

# HEILBRIGÐISMÁL Í AÐDRAGANDA KOSNINGA

Vanfjármögnun, uppsöfnuð þörf og áskoranir

SEPTEMBER 2021





## Efnisyfirlit

Samantekt .....	2
Opinber umræða – áskoranir í heilbrigðismálum .....	2
Langvarandi fjársveltí í heilbrigðiskerfinu .....	4
Framgangur einkavæðingar þrátt fyrir almenna andstöðu .....	6
Gangur í öldrun þjóðar og uppsafnaður vandi í bið eftir hjúkrunarrýmum.....	11
Ójöfnuður í heilsu eykst .....	15
Lítill áhersla á forvarnir í heilbrigðiskerfinu .....	18
Versnandi andleg og líkamleg heilsa.....	19
Lokaorð .....	20



## Heilbrigðismál í aðdraganda kosninga

### *Vanfjármögnun, uppsöfnuð þörf og áskoranir*

#### **Samantekt**

Yfirlýstur metnaður íslenskra stjórnvalda í heilbrigðismálum er að vera í fararbroddi í heiminum hvað varðar heilsufar, gæði og aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Sá metnaður er í samræmi við markmið laga um heilbrigðisþjónustu en það er „að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði.“<sup>1</sup> Stuðningur við að hið opinbera fjármagni og sjái um rekstur heilbrigðiskerfisins er jafnframt víðtækur meðal almennings á Íslandi. Framlög hins opinbera til heilbrigðismála voru hins vegar skorin verulega niður á árunum eftir fjármálahrunið 2008 en fram að því hafði heilbrigðiskerfið þegar sætt miklu aðhaldi. Aukinnar einkavæðingar í rekstri kerfisins hefur gætt á sama tíma. Í þessari skýrslu er dregin upp mynd af stöðu og áskorunum í heilbrigðismálum í samhengi þróunar undangenginna ára. Vandí í heilbrigðismálum á Íslandi helgast að miklu leyti af vanfjármögnun og vaxandi fjárbörf tengdri öldrun þjóðar. Hér er varað við því að leita lausna á þeim vanda í aukinni markaðs- og einkavæðingu heilbrigðisþjónustu og rök færð fyrir þeirri afstöðu.

#### **Opinber umræða – áskoranir í heilbrigðismálum**

Mikil umræða hafði verið um vanda heilbrigðiskerfisins eftir niðurskurð eftirhrunsáranna og má þar minnst undirskriftalista um „endurreisn heilbrigðiskerfisins“ sem Kári Stefánsson stóð fyrir árið 2016 og 85 þúsund manns skrifuðu undir. Aukið álag á heilbrigðiskerfið í kjölfar heimsfaraldurs hefur enn frekar afhjúpað bresti í heilbrigðiskerfinu og innviðum þess. Þrátt fyrir aukin framlög undanfarin ár eru heildarútgjöld Íslendinga til heilbrigðismála enn þau lægstu á Norðurlöndum miðað við hlutfall af VLF árið 2019. Rekstur Landspítala hefur verið undir smásjánni í opinberri umræðu. Endurtekið neyðarástand í heimsfaraldri hefur ennfremur opinberað veikleika í starfsemi spítalans. Þar má nefna kórónuveirusmit á Landakoti, sem m.a. kom til vegna úrelts húsnæðis og kostaði mörg mannlíf. Önnur langvarandi vandamál eins og álag á bráðamóttöku eru enn ein birtingarmynd vanda kerfisins. Stjórnámálmenn halda fram þeirri skoðun að fjárframlög til spítalans hafi aukist á síðustu árum og að vandinn helgist því ekki af vanfjármögnun. Gylfi Zoega hefur þó bent á að ef tillit er tekið til þáttar launakostnaðar í þróun á rekstrarútgjöldum spítalans hefur rekstur spítalans verið vanfjármagnaður allt frá árinu 2008<sup>2</sup>. Því til viðbótar hafa fjárfestingaframlög til heilbrigðiskerfisins verið þau lægstu á Norðurlöndum síðastliðinn

<sup>1</sup> Lög 40/2007 um heilbrigðisþjónustu

<sup>2</sup> Gylfi Zoega, “Um vísitölur, heilbrigðismál og kosningar”. Pistill sem birtist í Vísbendingu. 2021.



