

Rekstur og fjármögnun íslenska heilbrigðiskerfisins. Hvað vill þjóðin?

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor

Erindi á málþingi BSRB, Reykjavík 26. maí 2021

Um heilbrigðiskerfi

Tegundir heilbrigðiskerfa

(W. C. Cockerham, 2017)

- Félagsleg kerfi (socialized system) – T.d. Norðurlönd, Bretland
- Skyldutryggingakerfi (National health insurance system)
– T.d. Frakk., Þýskal., Holland
- Einkatryggingakerfi (fee-for-service system) – T.d. Bandaríkin
- Sosíalísk kerfi (socialist system) – T.d. Kúba

Árangur ólíkra heilbrigðiskerfa

	Aðgengi að þjónustu	Hlutfallslegur kostnaður	Lýðheilsa
Félagslegt heilbrigðiskerfi (Norðurlönd, Bretl.)	Best	Lægstur	Best
Skyldutryggingakerfi (V.-Evrópa)	Næst best	Næst lægstur	Næst best
Einkatryggingakerfi	Lakast	Hæstur	Lökust

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

Um íslenska heilbrigðiskerfið

Íslenska heilbrigðiskerfið telst til félagslegra heilbrigðiskerfa

Kjörmynd (ideal type) félagslegs heilbrigðiskerfis (Cockerham, 2017):

1. Almennur réttur til heilbrigðisþjónustu
2. Kerfinu er ætlað að tryggja **jafnt aðgengi að þjónustu**
3. Þjónustan 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

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur að nokkru leyti fjarlægst þessa kjörmynd félagslegs heilbrigðiskerfis á undanförunum árum, einkum að því er varðar liði 6-8.

Einkavæðing
(privatization)

Einkavæðing (privatization) heilbrigðisþjónustu

Íslenska heilbrigðiskerfið færst nokkuð frá kjörmynd hins félagslega heilbrigðiskerfis á undanförunum árum með **einkavæðingu** innan kerfisins.

Með **einkavæðingu** er í fræðilegri umræðu átt við (Albrecht, 2009; Maarse, 2006; Starr, 1988):

1. Sölu á opinberri stofnun eða fyrirtæki, sölu á hlutafé hins opinbera, eða sölu á öðrum eignum hins opinbera, til einkaaðila = **Eignasala**
2. Tilfærslu á rekstri eða framkvæmd frá hinu opinbera til einkaaðila = **Einkaframkvæmd** (s.s. þegar einkareknar heilsugæslustöðvar eru stofnaðar, eða stofum og verkefnum fjölga á einkareknum stofum sérfræðinga).
3. Tilfærslu fjármögnunar frá hinu opinbera til einkaaðila = **Einkafjármögnun** (s.s. þegar hlutur sjúklinga eykst í útgjöldum vegna heilbrigðismála)

Einkavæðingin í íslenska heilbrigðiskerfinu á undanförunum árum hefur snúist um liði 2 og 3 að framan.

Hugtakaruglingur um einkavæðingu í íslenskri umræðu

Helga Garðarsdóttir, deildarstjóri greiningardeildar SÍ:

„Einkarekstur er ekki einkavæðing“ (Tímarit hjúkrunarfræðinga, 2015, 1. tbl. 91. árg., bls. 36).

Arna Guðmundsdóttir, þáv. formaður Læknafélags Reykjavíkur:

„Einkarekstur er nefnilega allt annað en einkavæðing.“ (Læknablaðið, 2016, árg. 102, bls. 297).

Kristján Þór Júlíusson, þáv. heilbrigðisráðherra:

„ ... þá er ég ekki hlynntur einkavæðingu í ríkiskerfinu. Ég er hins vegar mjög hlynntur og hallur undir einkarekstur í heilbrigðiskerfinu.“ (Umræða á alþingi um fjárlög, 144. löggjafarþing — 4. fundur, 12. sept. 2014).

„Það stendur ekkert til að einkavæða íslenska heilbrigðisþjónustu á meðan ég gegni þessu embætti. Það eru hins vegar skýr skil á milli einkavæðingar og einkarekstrar.“ (Morgunblaðið, 4. október 2013). Sótt á slóðina:

https://www.mbl.is/frettir/innlent/2013/10/04/mun_ekki_einkavaeda_heilbrigdisthjonustuna/)

