

Ingimar Einarsson

Greiðslupáttaka almennings í heilbrigðiskerfinu

Vaxandi útgjöld krabbameinssjúklinga



September 2013

ISBN 978-9979-9352-6-1

Efnisyfirlit

Ályktun aðalfundar Krabbameinsfélags Íslands	4
Formáli	5
1. Inngangur	6
2. Þróun heilbrigðisútgjalda	7
2.1. Alþjóðlegur samanburður	7
2.2. Útreikningar Hagstofu Íslands	8
3. Lyfjakostnaður	10
3.1. Framtíðarspár	10
3.2. Lyfjakostnaður sjúkratrygginga og heimila	11
3.3. Fjárhagur og lyfjanotkun	14
3.4. Lyfjaútgjöld víða um lönd	15
4. Hlutdeild einstaklinga í heilbrigðiskostnaði	16
4.1. Kostnaðarþátttaka almennings	16
4.2. Kostnaður við krabbameinsmeðferð á Landspítala	17
4.3. Önnur dæmi um kostnað krabbameinssjúklinga	18
4.4. Tannlækningakostnaður	18
4.5. Aukinn kostnaður vegna samningsleysis	19
5. Greiðsluþátttökukerfi vegna lyfjakaupa	20
5.1. Frá hefðbundnu til nýs greiðsluþátttökukerfis	20
5.2. Nýja íslenska greiðsluþátttökukerfið	21
5.3. Danska greiðsluþátttökukerfið	22
5.4. Sænska greiðsluþátttökukerfið	23
Samantekt	24
Heimildir.....	26

Ályktun aðalfundar Krabbameinsfélags Íslands 4. maí 2013 um greiðsluþátttöku sjúklinga í heilbrigðisþjónustu

Aðalfundur Krabbameinsfélags Íslands skorar á stjórnvöld að draga þegar úr óhóflegum útgjöldum þeirra sem greinast með alvarlega sjúkdóma, þar með talið krabbamein. Kostnaðarhlutdeild sjúklinga er orðin alltof há hér á landi.

- Lækka þarf verulega kostnað sjúklinga sem sækja þurfa þjónustu til göngudeilda, og auka þarf greiðsluþátttöku ríkisins í endurhæfingu utan sjúkrastofnana og sálfræðiþjónustu.
- Semja þarf við sérfræðilækna svo íslenskir sjúklingar njóti á ný tryggingaverndar í raun.
- Endurskoða þarf ný lög um greiðsluþátttöku sjúklinga í lyfjakostnaði, en Krabbameinsfélagið hefur bent á vankanta þeirrar lagasetningar frá því fyrsta frumvarp um þetta efni var lagt fram.
- Meta þarf heildarútgjöld sjúklinga. Taka skal mið af bæði heilbrigðisþjónustu og ýmiss konar stoðþjónustu sem er nauðsynleg í veikindaferli, svo sem ferðakostnaði, dvalarkostnaði og kostnaði vegna fylgdarmanna. Setja þarf þak á þennan kostnað þannig að enginn sjúklingur þurfi að hafna meðferð vegna kostnaðar.

Formáli

Krabbameinssjúklingar á Íslandi bera miklar og vaxandi fjárhagslegar byrðar vegna sjúkdóms síns. Þessi þróun hefur átt sér stað undanfarin ár og nú er svo komið að greiðsluþátttaka sjúklinga er orðin meiri en gengur og gerist í samanburðarlöndum okkar og meiri en við verður unað. Vaxandi fjölda ábendinga hefur borist Ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélagsins á undanförunum misserum um háar fjárhæðir sem sjúklingar þurfa að reiða af hendi og um fjárhagserfiðleika í kjölfar veikinda.

Í fyrstu grein laga um réttindi sjúklinga segir: „Óheimilt er að mismuna sjúklingum á grundvelli kynferðis, trúarbragða, skoðana, þjóðernisuppruna, kynþáttar, litarháttar, efnahags, ætternis og stöðu að öðru leyti.“ Hætt er við því, að efnahagsleg staða sjúklinga ráði æ meir um sjúkdómsmeðferð þeirra, haldi svo fram sem horfir.

Leitað var til dr. Ingimars Einarssonar, félagsfræðings og ráðgjafa um heilbrigðismál, og þess farið á leit við hann að hann tæki saman skýrslu fyrir félagið sem varpaði ljósi á þessa þróun og á stöðuna eins og hún er nú varðandi greiðsluþátttöku almennings í heilbrigðiskerfinu, jafnframt því sem heilbrigðisútgjöld og þróun lyfjakostnaðar eru skoðuð í alþjóðlegu samhengi. Kunnum við honum bestu þakkir fyrir góða vinnu við samantekt skýrslunnar.

Skýrslan undirstrikar nauðsyn þess að ráðast í að meta stöðu þeirra sjúklingahópa sem búa við hvað erfiðastar aðstæður. Á grundvelli slíkrar úttektar ætti að vera auðveldara að byggja upp nýtt greiðslukerfi heilbrigðisþjónustu sem taki mið af kostnaði sjúklinga vegna þjónustu á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustu, svo sem vegna greiningar á sjúkdómum, skurðaðgerða, lyfjameðferðar, geislameðferðar, endurhæfingar, sálfræðiþjónustu eða annarra þátta. Meðan á ritun skýrslunnar stóð kynnti heilbrigðisráðherra þau áform sín að láta vinna að samræmdu niðurgreiðslukerfi fyrir alla heilbrigðisþjónustu og skipaði nefnd í því skyni. Það er góðra gjalda vert, en má þó ekki verða til þess að frekari dráttur verði á einföldum leiðréttingum sem þurfa að eiga sér stað nú þegar.

Dæmin sem nefnd eru í skýrslunni eru öll fengin frá Ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélagsins og einstaklingum sem starfa með stuðningshópum félagsins. Hjá Ráðgjafarþjónustunni er veittur margvíslegur stuðningur, ráðgjöf og fræðsla fyrir þá sem greinast með krabbamein og aðstandendur þeirra. Félagsráðgjafi starfar á vegum Ráðgjafarþjónustunnar, og veitir ráðgjöf m.a. vegna fjárhagslegra erfiðleika í kjölfar veikinda, skjólstæðingum að kostnaðarlausu.

Krabbameinsfélag Íslands hefur ályktað um fjármál sjúklinga og fylgt ályktunum eftir, m.a. við heilbrigðisráðherra. Markmiðið með því að leggja fram þessa skýrslu nú er að leggja fram gögn til umræðu um raunkostnað einstaklinga og fjölskyldna við að greinast með krabbamein og stuðla að því að dregið verði verulega úr þeim kostnaði. Eins og skýrslan ber með sér er annað ekki viðunandi.

Reykjavík, 13. september 2013.

Jakob Jóhannsson
formaður Krabbameinsfélags Íslands

Ragnheiður Haraldsdóttir
forstjóri Krabbameinsfélags Íslands

1. Inngangur

Á tuttugustu öldinni var byggt upp velferðarkerfi á Íslandi af svipuðum toga og á hinum norrænu löndunum og víðar í Norður-Evrópu. Um miðja 20. öldina hafði félagslegt samtryggingakerfi að mestu leyst fátækraaðstöðina af hólmi, sem um aldir hafði verið nokkurs konar neyðaraðstoð sveitarfélaga í landinu. Eitt helsta einkenni íslenska velferðarkerfisins er að hið opinbera skipuleggur þjónustuna, fjármagnar hana að mestu leyti og leggur til stærstan hluta af þeirri aðstöðu sem þarf til að veita hvers kyns velferðarþjónustu.

Samstaða hefur verið um að heilbrigðisþjónusta skuli vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og meginþætti hennar skuli kosta af almannafé. Samtímis hafa þau viðhorf verið ríkjandi að tryggja skuli réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustu þannig að koma megi í veg fyrir að íbúar landsins búi við verulega ójafna lífskosti í heilsufarslegum efnum. Áhersla hefur jafnframt verið lögð á að aðgengi að heilbrigðisþjónustu skuli vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn.

Hin síðari ár hefur þótt skjóta nokkuð skökku við hversu mikið ýmsir sjúklingahópar greiða sjálfir úr eigin vasa fyrir heilbrigðisþjónustu. Þegar betur er að gáð sést að hlutur heimila og einstaklinga hefur tvöfaldast síðustu þrjá áratuginna eða frá tæplega einu prósentustigi af þjóðarframleiðslu upp í nærri tvö prósent. Heildarútgjöld heimila og einstaklinga voru um 30 milljarðar króna árið 2012 og höfðu þá hækkað um 15,5 milljarða króna frá árinu 1983, miðað við verðlag 2012. Þessi útgjalda- aukning og annar kostnaður er íþyngjandi fyrir fjölda fólks og alvarlegust eru þau tilvik þegar einstaka sjúklingar greiða jafnvel hundruð þúsunda á ári hverju í heilbrigðisþjónustu.

Af þessum ástæðum hafa Öryrkjabandalag Íslands og Krabbameinsfélag Íslands skorað á stjórnvöld að draga nú þegar úr greiðsluþátttöku skjólstæðinga sinna í heilbrigðiskerfinu. Öryrkjabandalagið með sérstakri áherslu á að leiðrétta kjör lífeyrisþega og öryrkja, og Krabbameinsfélagið með áskorun um að draga úr óhóflegum útgjöldum þeirra sem greinast með alvarlega sjúkdóma, þar með talin krabbamein.

Nýtt greiðsluþátttökukerfið fyrir lyf, sem tekið var í notkun 4. maí 2013, var hugsað sem fyrsta skref í þá átt að verja fólk fyrir of háum heilbrigðiskostnaði. Margt bendir þó til þess að áður en lengra er haldið þurfi að gera tilteknar úrbætur á hinu nýja kerfi og horfa meira heildstætt á málin, því nokkrir sjúklingahópar virðast ekki geta risið undir þeim greiðslum sem lagðar eru á þá samkvæmt hinni nýju skipan.

Hlutur einkaaðila í heilbrigðis- og félagsþjónustu hefur verið umtalsverður á Íslandi um langt skeið. Hin síðari ár hefur verið lögð vaxandi áhersla á að binda samninga við einkaaðila og félagasamtök við tiltekin verkefni innan afmarkaðs fjárhagsramma og setja um leið vel skilgreindar kröfur um innihald og gæði þjónustu. Fyrirkomulag gjaldtöku og þátttöku hins almenna borgara í greiðslum fyrir veitta þjónustu skiptir því miklu máli fyrir framkvæmd velferðarstefnu á hverjum tíma.

Ákvarðanir um fjárframlög til heilbrigðismála verður vissulega, hér á landi sem annars staðar, að skoða í samhengi við stöðu efnahagsmála hverju sinni. En hafa ber í huga að gott heilsufar er ekki aðeins mikilvægt fyrir vellíðan fólks, heldur er það jafnframt þýðingarmikið fyrir sérhvert þjóðfélag og efnahagsstarfsemi þess. Efling heilbrigðisþjónustunnar er því spurning um forgangsröðun og það verður að gera heilbrigðismálum a.m.k. jafn hátt undir höfði og öðrum helstu viðfangsefnum samfélagsins.

