

Félagsleg heilbrigðisþjónusta á Íslandi: Staða og áskoranir

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor

Erindi flutt á þingi BSRB, Hótel Nordica, Reykjavík, 2.-4. október 2024

Um heilbrigðiskerfi

Tegundir heilbrigðiskerfa

(W. C. Cockerham, 2017)

- Félagsleg kerfi (socialized system) – T.d. Norðurlönd, Bretland
- Skyldutryggingakerfi (National health insurance system)
– T.d. Frakkland, Þýskaland, Holland
- Einkatryggingakerfi (fee-for-service system) – T.d. Bandaríkin

Árangur ólíkra heilbrigðiskerfa

	Aðgengi að þjónustu	Lýðheilsa	Kostnaðarhagkvæmni
Félagslegt heilbrigðiskerfi (Norðurlönd, Bretl.)	Best	Best	Mest
Skyldutryggingakerfi (V.-Evrópa)	Næst best	Næst best	Næst mest
Einkatryggingakerfi	Lakast	Lökust	Minnst

(Anderson og Hussey, 2001; Cockerham, 2010; Elola og fl., 1995; Dahlgren, 2014; OECD, 2016; Wagstaff, 2009)

Íslenska heilbrigðiskerfið

Íslenska heilbrigðiskerfið telst til félagslegra heilbrigðiskerfa eins og þau norrænu.

Slík kerfi hafa þessi einkenni:

- 1) Almennur réttur til heilbrigðisþjónustu
- 2) Kerfinu er ætlað að tryggja jafnt aðgengi að þjónustu
- 3) Þjónustan er fyrst og fremst fjármögnuð af hinu opinbera
- 4) Hið opinbera skipuleggur þjónustuna
- 5) Hið opinbera greiðir þjónustuveitendum fyrir þjónustu sína
- 6) Notendur hafa lítinn eða engan kostnað af þjónustunni
- 7) Hið opinbera á að mestu aðstöðuna sem notuð er og rekur helstu rekstrareiningar
- 8) Gjarnan veitt heimild til takmarkaðs einkareksturs og einstaklingar borga kostnaðarauka sem af því getur leitt

Einkavæðing
(privatization)

Með einkavæðingu er átt við ...

- 1) Sölu eigna
- 2) Aukna einkaframkvæmd (einkarekstrarvæðing)
- 3) Aukna einkafjármögnun (einkafjárvæðing., s.s. aukin sjúklingagjöld eða einkatryggingar)
(Albrecht, 2009; Maarse, 2006; Starr, 1988)

Áskoranir (vandi) sem geta tengst einkafjármögnun (fjárhagslegri einkavæðingu) í félagslegum heilbrigðiskerfum

- 1) Einkafjármögnun (sjúklingagjöld) getur leitt til frestunar eða niðurfellingar á heimsóknnum til þjónustuaðila (May og Cunningham, 2004; Smith o.fl., 2018).
- 2) Einkafjármögnun (sjúklingagjöld) getur valdið ójöfnuði í aðgengi að þjónustu (sbr. Pollock, 2008; Vilhjálmsson, 2005, 2021).
- 3) Þótt sjúklingagjöldum sé jafnan ætlað að auka kostnaðarvitund má spyrja til hvers ætti að auka kostnaðarvitund sjúklinga.
- 4) Jafnan er gert er ráð fyrir að sjúklingagjöld dragi úr óþarfri þjónustunotkun, en ekki nauðsynlegri hjálparleit. Þetta virðist ekki ganga eftir í íslenska heilbrigðiskerfinu, því langveikir og fjölkvillaveikir fresta læknisþjónustu oftar en aðrir (Vilhjálmsson, 2005; Rúnar Vilhjálmsson, 2011).
- 5) Einkafjármögnun í formi einka-sjúkratrygginga skapar forgangshópa sem fara fram fyrir í biðröðinni eftir heilbrigðisþjónustu. Þessir hópar búa þó oft við vægari heilsuvanda en þeir sem bíða lengur (Dahlgren og Pelling, 2022).