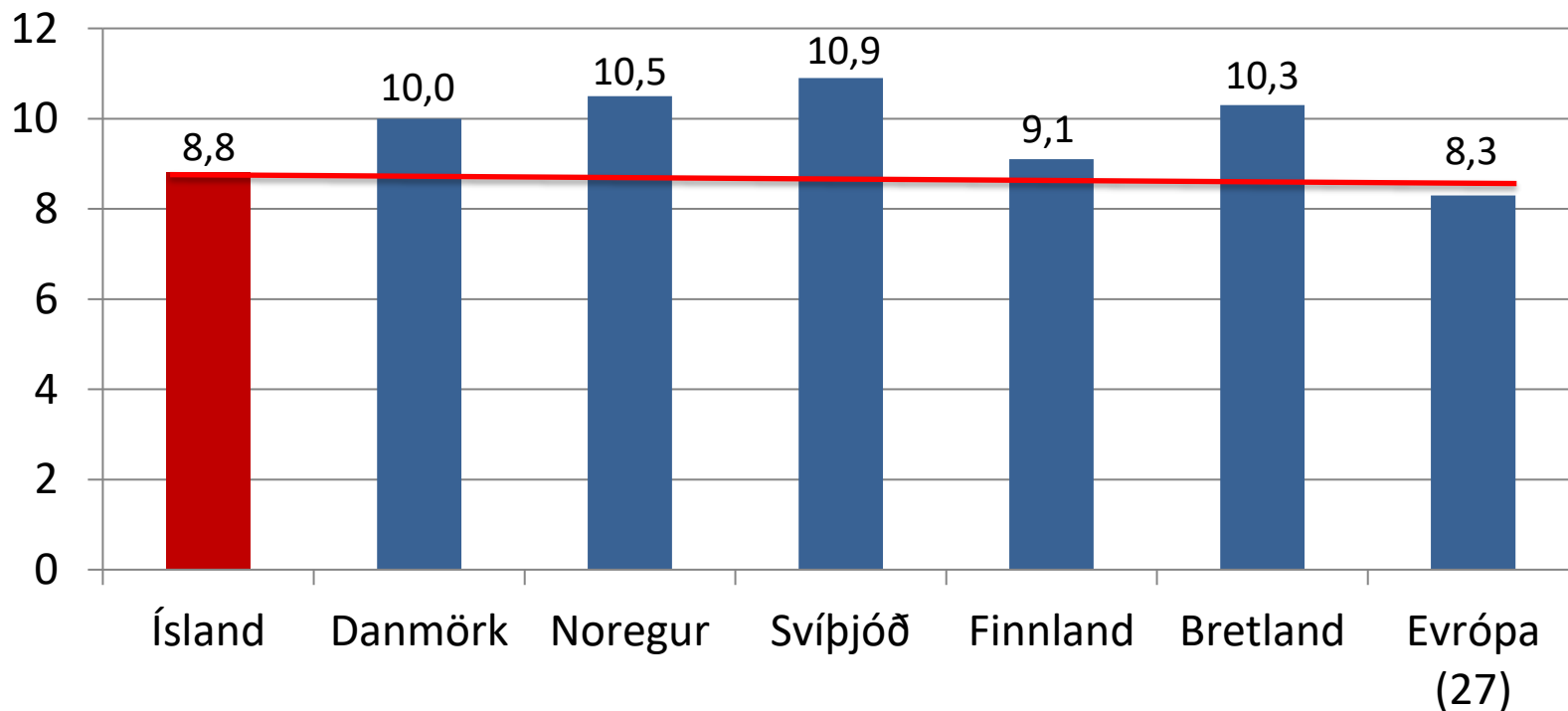
Áskoranir (vandi) sem geta tengst einkafjármögnun (fjárhagslegri einkavæðingu) í félagslegum heilbrigðiskerfum

- 1) Einkafjármögnun (sjúklingagjöld) getur leitt til frestunar eða niðurfellingar á heimsóknum til þjónustuaðila (May og Cunningham, 2004; Smith o.fl., 2018).
- 2) Einkafjármögnun getur valdið ójöfnuði í aðgengi að þjónustu (sbr. Pollock, 2008; Vilhjálmsson, 2005, 2021).
- 3) Þótt sjúklingagjöldum sé jafnan ætlað að auka kostnaðarvitund sjúklinga er það háð framkvæmdinni. Hér má einnig 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 lækniþjónustu oftar en aðrir (Vilhjálmsson, 2005; Rúnar Vilhjálmsson, 2011).

