byggðaáætlun fyrir árin 2022-2036 sem var samþykkt á Alþingi með þingsályktunartillögu (þskj. 1383, 563. mál á 152. lögb.).¹ Markmið aðgerðar A.6 er að aðgangur að ýmis konar sérfræðiþjónustu óháð búsetu verði jafnaður. Í því felst að skoðað verði hvort fjölga megi sérfræðingum á heilbrigðissviði á landsbyggðinni með því að nýta ákvæði 28. gr. í lögum um Menntasjóð námsmanna þar sem kveðið er á um sérstaka ívilnun vegna námsgreina á sérstökum svæðum. Lögð verði áhersla á mikilvægi þess að tryggja ýmiss konar sérfræðiþjónustu, til að mynda þjónustu geðhjúkrunarfræðinga, sálfræðinga, talmeinafræðinga og sérfræðilækna á landsbyggðinni. Samkvæmt byggðaáætlun er heilbrigðisráðuneytið ábyrgðarráðuneyti verkefnisins en Byggðastofnun framkvæmdaraðili. Þá tengist

¹ <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2023/01/05/Starfshopur-um-baetta-monnun-og-jafnara-adgengi-ad-heilbrigdisthjonustu-ohad-busetu/>

verkefnið heilbrigðisstefnu, menntastefnu og þriðja heimsmarkmiði Sameinuðu þjóðanna.²

Samkvæmt skipunarbréfi var starfshópnum falið að skila tillögum sínum til ráðherra fyrir lok mars 2023 en frestur var veittur fram í maí sama ár. Starfshópurinn fundaði að jafnaði vikulega og átti vinnufund með Landsráði um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu og fagteymi heilbrigðisráðuneytisins um mönnun. Einn fulltrúi í hópnum sat einnig í starfshóp heilbrigðisráðherra um öfluga sjúkrahúsþjónustu í dreifbýli.

² <https://www.althingi.is/altext/152/s/1383.html>

1. Helstu niðurstöður

1.1 Afmörkun

Í erindisbréfi starfshópsins og þeirri aðgerð í byggðaaáætlun sem sérstaklega er tiltekin þar, er skýr markmiðssetning um jöfnun aðgengis að sérfræðipjónustu á heilbrigðisviði óháð búsetu og vísað til ákvæða laga VII. kafla laga um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020 um sérstaka ívilnun vegna námsgreina á sérstökum svæðum.

Tillögur starfshópsins snúa því fyrst og fremst að beitingu 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna þar sem hún er sérstaklega sniðin til þess að bregðast við skorti á sérstökum svæðum.

Í erindisbréfi starfshópsins er honum þó einnig ætlað að leggja fram tillögur að því hvernig beita megi 27. gr. laganna til að takast á við mönnun heilbrigðiskerfisins á landsvísu og því leggur hann einnig fram tillögur þar um.

Um aðrar tillögur og ábendingar starfshópsins er fjallað í 10. kafla.

1.2 Forsendur

Helstu forsendur sem starfshópurinn leggur til grundvallar eru eftirfarandi:

- Svæði á landsbyggðinni verði flokkuð sem rauð svæði með tilliti til mönnunar og nauðsyn þess að stjórnvöld bregðist við þörf á heilbrigðisstarfsfólki. Svæði getur verið rautt varðandi mönnun einnar stéttar en ekki annarrar og rauðum svæðum ætti að fækka með tilkomu ívilnana eftir því sem mönnun batnar.
- Sveitarfélög, eitt eða fleiri saman, verði í samstarfi við heilbrigðisstofnanir vegna innsendingar á tillögum um beitingu ívilnana vegna heilbrigðisstétta.
- Ívilnun geti nýst fyrir heilbrigðisstéttir sem starfa á stofnunum en einnig á starfsstofum utan stofnana.
- Ívilnun taki jafnt til allra sem falla undir auglýsta ívilnun á tilteknu svæði óháð því hvort viðkomandi flyst á svæðið til að njóta ívilnunar eða býr þar fyrir.
- Mikilvægt er að fólk njóti ívilnunar strax á fyrsta ári til þess að tenging milli ákvörðunar og ábata sé sem skýrust.
- Meginreglan þarf að vera sú að lánþegi sem notið hefur ívilnunar komi aldrei verr út gagnvart Menntasjóðnum heldur en ef hann hefði sleppt því að þiggja ívilnun, jafnvel þó aðstæður breytist og skilyrði niðurfellingar teljist ekki vera til staðar við lok tveggja ára lágmarkstímans.
- Mikilvægt er að gætt verði að því að til tveggja ára lágmarkstímans teljist t.a.m. fæðingarorlof og ófyrirsjáanleg veikindi lánþega á ívilnunartíma.

- Komi til þess að niðurfelling höfuðstólsins skuli ganga til baka skal færa þá upphæð til lengingar á endurgreiðslutíma lánsins eins og um frystingu á afborgunum hefði verið að ræða.
- Samkvæmt grófu kostnaðarmati á beitingu ívilnana skv. 28. gr. laganna sem starfshópurinn gerði má gera ráð fyrir að kostnaður við ívilnanir á rauðum svæðum geti orðið á bilinu 70-100 milljónir króna á ári og að ívilnun geti að jafnaði jafngilt um 70.000 króna hækkun mánaðarlauna (fyrir skatt) til handa lánþega.

1.3 Tillögur í stuttu máli

1. Byggðastofnun og Samband íslenskra sveitarfélaga hefji þegar vinnu við kortlagningu á þörf fyrir heilbrigðisstarfsfólk í samræmi við ákvæði 28. gr. laganna, til að undirbúa afgreiðslu erinda á grundvelli laganna frá einstökum sveitarfélögum
2. Teknar verði saman upplýsingar og gögn og unnin skýrsla samkvæmt 27. gr. laganna varðandi heilbrigðisstarfsfólk.
3. Ívilnanir sem auglýstar verða, hvort sem er á grundvelli 28. eða 27. gr. laganna, feli í sér árlega 20% lækkun á höfuðstól námsláns, þó með krónutölupaki á hvern lánþega sem uppfyllir skilyrði ívilnunar.³
4. Mikilvægt er að umsóknaferli lánþega verði sem mest sjálfvirkt og rafrænt.
5. Lagt er til að beiting ívilnana hefjist um leið og nauðsynlegri undirbúningsvinnu er lokið
6. Gert verði ráð fyrir verkefninu í fjármálaáætlun og fjárlögum.
7. Ívilnun gildi í tvö til fimm ár gagnvart hverjum lánþega, svo fremi að hann uppfylli skilyrði ívilnunar.
8. Árangursmat fari fram að fjórum árum liðnum eftir að beiting ívilnana hefst.

Starfshópurinn hefur útfært tillögu að ferli máls samkvæmt 28. gr., frá vinnslu tillögu sveitarfélags til niðurfellingar höfuðstóls, sem eru útfærðar í 7. kafla. Í kafla 8.2 er sett fram tillaga að ferli máls samkvæmt 27. gr. en það er nokkuð einfaldara, fyrst og fremst vegna þess að með því að svæðisviddin fer út úr matinu fækkar þeim aðilum sem aðkomu hafa að því.

³ Útreikningar starfshópsins í kostnaðarmati vegna ívilnana byggja á því að hámarkið sé 500.000 kr. Grein er gerð fyrir forsendum þess í kafla 9.2.

2. Ívilnunarheimildir í lögum um Menntasjóð námsmanna

Í 27. og 28. gr. VII. kafla laga um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020 eru tvenns konar ákvæði um sértækar aðgerðir sem lúta að tímabundnum ívilnunum við endurgreiðslu námslána við sérstök skilyrði. Ákvæði laganna taka til allra lánþega sjóðsins. Í samræmi við erindisbréf hópsins einbeitti hann sér að ívilnunum vegna heilbrigðisstarfsfólks. Lagalegar forsendur liggja fyrir til að hefja undirbúning ívilnana vegna skorts á heilbrigðisstarfsfólki á dreifbýlum svæðum, en sú lagagrein sem á sérstaklega við um það er 28. gr. laganna.

2.1 Sérstök ívilnun vegna námsgreina

Heimilt er samkvæmt 27. gr. laganna að beita ívilnun ef fyrir liggja upplýsingar um viðvarandi eða fyrirsjáanlegan skort á fólki með tiltekna menntun. Markmiðið er að skapa sérstakan hvata fyrir fólk til að sækja sér þá tilteknu menntun og til að starfa í tiltekinni starfsgrein. Til að virkja ívilnunarheimildina þarf að liggja fyrir skýrsla, unnin af stjórnvöldum í samráði við hlutaðeigandi atvinnurekendur, um mikilvægi þess að bregðast við skorti í tiltekinni starfsstétt. Þá er einnig skilyrði að fjármagn til menntasjóðsins sé aukið.

2.2 Sérstök ívilnun vegna námsgreina á sérstökum svæðum

Samkvæmt 28. gr. laganna er heimilt að beita ívilnun til að bregðast við ástandi þar sem skortur er á menntuðum einstaklingum á ákveðnum svæðum sem skilgreind skulu í samráði við Bygðastofnun. Ívilnunin er þá m.a. bundin því skilyrði að lánþegi sem búsettur er á viðkomandi svæði nýti í reynd menntun sína til starfa í a.m.k. 50% starfshlutfalli í viðkomandi byggð í að lágmarki tvö ár. Til að unnt sé að virkja ívilnunarheimildina þarf að liggja fyrir tillaga frá sveitarfélagi eða sveitarfélögum til stjórnvalda um þörf á menntuðu fólki í viðkomandi byggðarlagi og skýrsla unnin af Bygðastofnun í samráði við Samband íslenskra sveitarfélaga um mikilvægi þess að bregðast við aðstæðum. Þá er einnig skilyrði að fjármagn til menntasjóðsins sé aukið.

Eins og fram kom í inngangi er verkefni starfshópsins byggt á aðgerð A.6 í núgildandi byggðaáætlun en markmið aðgerðarinnar er að aðgangur að ýmis konar sérfræðipjónustu óháð búsetu verði jafnaður. Ákvæði 28. gr. kom nýtt inn í lög árið 2020. Í greinargerð með frumvarpinu segir að ákvæðið sé að norski fyrirmynd en þar í landi eiga t.d. þeir sem byrjuðu í kennaranámi haustið 2017 eða seinna og starfa sem kennarar í Finnörku eða Norður-Tromsfylki í Noregi möguleika á að fá afskrifaðan hluta af námslánum sínum starfi þeir sem kennarar

í 50% starfi, samfellt í a.m.k. tólf mánuði.⁴ Starfshópurinn hefur því horft til Noregs sem ákveðinnar fyrirmyndar en nánar er fjallað um kerfið í Noregi í 5. kafla.

⁴ „Do you live in Finnmark or Nord-Troms“, á heimasíðu Lånekassen, <https://lanekassen.no/en-US/gjeld-og-betaling/finnmark-or-nord-troms/>

3. Byggðasjónarmið

Megin markmið stjórnvalda í byggðamálum eru skilgreind í lögum um byggðaáætlun og sóknaráætlanir nr. 69/2015, en þau eru að jafna tækifæri allra landsmanna til atvinnu og þjónustu, jafna lífskjör og stuðla að sjálfbærri þróun byggðarlaga um land allt. Gildandi byggðaáætlun á hverjum tíma er annars vegar stefnumörkun til 15 ára og hins vegar aðgerðaáætlun til fimm ára sem byggir á þessum lögbundnu markmiðum.

