

Íslenska heilbrigðiskerfið

-Aðgengi, kostnaður og viðhorf til
hlutverks hins opinbera

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor

Erindi á 44. þingi BSRB, 28. október 2015

Stefnumörkun í heilbrigðismálum á Vesturlöndum frá síðari hluta 20. aldar

- Litið er á heilsu sem almannagæði (public good) fremur en einkagæði (private good) og því þurfi hið opinbera nauðsynlega að bera ríka ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni.
- Röksemdirnar eru m.a. eftirfarandi (t.d. André og Hermann, 2013):
 1. Heilbrigðisþjónusta lýtur ekki markaðslögmálum (regular market principles) með sama hætti og ýmis önnur þjónusta.
 2. Upplýsingamisvægi (information asymmetry).
 3. Smitsjúkdómar og almannahagsmunir.
 4. Skipulögð þjónusta mætir betur þörfum en markaðsdrifin þjónusta.
 5. Geta til að mæta óvenjulegri eftirspurn þarf að vera til staðar.
 6. Markaðurinn hefur takmarkaðan áhuga á forvörnum.
 7. Heilbrigðisþjónusta er mannréttindi.

Ólík heilbrigðiskerfi

- Evrópulönd hafa farið ólíkar leiðir við fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu, þó byggt sé á þeim grunni að heilsa sé almannagæði (public good).
- Greina má tvö konar heilbrigðiskerfi í Evrópu:
 1. Félagsleg heilbrigðiskerfi (Norðurlönd, Bretland, Suður-Evrópa).
 2. Skyldutryggingakerfi (V.-Evrópa).

Íslenska heilbrigðiskerfið

Íslenska heilbrigðiskerfið telst til félagslegra heilbrigðiskerfa.

Kjörmynd (ideal type) félagslegs heilbrigðiskerfis (Cockerham, 2010):

1. Litið er svo á að fyrir hendi sé almennur réttur til heilbrigðisþjónustu
2. Þjónustan er fyrst og fremst fjármögnuð af hinu opinbera
3. Hið opinbera skipuleggur þjónustuna
4. Hið opinbera greiðir þjónustuveitendum fyrir þjónustu sína
5. Notendur hafa lítinn eða engan kostnað af þjónustunni
6. Hið opinbera á að mestu aðstöðuna og tækin sem notuð eru vegna þjónustunnar og rekur helstu rekstrareiningar
7. Kerfinu er ætlað að tryggja þegnunum jafnan aðgang að þjónustu
8. Gjarnan er veitt heimild til takmarkaðs einkareksturs þjónustu við sjúklinga sem eru þá látnir bera kostnaðauka af því

Grunngildi félagslegra heilbrigðiskerfa

- Samábyrgð (solidarity):

Allir geta orðið fyrir heilsubresti og skertum lífsgæðum. Fyrirbygging og meðhöndlun sjúkdóma og annars heilsutjóns er sameiginleg ábyrgð samfélagsþegnanna.

- Sanngirni (equity):

Allir þegar samfélagsins eiga rétt á nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu. Tegund og umfang þjónustu á að ráðast af þörf einstaklinga fyrir þjónustuna, en ekki öðrum þáttum.

- Gæði (quality):

Heilbrigðisþjónustan á að vera gagnreynd (evidence-based) og í samræmi við bestu þekkingu, **bæði að því er varðar þjónustu við einstaka skjólstaðinga og skipulag þjónustunnar.**

Einkavæðing heilbrigðisþjónustu

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur 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
3. Tilfærslu fjármögnunar frá hinu opinbera til einkaaðila = Einkafjármögnun

Einkavæðing hefur átt sér stað í íslenska heilbrigðiskerfinu á undanförunum árum að því er varðar liði 2 og 3 að framan.

Landskönnunin Heilsa og lífshættir Íslendinga 2015

- Rúnar Vilhjálmsson, prófessor í félagsfræði, stýrði könnuninni, en Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands sá um framkvæmdina.
- Könnunin byggir á þjóðskrárártaki meðal íslenskra ríkisborgara, búsettra á Íslandi, á aldrinum 18-75 ára og fór fram frá janúar til maí 2015. Svarendur gátu svarað póstsendum lista eða fyllt spurningalistann út á netinu.
- Alls svöruðu tæplega 1600 (N=1599) einstaklingar heilbrigðis-könnuninni. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknasjóði Háskóla Íslands, Velferðarráðuneytinu og BSRB.