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

- 1) Einkaframkvæmd tengist oft innleiðingu eða hækkun á þjónustugjöldum sjúklinga.
- 2) Þjónustusamningar við einkaaðila í heilbrigðisþjónustu eru yfirleitt flóknir og geta valdið ósveigjanleika í heilbrigðisþjónustunni þegar þjónustuþarfir breytast.
- 3) Þjónustusamningum í heilbrigðisþjónustunni er oft **ábótavant** þegar kemur að:
a) Gæðum umsaminnar þjónustu. b) Viðurlögum við frávikum (Palmer, 2000).
- 4) Aðilar í einkaframkvæmd veita sjaldnast heildstæða þjónustu – Flókin og erfið tilfelli, og meðferðarmistöð einkaaðila, lenda gjarnan hjá opinberum þjónustuaðilum („Rjómafleyting“, Cream skimming) (Peacock, 1997).
- 5) Einkaframkvæmd beinist um of að meðhöndlun sjúkdóma fremur en fyrirbyggingu, og að einstaklingnum fremur en hópnum eða samfélaginu (Dahlgren, 2012).
- 6) Einkaframkvæmd getur leitt til ósamhæfðrar og ósamfelldrar þjónustu, þegar margir ótengdir aðilar veita afmakaða þjónustu í samkeppni hver við annan (Dahlgren, 2008).
- 7) Einkaframkvæmd á vegum fyrirtækja 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. Devereaux og fl., 2004; Pollock, 2008).

Útgjöld til heilbrigðismála á Íslandi og í samanburðarlöndum 2019 (% af VLF)



Heimild: Health at a Glance: Europe 2019 (OECD, 2020)

Taflan sýnir að útgjöld Íslendinga til heilbrigðismála eru hlutfallslega lægri en meðal nágrannalöndanna.

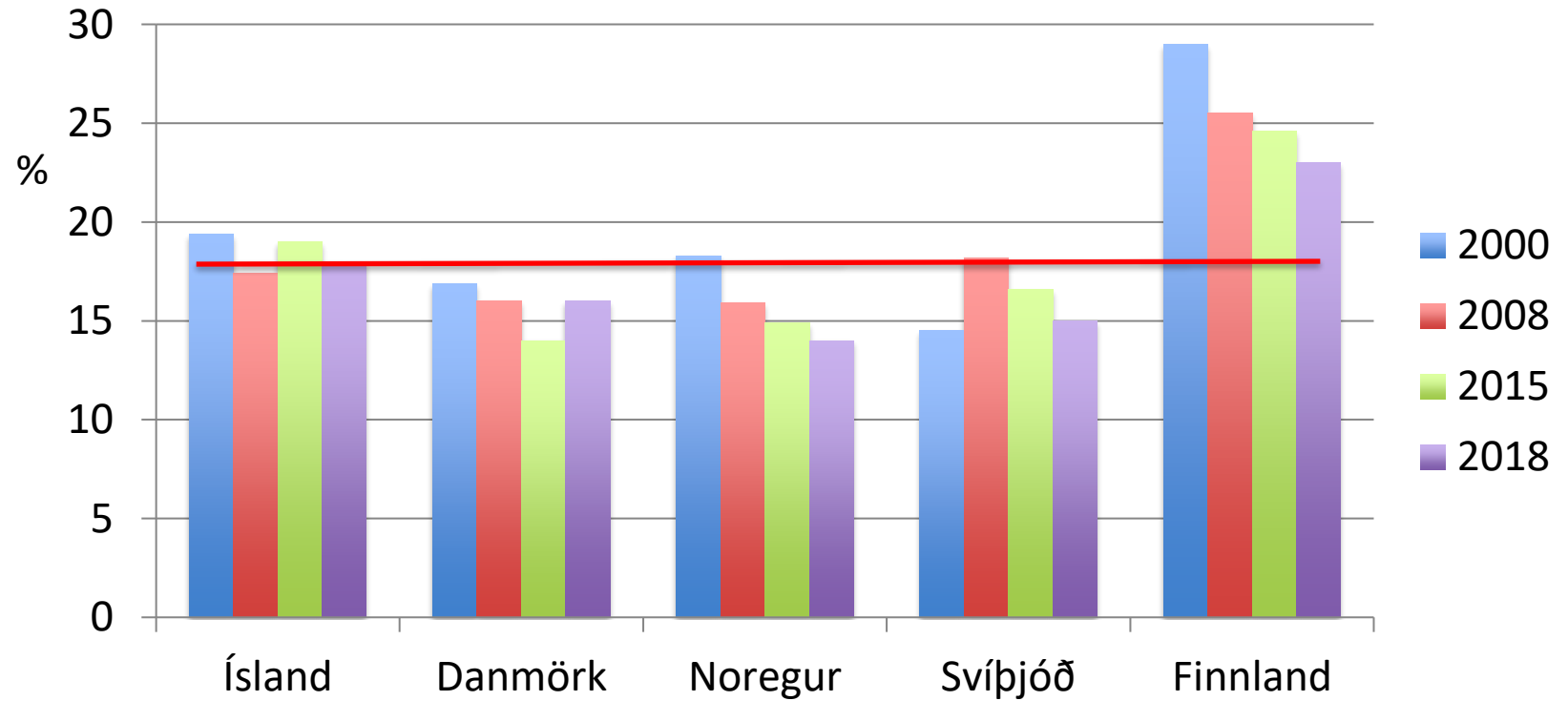
Hlutdeild (%) hins opinbera og einkaaðila í kostnaði við rekstur heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi 2000-2015