Í núgildandi byggðaáætlun sem samþykkt var á Alþingi með 55 samhljóða atkvæðum vorið 2022 eru annars vegar settar fram skilgreindar áherslur og hins vegar beinar aðgerðir sem ætlað er að stuðla að því að framangreind markmið náist. Ein þeirra áherslna (C.n.) snýr beint að verkefni starfshópsins og er svohljóðandi: *Skoðaðir verði möguleikar á beitingu hagrænna hvata sem tækis í byggðapróun, svo sem að nýta ívilnanaheimildir laga um Menntasjóð námsmanna til endurgreiðslu námslána vegna tiltekinna námsgreina og svæða.* Aðgerðin í byggðaáætlun, sem grein var gerð fyrir í inngangi og starf hópsins byggir á, hefur það skýra markmið að jafna aðgengi að heilbrigðisþjónustu óháð búsetu.

Um nokkurt skeið hefur á vegum Byggðastofnunar verið unnið að skilgreiningu á opinberri þjónustu og jöfnun aðgengis að henni. Voru drög að slíkri skilgreiningu ásamt greinargerð sett í Samráðsgátt stjórnvalda í ágúst 2021.⁵ Þar er grunnþjónusta flokkuð í nokkra flokka og fyrst tiltekin lögbundin þjónusta sem þannig er skilgreind: *Lögbundin þjónusta þar sem opinberum aðila er gert skylt, lögum samkvæmt, að veita stuðning.*⁶

Í greinargerð með skilgreiningu opinberrar þjónustu er nánar fjallað um þá þjónustu sem undir hvern flokk heyrir og þar er heilbrigðisþjónusta fyrst tiltekin undir flokknum lögbundin þjónusta með svofelldum hætti: *Heilbrigðisþjónusta er veitt af ríkinu, ýmist af stofnunum þess eða með samningum við aðra aðila. Um hana gilda lög um heilbrigðisþjónustu, lög um sjúkratryggingar, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.*⁷

Einnig er í greinargerðinni fjallað um mismunandi þjónustustig eða stigskiptingu hennar með tilliti til dreifingar um landið og þar með aðgengi íbúa óháð búsetu. Vegna dreifingar byggðar í landinu er útilokað að hafa alla þætti grunnþjónustunnar á nærsvæði íbúanna og því mikilvægt að skipulag hennar og dreifing taki mið af mikilvægi fyrir búsetuskilyrði í viðkomandi byggðarlögum og

⁵ Skilgreining opinberrar þjónustu og jöfnun aðgengis. Mál nr. 157/2021 í Samráðsgátt stjórnvalda, birt 19. ágúst 2021, <https://samradsgatt.island.is/oll-mal/5Cases/Details/?id=3026>.

⁶ íbid, bls. 1 í skjali til samráðs.

⁷ íbid, bls. 3 í skjali til samráðs.

tíðni notkunar. Þannig verði mikilvægasta þjónustan og sú sem hefur hæsta tíðni veitt á nærsvæði íbúanna. Mælikvarði um þjónustusókn í byggðaaætlun er hlutfall þeirra sem eru búsettir innan 30 km fjarlægðar frá tiltekinni grunnþjónustu, þ.m.t. heilsugæslustöð. Samkvæmt stöðu mælikvarðans 2022 voru 100% íbúa höfuðborgarsvæðisins og Suðurnesja innan þeirra marka. Hlutfallið var 90,7 – 98,7% í öðrum landshlutum, lægst á Norðurlandi vestra en hæst á Norðurlandi eystra. Fullnægjandi mönnun þessa fyrsta stigs heilbrigðisþjónustunnar er því augljóslega mikið jafnræðis- og byggðamál.

Þó markmið stjórnvalda, bæði í byggðamálum og heilbrigðismálum sé að jafna aðgengi að heilbrigðisþjónustu er staðreyndin sú að af tæknilegum og fjárhagslegum ástæðum verður henni aldrei dreift þannig að allir þjónustupættir verði aðgengilegir í nærumhverfi allra íbúa landsins. Því er mikilvægt að heildarskipulag þjónustunnar, þ.m.t. viðeigandi mönnum í hverri þjónustueiningu, sé þannig að það hámarki jöfnun aðgengis íbúa landsins, innan þeirra tæknilegu og fjárhagslegu marka sem uppi eru á hverjum tíma. Í heilbrigðisstefnu stjórnvalda til ársins 2030 er sérstaklega fjallað um þetta skipulag, nýtingu fjarheilbrigðisþjónustu og áskoranir við mönnum kerfisins undir kaflaheitinu „rétt þjónusta á réttum stað“.⁸ Fellur sú umfjöllun ágætlega að skilgreiningum á mismunandi gerðum þjónustukjarna sem fjallað er um í greinargerð með áðurnefndri skilgreiningu á opinberri grunnþjónustu og jöfnun aðgengis að henni.

Í íbúakönnunum sem landshlutasamtök sveitarfélaga hafa unnið í samstarfi við Byggðastofnun kemur fram að íbúar höfuðborgarsvæðisins og Suðurnesja setja lægra gildi á mikilvægi heilsugæslu/sjúkrastofnana en íbúar allra annarra landshluta. Mögulega má skýra þennan mismun með því að heilbrigðisþjónustan sé með einhverjum hætti brothættari á landsbyggðinni en höfuðborgarsvæðinu og næsta nágrenni þess og því séu íbúar hennar meðvitaðri um mikilvægi hennar en þeir sem frekar geta gefið sér að hún sé til staðar. Þegar kemur að mati á gæðum blasir hins vegar við talsvert önnur mynd. Þar raða höfuðborgarsvæðið, Norðurland vestra og Norðurland eystra sér efst með svipað mat. Vesturland, Vestfirðir, Austurland og Suðurland koma svo þar nokkru neðar með Suðurlandið neðst. Suðurnesin eru svo með lægsta matið á gæðum þjónustunnar.

Nokkur munur er á viðhorfum kvenna og karla til mikilvægis heilsugæslu/sjúkrastofnana þar sem konur í öllum landshlutum telja hana

⁸ Heilbrigðisstefna. Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Heilbrigðisráðuneytið, 2019. Bls. 18-22, https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf.

mikilvægari en karlar. Hins vegar er lítill munur þegar kemur að mati á gæðum þjónustunnar þó konur meti þau aðeins lægri en karlar á landinu í heild.⁹

⁹ Íbúakönnun landshlutanna 2020. Bygðastofnun. <https://www.byggdastofnun.is/is/utgefid-efni/maelabord/ibuakonnun>.

4. Kynja- og jafnréttisáhrif

Störf í heilbrigðisþjónustu eru að stærstum hluta unnin af konum og því nauðsynlegt að horfa sérstaklega til kynjasjónarmiða þegar verið að skoða hvernig laða eigi heilbrigðisstarfsfólk til starfa á landsbyggðinni. Fjölmennustu heilbrigðisstéttirnar hér á landi eru hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar sem báðar eru yfir 95% konur.¹⁰ Það sem skiptir konur mestu máli við val á búsetu er að einhverju leyti frábrugðið því sem skiptir karla mestu máli.¹¹

Forsætisráðuneytið ásamt fjármála- og efnahagsráðuneytinu lét vinna skýrsluna *Kortlagning kynjasjónarmiða, Stöðuskýrsla 2022*,¹² sem var þriðja skýrslan af því tagi hérlendis. Í kjölfarið hefur ríkisstjórnin ákveðið að hefja undirbúning að rannsókn á ólaunuðum heimilis- og umönnunarstörfum, sem stundum nefnast þriðja vaktin. Hér verður nánar fjallað um helstu atriði skýrslunnar sem tengjast verkefni starfshópsins.

Í skýrslunni kemur m.a. fram að umtalsvert færri konur en karlar búi í sveitarfélögum með færri en 1.000 íbúa. Sama sé uppi á teningunum í strjálbýlum svæðum á Norðurlöndum og Nordregio¹³ hafi komist að þeirri niðurstöðu að þrennt ráði mestu um að konur kjósi síður að búa í strjálbýli, þ.e. færri atvinnutækifæri, takmarkaðri leiðir til áhrifa og minni möguleikar til menntunar. Einnig takmarkaðra aðgengi að heilbrigðis- og velferðarþjónustu. Þar sem í skýrslunni er sérstaklega fjallað um byggðamál og tækifæri til úrbóta varðandi brottflutning kvenna úr dreifbýli kemur fram að tryggja þurfi húsnæðisframboð, möguleika til náms og aðgengi að grunnþjónustu, s.s. heilbrigðisþjónustu, dagvistun og skóla og að samgöngur þurfi að taka mið af mismunandi þörfum.

Af þessu má draga þá ályktun að með því að til staðar sé atvinnutækifæri í tiltekinni heilbrigðisstétt á tilteknu svæði sé búið að koma til móts við eitt þeirra atriða sem hafi mest áhrif á val kvenna á að búa í strjálbýli. Hvað varðar leiðir til áhrifa er erfitt að draga eina ályktun en mögulega getur möguleiki á framgangi í starfi t.d. með stjórnunarstöðu haft áhrif. Varðandi þriðja atriðið, um möguleika til menntunar, þá er vissulega verið að ræða um að laða að fólk sem þegar hefur menntað sig til að geta öðlast starfsleyfi í tiltekinni heilbrigðisstétt, og jafnvel einnig sérfræðileysi, en þrátt fyrir það er einnig mikilvægt fyrir viðkomandi að hafa tryggt aðgengi til endur- og símenntunar. Til þess að bregðast við þessu atriði gætu vinnuveitendur á landsbyggðinni hugað sérstaklega að því að veita

¹⁰ Sjá m.a. í greinargerð með frumvarpi til laga um breytingu á lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012 (hámarksaldur heilbrigðisstarfsmanna ríkisins), sbr. þskj. 1535, 987. mál á 153. lögþ.

¹¹ Kortlagning kynjasjónarmiða, Stöðuskýrsla 2022, https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/_Kortlagning_kynjasjonarmida_vefur.pdf

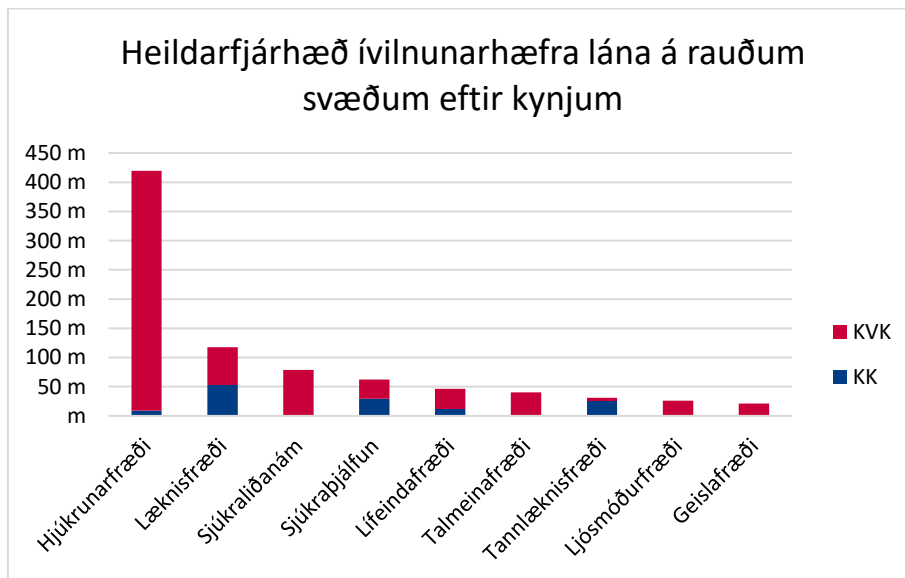
¹² ibid.

¹³ Norræna rannsóknarstofnunin í skipulags- og byggðamálum. Sjá www.nordregio.org.

starfsfólki sínu þann sveigjanleika sem þarf til að sinna endur- eða símenntun og jafnvel viðbótarmenntun. Einnig er mikilvægt að þau sem bjóða upp á slíka menntun og námskeið hugi sérstaklega að þörfum starfsfólks og sérfræðinga á landsbyggðinni með tilliti til aðgengis.