Viðhorf Íslendinga til reksturs og fjármögnunar heilbrigðisþjónustu (2015)

Tafla 1. Hvort finnst þér að eftirfarandi starfsemi eigi að vera rekin (starfrækt) af hinu opinbera (ríki, sveitarfélögum) eða einkaaðilum?

	<u>Fyrst og fremst af hinu opinbera</u>	<u>Jafnt af einkaaðilum og hinu opinbera</u>	<u>Fyrst og fremst af einkaaðilum</u>
<u>Sjúkrahús</u>	83,2%	16,2%	0,5%
<u>Heilsugæslustöðvar</u>	77,6%	21,3%	1,2%
<u>Hjúkrunarheimili</u>	64,8%	33,5%	1,8%
<u>Heimahjúkrun</u>	60,8%	36,2%	3,0%
<u>Endurhæfingarstöðvar</u>	51,1%	45,3%	3,5%
<u>Lýðheilsustarfsemi</u>	61,0%	36,2%	2,8%
<u>Læknastofur</u>	39,9%	49,5%	10,6%
<u>Tannlækningar barna</u>	64,8%	28,1%	7,2%
<u>Tannlækningar fullorðinna</u>	46,3%	38,8%	14,9%

Viðhorf Íslendinga til reksturs og fjármögnunar heilbrigðisþjónustu (2015)

Tafla 2. Finnst þér að hið opinbera (ríki/sveitarfélög) eigi að leggja meira fé, minna fé, eða óbreytt fé til heilbrigðisþjónustu, miðað við það sem nú er?

<u>Meira fé</u>	<u>Óbreytt fé</u>	<u>Minna fé</u>
90,9%	1,3%	7,9%

Viðhorf Íslendinga til reksturs og fjármögnunar heilbrigðisþjónustu

Tafla 3. Samanburður á niðurstöðum úr heilbrigðiskönnunum 2006 og 2015:

Hið opinbera ætti fyrst og fremst að reka ...

	2006	2015
<u>Sjúkrahús</u>	80,7%	83,2%
<u>Heilsugæslustöðvar</u>	76,2%	77,6%
<u>Hjúkrunarheimili</u>	59,1%	64,8%
<u>Tannlækningar barna</u>	63,3%	64,8%

Einkaaðilar ættu fyrst og fremst að reka ...

	2006	2015
<u>Læknastofur</u>	11,8%	10,6%
<u>Tannlækningar fulorðinna</u>	16,3%	14,9%

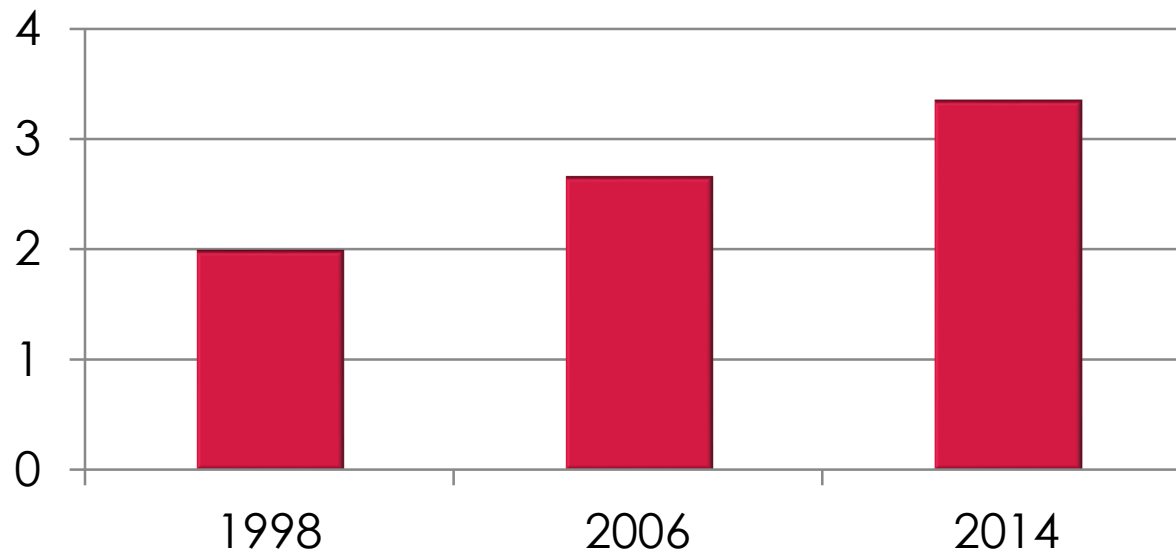
Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Tafla 4. Sundurliðuð meðalútgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála á ársgrundvelli (á verðlagi ársins 2014)