Áskoranir (vandi) sem geta tengst einkaframkvæmd (rekstrarlegri einkavæðingu) í félagslegum heilbrigðiskerfum

- 1) Einkaframkvæmd tengist oft innleiðingu eða hækkun á þjónustugjöldum sjúklinga.
- 2) Þjónustusamningar við einkaaðila í heilbrigðisþjónustu eru jafnan flóknir og þeim er oft ábótavant þegar kemur að:
 - a) Gæðum umsaminnar þjónustu. b) Viðurlögum við frávikum (Palmer, 2000).
- 3) Aðilar í einkaframkvæmd veita sjaldnast heildstæða þjónustu – Flókin og erfið tilfelli, og meðferðarmistök einkaaðila, lenda gjarnan hjá opinberum þjónustuaðilum („Rjómafleyting“, Cream skimming) (Peacock, 1997).
- 4) Einkaframkvæmd beinist um of að meðhöndlun einstaklinga, fremur en stærri lýðheilsuverkefnum og samstarfsverkefnum (Dahlgren, 2012).
- 5) Einkaframkvæmd getur leitt til ósamhæfðrar og ósamfelldrar þjónustu, þegar margir ótengdir aðilar veita afmakaða þjónustu í samkeppni hver við annan (Dahlgren, 2008).
- 6) Aðilar í einkaframkvæmd velja sér að jafnaði að starfa í þéttbýli frekar en dreifbýli og sinna síður sjúklingum með mikil veikindi og þjónustuþyngd, en þessir sjúklingar ættu að hafa forgang fram yfir aðra (Dahlgren og Pelling, 2022).
- 7) Einkaframkvæmd dregur almennt ekki úr heildarkostnaði við heilbrigðisþjónustuna, heldur getur þvert á móti aukið hann, vegna kostnaðarliða eins hás stjórnunarkostnaðar innan fyrirtækjanna, arðgreiðslna og aukins kostnaðar eftirlitsaðila (sjá t.d. Dahlgren, 2008; Devereaux og fl., 2004; Pollock, 2008).

Einkarekstrarvæðing heilsugæslunnar

Einkarekstrarvæðingu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu var ætlað að ...

- 1) Bæta nýliðun í hópi heimilislækna
- 2) Auka valfrelsi sjúklinga um lækni og þjónustustað
- 3) Bæta aðgengi sjúklinga að heilsugæsluþjónustu
- 4) Auka gæði heilsugæsluþjónustu
- 5) Mæta betur þörfum fyrir heilbrigðisþjónustuna

Á næstu slæðum skoðum við þessi atriði:

Einkarekstrarvæðing heilsugæslunnar (frh)

1) Bætt nýliðun í hópi heimilislækna?

- Einkarekstrarvæðingin hefur haft lítil áhrif á nýliðun heimilislækna. Hins vegar hafa heimilislæknar í mörgum tilvikum flutt af opinbert reknum stöðvum á einkastöðvarnar.

2) Aukið valfrelsi sjúklinga um lækni og þjónustustað?

- Vart er hægt að tala um frjálst val sjúklinga í þessu sambandi. Algengt hefur verið að sjúklingar flytji sig til síns heimilislæknis, færi hann sig á einkastöðina. Þannig koma sjúklingar í veg fyrir að lenda á löngum biðlista á sinni heilsugæslustöð eftir einkarekstrarvæðinguna. Þessir sjúklingar velja því ekki einkastöðina heldur færa sig með heimilislækninum.

Einkarekstrarvæðing heilsugæslunnar (frh)

3) Bætt aðgengi að heilsugæsluþjónustu?

- Athuganir hérlendis sýna að hlutfall einstaklinga sem frestar lækniþjónustu sem þörf er á hefur ekki lækkað, heldur **aukist**.
- Þeim hefur einnig fjölgað sem fresta lækniþjónustu **vegna þess að þeir fá ekki tíma hjá læknum nægilega fljótt**.

4) Aukin gæði heilsugæsluþjónustu?

- Óvissa ríkir um áhrif einkarekstrarvæðingarinnar á gæði heilsugæsluþjónustunnar. Gæði hafa að sáralitlu leyti verið mæld eftir breytingarnar á heilsugæslunni.
- Einn afar takmarkaður gæðamælikvarði er endurtekið notaður, nefnilega **ánægja sjúklinga með þjónustu heilsugæslunnar**. Sá mælikvarði snýr að upplifun sjúklinga, en nær að litlu leyti yfir fagleg gæði þjónustunnar eða skipulag hennar. **Og þessi ánægja sjúklinga hefur raunar farið lækkandi á höfuðborgarsvæðinu** (Sjúkratryggingar, 2024).