Í skýrslunni um kortlagningu kynjasjónarmiða kemur fram að 70% ríkisstarfsmanna og tæplega 80% starfsfólks í heilbrigðis- og félagsþjónustu séu konur. Einnig kemur fram að konur séu í miklum meiri hluta vaktavinnufólks hjá ríkinu og miðað við karla í vaktavinnu eru konur jafnan í mun lægra starfshlutfalli. Í 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna er aðeins gerð krafa um að sá sem nýtur ívilnunar samkvæmt ákvæðinu sé í 50% starfi. Í samræmi við framangreint myndi krafa um hærra starfshlutfall bitna meira á konum en körlum og draga úr árangri af beitingu ívilnana.

Þessi kynjaskipting endurspeglast í heildarfjárhæð lána hjá Menntasjóði námsmanna á þeim svæðum sem starfshópurinn hefur skilgreint rauð. Þar er um 85% fjárhæðarinnar hjá konum en um 15% hjá körlum. Hér vegur hjúkrunarfræðin lang þyngst en skiptinguna eftir greinum og kynjum má sjá á myndinni hér að neðan.



Mynd 1: Heildarfjárhæð ívilnunarhæfra lána á rauðum svæðum eftir kynjum. Á myndinni sést að yfirgnæfandi meirihluti lána er hjá konum eða 85% og 15% hjá körlum.

Í umræðu um verkaskiptingu kynjanna er algengt að talað sé um þriðju vaktina sem oftast falli á herðar kvenna en karla. Með því er t.d. átt við verkstjórn yfir heimili og börnum, þ.e. að passa að allt gangi upp, og sinna samskiptum við skóla, leikskóla, frístundir o.þ.h. Þetta er talin ein ástæða þess að konur séu mun líklegri en karlar til að vera í hlutastarfi.

Samkvæmt skýrslunni benda rannsóknir til þess að konur beri meiri ábyrgð á umönnun barna en karlar. Þetta sé raunar staðreynd um allan heim. Þá voru konur 87% einstæðra foreldra sem deildu lögheimili með börnum sínum á Íslandi árið 2022. Af þessu má draga þá ályktun að konur hugi mögulega meira að því en karlar hvernig aðgengi er að daggæslu barna á því svæði sem þær hyggjast flytjast til. Einnig má gera ráð fyrir að það dragi frekar úr möguleikum kvenna en karla til að flytja ef þær fjarlægast það stuðningsnet sem þær kunna að hafa í tengslum við umönnun barna sinna.

Finnborg Salome Steinþórsdóttir vann skýrslu fyrir heilbrigðisráðuneytið sem kom út 2021 og ber heitið *Heilsufar og heilbrigðisþjónusta – Kynja- og jafnréttissjónarmið*. Þar kemur fram að þrátt fyrir að meðalævilengd kvenna sé lengri en karla búa konur lengur við lakari heilsu en karlar. Konur nota heilbrigðisþjónustu meira en karlar og fá einnig ávísað meira af lyfjum. Í þessu samhengi má benda á að ekki er sjálfgefið að ýmis sérfræðiþjónusta á heilbrigðissviði sem sniðin er að þörfum kvenna standi öllum til boða í heimabyggð. Hér má t.d. nefna þjónustu ljósmæðra og fæðinga- og kvensjúkdómalækna. Aðgengi að slíkri þjónustu getur því haft áhrif á búsetuval kvenna.

Jöfnun á aðgengi að sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði óháð búsetu er tvímælalaust bæði byggða- og jafnréttismál.

5. Norska kerfið

Eins og fram kemur hér að framan er núgildandi lagaumhverfi um ívilnanir byggt á norskri fyrirmynd. Sú fyrirmynd sem oft er vísað til í því samhengi eru reglur í nyrstu fylkjum Noregs í gegnum menntasjóð námsmanna þar í landi, Lånekassen. Þar eru það einkum tvö verkefni sem um ræðir. Það fyrra snýr að niðurfellingu námslána fyrir íbúa nyrst í Noregi óháð fyrri menntun. Hitt snýr að niðurfellingu námslána fyrir lækna sem sinna störfum í ákveðnum sveitarfélögum í dreifðari byggðum Noregs, óháð kröfu um búsetu í sömu héruðum. Sækja þarf um niðurfellingu sérstaklega með rafrænu umsóknarferli sem tekur 4–6 vikur að vinna úr.

5.1 Lækkun skulda óháð starfsstétt

Í Noregi er hægt að sækja um niðurfellingu á 20% af höfuðstóli námsláns, þó að hámarki 30.000 norskar krónur (NOK) á hverju ári.¹⁴ Grunnskólakennarar geta fengið lánsniðurfellingu upp á 20.000 NOK til viðbótar. Með þessu fyrirkomulagi er hægt að losna undan endurgreiðslum sem nema allt að 150.000 NOK¹⁵ af höfuðstól námsláns á fimm árum án þess að greiða inn á lánið, en greiða þarf vexti. Niðurfellingin jafngildir launahækkun upp á um 35.000 kr. á mánuði eftir skatt og er ekki bundin við vöntun í tilteknum greinum.

Ákveðin skilyrði þarf þó að uppfylla. Í fyrsta lagi þarf að staðfesta búsetu í Finnörku eða völdum sveitarfélögum í norðurhluta Troms-fylkis í 12 mánuði. Í öðru lagi þarf starfshlutfall að vera 100%, en ákveðnar undantekningar eru fyrir starfsfólk í flutningageiranum, olíugeiranum, fólk í veikindaleyfi, fólk með miklar umönnunarbyrði gagnvart skyldfólki og fleiri tilgreinda hópa. Í þriðja lagi þarf lánþegi áfram að greiða vexti af láninu.

5.2 Lækkun skulda fyrir lækna

Hægt er að fá niðurfellingu 30.000 NOK á ári af höfuðstól láns enda starfi lánþegi sem lækni í 12 mánuði í tilgreindum sveitarfélögum. Þau sveitarfélög eru ekki bundin við nyrstu fylkin, þó mörg þeirra séu staðsett þar. Aðeins starfandi lækna í viðkomandi sveitarfélögum geta fengið skuldir sínar niðurfelldar í þessu kerfi. Fylkislæknir (n. Fylkeslege) ákveður hverjir skilgreinast sem starfandi í þessum sveitarfélögum.

Ekki er gerð krafa um búsetu í sveitarfélögunum, og má því segja að rökin fyrir þessu ákvæði séu að halda uppi þjónustustigi í héruðum sem erfitt er að manna. Ekki er skýrt hversu mikla vinnu þarf að inna af hendi til að ákvæði reglnanna

¹⁴ Það eru u.þ.b. 400.000 íslenskar krónur miðað við gengi í byrjun maí 2023.

¹⁵ Það eru tæpar 2 milljónir íslenskra króna miðað við gengi í byrjun maí 2023.

teljist uppfyllt, umfram það að hafa starfað í tólf mánuði áður en sótt er um og hafa fengið staðfestingu frá fylkislækninum um rétt til niðurfellingar.

5.3 Önnur kerfi fyrir niðurfellingu höfuðstóls

Í hinum norska menntasjóði námsmanna eru einnig önnur kerfi fyrir niðurfellingu að hluta á höfuðstól, einkum fyrir ýmsa hópa kennara. Þau taka þó ekki til starfa eða búsetu á tilteknum svæðum og koma því ekki beint við megin viðfangsefni starfshópsins.¹⁶

5.4 Mat á áhrifum

Norska sveitarstjórnarráðuneytið fékk utanaðkomandi ráðgjafa til að meta ýmsar persónubundnar ívilnanir í Finnörku og Norður-Troms.¹⁷ Teknar voru saman og greindar þær aðgerðir sem gripið hefur verið til þar; skattaafsláttur, niðurgreiðsla á rafmagni, niðurfelling höfuðstóls námslána og sérstök ívilnun til grunnskólakennara. Sumar af þessum aðgerðum hafa verið virkar frá því í byrjun tíunda áratugar síðustu aldar.

Niðurstaða höfundanna er að þessar aðgerðir hafi í besta falli haft væg áhrif, og vísa þar til greininga á heildaríbúafjölda á svæðunum þar sem ívilnunin er í gildi og sambærilegra svæða sem ekki hafa notið ívilnunarinnar. Svo virðist sem aðgerðirnar hafi haft áhrif í byrjun en svo hafi fjarað undan þeim. Að einhverju leyti er þekkingarleysi um þessar aðgerðir kennt um. Af þeim aðgerðum sem þarna eru til umfjöllunar eru það þó niðurfelling lána sem kemur best út og sérstaklega gagnvart yngsta hópnunum, fólki yngra en 30 ára. Ef auka eigi við aðgerðir með sama markmiði leggja skýrsluhöfundar til að einkum verði hugað að húsnæðis- og skólamállum.

Þær aðgerðir sem farið var út í í Noregi voru, að sérívilnun grunnskólakennara frátalinni, hugsaðar fyrir svæði í heild. Þær eru því frábrugðnar því sem hér er til skoðunar að tvennu leyti; annars vegar er hér gert ráð fyrir að skoða þurfi hvert byggðalag fyrir sig innan ramma laganna, og hins vegar eru þær takmarkaðar við þröngt skilgreindar starfsstéttir. Það er því ekki við því að búast að áhrifa muni gæta á heildaríbúafjölda þeirra sveitarfélaga sem um ræðir.

¹⁶ <https://lanekassen.no/nn-NO/gjeld-og-betaling/larere-med-utdanning-i-realfag-eller-sprak/>

¹⁷ "Evaluering av personrettede virkemidler i tiltaksnonen i Finnmark og Nord-Troms" frá Vista Analyse og OFS.

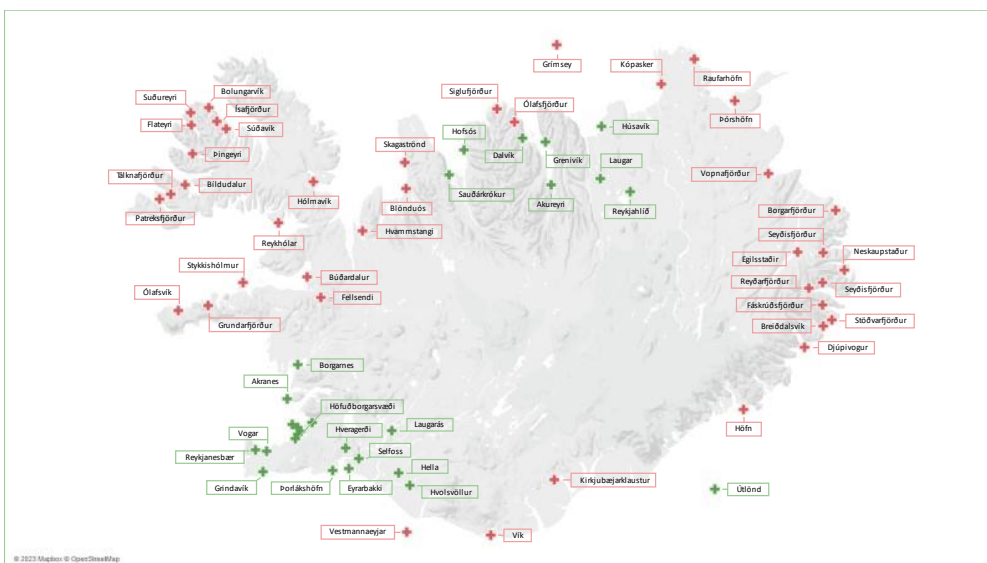
6. Greining starfshópsins

6.1 Flokkun landsvæða

Þarfir landsbyggðarinnar fyrir heilbrigðisþjónustu eru ólíkar eftir svæðum. Á höfuðborgarsvæðinu er best aðgengi að sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði og það er einnig gott á Akureyri, Suðurnesjum, Akranesi og Selfossi. Segja má að svæðin í kring um þessa stærstu þéttbýliskjarna séu einnig vel sett þar sem íbúar þeirra geta sótt sérfræðiþjónustu um tiltölulega stutta vegalengd. Þá eru smærri þéttbýliskjarnar víða um landið þar sem aðgengi að heilbrigðisþjónustu er gott en aðgengi að sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði misjafnlega gott.