áratug. Bent hefur verið á þessar staðreyndir og var langvarandi fjársveldi heilbrigðiskerfisins til umfjöllunar í skýrslu ASÍ haustið 2016<sup>3</sup>.

Samfara fjársveldi kerfisins hefur verið þrýst á aukna markaðsvæðingu í rekstri heilbrigðisþjónustu á Íslandi, einkum á sviði heilsugæslu, sérfræðilækninga og öldrunarþjónustu. Áhrifa þess gætti í aukinni kostnaðarþátttöku sjúklinga á árunum eftir fjármálahrunið og fjallaði ASÍ um þá þróun vorið 2016<sup>4</sup>. Þó að sú aukning sé að nokkru leyti gengin til baka er kostnaðarþáttaka sjúklinga enn með því hæsta sem gerist á Norðurlöndum.

Á sama tíma og heilbrigðiskerfið er vanfjármagnað stendur þjóðin frammi fyrir stórum áskorunum í heilbrigðismálum. Lífaldur lengist, lýðheilsuvandamál breytast, vaxandi þörf er á öflugri geðheilbrigðisþjónustu og forvörnum og breytt samsetning íbúa með fjölgun innflytjenda kallar á nýja nálgun í þjónustu. Vaxandi þörf fyrir þjónustu við eldra fólk er fyrirsjáanleg þróun næstu áratugi. Í langtímaáætlun um opinber fjármál er meðal annars bent á að öldrun þjóðar komi til með að leiða til aukinna útgjalda og minni tekna hins opinbera.<sup>5</sup> Vaxandi ójöfnuður í heilsu<sup>6</sup> er jafnframt verulegt áhyggjuefni og fellur Ísland í þann flokk innan OECD þar sem mest ójöfnuðar gættir í ævilíkum fólks eftir menntunarstigi<sup>7</sup>. Þar að auki gættir ójöfnuðar í aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir búsetu og stendur Ísland þar aftur illa í alþjóðlegum samanburði<sup>8</sup>.

Andstætt staðreyndum sem lýst er í þessari samantekt hefur því endurtekið verið haldið fram í opinberri umræðu að íslenska heilbrigðiskerfið sé ekki vanfjármagnað. Þannig er því haldið fram að vandi heilbrigðiskerfisins liggja ekki í skorti á fjárframlögum heldur séu rangir „hvatar“ til staðar í kerfinu ásamt skorti á „framleiðni“ og „skilvirkni“. Forseti ASÍ gerði þetta að umfjöllunarefni í nýlegum pistli og sagði varhugavert að beita markaðshugtökum í umfjöllun um heilbrigðismál. Því skal haldið til haga að heilbrigðisþjónusta er ekki neysluvara heldur þjónusta sem er veitt eftir þörf. Innleiðingu framleiðsluhvata í heilbrigðisþjónustu getur ennfremur fylgt hættu á oflækningum með tilheyrandi kostnaði og heilsufarsáhættu.

Þó að árangur hafi náðst við að bæta ýmsa þætti heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi er enn langt í land. Við þetta bætast áskoranir vegna heimsfaraldra smitsjúkdóma líkt og þess sem nú gengur yfir. Vanfjármögnun leiðir til uppsafnaðs vanda. Erfitt er að sjá hvernig megi meta á áreiðanlegan hátt skilvirkni kerfis sem hefur verið vanfjármagnað um árabíl. Nú sem aldrei fyrr er ástæða til að standa vörð um opinbert heilbrigðiskerfi á Íslandi, einkum í ljósi þess tóns niðurskurðar sem sleginn hefur verið í fjármálaáætlun fyrir árin 2022-26.

<sup>3</sup> Sjá [https://www.asi.is/media/312449/throun-heilbrigdisutgjalda-a-islandi\\_130616.pdf](https://www.asi.is/media/312449/throun-heilbrigdisutgjalda-a-islandi_130616.pdf)

<sup>4</sup> Sjá <https://www.asi.is/media/289274/Kostnadur-sjuklinga-vegna-heilbrigdisthjonustu-Loka-29-3-2016.pdf>

<sup>5</sup> Sjá [https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/Vef-fylgiskjal-s1497-f\\_1.pdf](https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/Vef-fylgiskjal-s1497-f_1.pdf)

<sup>6</sup> Embætti landlæknis (2021). Ójöfnuður í heilsu á Íslandi: Ástæður og árangursríkar aðgerðir til úrbóta