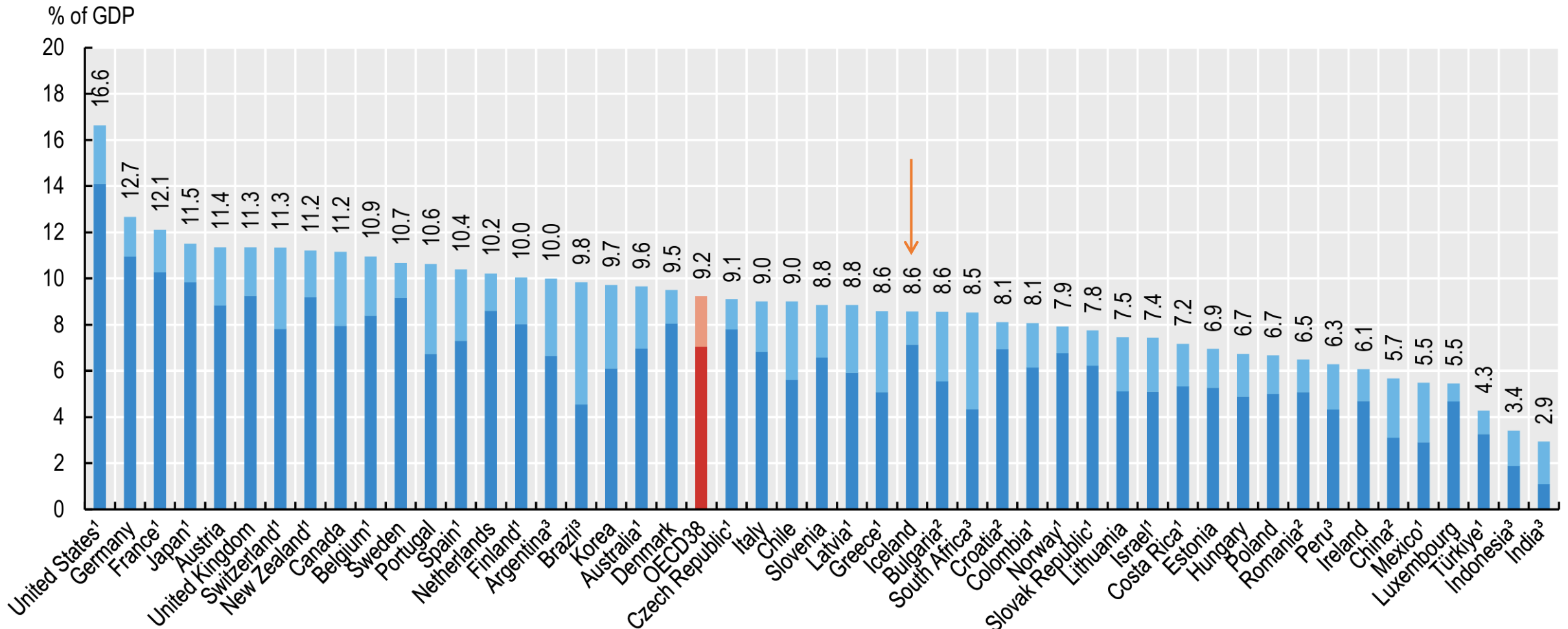
Einkarekstrarvæðing heilsugæslunnar (frh)

5) Þörfum betur mætt fyrir heilsugæsluþjónustuna?

- Tekið er tillit til þarfa í núverandi greiðslulíkani heilsugæslustöðva. Það þýðir þó einungis að heilsugæslustöð fær meira greitt frá Sjúkratryggingum ef sjúklingur sem notar stöðina er talinn hafa meiri þjónustuparfir.
- Hins vegar er framboð þjónustunnar ekki kerfisbundið skipulagt í samræmi við þjónustupyngd eða þjónustuparfir íbúa á einstökum þjónustusvæðum, eins og Dahlgren og Pelling (2020) leggja eindregið til.
- Því verður til misræmi milli framboðs þjónustu og þjónustuparfa á einstökum þjónustusvæðum. Hér erum við með sams konar vandamál og við er að glíma í heilsugæslunni í Svíþjóð.
- Það liggur því ekki fyrir að þörfum íbúa Höfuðborgarsvæðisins hafi verið betur mætt með einkarekstrarvæðingu innan heilsugæslunnar.

Heilbrigðisútgjöld OECD ríkja sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (GDP) 2022

■ Government/Compulsory ■ Voluntary/Out-of-pocket



Heimild: OECD Health Statistics (2023)