2. Þróun heilbrigðisútgjalda

Í öllum ríkjum Evrópu er heilbrigðisþjónusta fjármögnuð með sameiginlegum fjárframlögum hins opinbera og greiðslum einkaaðila. Í mörgum ríkjanna eru skatttekjur hins opinbera notaðar til að greiða að mestu fyrir heilbrigðisþjónustu. Í öðrum ríkjum eru félagslegar tryggingar, til viðbótar við tekjur ríkisins, notaðar til að kosta heilbrigðisþjónustu. Heimilin standa þess utan fyrir hluta heilbrigðiskostnaðar og þar að auki gefst fólki kostur á því að kaupa sér einkatryggingar. Atvinnurekendur kosta víða, a.m.k. að vissu marki, vinnueftirlit og vinnuumhverfisvernd, og frjáls félagsamtök styðja oft við heilbrigðisþjónustu með margvíslegri velgjörðarstarfsemi.

2.1. Alþjóðlegur samanburður

Samkvæmt skýrslum Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) var 9,0% af vergri landsframleiðslu Íslands árið 2011 varið til heilbrigðismála. Þetta er aðeins undir meðaltali OECD-ríkjanna, sem var 9,3% af vergri landsframleiðslu sama ár. Ísland var í 19.-20. sæti innan OECD varðandi fjárframlög til heilbrigðismála þetta ár. Það er mikil breyting frá því sem áður var, fram til fyrstu ára nýrrar aldar, þegar Ísland var yfirleitt í fremstu röð í samanburði þessa hóps helstu velmegunarríkja heimsins.

Í samanburði við önnur Norðurlönd verja Íslendingar svipuðu hlufalli af þjóðarframleiðslu sinni til heilbrigðismála og Finnar. Norðmenn og Svíar ráðstafa nokkuð meiri fjármunum til málaflokksins, en Danir veita rúmlega tveimur prósentustigum hærra upphæð til heilbrigðismála en Íslendingar. Athygli vekur að undanfarin ár hafa heildarfjárframlög til heilbrigðismála á Íslandi farið lækkandi á meðan hin norrænu löndin hafa að mestu haldið sínum fjárveitingum í horfinu. Þannig drógust heilbrigðisútgjöld Íslendinga milli árána 2009 og 2010 saman um 0,4% og milli 2010 og 2011 um 0,3% á meðan útgjöld Finna og Svía hafa nánast staðið í stað allra síðustu ár.

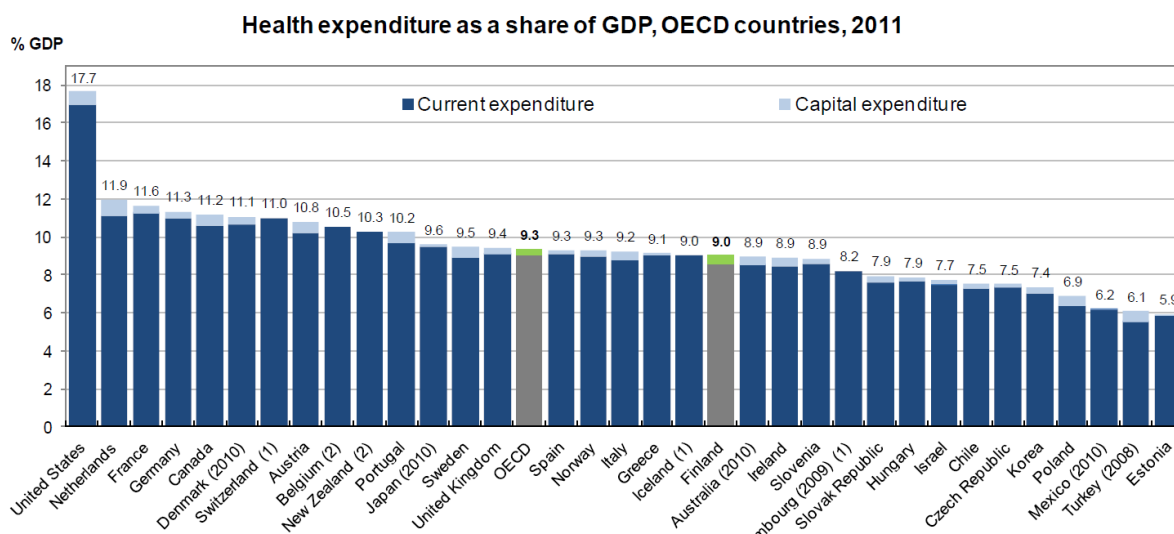
Danir veita meira fjármagni til heilbrigðiskerfisins en aðrar norrænar þjóðir eða upphæð sem árið 2011 nam 11,1% af landsframleiðslu. Þetta er u.þ.b. tveimur prósentustigum hærra en gerist á Íslandi og myndi þessi hlutfallstala samsvara um 34 milljörðum króna á ársgrundvelli til viðbótar núverandi fjárveitingum til heilbrigðismála á Íslandi. Ekki er að sjá að Danir standi sig betur í samanburði við aðrar norrænar þjóðir með tilliti til langlífis íbúa, mæðraverndar, lágs unbarnadauða eða annarra algengra gæðaviðmiða. Hafa ber þó í huga að árangur af starfsemi heilbrigðisþjónustunnar kemur í mörgum tilvikum ekki í ljós fyrir en eftir langan tíma.

Þegar litið er til þess starfs sem unnið hefur verið undanfarin ár innan heilbrigðiskerfisins og af heilbrigðisyfirvöldum í Danmörku verður ekki fram hjá því horft að átak hefur verið gert í að bæta aðgengi að heilbrigðisþjónustunni. Sérstaklega er eftirtektarvert hvað biðtími eftir aðgerðum hefur verið stytur samanborið við það sem áður var. Á meðan íbúar Noregs og Svíþjóðar sætta sig við þrjá mánuði sem hámarksbiðtíma eftir aðgerð á sjúkrahúsi fylgja Danir því fast eftir að þeir sem þjást af alvarlegum sjúkdómum eða heilsuvanda bíða ekki lengur en einn mánuð.

Í þessu samhengi er fróðlegt að bera saman biðtíma eftir meðferð á sjúkrahúsum á Íslandi og annars staðar á Norðurlöndum. Samkvæmt nýlegum starfsemistölum Landspítalans hafa yfir 50% þeirra sjúklinga, sem lagðir eru inn af biðlistum á skurðlækningasviði og lyflækningasviði spítalans, beðið lengur en þrjá mánuði. Slíkt er fáheyrt annars staðar á Norðurlöndunum þar sem hámarksbiðtími eftir heilbrigðisþjónustu er einn til þrjú mánuðir. Þetta ber að hafa í huga þegar Ísland er borið saman við önnur lönd.

Sú spurning vaknar því hvort ekki þurfi jafnvel enn hærra fjárframlög til að halda uppi jafn góðri heilbrigðisþjónustu á Íslandi og nú er gert í Danmörku, þar sem Íslendingar lifa í landi sem er í senn stærra að flatarmáli, harðbýlla og hefur færri íbúa. Heilbrigðiskostnaðurinn á íbúa ætti því, að gefinni sambærilegri þjónustu, að öllum líkindum að vera meiri á Íslandi þar sem Danmörk nýtur óhjákvæmilega betur hagkvæmni stærðarinnar í skipulagi heilbrigðisþjónustu og nýtingu mannafla og lækningatækja en fyrrum nýlenda dönsku krúnunnar í Norðurhöfum.

Mynd 1. Heilbrigðisútgjöld sem hluti af vergri landsframleiðslu. OECD lönd, 2011.



Heimild: OECD.

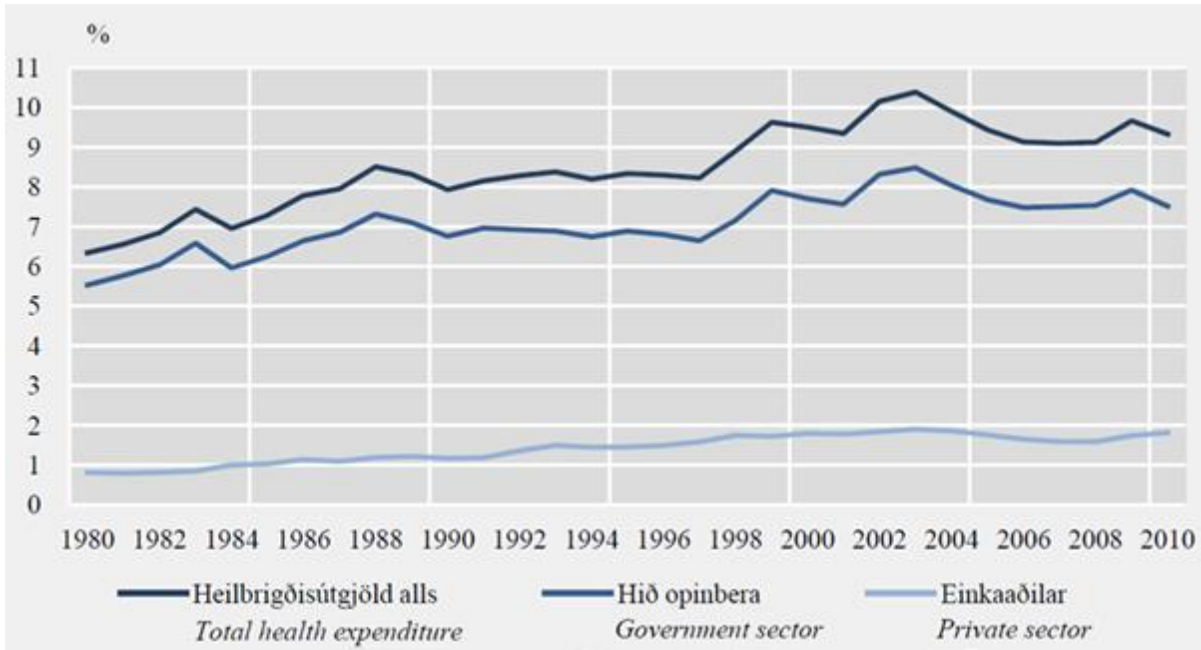
2.2. Útreikningar Hagstofu Íslands

Þann 10. september 2013 birti Hagstofa Íslands í Hagtíðindum endurskoðað yfirlit um fjármál hins opinbera árið 2012. Samkvæmt þeim upplýsingum námu heildarútgjöld til heilbrigðismála 154 milljörðum kr. árið 2012 eða 9,1% af vergri landsframleiðslu, sem samkvæmt endurskoðuðu uppgjöri var 1.698 milljarðar króna. Hafa heilbrigðisútgjöldin aukist úr ríflega 6,4% af vergri landsframleiðslu 1980 í rúmlega 10% af vergri landsframleiðslu í byrjun aldarinnar og síðan við upphaf annars áratugarins hafa þau lækkað í um 9% af vergri landsframleiðslu. Hluttur hins opinbera var 124 milljarðar, en hluttur heimilanna ríflega 30 milljarðar eða um 20%.