	2008	2015	2018
Hið opinbera	82,6%	81,0%	82,0%
Einkaaðilar	17,4%	19,0%	18,0%

Heimildir: Health at a Glance: Europe 2009, 2016, 2019 (OECD, 2020)

- Kostnaðarhlutur sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni á Íslandi óx frá efnahagshruni 2008, en hefur farið lækkandi síðustu ár.
- > Frá efnahagshruni átti sér stað **fjárhagsleg einkavæðing innan heilbrigðisþjónustunnar**, sem snúist hefur að nokkru við.

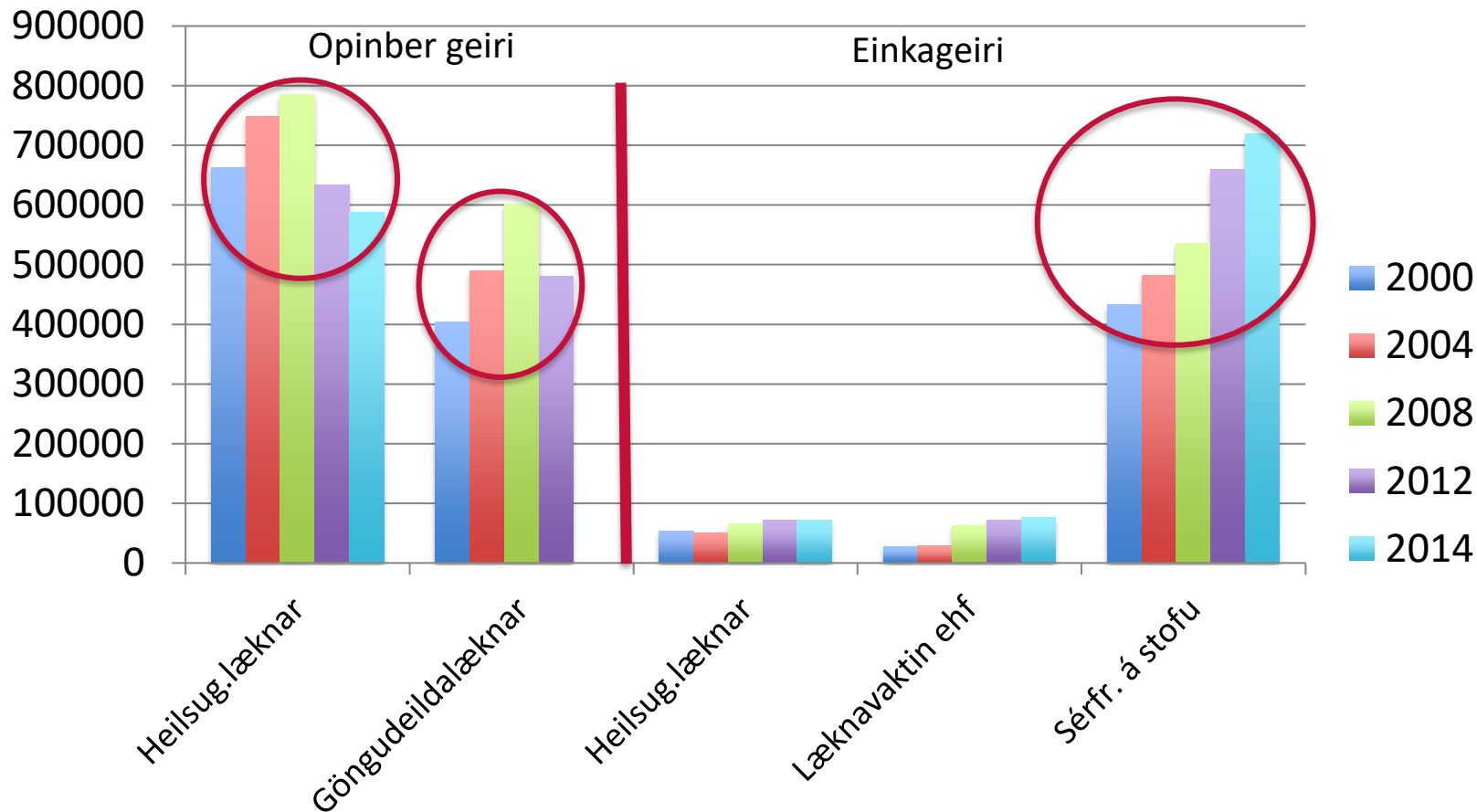
Einkafjármögnun í félagslegum heilbrigðiskerfum Norðurlanda