Einkafjármögnun og einkafjárvæðing

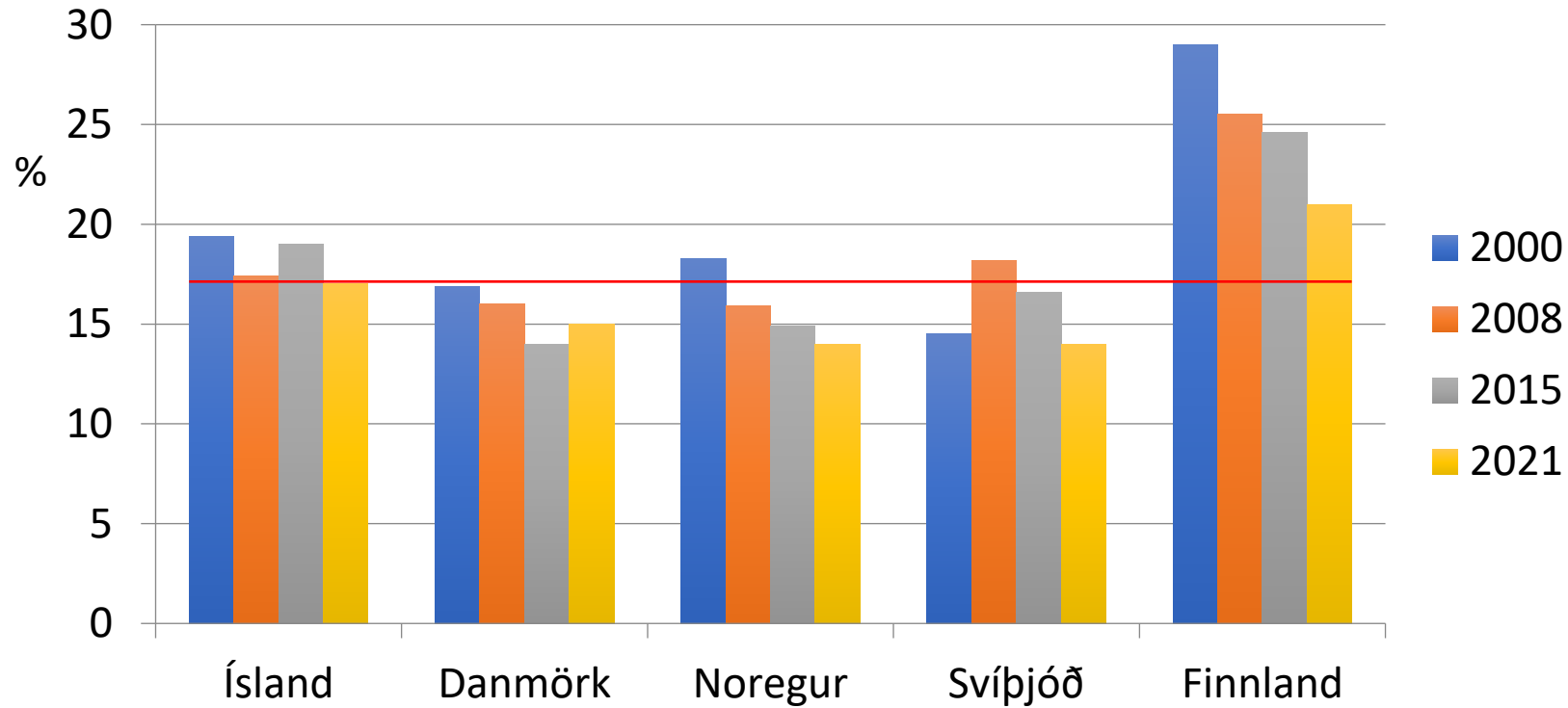
Hlutdeild einkaaðila og hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum á Íslandi

	2000	2008	2015	2019	2022
Hið opinbera	80,6%	82,6%	81,0%	82,0%	83,3
Einkaaðilar (sjúklingar)	19,4%	17,4%	19,0%	17,0%	16,7

Heimild: Health at a Glance 1999-2023. Paris: OECD.

Taflan að ofan ber með sér sveiflur í opinberri fjármögnun og fjárhagslegri einkavæðingu (einkafjárvæðingu).

Einkafjármögnun í félagslegum heilbrigðiskerfum Norðurlanda



Heimildir: OECD Health Data (2002, 2010, 2017, 2023)

Á Íslandi hefur dregið úr einkafjármögnun síðustu ár hliðstætt flestum Norðurlandanna, þó mest í Noregi og Svíþjóð.

Áætluð bein heildarútgjöld heimilis vegna heilbrigðismála árið 2022

	Meðaltal
Heild	244.207
45-54 ára einstakl.	281.578
Mannmörg heimili	286.352
Atvinnulausir	290.194
Langveikir	300.353
Öryrkjar (75%)	323.437

¹ Tekjur miðast við ráðstöfunartekjur heimilis á mánuði eftir skatt

Gögn:

Félagsvísindastofnun (2023): Lífskjör og heilbrigðisþjónusta á Íslandi (landskönnun).

Áætluð bein heildarútgjöld heimilis vegna heilbrigðismála sem hlutfall (%) af ráðstöfunartekjum heimilis árið 2022.