Árið 2012 var 4,9% af vergri landsframleiðslu ráðstafað til sjúkrahúspjónustu eða 83,5 milljörðum króna og nam aukningin milli ára 4,6 milljörðum króna. Árin 2011 og 2012 jukust útgjöld til sjúkrastofnana um 5,9% en útgjöld vegna þjónustu við ferlisjúklinga um 4,3%. Að raungildi á mann drógust útgjöld til sjúkrastofnana hins vegar saman um 0,2%, vegna lyfja- og hjálpartækjakaupa um 6,9% og 1,7% vegna þjónustu við ferlisjúklinga.

Af opinberum útgjöldum til heilbrigðisþjónustu árið 2012 var hluttur almennrar sjúkrahúspjónustu um 67%. Til þjónustu ferlisjúklinga, þar sem þyngst vega almenn heilsugæsla og þjónusta sérfræðilækna utan sjúkrahúsa, runnu 24 milljarðar króna sem er 19,4% af opinberum heilbrigðisútgjöldum. Lyfja- og hjálpartækjakostnaður utan sjúkrahúsa var 12,3 milljarðar króna, sem nemur um 10% opinberra útgjalda til heilbrigðismála. Ýmis annar kostnaður var samanlagt tæp 4%.

Mynd 2. Heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af vergri landsframleiðslu 1980-2010.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 2 sýnir þróun heilbrigðisútgjalda sem hlutfalls af landsframleiðslu og hlutdeild heilbrigðisútgjalda heimilanna á tímabilinu 1980-2010. Eins og sést á myndinni hefur hlutur heimila og einstaklinga u.þ.b. tvöfaldast síðustu þrjá áratugin eða frá tæplega einu prósentustigi af þjóðarframleiðslu upp í nærri tvö prósent.

3. Lyfjakostnaður

Samkvæmt skýrslum OECD (Efnahags- og framfarastofnunarinnar) og Eurostat (Hagstofu Evrópu) vörðu ríki Evrópusambandsins að meðaltali tæplega fimmtungi af útgjöldum sínum til heilbrigðismála í lyf árið 2010. Það ár var lyfjakostnaður í þriðja sæti útgjaldaliða, næst á eftir sjúkrahúsjónustu og heilsugæslu- og göngudeildarþjónustu. Dýrari lyf og vaxandi lyfjanotkun hafa átt sinn þátt í að heildarútgjöld til heilbrigðismála jukust fyrsta áratug aldarinnar, jafnvel þó lyfjaneysla hafi reyndar dregist saman í nokkrum löndum árið 2010.

Í riti NOMESKO (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) „Helsestatistik for de nordiske lande 2012“ kemur fram að lyfjaneysla á Norðurlöndunum var mest í Svíþjóð og Finnlandi árið 2010, en Noregur, Ísland og Danmörk fylgdu fast á eftir. Þar næst voru Færeyjar með nokkuð minni hlut en Ísland, en lyfjanotkunin á Grænlandi var svo áberandi minni en í hinum löndunum.

3.1. Framtíðarspár

Miklar breytingar hafa orðið í þróun og framleiðslu lyfja á undanförunum árum og áratugum og vænta má þess að ýmsar nýjungar í lyfjamálum líti dagsins ljós. Jafnhliða framförum í líftækni og nýjum landvinningum á öðrum sviðum, ásamt vaxandi kröfum um gæði og öryggi lyfja, hefur kostnaður við þróun lyfja og þá sérstaklega líftæknilyfja farið vaxandi. En þó líftæknilyfjin verði sífellt dýrari kemur á móti að sum þeirra eru góð forvörn og geta stuðlað að lækun meðferðarkostnaðar vegna sjúkdóma.

Af fjárhagslegum og heilbrigðispolítískum orsökum hefur þótt mikilvægt að gera sér betur grein fyrir hvernig lyfjanotkun komi til með að þróast næstu árin, sérstaklega með tilliti til þess hvaða áhrif hún hafi fyrir útgjöld hins opinbera. Hefur þá einkum verið horft til þess hvaða áhrif breytt aldursamsetning þjóðarinnar muni hafa á þróunina, þar sem vitað er að eldra fólk neytir meiri lyfja en yngra fólk.

Um síðustu aldamót var algengt að rannsóknarstofnanir, háskólar og vísindamenn reyndu að spá fyrir í hvernig þróun lyfjakostnaðar myndi verða næstu áratugin. Í mörgum tilvikum var niðurstaðan sú að útgjöld vegna lyfja myndu vaxa u.þ.b. 10% á ári næstu árin. Við nánari skoðun virðist þó sem aðeins hluti væntanlegrar aukningar í lyfjaneyslu verði skýrður út frá breytingum á aldursamsetningu íbúanna. Í stað þess munu væntanlega ný, betri og dýrari lyf ekki aðeins leysa hin eldri af hólmi heldur einnig skapa möguleika á árangursríkari meðferðarmöguleikum fyrir fólk í öllum aldurshópum.

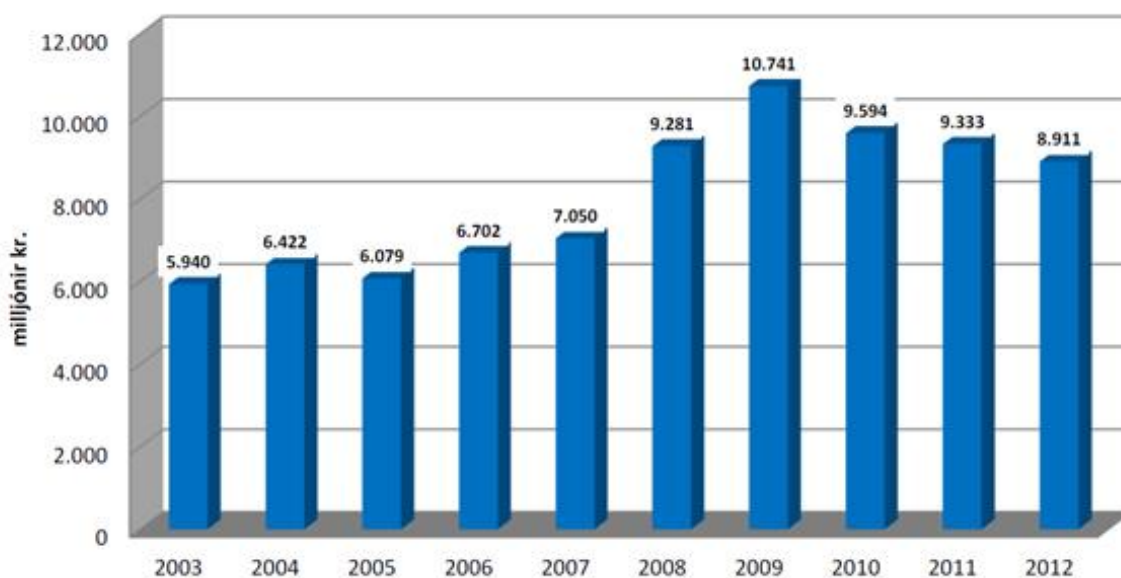
Þessar spár um mikinn og vaxandi lyfjakostnað virðist ekki hafa gengið alveg eftir, a.m.k. ekki á Íslandi, því eftir að hafa fyrst hækkað nokkuð stærstan hluta fyrsta áratugarins hefur lyfjakostnaður sjúkratrygginga, að undanskyldum S-merktum lyfjum (sjúkrahúslyfjum), lækkað hin allra síðustu ár. Þessi lækun kostnaðar hefur aðallega verið rakin til aukinnar samkeppni á lyfjamarkaði í kjölfar aðgerða stjórnvalda til að takmarka greiðslur sjúkratrygginga við ódýrasta lyf í hverjum lyfjaflokki, fjölgun nýrra samheitalyfja á markaðnum og samninga við innflytjendur lyfja.

Þrátt fyrir umtalsverðan árangur við lækun lyfjaverðs telja heilbrigðisyfirvöld að auka megi enn frekar hagræðingu á íslenskum lyfjamarkaði. Hefur þar einkum verið rætt um samvinnu við stóra innkaupaaðila annars staðar á Norðurlöndunum, svo sem stærstu sjúkrahúsin og innkaupasambönd eigenda og rekstraraðila heilbrigðisstofnana.

3.2. Lyfjakostnaður sjúkratrygginga og heimila

Í byrjun sumars 2013 gáfu Sjúkratryggingar Íslands út skýrslu fyrir árið 2012 undir heitinu Lyfjakostnaður sjúkratrygginga 2012. Þar kemur fram að lyfjakostnaður, að S-merktum lyfjum undanskildum, nam 8.911 milljörðum króna árið 2012. Er það lækkun frá 9.333 milljörðum króna árið 2011, sbr. mynd 3. Kostnaður vegna S-merktra lyfja var 5,7 milljarðar kr. árið 2012.

Mynd 3. Lyfjakostnaður sjúkratrygginga í milljónum króna 2003-2012.

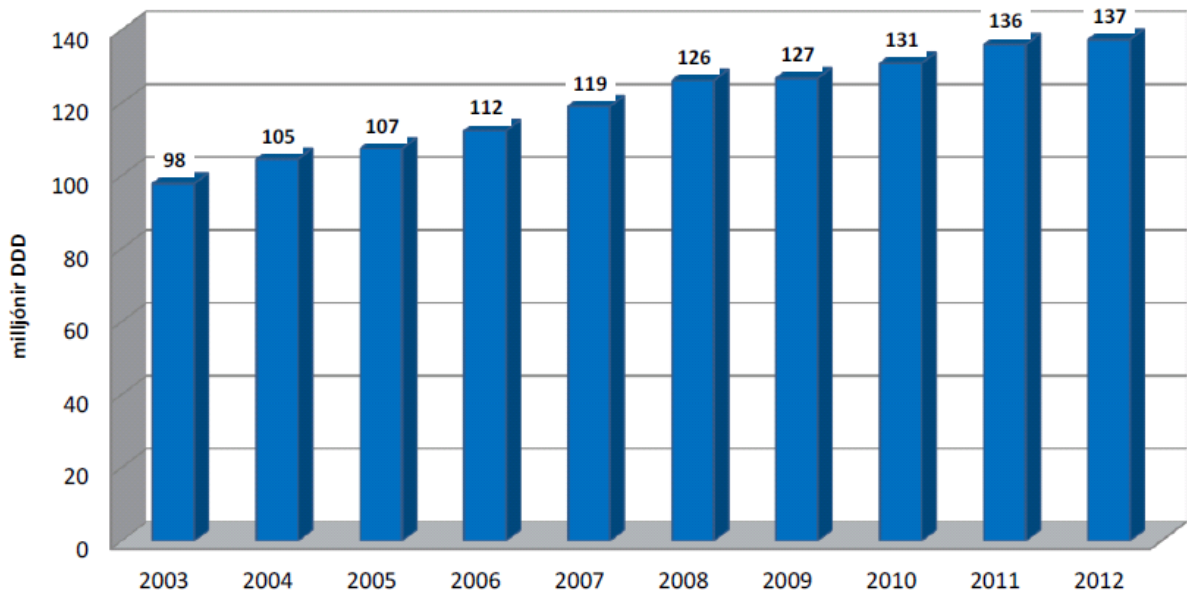


Heimild: Lyfjakostnaður sjúkratrygginga 2012. Sjúkratryggingar Íslands, Reykjavík 2012.