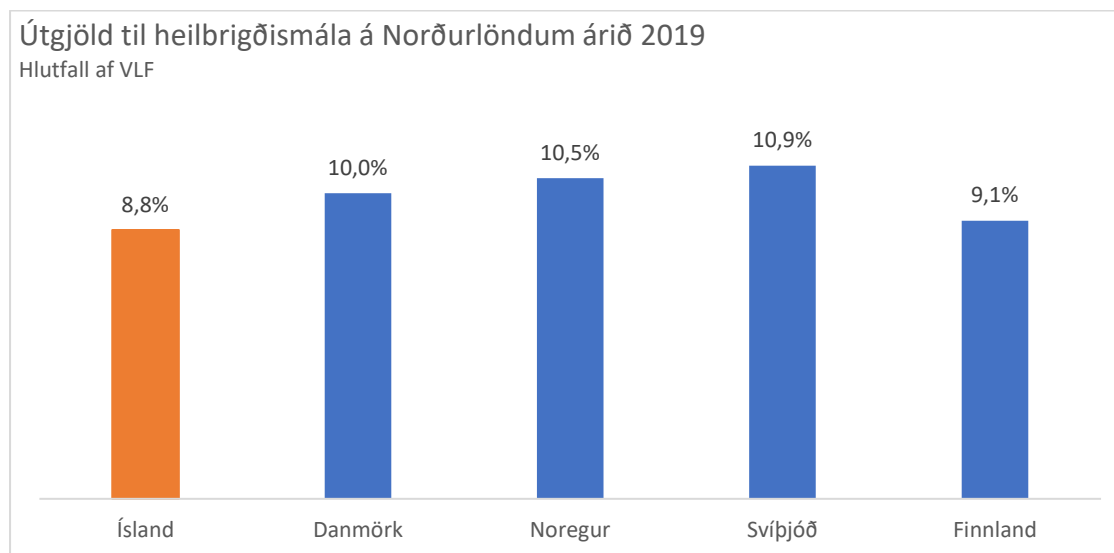
<sup>7</sup> OECD (2019). Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems.

<sup>8</sup> Eurostat (2014)

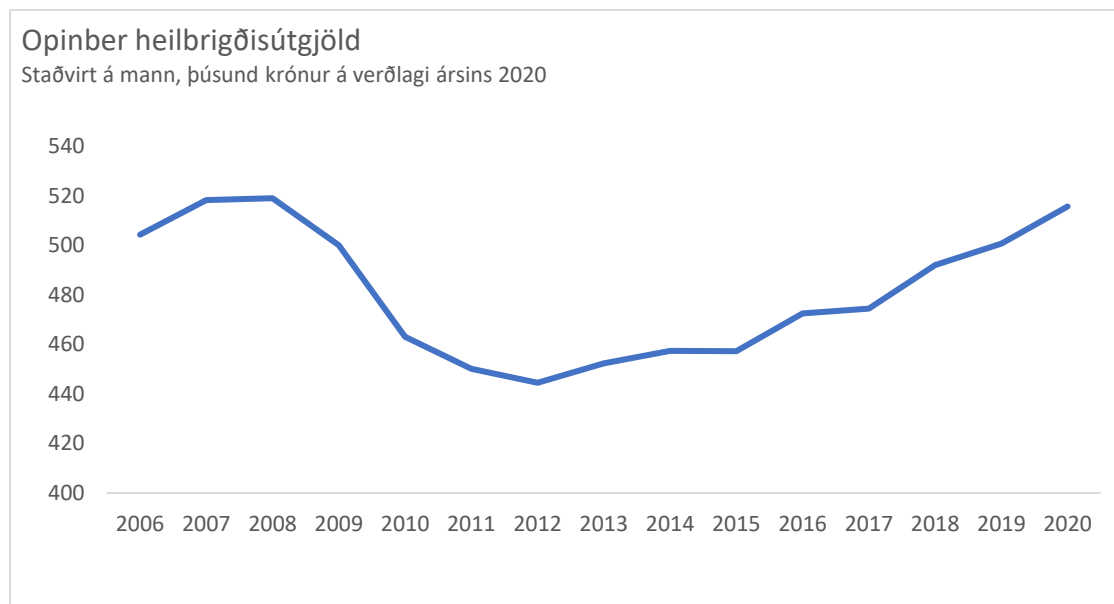


## Langvarandi fjársveldi í heilbrigðiskerfinu

Ákall þeirra 85 þúsunda sem skrifuðu undir áskorun til stjórnvalda árið 2016 var um að veita 11% af vergri landsframleiðslu Íslands til heilbrigðismála. Þó að fjárframlög hins opinbera hafi aukist síðan þá hefur ákallinu ekki verið mætt og var hlutfall af vergri landsframleiðslu það lægsta á Norðurlöndum skv. tölum OECD fyrir árið 2019.