	Hlutfall af ráðst.tekj. ¹
Heild	4,33 %
18-30 ára einstakl.	5,97 %
Einhleypir	6,60 %
Einstæðir foreldrar	7,70 %
Mannmörg heimili (≥5)	4,65%
Grunnskólamenntaðir	5,85 %
Lægsti tekjuhópur (<300 þús. á mán.) ¹	11,07 %
Öryrkjar (75%)	7,63 %
Atvinnulausir	12,70%

Hafa frestað læknisþjónustu sem þörf var fyrir sl. 6 mánuði

2015		2023	
Rvk.svæði	Landsbyggð	Rvk.svæði	Landsbyggð
21,9%	21,6%	25,4%	23,5%

Talnagögn:

Landskönnun Rúnars Vilhjálmssonar 2015.

Félagsvísindastofnun (2023): Lífskjör og heilbrigðisþjónusta á Íslandi (landskönnun).

Uppgefnar ástæður frestunar lækniþjónustu meðal fullorðinna (algengustu ástæðurnar)¹

	2023	
	Rvk.svæði	Landsb.
Of upptekin/n	22,6%	18,6%
Taldi að ferð til læknis myndi ekki gera mikið gagn	26,3%	34,0%
Kostnaður þjónustunnar	27,5%	16,3%
Fannst of tímafrekt að fara til læknis	13,0%	12,1
Vissi ekki til hvaða læknis ætti að leita	10,2%	11,2%
Gat ekki fengið tíma hjá læknum nægilega fljótt	51,0%	38,3%

¹ Svarendur gátu nefnt fleiri en 1 ástæðu fyrir frestun

Talngögn:

Félagsvísindastofnun (2023). Lífskjör og heilbrigðisþjónusta á Íslandi.

Tengsl útgjaldabyrði og aðgengis að heilbrigðisþjónustu

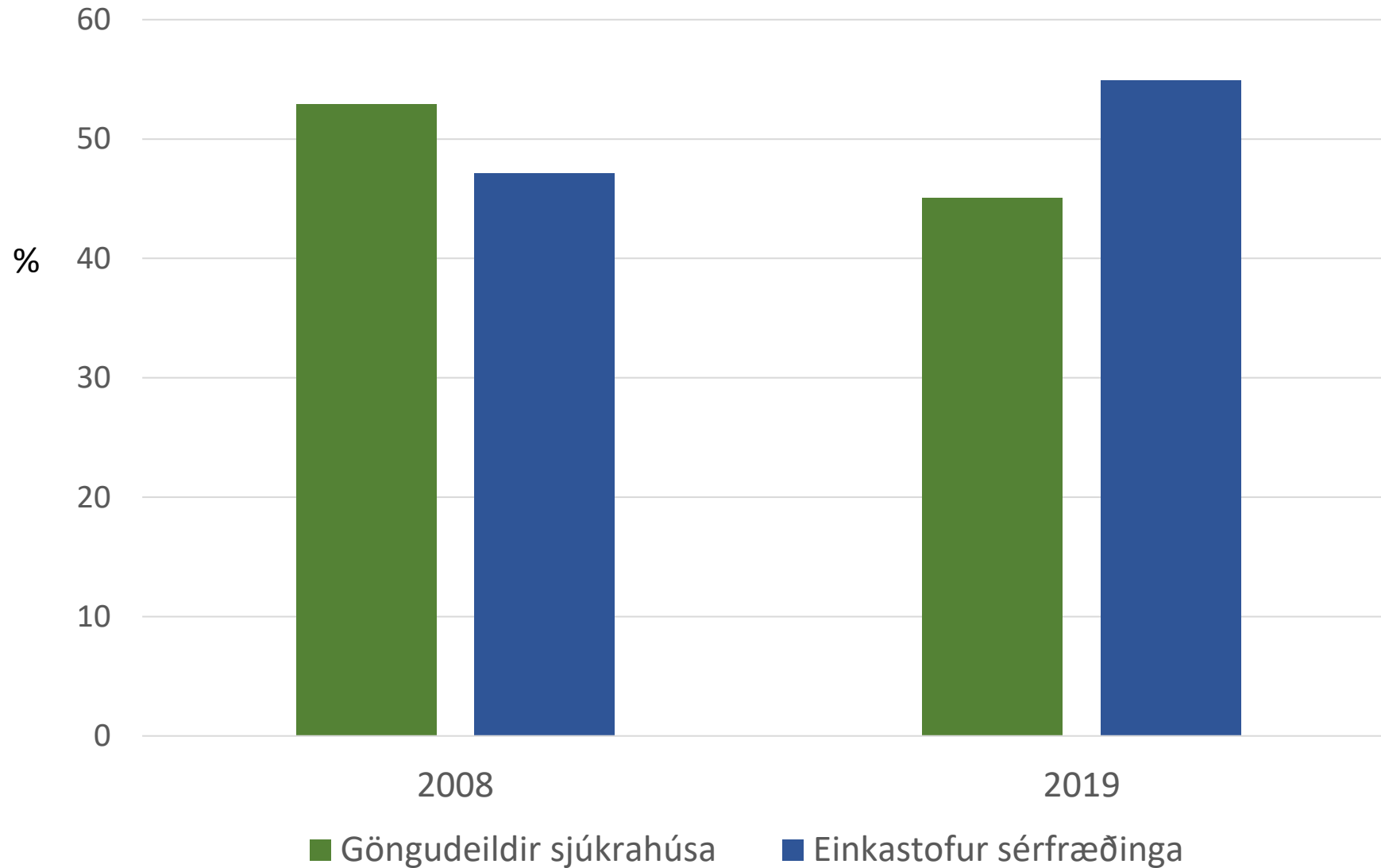
	Útgjaldabyrði heimila (hlutfall af ráðstöfunartekjum heimilis)			
	0-1%	2-5%	6-9%	10+ %
Frestun læknisþjónustu (%, n)	14,6 (145/992)	23,6 (553/2347)	33,8 (187/553)	45,6 (187/410)
Lyf ekki leyst út % (n)	6,7 (67/999)	11,7 (276/2351)	19,3 (107/553)	25,3 (104/411)