Aðgengi að almennri heilbrigðisþjónustu getur verið stopult á ýmsum svæðum og erfitt getur reynst að ráða í lausar stöður heilbrigðisstarfsfólks. Starfshópurinn er sammála um að skilgreina þurfi sérstaklega þau landsvæði sem eru í mestum erfiðleikum við að ráða heilbrigðisstarfsfólk til að veita heilbrigðisþjónustu. Sérstök áhersla verði lögð á þau svæði þar sem sækja þarf almenna heilsugæsluþjónustu um langan veg og aðgengi að sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði er lítið sem ekkert og nauðsynlegt er að ferðast um langan eða erfiðan veg til að sækja slíka þjónustu.

Sé horft til staðsetninga sérgreinasjúkrahúsa og annarrar sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði ásamt reynslu forsvarsmanna heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni við að manna einstakar starfsstöðvar er niðurstaða starfshópsins sú að verst settu svæðin hvað varðar aðgengi að ofangreindri þjónustu séu Austfirðir, Vestfirðir, norðurhluti heilbrigðisumdæmis Vesturlands, nyrstu svæðin á Norðurlandi og Suðausturland. Þetta eru svæði sem eru ýmist strjálbýl eða búa við erfiðar samgöngur, eða hvort tveggja. Kortið hér að neðan sýnir þær starfsstöðvar heilbrigðisstofnana, merktar með rauðu, sem starfshópurinn telur að koma ættu fyrst til skoðunar í tengslum við beitingu ívilnana skv. 28. gr. laganna um Menntasjóð námsmanna.



Mynd 2: Svæðaskipting með tilliti til beitingar ívilnana skv. 28. gr. laganna.

Það er þó erfiðleikum bundið að flokka landsvæði eða starfsstöðvar með einni almennri flokkun, eftir erfiðleikastigi eða skorti, vegna þess að skortur eða þörf getur stafað af þörf fyrir þjónustu einnar tiltekinnar heilbrigðisstéttar á meðan skortur á þjónustu annarra heilbrigðisstétta er ekki vandamál. Frekar er fjallað um samspil þessarar svæðisflokkunar og umfangs mögulegra ívilnana í kostnaðarmati sem gerð er grein fyrir í 9. kafla. Gengur það mat útfrá þeirri svæðisskiptingu sem sett er fram hér að framan varðandi þau svæði sem starfshópurinn telur eiga erfiðast aðgengi að sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði. Því til viðbótar er þó gerð sérstök næmisgreining (kafla 8.3) þar sem hluti þeirra svæða (gul svæði) sem liggja næst stærstu sjúkrahúsunum eru tekin í hóp þeirra sem nytu ívilnunar.

Lögum samkvæmt er það Bygðastofnun að skilgreina svæðin í samráði við Samband íslenskra sveitarfélaga og fór starfshópurinn því ekki alla leið með slíkar skilgreiningar, heldur leggur hann hér fram fyrstu nálgun og væntir frekari útfærslu og skilgreininga frá framangreindum lögbundnum aðilum.

Nauðsynlegt er að hafa í huga að aðgengi að sérfræðiþjónustu fer ekki bara eftir því hverjir búa og gegna föstu starfi á tilteknu svæði heldur einnig hvort sérfræðingar sækja svæðin heim með skipulögðum hætti, til að bjóða upp á tiltekna heilbrigðisþjónustu. Einnig getur skipt miklu máli hvort boðið sé upp á umrædda sérfræðiþjónustu með fjarheilbrigðisþjónustu.

Í lögum um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020 er gert ráð fyrir því að ívilnun sé bundin við að lánþegi sé búsettur á svæði skilgreindu í samráði við Bygðastofnun. Óhjákvæmilegt er því að Bygðastofnun taki að sér það verkefni að skilgreina sérstök svæði í samræmi við skilyrði 28. gr. laganna og leggur starfshópurinn því til að byrjað verði á að fela stofnuninni það verkefni og til þess nýttir þeir fjármunir sem skilgreindir eru í byggðaaætlun vegna aðgerðar A.6.

6.2 Þörf eftir svæðum

Þörf fyrir sérfræðiþjónustu getur verið ólík eftir svæðum en gera þarf ráð fyrir að aðgengi allra landsmanna að bráðaþjónustu, barneignaþjónustu og grunnheilbrigðisþjónustu þurfi að vera gott. Best væri ef aðgengi að framangreindri þjónustu stæði öllum landsmönnum til boða í heimabyggð en það er óraunhæft, bæði vegna þess að heilbrigðisstarfsfólkið sjálft er takmörkuð auðlind og það sama verður að segja um fjármagn. Framboð á sérfræðiþjónustu á heilbrigðissviði þarf að skipuleggja með þeim hætti að skynsamlega sé farið með fjármuni ríkissjóðs og að stuðlað sé að því að mannauður í heilbrigðiskerfinu dreifist með skynsamlegum hætti um landið. Þá er nauðsynlegt að tekið sé tillit til þarfar eftir svæðum og að hún verði sett í samhengi við fjölda einstaklinga hér á landi með þá menntun sem þörf er á.

Sumar heilbrigðisstéttir eru það fámennar að þeir einstaklingar sem starfa innan þeirra geta ekki annað eftirspurn íbúa landsins eftir þjónustunni sem þeir veita,

hvorki í þéttbýli né strjálbýli. Í slíkum tilvikum má gera ráð fyrir að takmarkaður árangur náist með beitingu ívilnunar samkvæmt 28. gr. og ívilnun samkvæmt 27. gr. laga um Menntasjóð námsmanna væri þá vænlegri kostur til að bregðast við vandanum. Sjá nánar um beitingu 27. gr. í 8. kafla.

6.3 Sérfræðipjónusta

Ljóst er að ákjósanlegt er að allir landsmenn hafi aðgengi að grunnþjónustu á heilbrigðisviði í heimabyggð. Ekki verður farið nánar út í það hér þar sem heilbrigðisráðherra fól starfshópnum að skoða aðgengi að sérfræðipjónustu á landsbyggðinni. Margar leiðir eru færar til þess að skilja á milli þess hvað sé grunnþjónusta og hvað sé sérfræðipjónusta, t.d. eftir þjónustustigi, sérfræðileyfi, kröfu um tilvísun o.s.frv. Í byggðaaætlun eru tekin nokkur dæmi um sérfræðipjónustu sem átt sé við í tengslum við aðgerð A.6 og er þá nefnd þjónusta geðhjúkrunarfræðinga, sálfræðinga, talmeinafræðinga og sérfræðilækna. Í vinnu starfshópsins er tekið mið af framangreindu og miðast dæmi um tilteknar heilbrigðisstéttir að einhverju leyti við þetta.

6.4 Takmarkandi þættir við veitingu ívilnana

Heilbrigðisstofnanir á vegum ríkis eða sveitarfélaga hafa tilteknar fjárheimildir til að ráða í ákveðinn fjölda stöðugilda innan tiltekinna heilbrigðisstétta og mun því framboð á störfum í hverri heilbrigðisstétt sjálfkrafa takmarkast við fjölda stöðugilda. Það á þó aðeins við um heilbrigðisstéttir sem veita þjónustu sína á stofnunum en ekki á starfsstofum utan stofnana. Meðal þeirra heilbrigðisstétta sem veita þjónustu sína alfarið eða að hluta á starfsstofum utan stofnana hlýtur fjöldi þeirra sem kys að flytja á tiltekið svæði til að veita heilbrigðisþjónustu að takmarkast við framboð og eftirspurn eftir þjónustunni á viðkomandi svæði. Mesti ófyrirsjáanleikinn hvað þetta varðar er meðal þeirra heilbrigðisstétta sem veita fjarheilbrigðisþjónustu á eigin starfsstofu. Starfshópurinn hefur þó ekki sérstakar áhyggjur af þessu. Að lokum er svo rétt að geta þess að þær fjárheimildir sem löggin gera ráð fyrir að Menntasjóðnum verði veittar til veitingar ívilnana munu hafa áhrif á umfang þeirra.

6.5 Forsendur þess að ívilnun borgi sig

Skortur í tiltekinni heilbrigðisstétt þarf að ná ákveðnu lágmarkshlutfalli til þess að það borgi sig að beita ívilnun til að bæta mönnun. Sem dæmi má skoða svæði sem hefur aðeins eitt stöðugildi hjúkrunarfræðings. Sé stöðugildið ómannað er skorturinn 100%. Svo hátt skorthlutfall myndi mæla sterklega með beitingu ívilnunar. Sama mætti líklega segja um svæði sem hefur 10 stöðugildi en 5 ómönnuð. Ef hins vegar væri um að ræða svæði með 10 stöðugildi en aðeins eitt

Ómannað myndi kostnaður ívilnana vegna þess sem kalla má *meðafla*¹⁸ verða margfaldur á við kostnað vegna ívilnunar hins eina stöðugildis og hlutfallið mælti því gegn beitingu ívilnunar. Gera má ráð fyrir því að þeim mun meiri sem *meðaflinn* er á tilteknu svæði, þeim mun ríkari ástæður þurfi að liggja að baki beitingu ívilnunar. Þó að talsverður meðafli fylgi við beitingu ívilnunar vegna tiltekinnar stéttar er ekki þar með sagt að ívilnun borgi sig ekki, ávinningurinn yrði bara hlutfallslega dýrari.

Tiltekið svæði getur búið við skort á tilteknum sérfræðingum en ekki öðrum. Það fer því eftir tillögu sveitarfélags eða sveitarfélaga til stjórnvalda hvaða stétt er um að ræða í tengslum við beitingu ívilnunar hverju sinni, sbr. 1. tölulið 2. mgr. 28. gr. laga nr. 60/2020. Þá þarf að skoða í hvert sinn fjölda stöðugilda í þeirri heilbrigðisstétt á því svæði sem um ræðir, fjölda ómannaðra stöðugilda og reikna hlutfallið til að sjá hver ávinningurinn yrði af beitingu ívilnunar. Skoða þarf hvort hún borgi sig og hvort aðrar leiðir séu færar til að ná sama árangri en með lægri kostnaði.

6.6 Aðkoma fagráðuneytis og skýrleiki auglýsingar

Nauðsynlegt er að afla afstöðu fagráðuneytis sem búast má við að búi yfir þeim upplýsingum sem nauðsynlegt er að taka til greina áður en ákvörðun um beitingu ívilnunar er tekin. Þar sem starfshópurinn að baki þessum tillögum er skipaður af heilbrigðisráðherra má benda á að óski sveitarfélag eftir því að auglýst verði ívilnun til að reyna manna stöðugildi á heilbrigðisviði þá gerir tillaga starfshópsins að verklagi ráð fyrir því að leitað yrði til heilbrigðisráðuneytisins varðandi afmörkun ívilnunar þannig að hún nýtist sem best, með sem minnstum kostnaði. Hér má taka sem dæmi að það þarf að orðast skýrt í auglýsingu hvaða heilbrigðisstétt sé átt við, sbr. 3. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012. Einnig þarf að vera skýrt að ívilnun eigi bara við um þá sem nýta menntun sína við veitingu heilbrigðisþjónustu í samræmi við skilgreiningar í lögum þar um. Einnig eru ýmis gögn um mönnun og mannafla nauðsynleg til að taka upplýsta ákvörðun um beitingu ívilnana. Þar munu gagnaöflun og greiningar heilbrigðisráðuneytisins leika lykilhlutverk.