Á mynd 3 úr skýrslu Sjúkratrygginga Íslands sést að lyfjakostnaður sjúkratrygginga hækkaði mikið á árunum 2008 og 2009 í kjölfar gengisfalls krónunnar. Lyfjakostnaður ríkisins hefur síðan lækkað um 1.829 milljónir kr. frá árinu 2009 eða um 17% sem er að miklu leyti rakið til breytinga á greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í nokkrum lyfjaflokkum og verðlækkana lyfja. Aðrir þættir sem taldir eru hafa haft áhrif á þróun lyfjakostnaðar síðustu ár eru m.a. aukin notkun lyfja, breytingar á smásöluálagningu, hækkun á kostnaðarhlutdeild sjúklings og hækkun virðisaukaskatts.

Í skýrslu Sjúkratrygginga Íslands kemur fram að lyfjanotkun hafi aukist að meðaltali um 4,2% á ári frá 2003 til 2011, en milli árana 2011 og 2012 var aukningin aðeins um 1%, sbr. mynd 4. Er þá miðað við skilgreinda dagskammta (DDD, Defined Daily Dose) eða skilgreindir dagskammtar. Þessi litla breyting lyfjanotkunar milli umræddra ára er óskýrð og þarfnast frekari athugunar.

Mynd 4. Lyfjanotkun mæld í fjölda skilgreindra dagskammta (DDD) 2003-2012.



Heimild: Lyfjakostnaður sjúkratrygginga 2012. Sjúkratryggingar Íslands, Reykjavík 2012.

Þar sem upplýsingar um lyfjakostnað sjúkratrygginga segja aðeins hálfra söguna var haft samband við lyfjagæði Sjúkratrygginga Íslands og spurt, hvort ekki mætti, af gögnum um lyfjakostnað, sjá hvað einstaklingar væru að borga úr eigin vasa fyrir lyf á svipaðan hátt og lesa má úr skýrslum Sjúkratrygginga Íslands hvað sjúkratryggingar eru að borga á ári hverju fyrir lyf. Og ef þessum upplýsingum væri ekki haldið skipulega saman, væri mikilsvert að fá mat eða tilfinningu þeirra sem gleggst þekkja til um hvaða upphæðir er hér að ræða.

Í gögnum úr tölfræðigrunni Sjúkratrygginga Íslands, sem nær aftur til ársins 2003, má ekki aðeins lesa kostnað sjúkratrygginga í almennum lyfjum, heldur einnig heildarsöluverðmæti almennra lyfja. Mismunurinn er þá væntanlega það sem einstaklingar og heimili greiða úr eigin vasa fyrir lyf að frádregnum afslætti, en Sjúkratryggingar Íslands hefur ekki tæmandi upplýsingar um þá afslætti sem apótekin veita viðskiptavinum sínum.

Tafla 1. Þróun kostnaðarhlutdeildar notenda almennra lyfja.

Ár	Heildarsöluverðmæti	Hluttur notenda
2003	8,8 milljarðar króna	36%
2004	9,3 milljarðar króna	35%
2005	9,0 milljarðar króna	36%
2006	10,0 milljarðar króna	34%
2007	10,6 milljarðar króna	34%
2008	13,6 milljarðar króna	32%
2009	15,9 milljarðar króna	33%
2010	15,3 milljarðar króna	38%
2011	14,8 milljarðar króna	38%
2012	14,5 milljarðar króna	39%

Heimild: Tölfræðigrunnur Sjúkratrygginga Íslands. Tölunum úr gagnagrunni Sjúkratrygginga Íslands ber ekki alveg saman við upplýsingarnar í skýrslu Sjúkratrygginga um lyfjakostnað 2012, en það breytir ekki heildarmyndinni.

Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands er gert ráð fyrir að innan nýja lyfjagreiðslukerfisins greiði notendur að meðaltali 25% af verði þeirra lyfja sem falla undir kerfið. Áður var hluttur notenda að meðaltali aðeins hærra enda náði eldra kerfið bæði til almennra lyfja og hluta S-merktra lyfja. Lyfjum er nú gróflega skipt í þrjá flokka, S-merkt lyf, þ.e. dýru sjúkrahúslyfin sem eru að fullu greidd af Sjúkratryggingum Íslands, 0-merkt lyf sem eru greidd af notendum að fullu og svo almenn lyf sem fara inn í nýja lyfjagreiðslukerfið, en voru áður að hluta greidd af Sjúkratryggingum Íslands og að hluta af notendum sjálfum.

Yfirlitið frá Sjúkratryggingum Íslands gefur ágæta mynd af þróun helstu stærða varðandi hlutdeild sjúkratrygginga og notenda í lyfjakostnaði frá árinu 2003. Það vantar þó forsendur fyrir að geta á nákvæman hátt borið saman umfang og innihald gamla og nýja greiðsluþáttökukerfisins. Tölur um hversu mörg lyf falla utan nýja kerfisins virðast einnig á reiki eða einfaldlega ekki liggja fyrir. Þess utan svara upplýsingarnar frá Sjúkratryggingum Íslands því ekki heldur hve mikið einstakir sjúklingahópar, eins og t.d. krabbameinssjúklingar, eru að greiða fyrir lyfin sín. Sjá töflu 1.

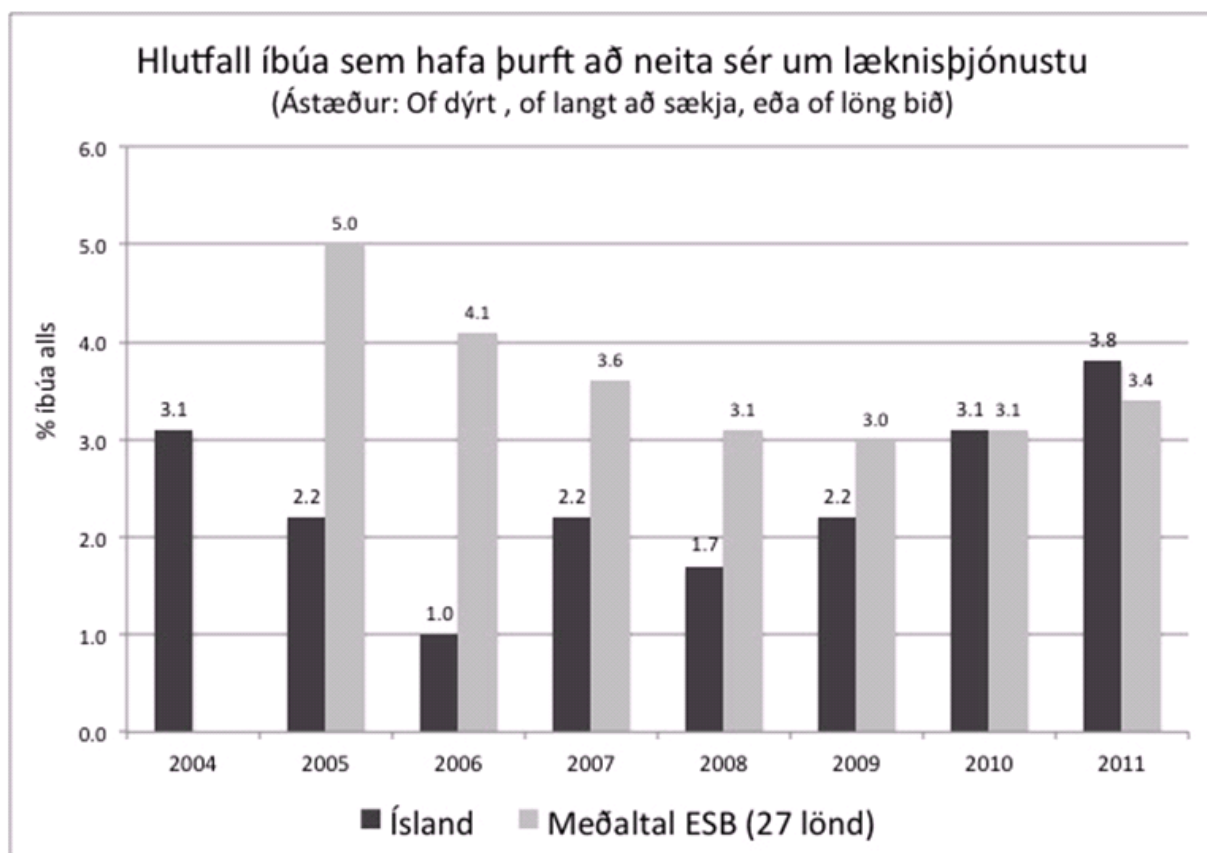
3.3. Fjárhagur og lyfjanotkun

Þær spurningar hafa vaknað hvort félagslegar og fjárhagslegar afleiðingar efnahagshrunsins árið 2008 hafi orðið til þess að fólk sé farið að spara við sig að leita til læknis og leysa út lyfin sín. Vitað er að öryrkjar, aldraðir, sjúklingar og aðrir sem búa að jafnaði við hærri útgjöld en meginþorri almennings vegna lyfja- og læknskostnaðar. Upplýsingarnar frá Sjúkratryggingum Íslands og skýrslur Velferðarvaktarinnar benda samt ekki til þess að efnahagsástand síðustu ár hafi haft mikil áhrif í þá átt að draga úr lyfjanotkun almennings. Er það venjulega rakið til þess að stjórnvöld hafi, sem fyrr greinir, gripið til skipulegra aðgerða til að halda lyfjakostnaði niðri.

Tveir háskólakennarar telja þó að full þörf sé á að kanna þessi mál nánar og þá sérstaklega skoða aðstæður og fjárhag tiltekinna þjóðfélags hópa. Í athugunum prófessors Rúnars Vilhjálmssonar kemur fram að fleiri fresta því að fara til læknis nú en árið 2006. Þannig sögðu 21,6% landsmanna hafa árið 2006 frestað því að fara til læknis á síðustu sex mánuðum á meðan sambærileg tala fyrir árið 2013 er 31,7%. Vaxandi kostnaður er tilgreindur sem meginástæða fyrir því að fólk hættir við að fara til læknis og nefna 30% aðspurðra að há komugjöld og mikill lyfjakostnaður séu helstu hindranirnar.

Nýlega birti prófessor Stefán Ólafsson tölur frá Hagstofu ESB (Eurostat) og Hagstofu Íslands sem sýna hve stór hluti þjóðarinnar hefur þurft að neita sér um lækniástoð á tímabilinu 2004-2011. Samkvæmt þeim voru þeir sem þurftu að neita sér um lækniþjónustu á Íslandi á árinu 2011 fjórum sinnum fleiri en á árinu 2006. Er það einkum fólk sem býr við þröngan fjárhag sem neitar sér um lækniþjónustu og telur Stefán viðbúið er að þessi vandi hafi aukist á árunum 2012 og 2013.

Mynd 5. Hlutfall íbúa sem hafa þurft að neita sér um lækniþjónustu 2004-2011.