Heimildir: OECD Health Data (2001, 2009, 2016, 2020)

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

Samskipti lækna og sjúklinga í opinbera og einkarekna geiranum á Íslandi



Heimildir: Embætti landlæknis (2015) og Sjúkratryggingar Íslands (2015)

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

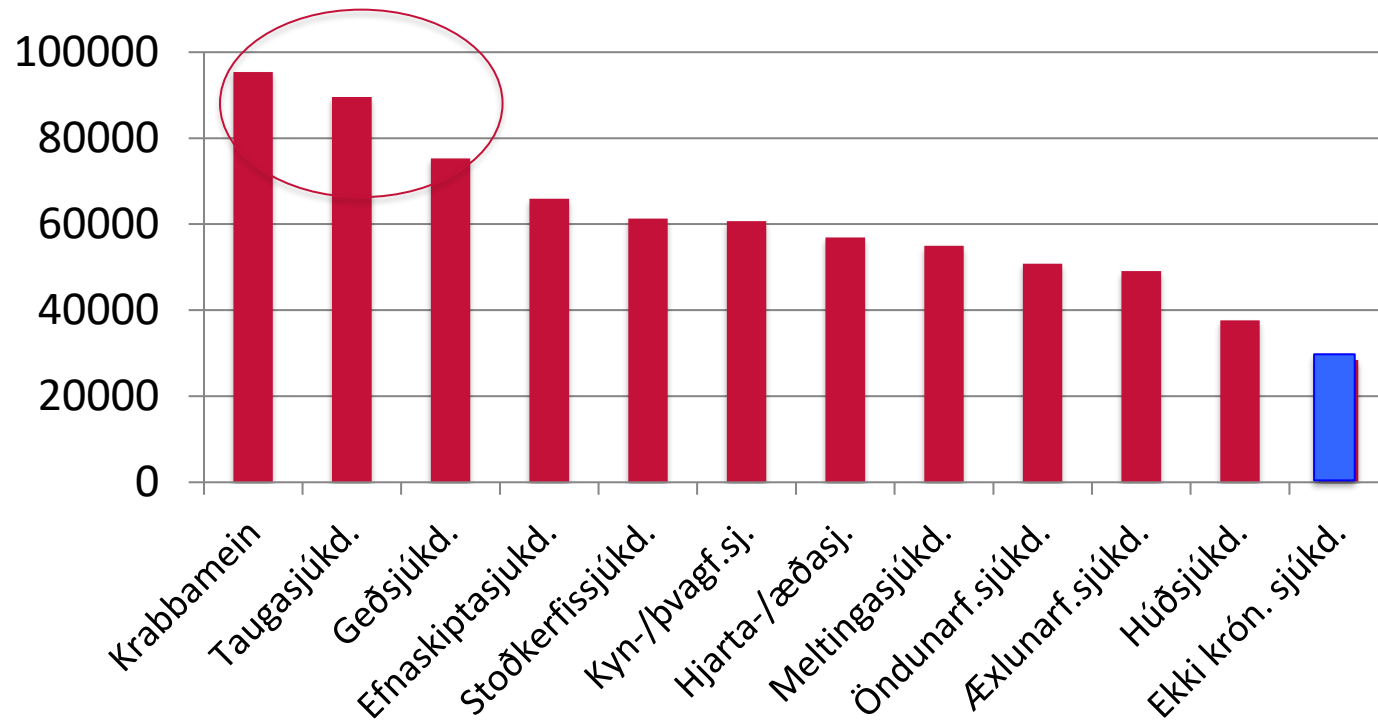
Útgjöld heimilanna

Hlutfall heilbrigðisútgjalda heimilis af ráðstöfunartekjum heimilis á ári (meðalupphæðir í sviga):

	%	(Þús. kr.)
Allir	4,3	(145,5)
Þeir sem hafa hærri heimilisútgjöld:		
Námsmenn	5,1	(137,0)
Einst. utan vinnum.	6,7	(155,7)
Atvinnulausir	5,9	(144,1)
Lágtekjufólk (< 3,5 milj. á ári)	6,5	(128,0)
Langveikir	4,9	(161,4)
Öryrkjar	9,4	(179,6)

Talnagögn: Rúnar Vilhjálmsson (2015): Landskönnunin Heilsa og lífshættir Íslendinga.