¹⁸ Með meðafli er átt við þann hóp sem fellur undir ívilnun en býr nú þegar á því svæði sem um ræðir og fellur undir ívilnunina. Meðaflinn bætir ekki mönnun ef miðað er við mönnun fyrir og eftir beitingu ívilnunar en nýtir samt ívilnunar til jafns við þá sem bætast við starfsmannahópinn. Þessi hópur er hins vegar kjölfestan í viðkomandi fagstétt sem er undirmönnuð.

7. Verklag við beitingu 28. gr.

Í 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020 koma fram ítarleg skilyrði fyrir beitingu ívilnana til að bregðast við skorti á fólki með tiltekna menntun á tilteknum svæðum.

Helstu skilyrði laganna eru:

- 1) Sveitarfélag eða sveitarfélög geri tillögu til stjórnvalda um þörf á menntuðu fólki í byggð sinni.
- 2) Byggðastofnun vinni skýrslu í samráði við Samband íslenskra sveitarfélaga um mikilvægi þess að bregðast við þeim aðstæðum sem tillaga sveitarfélags/a fjallar um.
- 3) Ráðherra (háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunar) auglýsi ívilnun og tryggi aukið fjármagn til Menntasjóðs námsmanna til að standa undir henni.
- 4) Lánþegi uppfylli skilyrði auglýsingar, t.d. um menntun, flytji á umrætt svæði og nýti þar menntun sína í að lágmarki 50% starfshlutfalli í a.m.k. tvö ár.

Samkvæmt lögnum er formlegt frumkvæði hjá sveitarfélagi eða sveitarfélögum, sem yrðu eftir atvikum í sambandi við fagstofnanir á sínu svæði. Í tilviki heilbrigðisþjónustu eru það að miklu leyti heilbrigðisstofnanir, sem hafa raunar það hlutverk skv. reglugerð 1111/2020 að gera þarfagreiningu og mönnunaráætlun. Kostur þess að ábyrgð þessi liggur hjá sveitarfélagi en ekki tilteknum heilbrigðisstofnunum er sá að þjónusta tiltekinna heilbrigðisstétta er ekki veitt á heilbrigðisstofnunum heldur á eigin starfsstofu t.d. tannlæknaþjónusta og að einhverju leyti göngudeildarþjónusta sjúkrabjálfa. Heilbrigðisstofnun hefur því ekki í öllum tilfellum heildaryfirsýn yfir skortinn á viðkomandi svæði.

Erindi sveitarfélagsins skal sent til háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneytis (HVIN).¹⁹ HVIN kallar eftir skýrslu frá Byggðastofnun og Sambandi íslenskra sveitarfélaga sem afla þeirra gagna sem þörf er á, en í mörgum tilvikum getur sveitarfélagið, einkum þegar heilbrigðisstofnun er til ráðgjafar á fyrri stigum, sent talsvert af gögnum með upprunalegu erindi.

Byggðastofnun og Samband íslenskra sveitarfélaga setja sig eftir þörfum í samband við fagráðuneyti. Ekki er lagaleg krafa um formlegan stimpil frá fagráðuneytinu, og hvert erindi eða hvert ráðuneyti verður að ráða hvaða ferill fer í gang þar. Starfshópurinn leggur til að á heilbrigðissviði fái landsráð um

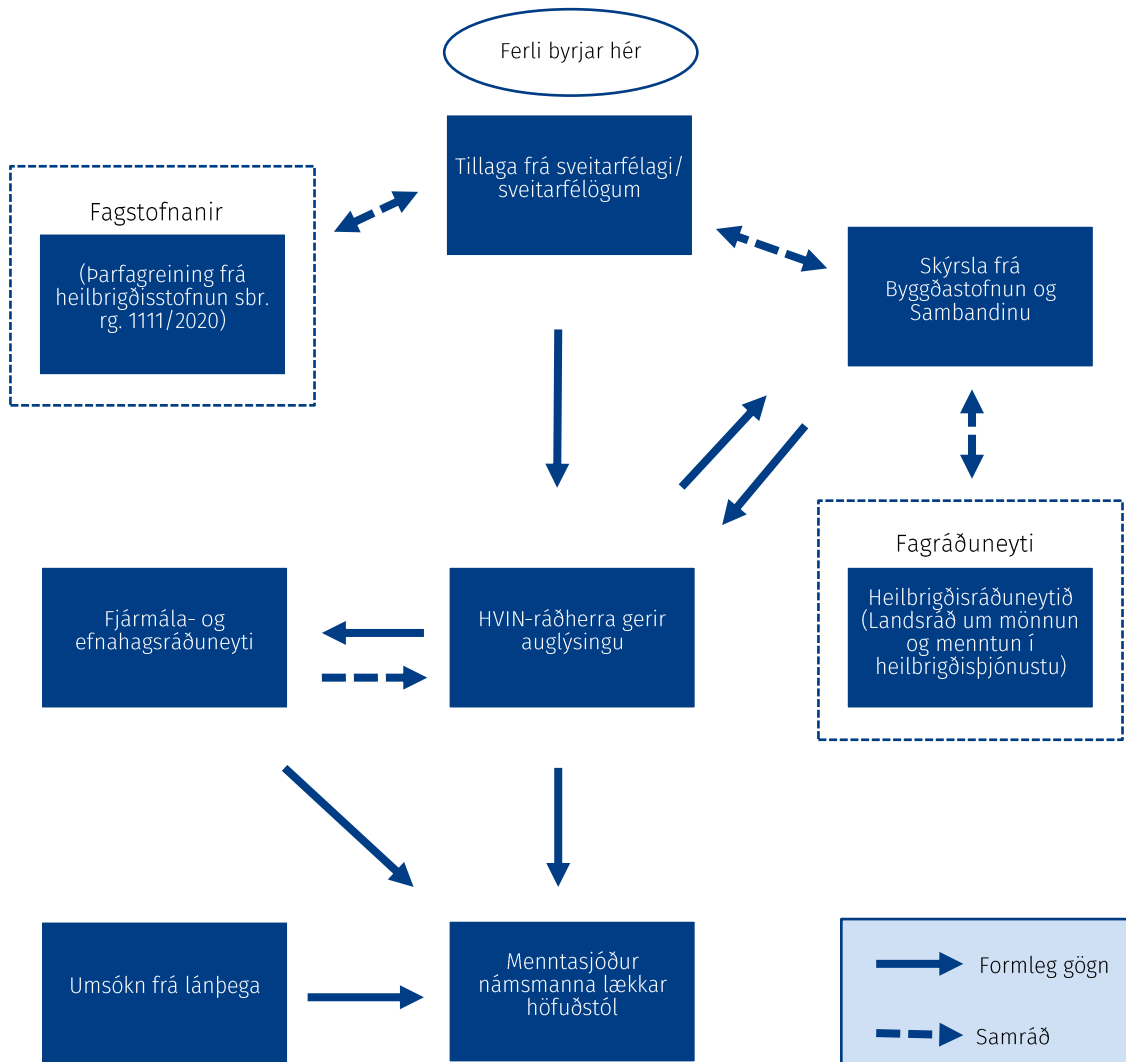
¹⁹ Eða eftir því hvaða ráðuneyti fer með málefni Menntasjóðs námsmanna samkvæmt forsetaúrskurði um skiptingu stjórnarmálefna milli ráðuneyta í Stjórnarráði Íslands hverju sinni.

mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu erindi til skoðunar, að því gefnu að það tefji málið ekki mikið. Mikilvægt er að þessi skýrslugerð af hálfu Byggðastofnunar og Sambands íslenskra sveitarfélaga sé ekki of tímafrek. Eins og fram hefur komið leggur starfshópurinn til að Byggðastofnun verði falið að vinna ákveðna grunnvinnu óháð umsóknum sveitarfélaga, þar sem helstu stéttir, landsvæði og gagnalindir eru kortlögð, með sérstaka áherslu á heilbrigðisþjónustu í fámennustu héruðunum. Í mörgum tilvikum ætti þá að vera hægt að vísa í þá skýrslu án þess að fara í frekari greiningarvinnu í tengslum við hvert og eitt erindi, sbr. orðalag laganna um að skýrslan „liggi fyrir“. Til þess að tryggja hraða málsmeðferð er mikilvægt að HVIN veiti Byggðastofnun og Sambandi íslenskra sveitarfélaga tiltekinn tímafrest við skýrslugerð, og gert sé ráð fyrir tímafresti fyrir fagráðuneyti til að veita afstöðu sína.

Samhliða erindi til Byggðastofnunar og Sambands íslenskra sveitarfélaga, sendir HVIN erindi til fjármála- og efnahagsráðuneytis sem tekur afstöðu til málsins og gerir þær ráðstafanir sem þörf er á. Svar ráðuneytisins ætti að fara bæði til HVIN og menntasjóðsins. Hér þarf einnig að huga að tímafrestum.

Þegar þetta þrennt er komið til HVIN; tillaga frá sveitarfélagi, skýrsla frá Byggðastofnun og Sambandi íslenskra sveitarfélaga og samþykki fjármála- og efnahagsráðuneytis, getur háskóla- iðnaðar- og nýsköpunarráðherra tekið afstöðu til erindisins og eftir atvikum gefið út auglýsingu sem birt er í Stjórnartíðindum.

Þá getur Menntasjóðurinn byrjað að taka við umsóknum um lækkun höfuðstóls. Menntasjóðurinn verður sjálfur að útfæra hvernig það ferli verður sett upp. Gera verður kröfu til þess að ferlið verði rafrænt og sem mest sjálfvirkt, t.d. þannig að lánþegar þurfi ekki að afla sérstaklega þeirra gagna sem stjórnvöld hafa þegar í sínum kerfum. Til að auðvelda yfirsýn og staðsetja hlutaðeigandi aðila í ferlinu setti starfshópurinn tillögu sína að verklagi við beitingu 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna fram á myndrænan hátt, sjá Mynd 3.



Mynd 3: Ferli við beitingu ívilnunarákvæða 28. gr. laga um Menntasjóð námsmanna

8. Ívilnanir á grundvelli 27. gr.

8.1 Forsendur ívilnunar

Skilyrði fyrir ívilnunum samkvæmt 27. gr. laga um Menntasjóð námsmanna, nr. 60/2020, er í fyrsta lagi að upplýsingar liggi fyrir um viðvarandi eða fyrirsjáanlegan skort í tiltekinni starfsstétt. Í öðru lagi þarf að liggja fyrir skýrsla stjórnvalda í samvinnu við hlutaðeigandi atvinnurekendur um mikilvægi þess að bregðast við skortinum. Í þriðja lagi þarf ívilnun að leiða til þess að þau sem ljúki námi í námsgreininni nýti menntun sína til starfa í umræddri starfsgrein og í fjórða lagi skal auka fjármagn til Menntasjóðs námsmanna vegna umræddra ívilnana.

Í tilteknum heilbrigðisstéttum er brýn þörf á fleiri sérfræðingum til að veita nauðsynlega heilbrigðisþjónustu, óháð landsvæðum. Hvað þær stéttir varðar telur starfshópurinn að vænlegra sé að beita ívilnunum samkvæmt 27. gr. heldur en 28. gr. Ástæður þess geta verið ólíkar en þær helstu verða reifaðar hér.

Ef þörfin fyrir fleira heilbrigðisstarfsfólk í tiltekinni heilbrigðisstétt er landlæg en ekki eingöngu á einstökum svæðum mælir það með beitingu 27. gr. frekar en 28. gr. Skortur í tiltekinni stétt skal þó ekki hafa úrslitaáhrif varðandi það hvort beita eigi 28. gr. til þess að bregðast við skorti á tilteknu svæði. Vega þarf og meta kosti, galla og áhrif ívilnana með hliðsjón af forsendum hverju sinni.