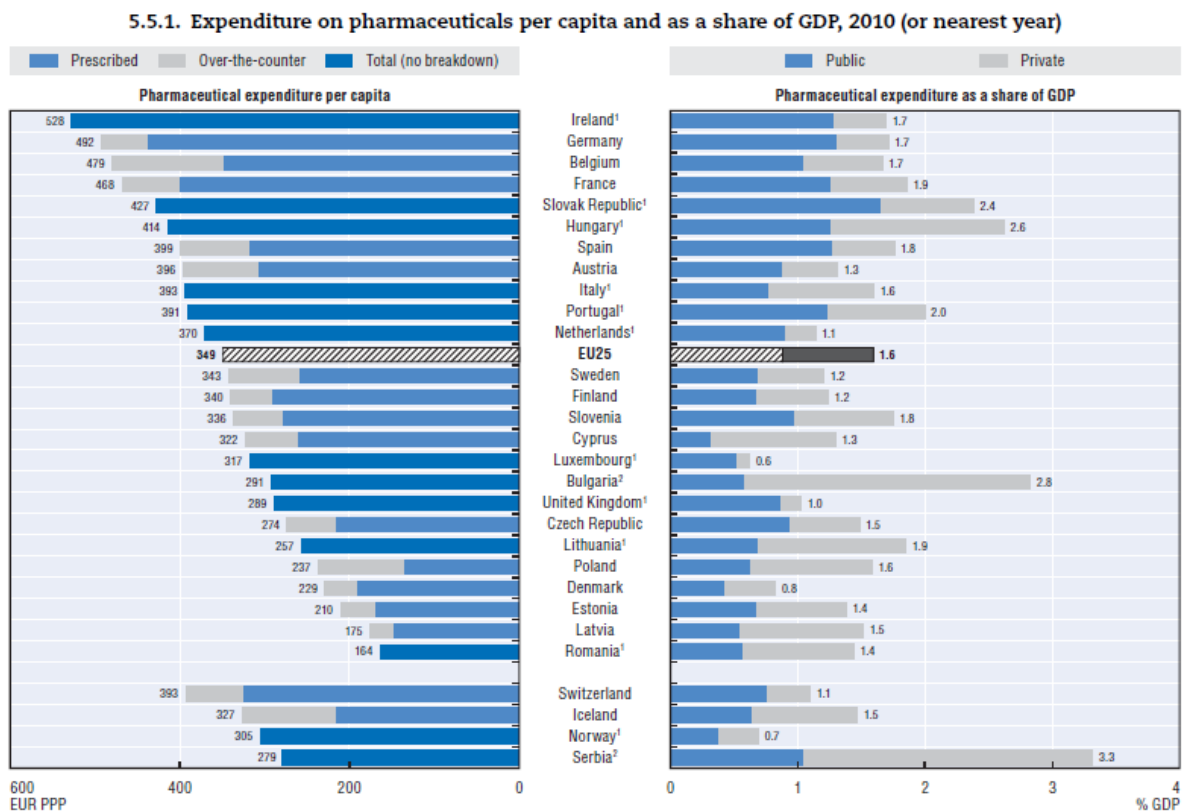
Heimildir: 1. Hagstofa ESB (Eurostat). 2. Mynd úr grein Stefáns Ólafssonar prófessors á Eyjunni, dags. 27. ágúst 2013.

3.4. Lyfjautgjöld víða um lönd

Svo sem fyrr er getið eru meðalútgjöld vegna lyfja í ríkjum Evrópu um fimmtungur af heildarútgjöldum til heilbrigðismála. Hlutfallstalan fyrir Ísland árið 2010 var 15,8% og hafði hún verið svipuð mörg undangengin ár. Af gögnum OECD má ráða að 1,5% af vergri landsframleiðslu á Íslandi renni til lyfjamála og tæpan helming þeirrar upphæðar greiði sjúklingar úr eigin vasa, sbr. mynd 6. Sérfræðingar OECD eru þeirrar skoðunar að vaxandi lyfjakostnaður sé ein helsta skýringin á auknum heilbrigðiskostnaði síðustu áratuginu.

Mikið er fjallað um hin flóknu tengsl lyfjautgjalda og annarra heilbrigðisútgjalda og sýnist sitt hverjum. Rannsóknir taka þó af allan vafa um að mörg ný lyf eru bæði áhrifaríkari og hafa meira fornvarnagildi en eldri lyf. Þannig er aukin notkun lyfja við meðhöndlun margvíslegra heilbrigðisvandamála talin draga úr kostnaðarsamri meðferð og vissum læknisfræðilegum inngrípum nú eða síðar á lífsleiðinni. Mörg líftæknilyf eru samt svo dýr að takast verður á, með fjárhagslegum og síðferðilegum rökum, um hvort þau skuli notuð eða ekki í hverju tilviki fyrir sig.

Mynd 6. Útgjöld vegna lyfjamála í Evrópu 2010.



1. Includes medical non-durables.
2. Total medical goods.

Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705577>

4. Hlutdeild einstaklinga í heilbrigðiskostnaði

Lengst af gildi sú regla hér á landi að sjúklingar greiði ekki fyrir heilbrigðisþjónustu væru þeir lagðir inn á sjúkrastofnun. Nú er aftur á móti auknum fjölda erinda sinnt án innlagnar á heilbrigðisstofnun og fólki gert að taka þátt í kostnaði við heilbrigðisþjónustu líkt og tíðkast utan sjúkrahúsa á heilsgæslustöðvum og hjá sjálfstætt starfandi sérgreinalæknum. Mikið ósamræmi hefur þótt í allri gjaldtöku og hafa því iðulega komið fram óskir um að taka til endurskoðunar alla greiðsluþátttöku almannatrygginga vegna kaupa á lyfjum og heilbrigðisþjónustu. Það var samt ekki fyrr en á árinu 2007 að skipuð var nefnd til að fara yfir málið og gera tillögu að breyttu, einföldu og gagnsæju greiðslufyrirkomulagi.

Til skýringar á aukinni gjaldtöku á sjúkrahúsum er venjulega sagt að með henni skapist meira samræmi og jafnræði í gjaldtöku, enda sé tekið komugjald vegna komu á slysideild, bráðamóttöku og göngudeild, auk gjalds vegna rannsókna hjá þeim sem ekki eru inniliggjandi. Af stöðu heilbrigðismála virðist jafn sennilegt að kröfur um niðurskurð og hagræðingu í rekstri til margra ára hafa valdið því að sterk tilhneiging sé til að velta kostnaðinum af spítalarekstri í vaxandi mæli yfir á herðar sjúklinga.

4.1. Kostnaðarþátttaka almennings

Kostnaðarþátttaka almennings í heilbrigðisþjónustunni er mjög misjöfn eftir því hvers konar meðferð sjúklingar gangast undir. Ekki liggja fyrir nægjanlega aðgengilegar og sundurliðaðar upplýsingar um fyrir hvað af þjónustu spítalanna einstakir sjúklingahópar eru að greiða úr eigin vasa. Skýrslur sýna þó að frá því í byrjun níunda áratugarins hefur hlutdeild heimila og einstaklinga í heilbrigðiskostnaði vaxið um nærri eitt prósentustig í þjóðarframleiðslu og samsvaraði sú upphæð árið 2012 rúmum 15,5 milljörðum króna. Heildarútgjöld heimila og einstaklinga fyrir þjónustu heilbrigðiskerfisins það ár voru því um 30 milljarðar króna.

Greiðslur sjúklinga

- Landsframleiðslan árið 2012 var 1.698 milljarðar kr.
- Heildarútgjöld til heilbrigðismála 2012 voru 9,1% sem samsvaraði 154 milljörðum kr.
- Hlutur heimilanna í heilbrigðisútgjöldum árið 2012 var 1,76% af vergri landsframleiðslu eða um 30 milljarðar kr.
- Hlutur heimilanna í heilbrigðisútgjöldum árið 1983 var 0,85% af vergri landsframleiðslu eða um 14,5 milljarðar kr. á verðlagi ársins 2012.
- Árlegar greiðslur almennings fyrir heilbrigðisþjónustu hafa tvöfaldast á síðustu þremur áratugum eða hækkað um 15,5 milljarða á verðlagi ársins 2012.
- Árið 2012 voru um 20% heilbrigðisútgjalda fjármögnuð af heimilunum og einstaklingum.

4.2. Kostnaður við krabbameinsferð á Landspítala

Krabbameinssjúklingar og samtök þeirra hafa um langt skeið haldið því fram að kostnaðarhlutdeild sjúklinga í lyfjakostnaði og reyndar allri heilbrigðisþjónustu sé orðin meiri en góðu hófi gegni og fyrir löngu komin upp fyrir þau mörk sem eðlileg geti talist. Stjórn Krabbameinsfélag Íslands hefur, svo dæmi sé tekið, ítrekað ályktað um þessi mál og komið sjónarmiðum sínum á framfæri við heilbrigðisyfirvöld með margvíslegum hætti.

Í framhaldi af yfirlýsingum og viðræðum við heilbrigðisyfirvöld óskaði Krabbameinsfélagið eftir sundurliðuðum upplýsingum frá Landspítalanum um fyrir hvaða þjónustu spítalans tilteknir krabbameinssjúklingar, sem greinst hafa með krabbamein í brjósti, séu að greiða úr eigin vasa, þegar ekki hefur verið um eiginlega innlagn að ræða. Niðurstöðurnar eru birtar í töflu 2.

Tafla 2. Kostnaður við brjóstakrabbameinsmeðferð á Landspítalanum, án innlagnar.

Kostnaður við meðferð vegna krabbameins á Landspítalanum		Komugjöld og rannsóknir		Hækkun %	Aukinn lyfjakostnaður
Kostnaður krabbameinssjúklinga 2011 og 2013 ásamt lyfjakostnaði					
		2011	2013	Hækkun %	
Dæmi 1 (2011)	Sjúklingur sem fer í skurðaðgerð, lyfjameðferð og geislameðferð.	167.006	191.196	14,48%	69.415
Dæmi 2 (2011)	Sjúklingur sem fer í skurðaðgerð, uppbyggingu brjóst og lyfjameðferð.	195.211	214.695	10%	69.415
Dæmi 3 (2011)	Sjúklingur sem fer í skurðaðgerð.	49.205	54.684	11%	69.415
Aukinn lyfjakostnaður	Lyfjakostnaður jókst 4. maí 2013 vegna breytingar á lögum 112/2008 um sjúkratryggingar þar sem krabbameinssjúklingar skulu greiða kr. 69.415 (öryrkjar kr. 48.149) á hverju 12 mánaða tímabili áður en þeir geta sótt um lyfjaskirteini.				

Heimild: Landspítalinn.