Gögn:

Félagsvísindastofnun (2023): Lífskjör og heilbrigðisþjónusta á Íslandi (landskönnun).

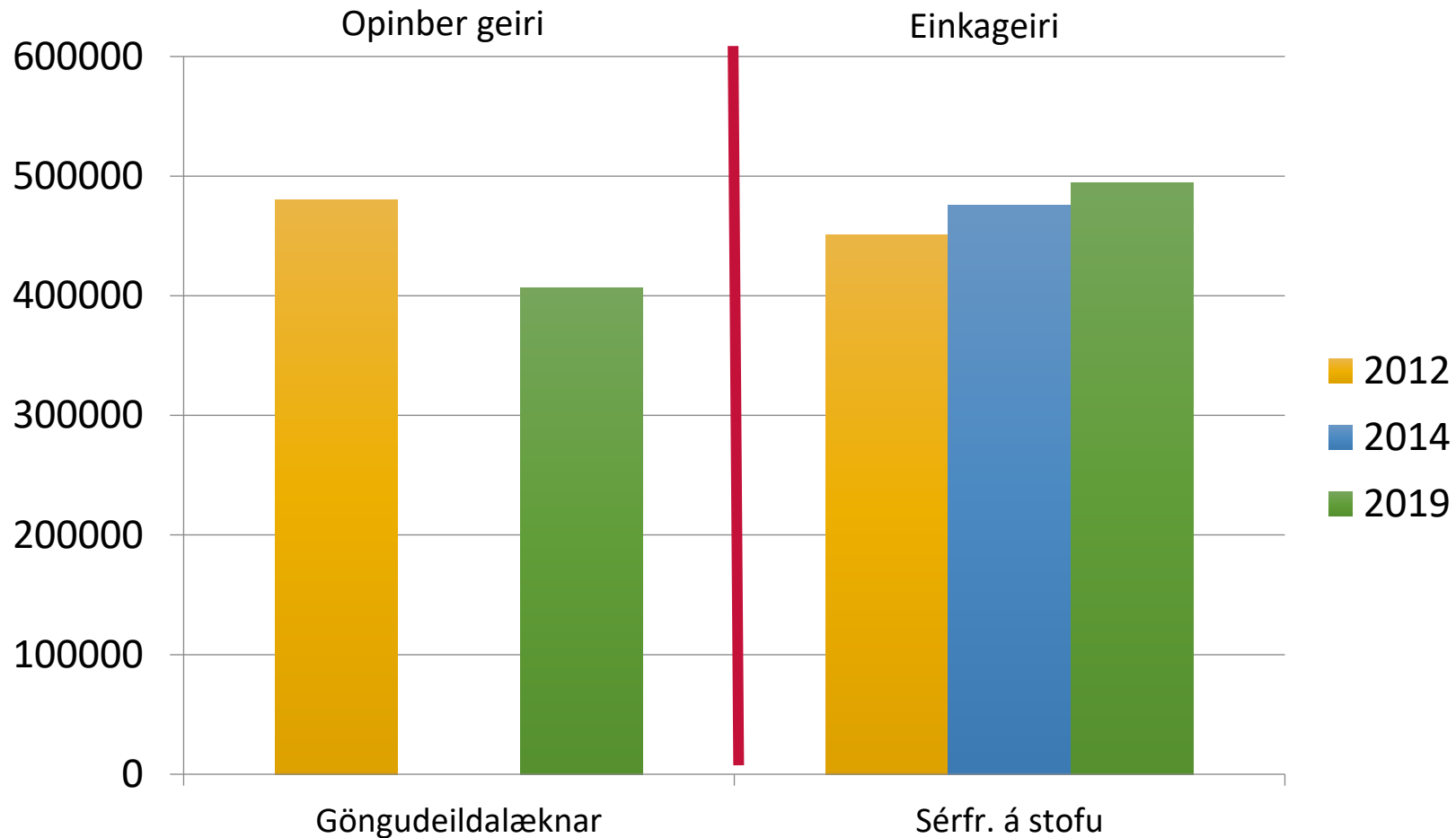
Einkarekstrarvæðing

Skipting samskipta sjúklinga milli opinberra og einkarekinna sérfræðilækninga 2008 og 2019