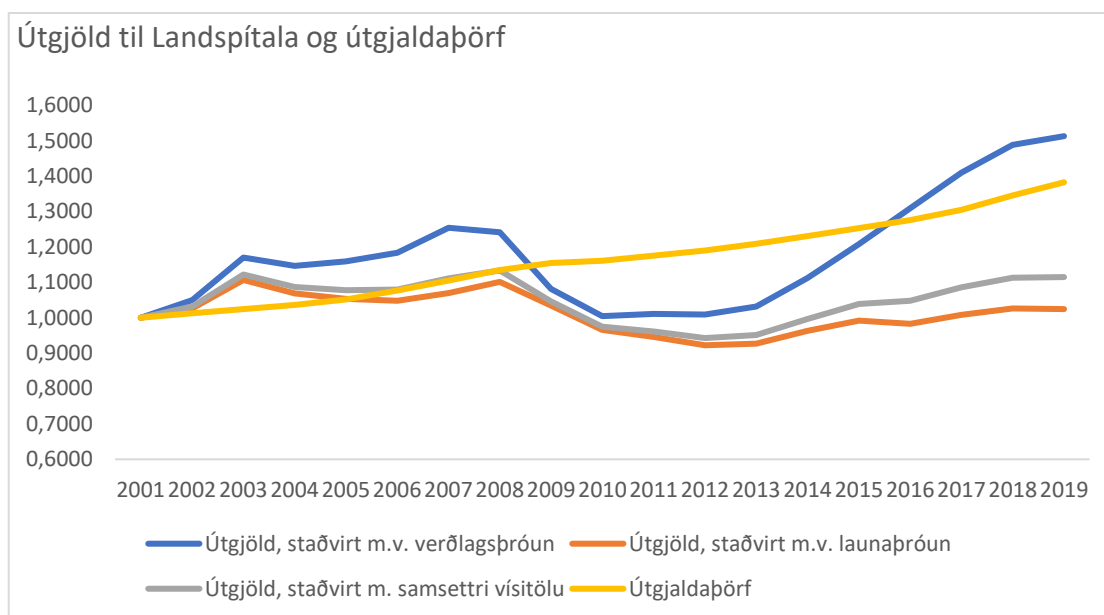
Mynd 1 (Heimild: OECD, 2020, Health at a Glance 2019)



Mynd 2 (Heimild, 2020, Hagstofa Íslands)

Af tölum Hagstofunnar um framlög hins opinbera til heilbrigðismála á mann má glögglega greina áhrif samdráttarins sem varð í kjölfar fjármálahrunsins. Eins og sést á mynd 2 námu framlögin um 520 þús. kr. á mann árin 2007 og 2008 á verðlagi ársins 2020 en minnkuðu snarpt á árunum þar eftir og náðu lágmarki árið 2012 þegar þau námu 445 þús. kr. á mann á

sama verðlagi. Það er svo ekki fyrr en á síðasta ári sem að framlögin fara aftur að nálgast þá upphæð sem þau voru fyrir fjármálahrunið.