Upplýsingarnar frá Landspítalanum staðfesta að kostnaður krabbameinssjúklinga getur skipt tugum og jafnvel hundruðum þúsunda króna á ári hverju. Jafnframt verður að hafa í huga að oft er um það alvarleg veikindi að ræða að viðkomandi einstaklingar eru með öllu ófærir um að stunda vinnu. Nýja greiðsluþáttökukerfið fyrir lyf, sem tekið var í notkun á vordögum 2013, virðist einnig hafa lagt nýjar byrðar á marga krabbameinssjúklinga sem áður fengu lyf sín ókeypis eða a.m.k. verulega niðurgreidd. Það verður þó að gera ráð fyrir því að allir sem eru með alvarlega og langt gegna sjúkdóma fái viðeigandi lyfjameðferð án verulegs kostnaðar, enda er það ein af hugmyndum um sérstaka ráðstöfun svonefndra S-merktra lyfja. Þá þarf að athuga hve stór hluti krabbameinssjúklinga hefur það mikil lyfjaútgjöld að þau skapi rétt til að sækja um lyfjaskirteini og afli sér þannig réttar til fá lyf sér að kostnaðarlausu.

Í töflu 2 er ekki tekinn með kostnaður vegna þátta sem í mörgum tilvikum eru nauðsynlegir vegna bataferils sjúklings, svo sem sjúkráþjálfun, sálfélagsleg aðstoð, ferðakostnaður, röskun á heimilis- högum og tekjumissir. Ekki er heldur tekið tillit til kostnaðar sem iðulega fellur til vegna meðferðar á stofum sérgreinalækna utan spítala eða þjónustu hinnar almennu heilsugæslu. Komugjöld og lyfjaútgjöld virðast vera þeir þættir sem einkum eru að íþyngja almenningi. Loks liggja ekki fyrir neinar athuganir á því hvað fjölskyldur og ættingjar eru að jafnaði að leggja fram af fé eða annarri fyrirgreiðslu til stuðnings krabbameinssjúklingum.

4.3. Önnur dæmi um kostnað krabbameinssjúklinga

Hluti þeirra krabbameinssjúklinga sem leita til félagsráðgjafa hjá Ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélags Íslands koma vegna íþyngjandi lækniskostnaðar og eru að kanna rétt sinn til greiðslu fyrir læknisþjónustu og lyf. Aðrir krabbameinssjúklingar, sem hafa gengist undir lyfjameðferð eða geislameðferð, kvarta undan tannskemmdum, svo sem að glerungur hafi eyðst, kvarnast upp úr tönnum eða tennur sprungið. Einnig kvarta krabbameinssjúklingar yfir heyrnarskerðingu, skýi á augum og fleiri kvillum. Allmargir verða fyrir verulegum tekjumissi, sérstaklega þeir sem búa úti á landi og þurfa að sækja læknisþjónustu til Reykjavíkur.

Norræn dæmi

Danmörk: Íslensk kona á fertugsaldri sem greindist með krabbamein í móðurlífi árið 2010 fór í krabbameinsmeðferð í Kaupmannahöfn. M.a. var um að ræða geislameðferð og lyfjameðferð. Hún fékk síðan læknisþjónustu heim til sín ásamt sjúkraþjálfun og sálfræðiaðstoð. Konan þurfti ekkert að greiða fyrir þessa þjónustu.

Svíþjóð: Íslenskur karl á sextugsaldri greindist með krabbamein í lungum árið 2011. Í Svíþjóð er öll krabbameinsmeðferð án kostnaðar fyrir sjúklinginn og er þá alveg sama hvort um er að ræða læknisheimsóknir, rannsóknir, heimahjúkrun eða lyf.

4.4. Tannlækningakostnaður

Haft var samband við Reyni Jónsson tryggingayfirtannlækni hjá Sjúkratryggingum Íslands og óskað eftir upplýsingum um hvað krabbameinssjúklingar væru að greiða úr eigin vasa fyrir tannlæknaþjónustu. Væru þær upplýsingar ekki aðgengilegar var spurt um hvort eitthvert mat hefði verið gert á slíku. Í svari tryggingayfirtannlækni var gerð grein fyrir því regluverki sem almennt gildir varðandi endurgreiðslur á tannlæknaþjónunni. Meginreglan er að börn 0-17 ára og lífeyrisþegar (elli- og örorkuþegar) fá niðurgreiðslur hjá Sjúkratryggingum Íslands á nauðsynlegum almennum tannlækningum. Aðrir bera sinn tannlæknaþjónunni að fullu sjálfir. Undantekning frá þessu er þegar tannvandi er alvarlegur og sannanlega afleiðing af fæðingargalla, sjúkdómi eða slysi. Þá greiða Sjúkratryggingar Íslands almennt 80% af gjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands, en verðlagning tannlækna er frjáls.

Krabbameinssjúklingar eru í sumum tilvikum öryrkjar og eiga rétt samkvæmt reglum um þá. Alvarlegur tannvandi getur líka verið afleiðing krabbameins eða meðferðar við því og þá greiða Sjúkratryggingar Íslands 80%. Það eitt, að vera krabbameinssjúklingur með tannvanda veitir engan rétt til þátttöku Sjúkratrygginga Íslands í kostnaði við meðferð hjá tannlækni. Í öllum tilvikum þarf að sækja um til Sjúkratrygginga og færa rök eða sýna gögn sem sanna orsakasamband á milli sjúkdóms og tannvanda.

Hjá tryggingayfirtannlækni kom fram að hann hefði ekki haft tók á því að kalla fram upplýsingar um einstaka sjúklingahópa eins og krabbameinssjúklinga. Hins vegar gat hann þess að á fyrstu sex mánuðum þessa árs hefðu Sjúkratryggingar Íslands greitt um 33% af verði tannlæknaþjónustu fyrir þá einstaklinga, 18 ára og eldri, sem fengu samþykki Sjúkratrygginga Íslands vegna alvarlegra afleiðinga fæðingargalla, sjúkdóma eða slysa. Verð tannlækna var um 150% herra en gjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands á sama tímabili. Það ætti því að vera auðvelt að áætla með nokkurri nákvæmni þann tannlæknaþjónunni sem krabbameinssjúklingar verða að rísa undir á hverjum tíma. Spurningin virðist fyrst og fremst snúast um að gera greiðslufyrirkomulagið nægjanlega gagnsætt.

Dæmi um tannlækningakostnað

- Rúmlega fimmtugur karlmaður greindist með krabbamein í milta árið 2010. Þegar tannlæknað kostnaður eftir meðferð var kominn í 321 þús. kr. sótti hann um endurgreiðslu hjá Sjúkratryggingum en fékk synjun. Heildarkostnaður er áætlaður allt að 700 þús. kr.
- Tæplega sextug kona sem greindist með krabbamein í brjósti í júní 2008 fór í meðferð. Í kjölfarið þurfti hún að leita til tannlæknis. Tannlæknað kostnaður var yfir 800 þús. kr. Hún sótti um að fá kostnaðinn endurgreiddan hjá Sjúkratryggingum Íslands en fékk synjun.

Í ríkisreikningi fyrir árið 2012 kemur fram að sjúkratryggingar nýta ekki fjárheimildir sínar varðandi tannlækningar. Þar standa eftir 140 milljónir króna í árslok á sama tíma og umsóknum krabbameinssjúklinga um niðurgreiðslu á nauðsynlegum og mjög íþyngjandi tannlæknað kostnaði er hafnað.

4.5. Aukinn kostnaður vegna sammingsleysis

Á árinu 2012 skipaði þáverandi velferðarráðherra ráðgjafahóp til að fara yfir fjölmargar spurningar sem tengjast einkarekstri í heilbrigðisþjónustu almennt, einkum vegna þjónustu sem veitt er án greiðsluþátttöku ríkisins. Ein meginástæða þess var að ekki hafði verið í gildi samningur milli sérgreinalækna og Sjúkratrygginga Íslands síðan árið 2011, en ríkið greiðir hlut af kostnaði sjúklings á grundvelli undanþágu sem veitt er með reglugerð. Þetta fyrirkomulag taldi ráðgjafahópurinn óviðunandi því að á þann hátt sé uppbyggingu heilbrigðiskerfisins breytt í grundvallaratriðum án atbeina löggjafans. Jafnframt taldi hópurinn að sammingsleysið muni veikja réttarstöðu sjúklinga og leiða til óvissu og óöryggis.

Þegar samningur sérgreinalækna og Sjúkratrygginga Íslands rann út í lok mars 2011 var sett reglugerð um endurgreiðslu kostnaðar vegna þjónustu sérgreinalæknanna og einhliða gjaldskrá ákveðin af Sjúkratryggingum Íslands. Enn hafa ekki tekist samningar milli aðila og hafa sérgreinalæknar á tímabilinu hækkað gjaldskrár sínar að jafnaði um 18-20% umfram viðmiðunargjaldskrá Sjúkratrygginga. Heilbrigðisráðherra hefur nú framlengt reglugerð um endurgreiðslu lækniskostnaðar til 31. desember 2013 og er það tímabundin aðgerð meðan unnið er að gerð nýs sammings.

Þann 2. júlí 2013 skrifuðu heilbrigðisráðherra og forsvarsmenn sjálfstætt starfandi sérgreinalækna undir viljayfirlýsingu þar sem lýst er yfir vilja til að ljúka gerð nýs sammings sem tryggi jafnan aðgang sjúkratryggðra að þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Óvíst er samt sem áður hvort samningar náist fyrir næstu áramót eins og að er stefnt og á meðan svo er lenda allar greiðslur umfram viðmiðunargjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands á sjúklingunum. Sjúklingum er því að öllu óbreyttu gert að greiða aukalega verulegar upphæðir, því kostnaðarhlutdeild sjúkratryggðra fyrir þjónustu sérgreinalækna hefur, samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands, hækkað úr 31% í 42% frá árinu 2011.

Ekki er með öllu ljóst hvort eða á hvern hátt allar greiðslur til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna eru færðar inn í sjúklingabókhalda Sjúkratrygginga Íslands. Þar af leiðandi er ekki heldur gefið að allar upplýsingar um bein heilbrigðisútgjöld einstaklinga og heimila skili sér inn í yfirlit og útreikninga Hagstofu Íslands og fleiri aðila.

5. Greiðsluþátttökukerfi vegna lyfjakaupa

Í fyrstu heildstæðu almanntryggingalöggjöfinni, sem tók gildi í ársbyrjun 1947 (l. nr. 50/1946), var kveðið svo á um í 87. gr. að Tryggingastofnun ríkisins skyldi greiða að fullu þau lyf, sem sjúklingum væri lífsnauðsyn eða brýn nauðsyn að nota að staðaldri að álitni læknis, enda væri sannað með læknisvottorði og rannsókn, sem tryggingayfirlæknir mæti gilda, að um slíka nauðsyn væri að ræða. Önnur nauðsynleg lyf og umbúðir skyldu greidd að hálfu. Jafnframt var tekið fram að Tryggingastofnun ríkisins greiddi þó aðeins lyf og umbúðir, sem ávísað var með lyfseðli af lækni eða staðgöngumanni hans. Nokkrum árum síðar voru settar frekari takmarkanir á greiðslur sjúkrasamlaga fyrir lyf í síðarnefnda flokkum.