Meðalútgjöld sjúklinga vegna læknisþjónustu og lyfja eftir sjúkdómum á ársgrundvelli



Talngögn: Rúnar Vilhjálmsson (2015): Landskönnunin Heilsa og lífshættir Íslendinga.

Gríðarlegur munur er á útgjöldum sjúklinga vegna læknisþjónustu og lyfja eftir sjúkdómum. Krabbameinssjúklingar hafa 2,5 sinnum hærri kostnað en húðsjúklingar og 3,4 sinnum hærri kostnað en þeir sem ekki eru með krónískan sjúkdóm.

Útgjöld og frestun lækniþjónustu

Frestun lækniþjónustu eftir útgjöldum einstaklinga vegna lækniþjónustu og lyfja

	Útgjöld 2014 vegna lækniþjónustu og lyfja				
	0-11.900	12.000-24.900	25.000-44.900	45.000-73.500	74.000+
Hlutfall sem hefur frestað lækniþjónustu sl. 6 mánuði	13,6%	17,2%	21,8%	28,2%	28,8%

Talnegögn: Rúnar Vilhjálmsson (2015): Landskönnunin Heilsa og lífshættir Íslendinga.

Taflan að ofan sýnir að frestun lækniþjónustu er ekki bundin við þá sem hafa hæstan kostnað vegna lækniþjónustu og lyfja. **Frestun er þegar komin á hátt stig hjá þeim sem eru í mið-útgjaldahóp og greiða 25-44,9 þús.** vegna lækniþjónustu og lyfja á ári. Frá og með 45 þús. kr. útgjöldum fer frestunin á enn hærra stig.

Greiðslupátttökukerfi vegna heimsókna í heilbrigðiskerfinu (tók gildi 1. maí 2017)

- Hámarksgreiðsla vegna komugjalda fullorðinna í heilbrigðiskerfinu í hverjum mánuði
- Lægri hámarksgreiðsla vegna aldraðra.
- Hámarksgreiðsla vegna barna í sömu fjölskyldu.
- Þetta greiðslupátttökukerfi tekur til komu á göngudeild, slysadeild og bráðamóttöku spítala, komu á heilsugæslustöð, komu til sérfræðings á stofu og þjálfunar.

Greiðsluþátttökukerfi vegna lyfseðilskyldra lyfja (tók gildi 1. maí 2017)

- Kerfið er í 4 greiðsluþrepum á 12 mánaða tímabili:
- Á 1. þrepi greiðir fullorðinn einstaklingur fyrir lyf að fullu.
- Á 2. þrepi greiðir fullorðinn einstaklingur fyrir 15% af lyfjakostnaði á tilteknu bili (á ársgrundvelli).
- Á 3. þrepi greiðir fullorðinn einstaklingur 7,5% af lyfjakostnaði á bili þar fyrir ofan.
- Á 4. og síðasta þrepi (efsta bili) greiðir einstaklingurinn ekkert.
- Þrep í lyfjakostnaði barna, lífeyrisþega og aldraðra eru við lægri mörk en fullorðinna.

Viðhorf Íslendinga til **reksturs** og
fjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar

ÞJÓÐMÁLAKÖNNUN

Byggt á 842 þáttakendum í netpanel
Félagsvísindastofnunar.