Heimildir: Sjúkratryggingar Íslands (2021). Landlæknisembættið (2022)

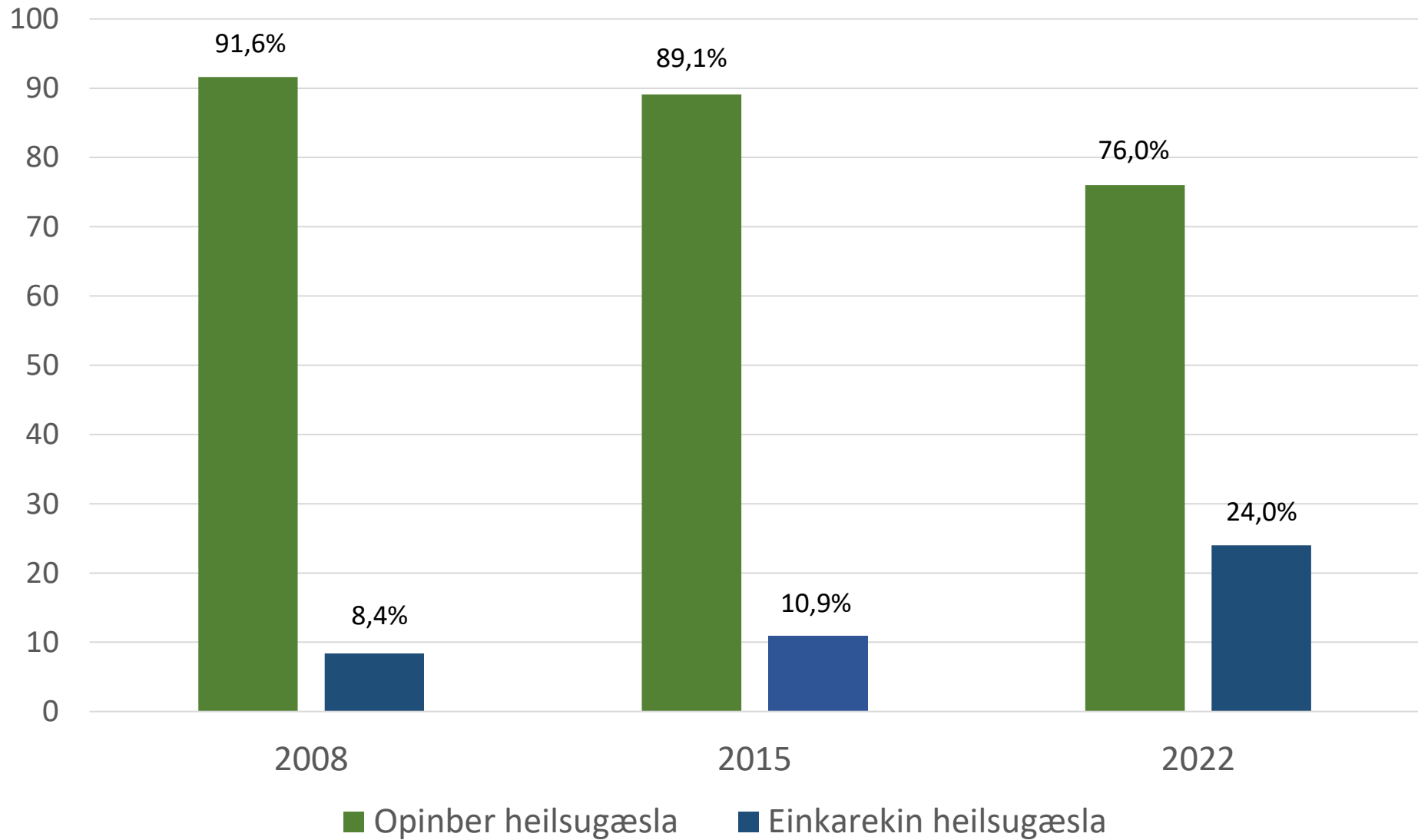
Samskipti sérfræðinga og sjúklinga í opinbera og einkarekna geiranum á Íslandi