Tryggingastofnun ríkisins var samtímis gert að halda reglulega skrá yfir viðkomandi lyfjaflokka í samræmi við það sem fyrr greinir. Með fjölgun lyfja gegnum tíðina fjölgaði lyfjaflokkum (B-, C-, E- og *-merkt lyf) og kostnaðarhlutdeild fólks tók sömuleiðis miklum breytingum frá einni tegund lyfja til annarra. Hið hefðbunda fyrirkomulag á greiðsluþátttöku einstaklinga í lyfjakostnaði fól til lengdar í sér ákveðna mismunun á greiðslum eftir sjúkdómum og þess utan var ekkert þak á greiðslum hins sjúkratryggða. Þannig greiddu einstaka sjúklingahópar verulega miklu meira fyrir lyf sín en aðrir notendahópar.

5.1. Frá hefðbundnu til nýs greiðsluþátttökukerfis

Um árabíl var oft rætt um að breyta greiðsluþátttökukerfi og aðlaga það betur að þörfum þeirra sem veikastir eru og minnst mega sín í þjóðfélaginu. Niðurgreiðslur á lyfjakostnaði og heilbrigðisþjónustu ættu að miðast við þá sem mest þyrftu á á greiðsluþátttöku sjúkratrygginga að halda. Í þeirri umræðu var einkum litið til þess fyrirkomulags sem ríkti í þessum málum á hinum norrænu löndunum og fyrirhugaðra breytinga á greiðsluþátttöku sjúklinga, en í þeim ríkjum hefur heilbrigðis- og tryggingakerfið varið fólk með takmörkuð fjárráð vegna örorku, sjúkdóma, elli eða atvinnuleysis betur en hér hefur tíðkast.

Þótt flestir hefðu talið löngu tímabært að taka greiðsluþátttöku almanntrygginga til endurskoðunar var það, eins og áður er nefnt, ekki fyrr en síðla árs 2007, sem þáverandi heilbrigðisráðherra skipaði nefnd, sem fékk það verkefni að fara yfir málið og koma með tillögu að breyttu, einföldu og gagnsæju greiðslufyrirkomulagi fyrir lyf og aðra heilbrigðisþjónustu. Nefndin hóf umfangsmikla gagnaöflun en þar sem ekki var veitt fé til starfsemi hennar á fjárlögum 2009 var hún lögð niður í byrjun þess árs.

Í framhaldinu ákvað nýr ráðherra að skipa sérstakan vinnuhóp, sem í átta sæti fullrúar ráðuneytis, Sjúkratrygginga Íslands og lyfjagreiðslunefndar, og var honum falið að gera tillögur að nýju greiðsluþátttökukerfi lyfja að danskri fyrirmynd. Var þetta rökstutt með því að þetta væri fyrsta skref í þá átt að koma á réttlátara greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustu, með það að leiðarljósi að verja einstaklinga gegn háum og vaxandi kostnaði. Afrakstur þeirrar vinnu var frumvarp sem lagt var fram á Alþingi árið 2010 um breytingu á lögum um sjúkratryggingar og lyfjalögum varðandi upptöku nýs greiðsluþátttökukerfis vegna kaupa á lyfjum.

Talsverðrar óánægju hefur gætt með nýja greiðsluþátttökukerfið og eru það einkum viðkvæmir sjúklingahópar sem telja sig ekki geta staðið undir þeim greiðslum sem lagðar eru á þá með hinni nýju skipan. Krabbameinsfélag Íslands hefur sérstaklega vakið athygli á að ekki komi skýrt fram í reglugerð, að öllum alvarlega veikum einstaklingum, sem þurfa á dýrum lyfjum að halda, skuli tryggð full greiðsluþátttaka ríkisins. Þá vekur athygli að árleg þök eða hámarksgræiðslur fyrir lyf eru mun hærri á Íslandi en í Noregi og Svíþjóð, þrátt fyrir að greiðslukerfi þessara landa séu nú byggð á svipuðum grunni og nýja íslenska kerfið. Þetta ber að hafa í huga í þeirri athugun á greiðsluþátttöku sem ríkisstjórnin hefur boðað.

5.2. Nýja íslenska greiðsluþáttökukerfið

Nýtt greiðsluþáttökukerfi vegna kaupa á lyfjum tók gildi 4. maí 2013, í samræmi við breytingar á lögum sem Alþingi samþykkti þann 1. júní 2012. Meginmarkmiðið með lögnum er að auka jafnræði milli einstaklinga óháð sjúkdómum og draga úr lyfjakostnaði þeirra sem þurfa að nota mikið af lyfjum. Nýja kerfið byggir á þrepaskiptri greiðsluþáttöku þar sem hver einstaklingur greiðir hlutfallslega minna eftir því sem lyfjakostnaður hans eykst innan tólf mánaða tímabils. Í fyrsta þrepi greiðir einstaklingurinn lyf að fullu, í öðru þrepi greiðir hann 15% af verði lyfja og í þriðja þrepi greiðir hann 7,5%.

Lyfjaútgjöld einstaklings eiga nú að hámarki að vera **69.415 kr.** á tólf mánaða tímabili og árleg lyfjaútgjöld 67 ára og eldri, örorkulífeyrisþega, barna og ungmenna yngri en 22 ára skulu nú mest vera **46.277 kr.** Útgáfa lyfjaskírteins er háð samþykki umsóknar frá lækni. Einungis lyf sem Sjúkratryggingar Íslands taka þátt í að greiða falla hér undir. Sjá mynd 7.

Mynd 7. Greiðsluþrep vegna lyfjakaupa á Íslandi 2013.

Greiðsluþátttaka almennt

Þrep	Lyfjakostnaður á 12 mánaða tímabili		Greiðsluhlutfall	
	Einstaklingar	Sjúkratryggingar	Einstaklingar	Sjúkratryggingar
1	24.075 kr.	0 kr.	100%	0%
2	10.833 kr.	61.391 kr.	15%	85%
3	34.507 kr.	425.593 kr.	7,5%	92,5%
Samtals	69.415 kr.*	486.984 kr.		

*ATHUGIÐ. Ef einstaklingur greiðir 69.415 kr. innan 12 mánaða tímabilsins (5.785 kr. að meðaltali á mánuði) getur læknir sótt um að SÍ greiði lyf að fullu (100%) það sem eftir er af tímabilinu að uppfylltum skilyrðum vinnureglna SÍ. Einungis lyf sem SÍ taka þátt í að greiða falla hér undir.

Aldraðir 67 ára og eldri, örorkulífeyrisþegar, börn og ungmenni yngri en 22 ára.

Þrep	Lyfjakostnaður á 12 mánaða tímabili		Greiðsluhlutfall	
	Einstaklingar	Sjúkratryggingar	Einstaklingar	Sjúkratryggingar
1	16.050 kr.	0 kr.	100%	0%
2	7.223 kr.	40.927 kr.	15%	85%
3	23.004 kr.	283.723 kr.	7,5%	92,5%
Samtals	46.277 kr.*	324.650 kr.		

*ATHUGIÐ. Ef einstaklingur greiðir 46.277 kr. innan 12 mánaða tímabilsins (3.856 kr. að meðaltali á mánuði) getur læknir sótt um að SÍ greiði lyf að fullu (100%) það sem eftir er af tímabilinu að uppfylltum skilyrðum vinnureglna SÍ. Einungis lyf sem SÍ taka þátt í að greiða falla hér undir.

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands.

5.3. Danska greiðsluþáttökukerfið

Í ljósi vaxandi útgjalda hins opinbera til lyfjakaupa var samþykkt í samningum um ný fjárlög í Danmörku árið 1997 að setja á fót sérstaka lyfjanefnd. Nefndin fékk m.a. það verkefni að meta möguleikana á því tryggja betur kostnaðarvitund fagfólks og heilbrigðisfaglega réttar lyfjagjafir ásamt möguleikum til að draga úr lyfjaneyslu. Nýtt danskt greiðsluþáttökukerfi, sem var tekið í notkun skömmu fyrir síðustu aldamót, hafði þannig frá upphafi bæði fagleg og fjárhagsleg markmið.

Í Danmörku er stigvaxandi greiðsluþátta hins opinbera eftir því sem heildarlyfjakostnaður sjúklings á tólf mánaða tímabili vex. Greiðslur sjúklings í Danmörku fara hlutfallslega lækkandi eftir því sem lyfjakostnaður vegna hans vex á tímabilinu og eru þær í efsta þrepi 15%. Þegar hærrí upphæð en hámarksupphæðinni er náð má sækja um 100% greiðsluþáttöku frá sjúkratryggingunum svo að notendagreiðslur falli niður. Sjá töflu 3.

Tafla 3. Mörk niðurgreiðslna á lyfjakostnaði í Danmörku 2013.

Tilskudsgrænser for 2013

Árlig udgift pr. person til tilskudsberettigede lægemidler før tilskud er trukket fra	Tilskud til personer over 18 år	Tilskud til personer under 18 år
0-900 kr.	0%	60%
900-1.470 kr.	50%	60%
1.470-3.180 kr.	75%	75%
Over 3.180 kr.	85%	85%
Grænse for kronikertilskud (skal søges af lægen)		
Voksne: Over 17.163 kr. (egenbetaling= 3.710 kr.)	100%	
Børn og unge under 18 år: Over 21.143 kr. (egenbetaling= 3.710 kr.)		100%

Heimild: Sundhedstyrelsen.

5.4. Sænska greiðsluþáttökukerfið

Í Svíþjóð hefur verið innleidd lyfjaverðvernd (högkostnadsskyddet) sem tryggja á að fólk greiði ekki meira en eðlilegt getur talist fyrir lyfseðilsbundin lyf. Hver einstaklingur borgar að hámarki 2.200 sænskar krónur (um 41.000 ísl.kr.) á ári fyrir lyf sem eru á lista stofnunar er nefnist TLV – Tandvårds- og Läkemedelsverket. TLV var sett á laggirnar í byrjun aldarinnar.

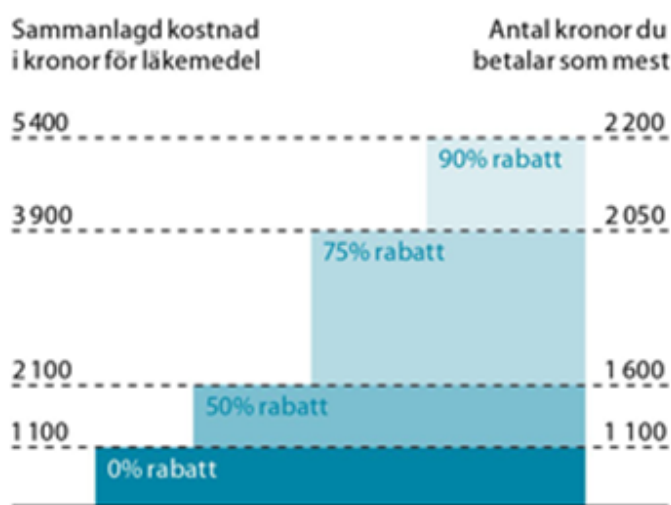
Um er að ræða niðurgreiðslur á lyfjum í tilteknum þrepum og gildir lyfjaverðverndin í tólf mánuði frá fyrstu lyfjakaupum. Einstaklingur greiðir fullt verð fyrir lyf upp að 1.100 sænskum krónum (um 20.500 ísl. kr.) Eftir það gilda eftirfarandi greiðslur:

- Af upphæðum milli 1.100-2.100 s. kr. greiðir fólk 50% af lyfjakostnaðinum.
- Af upphæðum milli 2.101-3.900 s. kr. greiðir fólk 25% af lyfjakostnaðinum.
- Af upphæðum milli 3.901-5.400 s. kr. greiðir fólk 10% af lyfjakostnaðinum.