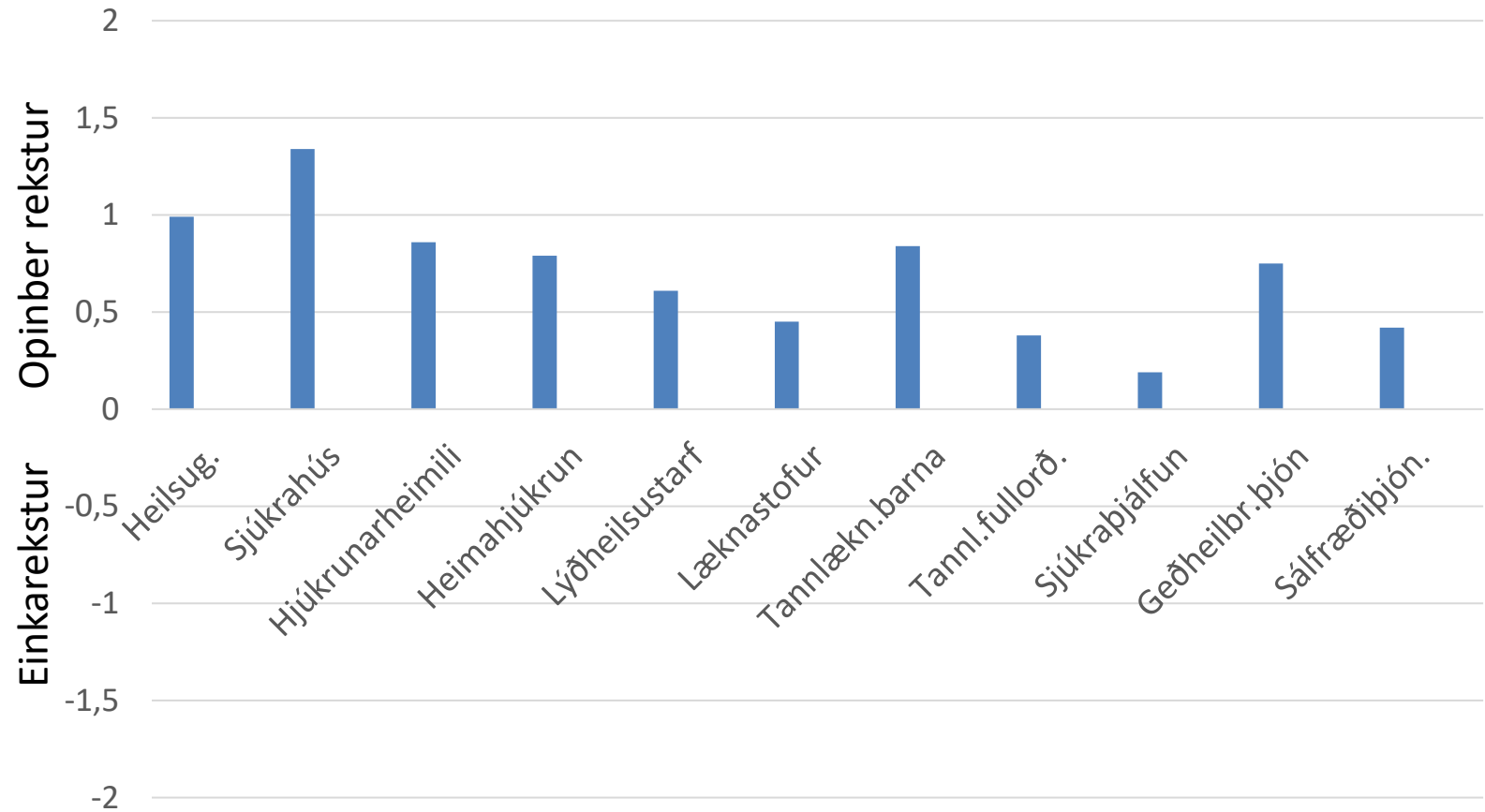
Þáttakendur eru 18 ára og eldri á öllu landinu.

Unnið fyrir Rúnar Vilhjálmsson í samvinnu við BSRB.

MARS 2021

Afstaða Íslendinga til opinbers rekstrar eða einkarekstrar

(5-stiga afstöðukvarði frá +2 [eingöngu opinbert] til -2 [eingöngu einkarekið])



Talngögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

Hverjir eiga að reka heilbrigðisþjónustuna (svör í prósentum)?

	Fyrst og fremst hið opinbera	Jafnt (blandað kerfi)	Fyrst og fremst einkaaðilar
Heilsugæsla	67,6	29,2	3,3
Sjúkrahús	81,3	17,1	1,6
Hjúkrunarheimili	58,4	37,9	3,8
Heimahjúkrun	56,9	38,2	4,9
Lýðheilsustarf	49,3	44,6	6,1
Læknastofur	41,9	48,4	9,6
Tannl. barna	59,3	29,5	11,2
Tannl. fullorðinna	40,4	40,1	19,5
Sjúkrapjálfun	28,9	52,9	18,2
Geðheilbr.þjón.	53,8	42,9	3,2
Sálfræðiþjón.	37,4	52,7	9,9

Talngögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

Greina má mismunandi afstöðu Íslendinga til opinbers reksturs HEILSUGÆSLUNNAR (þó er góður meirihluti í nær öllum hópum fylgjandi opinberum rekstri hennar)

**Fyrst og fremst
opinber rekstur**

Í heild	67,6%
Stuðningur við opinberan rekstur HEILSUGÆSLU heldur <u>meiri</u> meðal ...	
Kvenna	72%
Framaldsmenntaðra	71-72%
Lágtekjuheimila (600 þús. eða minna á mán.)	71-75%
Íbúa á Landsbyggðinni	71%
Stuðningsmanna annarra flokka en Sjálfst.fl.	57-83%

Talnegögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

Greina má mismunandi afstöðu Íslendinga til opinbers reksturs SJÚKRAHÚSA (þó er ríflegur meirihluti fylgjandi opinberum rekstri þeirra í öllum samfélagshópum)