Varðandi 27. gr. þá gilda almennt svipuð sjónarmið og að framan voru rakin vegna 28. gr. Þegar kemur að mati á áhrifum af stærð viðkomandi stéttar á kostnað við beitingu ívilnana. Þeim mun minni sem stéttin er, þeim mun lægri kostnaði má búast við að fylgi beitingu ívilnana samkvæmt 27. gr. Ekki er um að ræða sömu áhrif á kostnað vegna þeirra sem þegar eru í starfi (*meðaðla*) við beitingu 27. gr. eins og vegna 28. gr. Áhrif stærðar stéttarinnar stafa fremur af því að gera megi ráð fyrir að mikill fjöldi muni mennta sig til starfa innan stórra fagstétta, en færri til að starfa innan þeirra smáu. Þetta getur eitthvað breyst en gera verður ráð fyrir því að áhrif framboðs og eftirspurnar muni beina fólki í nám til grundvallar starfs innan stétta sem líklegt er að fá starf í að námi loknu.

Takmarkað aðgengi í nám sem er skilyrði starfsleyfis í tiltekinni heilbrigðisstétt hefur einnig áhrif þar sem kostnaður vegna beitingar 27. gr. er háður því hvað margir geta notið námslana á ívilnunartímabili. Takmarkanir stafa yfirleitt annað hvort af fjöldatakmörkunum í nám hérlendis eða vegna þess að námið er ekki í boði hér á landi.

Það getur haft mikið að segja, við mat á því hvort 27. eða 28. gr. gagnist betur, hvort búseta heilbrigðisstarfsmanns skipti máli með tilliti til möguleika á veitingu fjarheilbrigðisþjónustu.

Nefna má dæmi um heilbrigðisstéttir sem gera má ráð fyrir að 27. gr. ívilnanir myndu henta vel fyrir. Fyrst má nefna stétt heyrnarfræðinga. Um er að ræða mjög fámenna heilbrigðisstétt en mönnuð stöðugildi heyrnarfræðinga á Íslandi voru

u.þ.b. 10 í lok árs 2022.²⁰ Heyrnarfræðingar þurfa að mennta sig erlendis. Skilyrði fyrir starfsleyfi er þriggja ára bakkalárgráða í heyrnarfræði sem unnt er að ljúka í ýmsum löndum, t.d. Svíþjóð, Bretlandi, Bandaríkjunum, Kanada og Ástralíu. Gera má ráð fyrir að fjölgun um 10-20 heyrnarfræðinga myndi gera gæfumun fyrir notendur þjónustu þeirra. Sömuleiðis má gera ráð fyrir því að kostnaður vegna ívilnana yrði ekki meiri en sem nemur námslánnum nokkurra einstaklinga í 3 ár.

Einnig mætti skoða beitingu ívilnana skv. 27. gr. fyrir starfsstétt talmeinafræðinga, sem einnig er fámenn. Náam til starfsleyfis er tveggja ára meistargráða í talmeinafræði. Takmörkuðum fjölda nemenda er veitt innganga í námið annað hvert ár við Háskóla Íslands. Möguleiki á ívilnun myndi mögulega hvetja fleiri til að mennta sig sem talmeinafræðinga, ekki síst í öðrum löndum og koma aftur hingað til lands til að veita þjónustu og njóta ívilnunar.

Starfshópurinn vill benda á að skoðað verði hvort beiting ívilnana samkvæmt 27. og 28. gr. laga nr. 60/2020 til sömu starfsstétta samtímis gæti dregið úr áhrifum ívilnunar skv. 28. gr. og þar með markmiðum um jöfnun aðgengis óháð búsetu.

8.2 Verklag við beitingu 27. gr.

Í samræmi við skilyrði ívilnana samkvæmt 27. gr. laga um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020 þurfa í upphafi að liggja fyrir upplýsingar um viðvarandi eða fyrirsjáanlegan skort í tiltekinni starfsstétt. Þessar upplýsingar um skort geta vel komið fram í skýrslu þeirri sem stjórnvöld þurfa að vinna í samvinnu við hlutaðeigandi atvinnurekendur um mikilvægi þess að bregðast við skortinum. Hægt er að sjá fyrir sér að heilbrigðisráðuneytið búi yfir upplýsingum um skort. Það er ekki víst að þær upplýsingar séu endilega opinberar heldur þurfa þær einfaldlega að liggja fyrir. Heilbrigðisráðuneytið gæti þá unnið skýrslu í samvinnu með hlutaðeigandi atvinnurekendum. Hér má taka dæmi um að heilbrigðisráðuneytið ynni skýrslu með Heyrnar- og talmeinafræðingum um mikilvægi þess að bregðast við skorti á heyrnarfræðingum. Næsta skref er þá að koma skýrslunni og upplýsingunum á framfæri við háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneytið sem útbýr auglýsingu um ívilnun sem er þannig uppbyggð að hún stuðli að því að ívilnun leiði til þess að þau sem ljúki námi í námsgreininni nýti menntun sína til starfa í umræddri starfsgrein. Lokaskrefið er svo að háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðherra auki fjármagn til Menntasjóðs námsmanna vegna umræddra ívilnana.

Þar sem í 27. gr. er ekki tiltekið hvaða aðili skuli hafa frumkvæði að því að hefja samtal um hvort beita eigi ívilnunum má líta svo á að fleiri aðilar en t.d. fagráðuneyti geti látið sig málið varða. Hver sá sem býr yfir haldbærum upplýsingum um skort getur ákveðið að vekja athygli stjórnvalda á honum. Það

²⁰ Upplýsingar um heyrnarfræðinga koma frá landsráði um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu.

yrði hins vegar alltaf ákvörðun viðeigandi stjórnvalds, í samráði við háskóla-, iðnaðar og nýsköpunarráðuneytið, hvort skrifa ætti skýrslu um nauðsyn þess að bregðast við skortinum með beitingu ívilnana. Á grundvelli niðurstöðu slíkrar skýrslu tæki svo háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðherra ákvörðun um hvort auglýsa ætti ívilnun að höfðu samráði við viðkomandi fagráðuneyti/stjórnvald.

9. Kostnaðarmat

9.1 Gögn, lýsandi tölfræði

Starfshópurinn óskaði eftir gögnum frá Menntasjóði námsmanna um útistandandi námslán. Gögnin innihalda fæðingarár, kyn, námsland, námsgrein, eftirstöðvar og dagsetningu hvenær endurgreiðslur hefjast. Þá voru lán greind niður eftir póstnúmerakóðum í samræmi við búsetu lánþega.

Ekki er tilgreint sérstaklega hvaða lánaflökk var um að ræða (þ.e. svokölluð H-lán eða G-lán), né hverjar tekjur lánþega eru svo hægt sé að greina fjárhæðir endurgreiðslna. Þá hafa margir nemendur stundað og/eða lokið námi í fleiri en einni námsgrein, en einungis ein námsgrein er tiltekin í gögnunum.

Við greiningu starfshópsins voru námsgreinar flokkaðar í yfirflokka og námslönd í helstu landaflokka.

Eins og fram hefur komið gerir starfshópurinn ekki beina tillögu að því hvaða námsgreinar eigi að hljóta ívilnun samkvæmt 28. gr., en til þess að geta metið fjárhagslegt umfang innleiðingar er reynt að meta á grófan hátt hvoru megin hryggjar námsgreinaflokkar myndu falla. Er hér um að ræða gróft mat sem byggir á huglægu mati á ýmsum þáttum, m.a. möguleikum til notkunar fjarlausna, núverandi stöðu mönnunar og hversu algengum og brýnum erindum stéttirnar sinna.

Tafla 1: Yfirflokkar námsgreina, mat á líkum þess að námsgrein muni hljóta ívilnun skv. 28. gr. og fjöldi lánþega í hverjum flokki

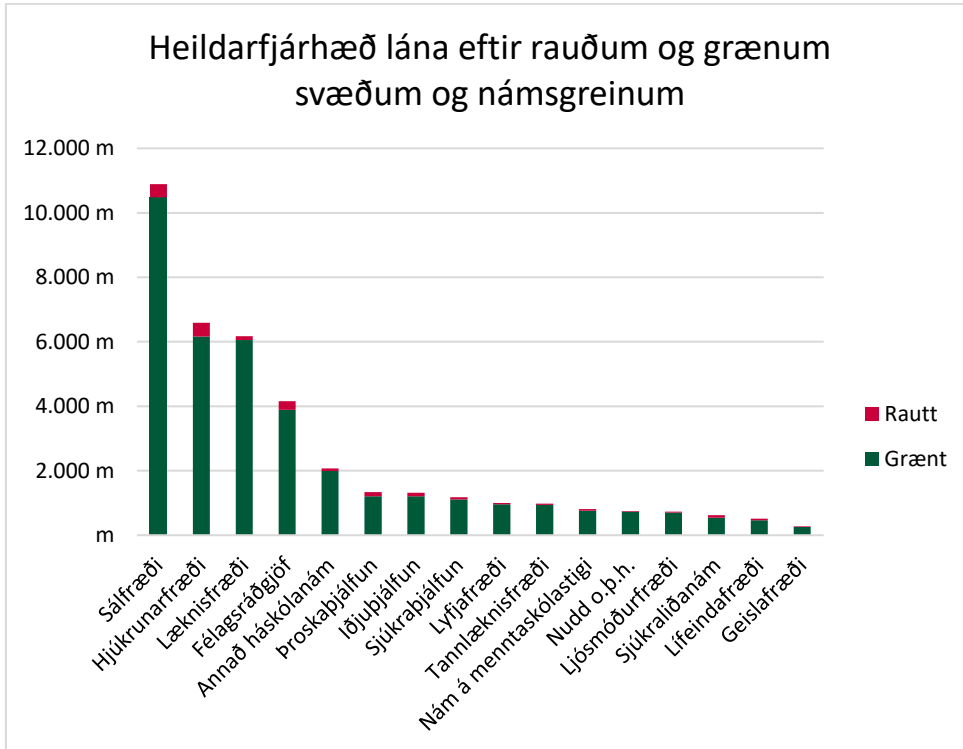
Yfirflokkur	Já	Nei	Fjöldi lánþega
Annað háskólanám		✓	369
Félagsráðgjöf		✓	739
Geislafræði	✓		72
Hjúkrunarfræði	✓		1294
Iðjuþjálfun		✓	256
Lífeindafræði	✓		93
Ljósmyndunfræði	✓		102
Lyfjafræði		✓	219
Læknisfræði	✓		705
Nám á menntaskólastigi		✓	224
Nudd o.þ.h.		✓	93
Sálfræði		✓	1912

Sjúkraliðanám	✓	195	
Sjúkraþjálfun	✓	277	
Talmeinafræði	✓	100	
Tannlæknisfræði	✓	134	
Þroskaþjálfun		✓	359
Heildarsumma	2972	4171	7143