	1998	Krónur 2006	2014
Heildarútgjöld	135.118	174.072	155.597
Formleg heilbrigðisþjónusta:	130.466	164.580	144.981
Tannlæknisþjónusta	37.953	43.676	34.540
Heildarlyfjakostnaður	34.625	45.848	44.592
Lyfseðilsskyld lyf	25.654	33.056	31.080
Lyf án lyfseðils	8.971	12.792	13.512
Tæki og lyfjabúðarvörur	26.817	33.245	25.282
Læknisþjónusta (allar komur og vitjanir)	22.263	27.302	24.730
Sjúkraþjálfun	6.862	10.226	12.846
Sálfræðiþjónusta	1.946	4.283	5.250
Óhefðbundin heilbrigðisþjónusta	4.652	9.492	8.357

Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Bein heilbrigðisútgjöld heimila sem % af heildartekjum heimilis



Þrátt fyrir nokkru lægri raunútgjöld heimila vegna heilbrigðismála 2014 en 2006 (sbr. fyrri töflu) sýnir myndin að ofan að æ stærri hlutur af heimilistekjum landsmanna fer í bein útgjöld vegna heilbrigðismála. Þetta hlutfall var að meðaltali tæp 2 prósent árið 1998, en var komið í 3,3 prósent árið 2014.

Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Tafla 5. Bein útgjöld heimila vegna heilbrigðismála eftir þjónustustað sem venjulega er notaður

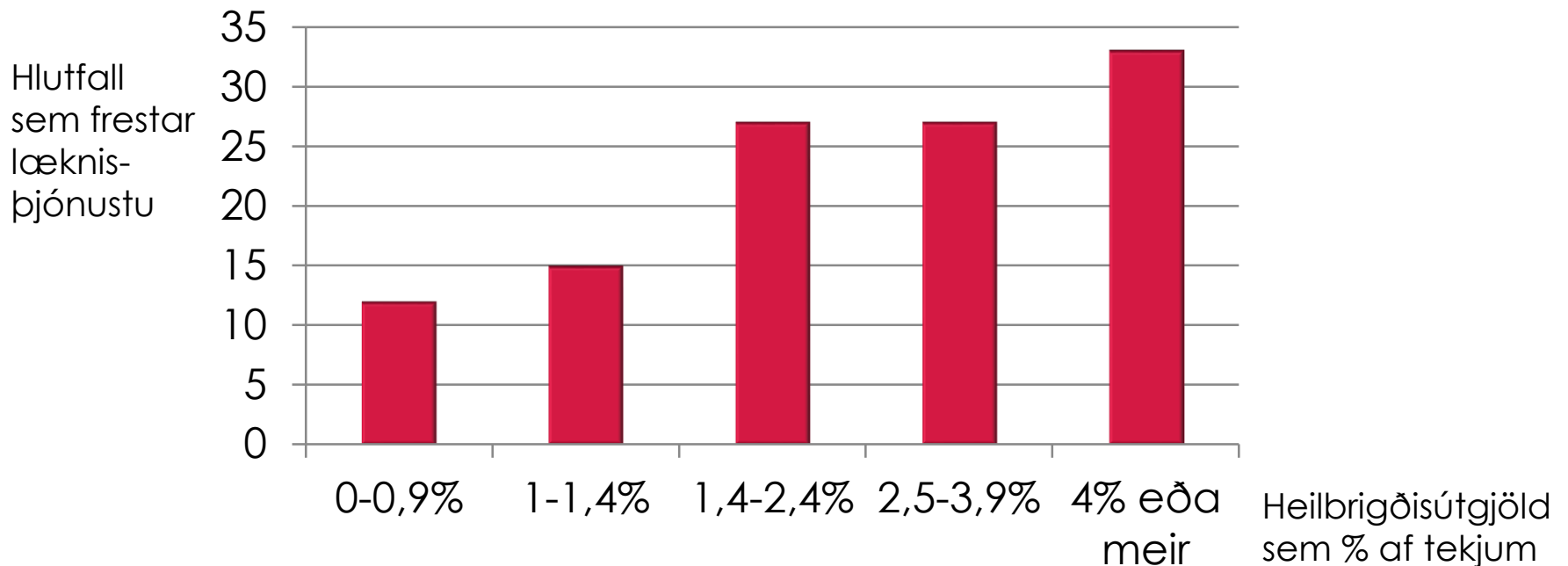
Heildarkostnaður fjölskyldu
vegna heilbrigðismála (Kr.)