**Fyrst og fremst
opinber rekstur**

Í heild	81,3%
Stuðningur við opinberan rekstur SJÚKRAHÚSA heldur <u>meiri</u> meðal ...	
Framhaldsmenntaðra	84-86%
Lágtekjuheimila (600 þús. eða minna á mán.)	82-88%
Íbúa á Norðurlandi	94%
Stuðningsmenn Viðreisnar, VG og Samfylkingar	85-100%

Talnegögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

Greina má mismunandi afstöðu Íslendinga til opinbers reksturs GEDHEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Fyrst og fremst opinber rekstur

Í heild	53,8%
Stuðningur við opinberan rekstur GEDHEILBRIGÐIS-ÞJÓNUSTU <u>meiri</u> meðal ...	
Kvenna	58%
Heimila með lægri tekjur (900 þús. eða minna á mán.)	58-65%
Stuðningsmanna Pírata, VG og Samfylkingar	62-77%

Talnegögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

Þróun í afstöðu Íslendinga til opinbers reksturs og 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%

Talnegögn: Þjóðmálakannanir Félagsvísindastofnunar, mars-maí 2017 og mars 2021
Rúnar Vilhjálmsson, 2006, 2015.

Greina má mismunandi afstöðu Íslendinga til fjármögnunar Heilbrigðisþjónustunnar (þó er góður meirihluti í öllum hópum fylgjandi opinberri fjármögnun)

Meira opinbert fé til heilbrigðisþjónustu

Í heild	78%
Stuðningur við meira opinbert fé heldur <u>meiri</u> meðal ...	
Kvenna	86%
Grunnskólamenntaðra	87%
Heimila með lægri tekjur (900 þús. eða minna á mán.)	81-87%
Stuðningsmanna Samfylkingar og Pírata	93-95%

Talnegögn: Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar (mars, 2021)

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.

Til umhugsunar

- Félagsleg heilbrigðiskerfi koma almennt vel út þegar litið er til aðgengis, lýðheilsu og hlutfallslegs kostnaðar.
- Íslenska heilbrigðiskerfið vísar í talsverðum mæli frá kjörmynd félagslegs heilbrigðiskerfis.
- Íslendingar hneigjast til opinberrar fjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar og til opinbers reksturs hennar.
- Mestur stuðningur við opinberan rekstur er í tilviki sjúkrahúsa, heilsugæslustöðva, hjúkrunarheimila og tannlækninga barna.
- Aukin einkafjármögnum og einkarekstrarvæðing í íslensku heilbrigðiskerfi á undanförunum árum er til marks um **bil milli viðhorfa almennings og stefnu og framkvæmdar í heilbrigðismálum.**

Til umhugsunar (frh)

- Ólíklegt er að einkarekstrarvæðing heilbrigðiskerfisins bæti árangur þess (sbr. t.d. Propper, 2004).
- **Í samanburði við nágrannaríki má segja má að opinbera heilbrigðiskerfið á Íslandi hafi verið undirfjármagnað bæði hvað varðar daglegan rekstur og innviðauppbýggingu, á sama tíma og umfang hefur aukist í einkarekinni heilbrigðisþjónustu sem kostuð er af almannafé.**

Til að styrkja félagslega heilbrigðisþjónustu á Íslandi þarf að ...

- **Efla almannatryggingakerfið** með það fyrir augum að halda sem lægstum lyfjakostnaði og komugjöldum sjúklinga.
- **Styrkja heilsugæsluna enn frekar** (einkum í Reykjavík)
 - fjölga heimilislæknum, framhaldsmenntuðum heilsugæsluhjúkrunarfræðingum og sálfræðingum
 - Stækka heilsugæslustöðvarnar og breikka og dýpka þjónustu þeirra
 - Efla persónuleg tengsl sjúklinga við fagfólk heilsugæslunnar
- **Bæta aðbúnað sjúklinga og starfsaðstöðu starfsmanna innan opinberra þjónustustofnana.** (Framlög til innviðauppbyggingar í heilbrigðiskerfinu eru enn mun lægri en meðal annara Norðurlanda og undir meðaltali í Evrópu) (OECD, 2020).
- **Auka nálægð þjónustunnar**, t.d. með vinnustaðþjónustu, heilsugæslu í framhaldsskólum, og sérfræðingaheimsóknum á heilsugæslustöðvar.
- **Auka samfelluna í heilbrigðisþjónustunni**, með auknu samstarfi innan og milli stofnana og þjónustuaðila.
- **Setja þarf einkavæðingu mörk**, bæði varðandi einkafjármögnun og einkarekstur.