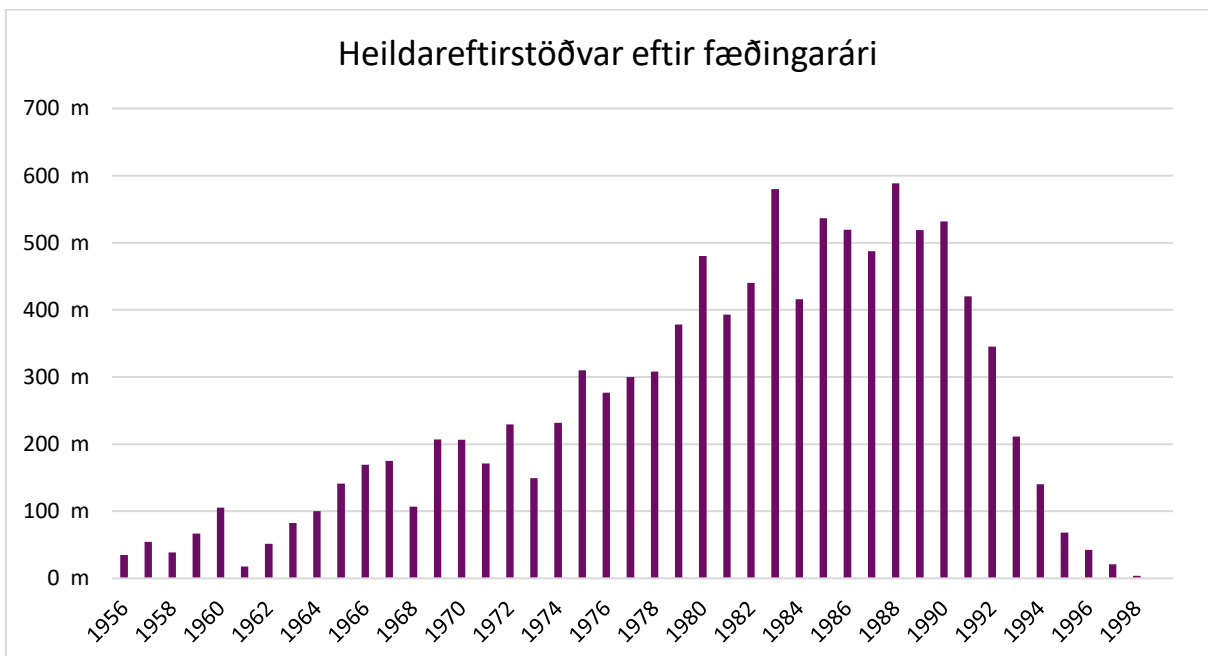
Taflan fyrir ofan sýnir að í gagnasettinu eru rúmlega 7000 lánþegar. Sérstaka athygli vekur stór hópur sem lokið hefur námi í sálfræði. Gögnin greina ekki í sundur þá sem lokið hafa klínisku námi í sálfræði og hafa starfsleyfi sem sálfræðingar og þá sem aðeins hafa stundað nám í sálfræði en sálfræðingar með gilt starfsleyfi hér á landi eru ekki nema um helmingur þess fjölda sem er með lán vegna náms í sálfræði.²¹ Af þessum ástæðum er erfitt að meta þann fjölda sem falla myndi undir skilyrði ívilnunar og hafa lánþegar með sálfræðimenntun því verið teknir út fyrir í greiningum starfshópsins. Í því er þó ekki falin afstaða starfshópsins til þess hvort starfsstéttin ætti að njóta ívilnana, ekki frekar en til annarra heilbrigðisstétta. Varðandi aðrar heilbrigðisstéttir horfði starfshópurinn fyrst og fremst til þess hvaða heilbrigðisstéttir væru líklegar, að hans mati, til þess að njóta ívilnana. Aðrar fjölmennar stéttir eru hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar og læknar.

Þegar skoðað er hvernig þessi hópur skiptist eftir námslöndum sést að mikill meirihluti hefur stundað nám á Íslandi. Önnur ríki á Norðurlöndum koma sameiginlega þar á eftir, þar sem flestir hafa lært sálfræði, læknisfræði, hjúkrunarfræði og sjúkraþjálfun. Slóvenía og Ungverjaland eru stór lönd fyrir nemendur í læknisfræði, auk stórs hóps sálfræðinga í Norður-Ameríku og Bretlandi. Vegna persónuverndarsjónarmiða er tölfræðigreiningin sjálf ekki birt hér.

²¹ Fjöldi gildra starfsleyfa sálfræðinga fenginn úr Starfsleyfaskrá embættis landlæknis, maí 2023, <https://island.is/starfsleyfaskra>.

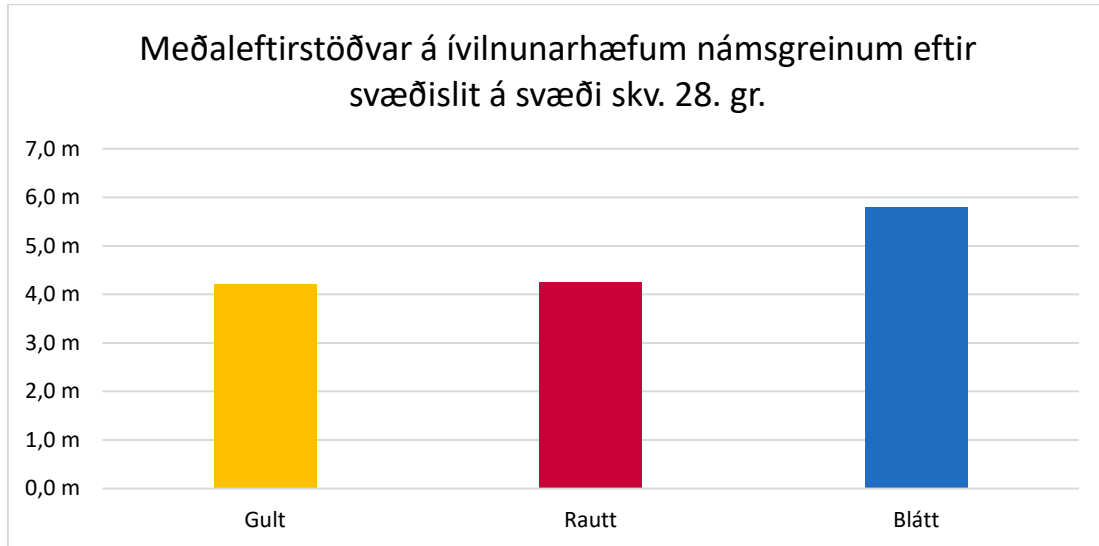


Mynd 4: Heildarfjárhæð lána eftir svæðisskiptingu og námsgreinum. Á myndinni sést að heildarfjárhæðin er mest í sálfræði, hjúkrunarfræði, læknisfræði og félagsráðgjöf. Litirnir vísa til svæðaskiptingarinnar sem skilgreind er á Mynd 2 á bls. 20.



Mynd 5: Heildareftirstöðvar námslána eftir fæðingarári. Myndin sýnir að fjárhæð námslána hækkar fram til þrítugs og byrjar svo að lækka.

Á mynd 6 eru meðaleftirstöðvar lána vegna ívilnunarhæfra námsgreina flokkuð í þrjá flokka eftir búsetu lánþega, sbr. umfjöllun um svæðaskiptingu í kafla 6.1. Rauð á þeim svæðum sem starfshópurinn telur að fyrst komi til álita við veitingu ívilnana á grundvelli 28. greinarinnar, blá á þeim svæðum sem næst liggja stærstu sjúkrahúsunum og gul á þeim svæðum sem liggja þar á milli og gætu komið til álita við veitingu ívilnana skv. 28. gr., sbr. næmisgreiningu í kafla 9.3.



Mynd 6: Meðaleftirstöðvar lána á ívilnunarhæfum námsgreinum eftir svæðum.

9.2 Tvær forsendur og ein athugasemd um tímaás

Tvær stórar forsendur þarf að gefa sér til að áætla kostnaðaráhrif breytinganna og eina athugasemd um tímaás.

Það er í anda laganna og skynsamleg notkun almannafjár að reyna að skilgreina mörk ívilnanakerfisins nógu þröngt til þess að líklegt sé að fjárveitingavaldið samþykki aðgerðirnar og að þær upphæðir sem hver og einn getur notið séu nógu háar til að hafa raunveruleg áhrif á ákvörðun um búsetu. Stærstu þættirnir sem takmarka umfang kerfisins er svæðisskipting og skipting eftir námsgreinum. Hvað varðar ívilnunarhæfi námsgreina tekur starfshópurinn ekki beina afstöðu, en gerir að því drög til að geta slegið máli á fjárhagslegt umfang.

Upphæð hámarks niðurfellingar höfuðstóls byggir á grófum gengisútreikningi út frá norska kerfinu, þ.e. 500.000 kr. á ári. Hér á landi er gert ráð fyrir talsvert meiri skilyrðum, m.t.t. mats stjórnvalda á þörf eftir stéttum og staðsetningu. Á grundvelli þessara ríkari skilyrða hér en í Noregi, og þess að norska kerfið virðist hafa haft takmörkuð áhrif eins og áður er rakið, má færa rök fyrir því að þessi upphæð ætti að vera talsvert hærri, t.d. 800.000 kr. Starfshópurinn gerir ráð fyrir að þessi upphæð verði ákveðin í auglýsingu hverju sinni á grundvelli þeirra gagna sem liggja fyrir.

Tafla 2: Helstu forsendur í grunnmati

Hámarkshlutfall endurgreiðslu á ári	20%
...en þó ekki meira en	500.000 kr.
Hlutfall stöðugilda sem ekki nær í gegnum ferli frá umsókn til auglýsingar	40%
Fjölgun þeirra sem búa á rauðu svæði (sem flytja frá grænu, sbr. kort í kafla 6.1)	50%

Tafla 3: Heildarniðurfelling og fjöldi lánþega á rauðum svæðum á ári ef allar námsgreinar hlytu ívilnun á öllu rauða svæðinu

Námsgrein	Heildarniðurfelling	Fjöldi lánþega
Hjúkrunarfræði	44 m	112
Sjúkraliðanám	10 m	23
Sjúkraþjálfun	6 m	17
Læknisfræði	5 m	13
Lífeindafræði	2 m	7
Tannlæknisfræði	2 m	6
Geislafræði	2 m	≤5
Talmeinafræði	2 m	≤5
Ljósmyndunfræði	2 m	≤5
Samtals	73 m	186

Grunnforsenda kerfisins varðandi beitingu ívilnana skv. 28. gr. er að ekki verði gerður greinarmunur á þeim sem þegar búa á svæðinu og þeim sem flytja á svæðið þegar kerfið hefur tekið gildi. Þetta þýðir að nokkur hluti niðurfellingarinnar mun fara til þeirra sem ekki stuðla beinlínis að **fjölgun** í ákveðinni starfsgrein. Það starfsfólk er samt sem áður kjölfesta í fagstétt sem er undirmönnuð á viðkomandi svæði.

Þetta þýðir samt ekki að allar námsgreinar sem annars eru á rauðum svæðum nái í gegnum nálarauga greiningar Byggðastofnunar og Sambands íslenskra sveitarfélaga. Í þessari líkanagerð er gert ráð fyrir að 40% af umsóknum frá fagstéttum sem við teljum líklegt að muni yfir höfuð teljast ívilnunarhæfar muni í reynd njóta ívilnunar á rauðum svæðum. Ljóst er að erfitt er að spá fyrir um þetta.

Einnig þarf að gefa sér hver líkleg fjölgun fólks yrði í kjölfar upptöku kerfisins. Hugmyndin er að þær stéttir sem muni á endanum hljóta ívilnun verði þær stéttir sem eru hlutfallslega hvað mest undirmannaðar. Í tilviki hjúkrunarfræðinga getur þessi tala orðið lág, t.d. þannig að átta hjúkrunarfræðingar sinni tíu stöðugildum, en í öðrum stéttum eru færri í stöðunum, og þar getur þurft að fjölga úr tveimur í fjóra eða jafnvel meira. Til þess að meta þessi áhrif á einhvern hátt er hér gengið út frá því að fjölgun yrði 50%.

Að síðustu þarf að gera grein fyrir því að fjárhagsáhrif eru metin þegar kerfið er komið í *jafnvægi*. Ljóst er að aldrei verður um neitt eiginlegt jafnvægi að ræða, en þetta er sagt til að benda á að fyrstu árin mun ívilnunin ekki hafa mikil áhrif, á meðan ferlið slípast til, skýrslur eru skrifaðar og auglýsingar eru birtar. Til millilangs tíma má gera ráð fyrir að nemendur svari ívilnunum með bæði ákvörðunum um námsval og hvernig töku á námslánum verður háttáð.