Heimilismaður fer venjulega á ...

Heilsugæslustöð	152.453,-
Læknastofu	162.656,-
Göngudeild spítala	216.320,-
Slysadeild spítala	166.967,-
Bráðamóttöku spítala	239.969

Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Hlutfallslegur kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu hefur áhrif á frestun



Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Tafla 6. Heildarútgjöld heimila vegna formlegrar heilbrigðisþjónustu árið 2014.

	Útgjöld í krónum (meðaltöl)	Hlutfall útgjalda (%) af ráðstöfunartekjum heimilis
Kynferði		
Karl	146.598	3,98
Kona	144.392	4,71
Aldur		
18-24	155.021	4,86
25-34	112.945	4,17
35-44	140.405	4,07
45-54	156.098***	4,30
55-64	166.211	4,40
65+	158.802	4,54
Hjúskaparstaða		
Giftur/Sambúð	153.489	4,13
Einhleypur	135.414	4,76
Fráskilinn	114.330***	5,16
Ekkja/Ekkill	109.928	3,78

Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Tafla 6. Heildarútgjöld heimila vegna formlegrar heilbrigðisþjónustu árið 2014.

	Útgjöld í krónum (meðaltöl)	Hlutfall útgjalda (%) af ráðstöfunartekjum heimilis
Foreldrastaða		
Barn ≤ 5 ára	129.434	3,07
Ekki barn ≤ 5 ára	148.726**	4,61**
Atvinnustaða		
Ekki í starfi	155.662	6,73
Hlutastarf	147.386	4,74***
Fullt starf	145.488	3,72
Námsstaða		
Í skóla	136.986	5,13
Ekki í skóla	149.000	4,04*
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	144.082	5,88
Ekki atvinnulaus nú	146.580	4,17*
Búseta		
Höfuðborgarsvæði	147.048	4,15
Landsbyggð	143.148	4,61

Kostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Tafla 6. Heildarútgjöld heimila vegna formlegrar heilbrigðisþjónustu árið 2014.

	Útgjöld í krónum (meðaltöl)	Hlutfall útgjalda (%) af ráðstöfunartekjum heimilis
Menntun		
Grunnsk./gagnfr./ eða landspróf	146.202	4,79
Sérskóla- eða studentspróf	149.785	4,63
Háskólastigspr.	142.760	3,81
Heildartekjur heimilis		
0-3,4 milj.	127.991	6,53
3,5-6,4 milj.	151.719***	3,51***
6,5+ milj.	159.263	3,15
Langvinnur sjúkdómur/ kvilli		
Já	161.421	4,91
Nei	123.544***	3,52***
Örorka (75%)		
Já	179.579	9,40
Nei	144.690**	3,98***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Frestun lækniþjónustu sem þörf var fyrir

Tafla 7. Hafa frestað lækniþjónustu sem þörf var fyrir sl. 6 mánuði:

<i>1998</i>	<i>2006</i>	<i>2015</i>
<i>23,9%</i>	<i>21,7%</i>	<i>21,8</i>

Tafla 7 sýnir að örlítið virðist hafa dregið úr frestun lækniþjónustu frá árinu 1988. Frestunarhlutfall er nánast það sama 2006 og 2015.

Frestun lækniþjónustu sem þörf var fyrir

Tafla 8. Sex af algengstu ástæðum sem svarendur nefndu fyrir frestun lækniþjónustu (% af frestunum)¹

	1998	2006	2015
Of upptekinn (önnur verkefni)	44,6%	60,2	47,8%
Taldi að ferð til læknis myndi ekki gera mikið gagn	33,0%	46,3%	44,9%
Kostnaður þjónustunnar	30,5%	30,1%	41,4%
Gat ekki fengið tíma hjá lækni nægilega fljótt	–	43,3%	42,1%
Fannst of tímafrekt að fara til læknis	25,1%	29,7%	29,6%
Vissi ekki til hvaða læknis ætti að leita	10,3%	19,7%	22,5%

¹ Svarendur gátu nefnt fleiri en eina ástæðu fyrir frestun lækniþjónustu

Frestun læknisþjónustu sem þörf var fyrir

Tafla 9. Hvert höfðu þeir sem frestuðu læknisheimsókn ætlað að fara (aðeins byggt á svörum þeirra sem frestuðu)

Ætluðu að fara til ...

