

Ólafur Ó. Guðmundsson

geðlæknir

Olafur.Gudmundsson@decode.is

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Fjármögnun heilbrigðisþjónustu með sjúkratryggingum

Á nýliðnu ári var nokkur umræða um fjármögnun og rekstrarform heilbrigðisþjónustu, ekki síst í aðdraganda óvæntra alþingiskosninga. Óhætt er að fullyrða að sátt ríki um það markmið laga um heilbrigðisþjónustu að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði, sem og að kostnaðarhlutdeild sjúklinga sé hófleg fremur en engin.

Hér á landi vill umræðan um rekstrarform heilbrigðisþjónustu verða villandi þegar blandað er saman fyrirkomulagi fjármögnunar og reksturs, og kostnaðarhlutdeild sjúklinga. Ríkisrekstur lækniþjónustu hefur ekkert með aðgengi eða gæði hennar að gera og einkarekstur felur ekki í sér mismunun ef jafnræðis er gætt hvað varðar aðgengi og kostnað sjúklinga. Hlutverk stjórnmalamanna er að ákvarða greiðsluhlutfall sjúklinga sem til skamms tíma var lægra hér á landi en í flestum löndum OECD en hefur farið hlutfallslega hækkandi, eða úr um 12% heildarkostnaðar 1980 í 17% fyrir 10 árum, og er nú nærri 20%.

Margir læknar voru ósáttir við niðurlagningu sjúkrasamlaga árið 1989, þar á meðal Ólafur Ólafsson landlæknir. Sigurður Björnsson þá læknir á Landakotsspítala, lét hafa eftir sér í *Morgunblaðinu* að verið væri að leggja niður almannatryggingakerfið og gera greiðslur sjúkrakostnaðar að einhvers konar ölmusu hjá hinu opinbera. Sveitarfélögin önduðu léttar við niðurlagningu sjúkrasamlaga en margir töldu að verið væri að rýra rétt sjúklinga.

Fjármögnun heilbrigðisþjónustu með sjúkratryggingum frekar en beinum opinberum fjárframlögum er skynsamleg gagnsæ leið sem sumar Evrópuþjóðir hafa farið. Sjúkratryggingar geta verið með margvíslegum hætti en eiga það sameiginlegt að þurfa að bregðast annars vegar við hrakvali (þeir tryggja sig frekar sem eru líklegri til að þurfa á tryggingunni að halda) til dæmis með því að gera sjúkratryggingu að skyldutryggingu, og hins vegar freistnivanda sem skapast af því að hinn tryggði gæti síður að heilsu sinni.

Staða einkarekinna sjúkratrygginga er svo mismunandi eftir löndum. Bandaríkin eru stundum tekin sem víti til varnaðar þar sem um helmingi hærra hlutfalli þjóðarframléiðslu er varið í heilbrigðisþjónustu en hjá þeim löndum sem næst koma eins og Holland, Sviss og Svíþjóð. Fjármögnun þjónustunnar vestra er margþætt, Medicare fyrir þá eldri, Medicaid fyrir tekjulága og frá 2010 með viðbótarskyldutryggingu ACA (Obamacare) en flestir eru samt sem áður sjúkratryggðir í gegnum vinnuveitanda sinn. Meginmarkmið Obamacare, að fleiri verði sjúkratryggðir, hefur náðst því yfir 91% Bandaríkjamanna voru sjúkratryggðir 2016 en ekki hefur gengið jafn vel að ná því markmiði að minnka kostnað.

Að meðaltali nema útgjöld til einkarekinna þjónustu í Evrópu um 21% af heildinni en á Íslandi er þetta hlutfall um 18%. Það Norðurlandanna sem sker sig úr er Finnland með 25% fjármagns til einkarekinna þjónustu en hjá hinum þremur er hlutfallið um 15-16%. Öll þessi lönd verja hlutfallslega töluvert hærra heildarhlut-



falli landsframléiðslu til heilbrigðisþjónustu en Ísland. Þegar biðlistar og rekstrarhalli er viðvarandi vandi sjúkrastofnana ríkisins gætu einkareknar sjúkratryggingar sem hingað til hafa ekki verið jafn umfangsmiklar hér á landi og í mörgum öðrum Evrópuríkjum, orðið eftirsóknarverðari valkostur fyrir almenning.

Það er sláandi hvað Evrópuríki fjármagna heilbrigðisþjónustu með mismunandi hætti en tiltölulega fá (Norðurlöndin og Bretland) gera það með sambærilegum hætti og íslensk stjórnvöld, með beinum ríkisframlögum í gegnum skatta. Önnur hafa farið leið félagslegra skyldusjúkratrygginga þar sem iðgjöld tryggja fjármögnun og réttur sjúklinga er skýr. Slíkt kerfi er eins konar nefskattur, varið fyrir skattsvikum og misvitrum ákvörðunum stjórnmalamanna á hverjum tíma.

Samkvæmt OECD námu heildarútgjöld til heilbrigðismála 28 Evrópuríkja árið 2015 að meðaltali 10% af landsframléiðslu, samanborið við 9% árið 2003, 7% árið 1990 og rúmlega 5% árið 1970. Gera þarf ráð fyrir því að heildarútgjöld til heilbrigðisþjónustu aukist í takt við framþróun læknávisinda og breytta aldursmálgættu þjóðarinnar en reyndin er samt sú að heildarútgjöld til heilbrigðismála á Íslandi árið 2002 námu 10% af vergri landsframléiðslu, fóru niður í 9% 2011 og hafa verið í kringum það síðan (9% 2015). Þessar tölur fela í sér útgjöld til einkarekinna og opinberra heilbrigðisþjónustu.

Fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar er flókið úrlausnarefni en löngu er tímabært að draga úr þeim ófyrirsjáanleika sem fjárlagamiðuð fjármögnun stjórnvalda felur í sér. Endurreisn almannatryggingakerfisins í formi skyldusjúkratryggingar með jöfnu aðgengi sjúklinga felur í sér réttindamiðaða fjármögnun og setur stjórnvöld í það hlutverk að sjá til þess að þau réttindi verði virt.



Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson *formaður*
Agnar H. Andrésón
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
María Soffía Gottfreðsdóttir
Ólafur Ó. Guðmundsson

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna LÍ* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.