Endurgreiðslan jafngildir 70.000 króna launahækkun á mánuði fyrir skatta.

Tafla 4: Helstu niðurstöður líkans

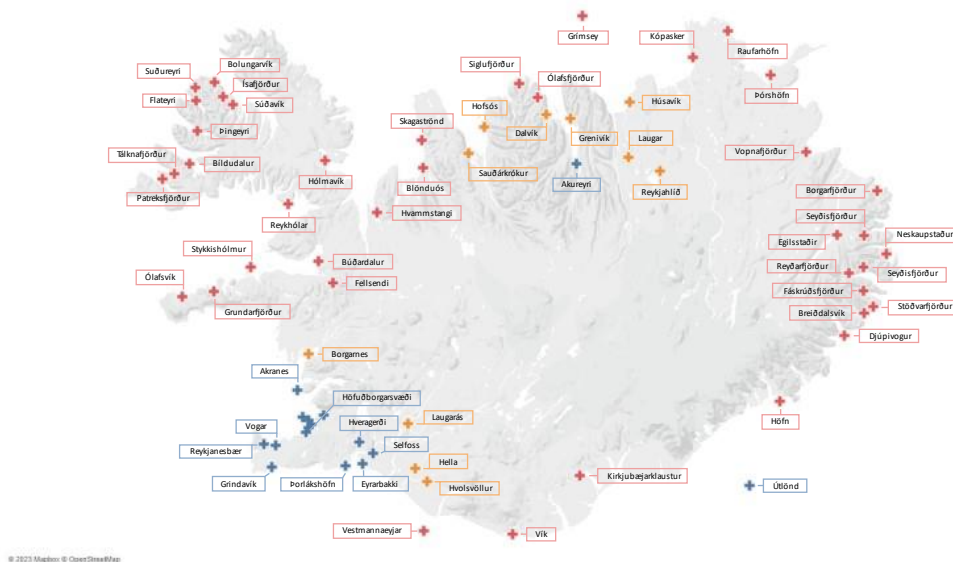
Hámarkskostnaður vegna fólks sem nú þegar býr á rauðum svæðum (a)	75,0 m
Kostnaður á rauðum svæðum, að teknu tilliti til brottfalls í undirbúningsferli (b)	45,0 m
Kostnaður vegna fjölgunar fólks (c)	22,5 m
Heildarkostnaður á ári (þegar kerfið er komið í jafnvægi) (b+c)	67,5 m

Í töflu 4 eru dregnar saman megin niðurstöður kostnaðarmatsins út frá þeim forsendum sem áður hafa verið raktar. Þannig er fyrst reiknaður hámarkskostnaður vegna ívilunar til lánþega sem þegar búa á ívilnarsvæðinu (a). Athygli er vakin á því að ekki liggja fyrir upplýsingar um hvort þeir uppfylla önnur skilyrði ívilunar, s.s. um starfshlutfall. Sú upphæð er síðan tekin niður um 40% þar sem gera má ráð fyrir að einhver svæði og/eða námsgreinar sem hér er lagt upp með nái ekki í gegnum það matsferli sem lögin gera ráð fyrir. Einnig er líklegt að þeir lánþegar sem njóta myndu óverulegs ávinnings af ívilnun, t.d. vegna lítilla eftirstöðva láns, myndi ekki sækja um (b). Út frá áður gefnum forsendum um hlutfallslega vöntun á mönnun stöðugilda er svo reiknað með að kostnaður vegna fjölgunar lánþega inná ívilnarsvæði sé 50% af þeim sem fyrir eru og uppfylla skilyrði ívilunar (c). Að lokum er svo kostnaðurinn við þá sem þegar búa á ívilnarsvæðunum (b) og þeirra sem flytja inn á þau (c) lagður saman.

9.3 Næmisgreining: Gul svæði tekin með

Á kortinu í 6. kafla er landinu skipt í tvö svæði, grænt og rautt. Einnig má hugsa sér aðra skiptingu, þar sem svæði sem eru nær stóru sjúkrahúsunum eru tekin

með í ívilnunarverkefnið. Á myndinni sem hér fer á eftir er önnur tillaga að skiptingu, og er landinu nú skipt í blátt, gult og rautt svæði. Rautt svæði er það sama og í megingreiningu, en grænum er skipt í blátt og gult.



Mynd 7: Svæðaskipting stækkaðs ívilnarsvæðis skv. 28. gr. laganna - næmisgreining

Tafla 5: Niðurstöður með stækkuðu ívilnarsvæði

Hámarkskostnaður vegna fólks sem nú þegar býr á rauðum eða gulum svæðum (a)	107,7 m
Kostnaður á rauðum og gulum svæðum, að teknu tilliti til brottfalls í undirbúningsferli (b)	64,6 m
Kostnaður vegna fjölgunar fólks (c)	32,3 m
Heildarkostnaður á ári (þegar kerfið er komið í jafnvægi) (b+c)	96,9 m

Það að bæta við gulum svæðum hækkar jafnvægis kostnað úr tæpum 70 m.kr. í tæpar 100 m.kr. miðað við langtíma jafnvægi.

10. Aðrar tillögur og ábendingar

10.1 Sérfræðipjónusta á landsbyggðinni

Í dag ræðst sérfræðipjónusta lækna á landsbyggðinni af því hvers konar sérfræðilækna heilbrigðisstofnun tekst að ráða til sín. Slíkt er til þess fallið að skapa ástand þar sem í einum landshluta er til dæmis veitt góða þjónustu til einstaklinga með gigt á meðan annars staðar er veitt góð þjónustu til einstaklinga með lungnavandamál. Starfshópurinn leggur til að hugað sé að öðrum leiðum til að tryggja sérfræðipjónustu á landsbyggðinni. Ein slík leið væri að færa sérfræðipjónustu á landsbyggðinni undir Sjúkratryggingar Íslands eða að fela einni heilbrigðisstofnun að skipuleggja sérfræðipjónustuna fyrir allt landið í heild t.d. Landspítala. Þá yrði kortlögð sú þjónusta sem nauðsynlegt er að veita á öllum heilbrigðisstofnunum og sú stofnun sem skipulegði sérfræðipjónustu fyrir landið myndi ákveða heimsóknir sérfræðinga á þessa staði. Sem dæmi um sérfræðipjónustu sem starfshópurinn telur að gæti hentað vel að skipuleggja og veita með þessum hætti væri þjónusta sálfræðinga, talmeinafræðinga, heyrnarfræðinga og ýmissa sérfræðilækna, t.d. augnlækna, barnalækna, fæðinga- og kvensjúkdómalækna, geðlækna, öldrunarlækna, meltingarlækna, krabbameinslækna, gigtarlækna og hjartalækna.

10.1.1 Samvinna stofnana um skipulag sérfræðipjónustu fyrir allt landið

Ef ein stofnun bæri ábyrgð á því að skipuleggja sérfræðipjónustu fyrir landsbyggðina væri hægt að skipuleggja ferðir sérfræðinga á ákveðin svæði eftir þörf og hafa fasta, fyrir fram ákveðna heimsóknartíma ákveðinna sérfræðinga. Ef framangreindir sérfræðingar kæmu eftir þörfum eða með reglulegu millibili til ákveðinna starfsstöðva heilbrigðisstofnana um land allt og heilbrigðisstofnunin myndi útvega aðstöðu og skipuleggja tímabókanir væri hægt að tryggja að allir landsmenn hefðu sem jafnastan aðgang að sérfræðipjónustu á heilbrigðissviði. Ef þörfin væri undir ákveðnu lágmarki væri hægt að bjóða sjúklingi að ferðast þangað sem sérfræðing er að finna í stað þess að senda sérfræðinginn til sjúklingins. Gagnlegt væri ef hægt væri að ívilna sérfræðingum sem tilbúnir eru að ferðast reglulega til svæða þar sem brýn þörf er fyrir þjónustu þeirra einnig með endurgreiðslu námslána. Slíkt rúmast þó ekki innan núgildandi ákvæða laga um Menntasjóð námsmanna nr. 60/2020.

10.1.2 Möguleikar vegna fjarheilbrigðisþjónustu

Ýmis sérfræðipjónusta er þess eðlis að hægt er að veita hana í gegn um fjarskiptabúnað. Hægt væri að setja upp fjarheilbrigðisþjónustuaðstöðu á þeim svæðum á landsbyggðinni þar sem sérfræðipjónusta er í lágmarki og taka þannig t.d. Svía til fyrirmyndar sem nota fjarheilbrigðisþjónustu mikið á landsbyggðinni. Með þessum hætti mætti fækka heimsóknum sérfræðinga í vissum starfsstéttum

á landsbyggðina þó svo að ekki sé mælt með því að fjarheilbrigðisþjónusta komi alfarið í staðinn fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er með beinum hætti.

10.1.3 Aðgengi í nám

Inntökuskilyrði í nám heilbrigðisstétta og nám til sérhæfingar innan þeirra virðast almennt ekki taka tillit til búsetu umsækjenda um nám.²² Þar með hefur skortur á menntuðu fólki í umræddri námsgrein í heimabyggð umsækjenda jafnan ekki áhrif á val á þeim nemendum sem fá inngöngu í námið. Til þess að ívilnanir nýtist sem best fyrir rauðu svæðin skv. skýringarmynd á bls. 20 þyrftu inntökuskilyrði að taka tillit til þarfa á rauðum svæðum.

10.1.4 Læknanemar eða sérnámslæknar að hluta til á landsbyggðinni

Eins væri æskilegt að læknanemum eða sérnámslæknum væri einhvern tímann á námstímanum skylt að stunda hluta verknáms, sérnámsgrunnns eða sérnáms í sérgrein á landsbyggðinni. Sérstaka áherslu ætti að leggja á þetta í sérnámi í heimilislækningum enda gegna heimilislæknar lykilhlutverki við veitingu heilbrigðisþjónustu í dreifbýli.

10.1.5 Fækkun lánþega Menntasjóðs námsmanna

Samkvæmt gögnum Menntasjóðs námsmanna er ljóst að þrátt fyrir mikla fjölgun í lánshæfu námi á undanförunum árum hefur lánþegum sjóðsins farið fækkandi. Síðastliðinn áratug hefur fjöldi lánþega lækkað um ríflega 50% á sama tíma og háskólanemum fjölgar. Ástæður þess eru sjálfsagt margvíslegar en greining liggur ekki fyrir. Afleiðingarnar á virkni ívilnunar vegna námslána eru hins vegar augljósar og þá sérstaklega varðandi 28. greinina, þar sem reynslan sýnir að yngra fólk er hreyfanlegra og því líklegra til að flytja búferlum vegna atvinnu en þeir sem eldri eru.

10.2 Aðferðafræði og nýting greiningarvinnu

Sú aðferðafræði og greiningarvinna sem hér er lagt upp með og ákvæðin í lögunum um Menntasjóð námsmanna gera ráð fyrir getur nýst við ákvarðanatöku um staðbundin starfskjör í heilbrigðiskerfinu, óháð því hvort um er að ræða ívilnun vegna námslána eða annars konar hvatakerfi. Hlutlæg samræmd skilgreining á mönnun einstakra starfsstöðva ásamt viðmiðum um beitingu ívilnana er í sjálfu sér óháð því hver ívilnunin svo er. Þannig mætti hugsa sér samræmt kerfi til að tryggja komur sérfræðinga á heilbrigðisstofnanir um landið sem haldið væri utan um af einum aðila, t.d. Landspítala eða Sjúkratryggingum Íslands. Sama ætti við um erlenda sérfræðinga, hvort sem þeir kæmu til starfa við einstakar stofnanir eða tækju þátt í samræmdu kerfi um reglulegar komur á heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni.

²² Þessu hefur landsráð um mönnun og menntun komist að á fjölmörgum fundum sínum með menntastofnunum sem mennta heilbrigðisstéttir og fleiri aðilum.