Þegar einstaklingur hefur greitt 2.200 sænskar krónur fyrir lyfseðilsbundin lyf á tólf mánaða tímabili greiðir hann ekki meira úr eigin vasa fyrir lyf fyrr en nýtt tímabil byrjar. Sjá mynd 8.

Mynd 8. Vernd gegn of háum lyfjakostnaði í Svíþjóð.

Om du har köpt receptbelagda läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet för 2 200 kronor inom en 12-månadersperiod, betalar du inte mer för dina läkemedel under resterande delen av perioden.



Högkostnadsskyddet ger en stegvis kostnadsreducering.

Heimild: TLV, Tandvårds- och läkemedelsverket.

Samantekt

1. Á tuttugustu öldinni var byggt upp velferðarkerfi á Íslandi af svipuðum toga og á hinum norrænu löndunum og víðar í Norður-Evrópu. Samstaða hefur ríkt um að heilbrigðisþjónusta skuli vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og meginþætti hennar skuli kosta af almannafé. Áhersla hefur jafnan verið lögð á að aðgengi að heilbrigðisþjónustu skuli vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn.
2. Fyrirkomulag gjaldtöku og þátttaka hins almenna borgara í greiðslum fyrir veitta heilbrigðisþjónustu skiptir miklu máli fyrir framkvæmd velferðarstefnu á hverjum tíma. Bein útgjöld einstaklinga mega aldrei vera það mikil að þau komi í veg fyrir að fólk leiti sér nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu.
3. Undanfarin ár hefur athygli fólks beinst að því hversu mikið ýmsir sjúklingahópar þurfa að greiða sjálfir úr eigin vasa fyrir heilbrigðisþjónustu. Hluttur heimila og einstaklinga hefur tvöfaldast á síðustu þrem áratugum og var um 30 milljarðar króna á árinu 2012.
4. Nýtt greiðsluþátttökukerfi fyrir lyf, sem tekið var í notkun 4. maí 2013, var hugsað sem fyrsta skrefið til að jafna stöðu einstakra sjúklingahópa og verja fólk almennt gegn of háum sjúklingagjöldum. Áður en lengra er haldið er að margra dómi mikilvægt að betrumbæta ýmsa þætti hins nýja greiðsluþátttökukerfis og horfa meira heildstætt á málin.
5. Samkvæmt skýrslum OECD var 9,0% af vergri landsframleiðslu Íslands árið 2011 varið til heilbrigðismála. Þetta er nokkuð undir meðaltali OECD-ríkjanna, sem var 9,3% af vergri landsframleiðslu árið 2011. Ísland var þannig í 19.-20. sæti innan OECD varðandi fjárframlög til heilbrigðismála þetta ár og er það mikil breyting frá því að vera iðulega meðal efstu ríkja á þessum lista.
6. Miklar breytingar hafa orðið í þróun og framleiðslu lyfja og er þess að vænta að ýmsar nýjungar líti dagsins ljós. Jafnhliða framförum í líftækni og nýjum landvinningum á öðrum sviðum, ásamt vaxandi kröfum um gæði og öryggi lyfja, hefur kostnaður við þróun lyfja og þá sérstaklega líftæknilyfja hækkað verulega.
7. Spár um mikinn og vaxandi lyfjakostnað hafa ekki gengið alveg eftir, a.m.k. ekki á Íslandi, því eftir að hafa fyrst hækkað nokkuð stærstan hluta fyrsta áratugarins eftir aldamót hefur lyfjakostnaður sjúkratrygginga, að undanskyldum S-merktum lyfjum (sjúkrahúslyfjum), lækkað hin allra síðustu ár. Er það rakið til aukinnar samkeppni á lyfjamarkaði í kjölfar aðgerða stjórnvalda til að takmarka greiðslur sjúkratrygginga við ódýrasta lyf í hverjum lyfjaflokki og fjölgun nýrra samheitalyfja á markaðnum.
8. Krabbameinssjúklingar og samtök þeirra hafa um langt skeið haldið því fram að kostnaðarhlutdeild sjúklinga í lyfjakostnaði og reyndar allri heilbrigðisþjónustu sé orðin meiri en góðu hófi gegni og fyrir löngu komin upp fyrir þau mörk sem eðlileg geti talist. Tölur um greiðslur sjúklinga fyrir krabbameinsmeðferð án innlagnar á Landspítala og tannlæknakostnaður í kjölfar geislameðferðar tala sínu máli.
9. Hluti krabbameinssjúklinga leitar sér ráðgjafar vegna erfiðleika við að greiða fyrir lækniþjónustu og lyf. Aðrir, sem gengist hafa undir lyfjameðferð eða geislameðferð, kvarta undan tannskemmdum, svo sem að glerungur hafi eyðst, kvarnast upp úr tönnum eða tennur sprungið. Heyrnarskerðing og ský á augum eru þekktir kvillar. Tekjumissir hindrar oft þá sem búa út á landi að sækja sér lækniþjónustu til Reykjavíkur vegna mikils ferðakostnaðar.
10. Samningur milli sérfræðilækna og Sjúkratrygginga Íslands hefur ekki verið í gildi síðan árið 2011, en ríkið greiðir hlut í kostnaði sjúklings á grundvelli undanþágu sem veitt er með reglugerð. Samningsleysið veikir réttarstöðu sjúklinga og leiðir til óvissu og óöryggis. Það sést best á því að frá því að samningar voru lausir hafa sérgreinalæknar hækkað gjaldskrár sínar að jafnaði um 18-20% umfram viðmiðunargjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands.

11. Samkvæmt upplýsingum frá Ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélagsins geta útgjöld krabbameinssjúklinga vegna tannlækninga skipt hundruðum þúsunda króna. Í ríkisreikningi fyrir árið 2012 kemur fram að sjúkratryggingar nýta ekki fjárheimildir sínar varðandi tannlækningar. Þar standa eftir 140 milljónir króna í árslok 2012 á sama tíma og umsóknnum krabbameinssjúklinga um niðurgreiðslu á nauðsynlegum og mjög íþyngjandi tannlæknakostnaði er hafnað.

Heimildir

1. Drugs and Money – Prices, affordability and cost containment. Seventh Edition. World Health Organization, IOS Pess. Regional Office for Europe. Denmark, Copenhagen 2003.
2. Fjárlög. Fjármála- og efnahagsráðuneytið.
3. Fjármál hins opinbera 2012, endurskoðuð. Hagtíðindi 2013:15, 10. september 2013. Hagstofa Íslands.
4. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 2001.
5. Health at a Glance Europe 2011. OECD, Paris 2011.
6. Health at a Glance Europe 2012. OECD, Paris 2012.
7. Heilbrigðisútgjöld á Íslandi 1998-2010. Hagtíðindi 2011:6, 14. apríl 2011. Hagstofa Íslands.
8. Helsestatistik for de nordiske lande 2012. NOMESKO, København 2013.
9. Kannanir Rúnars Vilhjálmssonar á heilbrigði og aðstæðum fólks 2006 og 2013.
10. Lífskjör á Norðurlöndum. Alþýðusamband Íslands. Hagdeild ASÍ. Reykjavík 2013.
11. Lyfjakostnaður sjúkratrygginga og einstaklinga. Tölvupóstur frá Halldóri G. Haraldssyni, lyfjadeild Sjúkratrygginga Íslands, dags. 21. ágúst 2013.
12. Lyfjakostnaður sjúkratrygginga 2012. Sjúkratryggingar Íslands, Reykjavík 2013.
13. Lyfjastefna til ársins 2012. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík mars 2007.
14. Lög nr. 50/1946 um almannatryggingar.
15. Lög um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, og lyfjalögum, nr. 93/1994, með síðari breytingum (greiðsluþátttaka í lyfjakostnaði). Samþykkt á Alþingi 1. júní 2012.
16. Medical products and technologies. World Health Organization. Regional Office for Europe. Denmark, Copenhagen.
17. Nýtt greiðsluþátttökukerfi sjúkratrygginga vegna lyfjakostnaðar. Drög 20/10/10. Skýrsla vinnuhóps um nýtt greiðsluþátttökukerfi vegna lyfjakostnaðar. Reykjavík 2010.
18. Nýtt greiðsluþátttökukerfi vegna kaupa á lyfjum. Sjúkratryggingar Íslands, Reykjavík 2013. <http://www.sjukra.is/lyf-og-hjalpartaeki/lyf/nytt-greidsluthattokukerfi-vegna-lyfja-i-vaentanlegt/greidsluthrep/>
19. Reglugerð nr. 313/2013 um greiðsluþátttöku sjúkratrygginga í lyfjakostnaði. 4. apríl 2013.
20. Report: Costs of cancer in the Nordic countries. SINTEF Technology and Society, Health Service Research 2011-05-11.
21. Ríkisreikningur. Fjársýsla ríkisins.
22. Starfsemistölur Landsspítalans. Fjöldi á biðlistum legudeilda. Apríl 2013.
23. Stefnuyfirlýsing ríkisstjórnar Framsóknarflokksins og Sjálfstæðisflokksins, 22. maí 2013.
24. Sundhedsstyrelsen. Medicintilskudsgrænser 2013. <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/tilskudsgraenser.aspx>
25. Tannlæknakostnaður. Tölvupóstur frá Reyni Jónssyni, tryggingayfirtannlækni Sjúkratrygginga Íslands, dags. 15. ágúst 2013.
26. TLV – Tandvårds- og lækemedelsverket. Så fungerer hogkostnadsskyddet. <http://www.tlv.se/lakemedel/hogkostnadsskyddet/sa-fungerar-hogkostnadsskyddet/>
27. Umsögn Krabbameinsfélags Íslands um frumvarp til laga nr. 112/2008 um sjúkratryggingar með síðari breytingum (greiðsluþátttaka í lyfjakostnaði). Reykjavík, 15. ágúst 2011.
28. Umsögn Krabbameinsfélags Íslands um frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008 og lyfjalögum nr. 93/1994 með síðari breytingum, (greiðsluþátttaka í lyfjakostnaði). Reykjavík, 6. desember 2011.
29. Viljayfirlýsing um gerð samnings við sérgreinalækna undirrituð. Fréttatilkynning Sjúkratrygginga Íslands, dags. 2. júlí 2013.
30. Yfirlit yfir þróun hlutdeildar notenda í lyfjakostnaði 2003-2012. Sjúkratryggingar Íslands, Reykjavík 2013.
31. Þróun lyfjakostnaðar 2008-2010. Ríkisendurskoðun, Reykjavík nóvember 2011.
32. Öryrkjabandalag Íslands. Yfirlýsing, dags. 13. nóvember 2012.