Heimildir: Embætti landlæknis (2022) og Sjúkratryggingar Íslands (2020)

Þróun samskipta innan opinbera geirans og einkageirans á Íslandi gefur til kynna **rekstrarlega einkavæðingu** sérfræðilæknisþjónustunnar.

Skipting samskipta sjúklinga milli opinberrar og einkarekinnar heilsugæslu 2008-2022¹



¹Myndin inniheldur samskipti sjúklinga við alla starfsmenn dag- og vaktþjónustu innan heilsugæslunnar

Heimild: Landlæknisembættið (2023)

Viðhorf Íslendinga

Þróun í afstöðu Íslendinga til **opinbers reksturs** eða **einkareksturs** heilbrigðisþjónustunnar

Hið opinbera ætti fyrst og fremst að reka ...				
	2006	2015	2017	2021
Sjúkrahús	80,7%	83,2%	86,0%	81,3%
Heilsugæslustöðvar	76,2%	77,6%	78,7%	67,6%
Hjúkrunarheimili	59,1%	64,8%	67,5%	58,4%
Tannlækningar barna	63,3%	64,8%	66,6%	59,3%

Einkaaðilar ættu fyrst og fremst að reka ...				
	2006	2015	2017	2021
Læknastofur	11,8%	10,6%	7,7%	9,6%
Tannlækningar fullorðinna	16,3%	14,9%	11,6%	19,5%

Talngögn: Þjóðmálakannanir Félagsvísindastofnunar, mars-maí 2017 og mars 2021
Rúnar Vilhjálmsson (2006, 2015).

Þróun í viðhorfum Íslendinga til fjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar

Finnst þér að hið opinbera eigi að leggja meira fé, minna fé, eða óbreytt fé til heilbrigðisþjónustu (miðað við það sem nú er)?

	2006	2015	2021
Meira fé	81,5%	90,9%	77,8%
Óbreytt fé	16,5%	1,3%	19,6%
Minna fé	1,9%	7,9%	2,5%

Talngögn: Þjóðmálakannanir Félagsvísindastofnunar, mars-maí 2017 og mars 2021
Rúnar Vilhjálmsson (2006, 2015).

Ađ lokum

Verkefningin framundan í íslenskri heilbrigðisþjónustu

- 1) Draga þarf áfram úr heilbrigðisútgjöldum heimilanna, ekki síst heimila lágtekjufólks, einstæðra foreldra, langveikra, og öryrkja.
- 2) Halda þarf einkarekstrarvæðingunni í skefjum. Rök fyrir einkarekstrarvæðingu geta ekki verið þau ein að bæta afkomu eða starfskjör einstakra heilbrigðisstarfsmanna.
- 3) Hið opinbera þarf að bera ríkari ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni, bæði skipulagslega, fjárhagslega og rekstrarlega.
- 4) Líta þarf til þjónustuparfa og heildarhagsmuna þegar heilbrigðisþjónustan er skipulögð (Dahlgren og Pelling, 2022).
- 5) Draga þarf úr bið og biðlistum í opinbert rekinni heilbrigðisþjónustu með endurskoðun fjárveitinga, bættri aðstöðu og mönnun. Þetta felur einnig í sér að nýta betur starfskrafta annarra heilbrigðisstarfsmanna en lækna.
- 6) Bæta aðbúnað sjúklinga og starfsaðstöðu starfsmanna innan opinberra þjónustustofnana. (Framlög til innviðauppbýggingar í heilbrigðiskerfinu eru enn mun lægri en meðal annara Norðurlanda og undir meðaltali í Evrópu) (OECD, 2020).
- 7) Auka nálægð þjónustunnar, t.d. með vinnustaðapjónustu, heilsugæslu í framhaldsskólum, og sérfræðingaheimsóknum á heilsugæslustöðvar.
- 8) Auka samfelluna í heilbrigðisþjónustunni, með auknu samstarfi innan og milli stofnana og þjónustuaðila.

ÞÖKK FYRIR ÁHEYRNINA