Heimilislæknis	Sérfræðings	Læknavaktina	Bráðamóttöku/ slysadeild	Göngudeild
48,1%	38,9%	3,1%	1,6%	1,2%

Frestun læknisþjónustu sem þörf var fyrir

Tafla 10. Afdrif þeirra sem frestuðu: Batnaði þeim eða versnaði fyrstu viku eftir frestun?

Batnaði	Skánaði (en náðu ekki nægum bata)	Versnaði	Óbreyttur vandi/veikindi
14,6%	26,0%	5,5%	53,4%

Samandregnar niðurstöður

- Félagsleg heilbrigðiskerfi byggja á grunngildum um samábyrgð, sanngirni og gæði þjónustu.
- Í félagslegum heilbrigðiskerfum er þjónustan fyrst og fremst fjármögnuð og starfrækt af hinu opinbera.
- Yfirgnæfandi stuðningur er við félagslegt heilbrigðiskerfi á Íslandi, bæði hvað varðar opinbera fjármögnun og rekstur. Þessi viðhorf hafa lítið breyst á undanförunum árum.
- Mestur er stuðningur við opinberan rekstur stærri rekstrareininga (s.s. sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva), auk tannlækninga barna.
- Þrátt fyrir þetta hefur íslenska heilbrigðiskerfið færst nokkuð frá kjörmynd hins félagslega heilbrigðiskerfis á undanförunum árum með einkavæðingu innan kerfisins, bæði er varðar aukna einkafjármögnun og aukin einkarekstur.

Samandregnar niðurstöður

- Raunútgjöld heimila vegna heilbrigðisþjónustu hafa lækkað nokkuð frá 2006, en hlutfall útgjaldanna af heimilistekjum hefur hins vegar hækkað.
- Hæst er útgjaldahlutfallið meðal eldri borgara og ungfyllorðinna, atvinnulausra og fólks utan vinnumarkaðar, grunnskólamenntaðra og lágtekjufólks, langveikra og öryrkja.
- Hlutfall þeirra sem fresta lækniþjónustu á 6 mánaða tímabili hefur staðið í stað síðan 2006 (22%)
- Ástæður frestana hafa þó breyst síðan 2006. Færri fresta nú ferð til læknis vegna þess að þeir eru of uppteknir í vinnu eða öðrum verkefnum. Hins vegar fresta nú fleiri vegna kostnaðar við þjónustuna og vegna þess að þeir vita ekki hvert þeir eiga að leita í kerfinu.
- Flestir sem frestuðu lækniheimsókn höfðu ætlað að fara á heilsugæslustöð, en næst flestir á læknastofu.
- Meirihluuti þeirra sem frestuðu bjuggu við óbreyttan vanda fyrstu vikuna eftir frestun (54%), en 15% sögðu að sér hefði batnað (án heimsóknar) og 26% sögðu að sér hefði skánað.
- Þeir sem frestuðu lækniheimsókn vegna vanda síns en fóru síðar, leituðu lang oftast til sama þjónustuaðila og þeir höfðu ætlað til (oftast heilsugæslustöðvar eða læknastofu).

Samandregnar niðurstöður

- Mikilvægt er að styrkja hið félagslega heilbrigðiskerfi Íslendinga á næstu árum. Það má gera með því að ...
 - Efla almannatryggingakerfið með það fyrir augum að lækka lyfjakostnað og komugjöld sjúklinga.
 - Styrkja heilsugæsluna og efla persónuleg tengsl sjúklinga við fagfólk hennar.
 - Bæta aðbúnað sjúklinga og starfsmanna innan þjónustustofnana.
 - Auka nálægð þjónustunnar, t.d. með vinnustaðþjónustu, heilsugæslu í framhaldsskólum, og sérfræðingaheimsóknum á heilsugæslustöðvar.
 - Auka samfelluna í heilbrigðisþjónustunni, með auknu samstarfi stofnana og þjónustuaðila og eftir atvikum endurskoðun á hlutverkum þjónustuaðila.