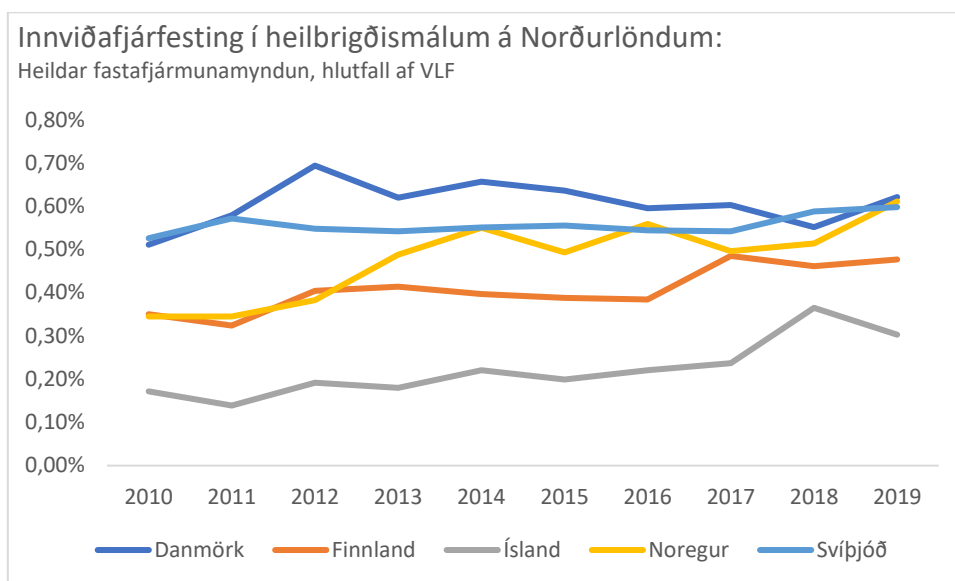


Mynd 3 (Heimild, 2021, Gylfi Zoega)

Einn ókostur við samanburð á föstu verðlagi er að sú aðferð vanmetur þátt launakostnaðar og gefur því ranga mynd af raunverulegri útgjaldabróun. Önnur leið til að meta þróun framlaga til heilbrigðisþjónustu væri að útbúa samsetta vísitölu byggða á bæði þróun launa og verðlagsþróun. Með þeirri aðferð er tekið tillit til hluta launaþróunar í auknum rekstrarkostnaði og þannig hefur Gylfi Zoega sýnt fram á að fjárveitingar til Landspítala hafa ekki haldið í við þörf frá fjármálahruni. Gylfi bendir þar á að frá árinu 2001 hafa framlög til spítalans aukist um 11,5% á meðan fjármagnsþörfin hefur aukist um 38%.<sup>9</sup>

Til viðbótar við minni framlög til heilbrigðismála og spítala er vert að skoða hvernig fjárfesting í innviðum heilbrigðiskerfisins hefur þróast. Í skýrslu ASÍ um langvarandi fjársveldi heilbrigðiskerfisins var meðal annars bent á að fjárfesting í heilbrigðiskerfinu hafi árið 2013 verið með því minnsta sem þekkt innan OECD.

<sup>9</sup> Gylfi Zoega, "Um vísitölu, heilbrigðismál og kosningar". Pistill sem birtist í Vísbendingu. 2021.



Mynd 4 (Heimild: OECD)

Sé þróunin frá 2013 skoðuð sést að fjárfestingaútgjöld í heilbrigðiskerfinu breyttust lítið framt til ársins 2018 þegar þau jukust út 0,24% af VLF í 0,37%. Samanborið við hin Norðurlöndin hefur Ísland varið mun lægra hlutfalli af vergri landsframleiðslu í fjárfestingu í heilbrigðiskerfinu á síðasta áratug, eða að jafnaði um tvisvar til þrisvar sinnum lægra hlutfalli.

Þegar þróun fjárframlaga hins opinbera til heilbrigðismála er tekin saman líkt og hér hefur verið gert er ljóst að íslenskt heilbrigðiskerfi hefur verið fjársvelt um árabíl. Í samanburði við Norðurlönd stendur Ísland aftarlega. Tölur um fjárfestingu í innviðum heilbrigðiskerfisins gefa sérstaklega til kynna slæma stöðu og verulega uppsafnaða þörf.

### Framgangur einkavæðingar þrátt fyrir almenna andstöðu

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor í félagsfræði hefur fjallað um árangur ólíkra heilbrigðiskerfa eftir rekstrarformum. Í erindi hans á málþingi á vegum BSRB í maí á þessu ári kom fram að árangur félagslegra heilbrigðiskerfa við að tryggja lýðheilsu og aðgengi sé sá besti í heimi skv. fjölda alþjóðlegra samanburðarrannsóknna.<sup>10</sup> Til viðbótar sé hlutfallslegur kostnaður þjónustu sem veitt er í þeim kerfum jafnan lægstur. Þannig má segja að á heildina litið sé „framleiðni“ félagslegra heilbrigðiskerfa mest í samanburði við kerfi skyldu- og einkatrygginga. Þvert á þessi sannindi hefur þó orðið þróun í átt að einkavæðingu í íslenska

<sup>10</sup> [Rúnar Vilhjálmsson, 2021. Rekstur og fjármögnun íslenska heilbrigðiskerfisins. BSRB.](#)

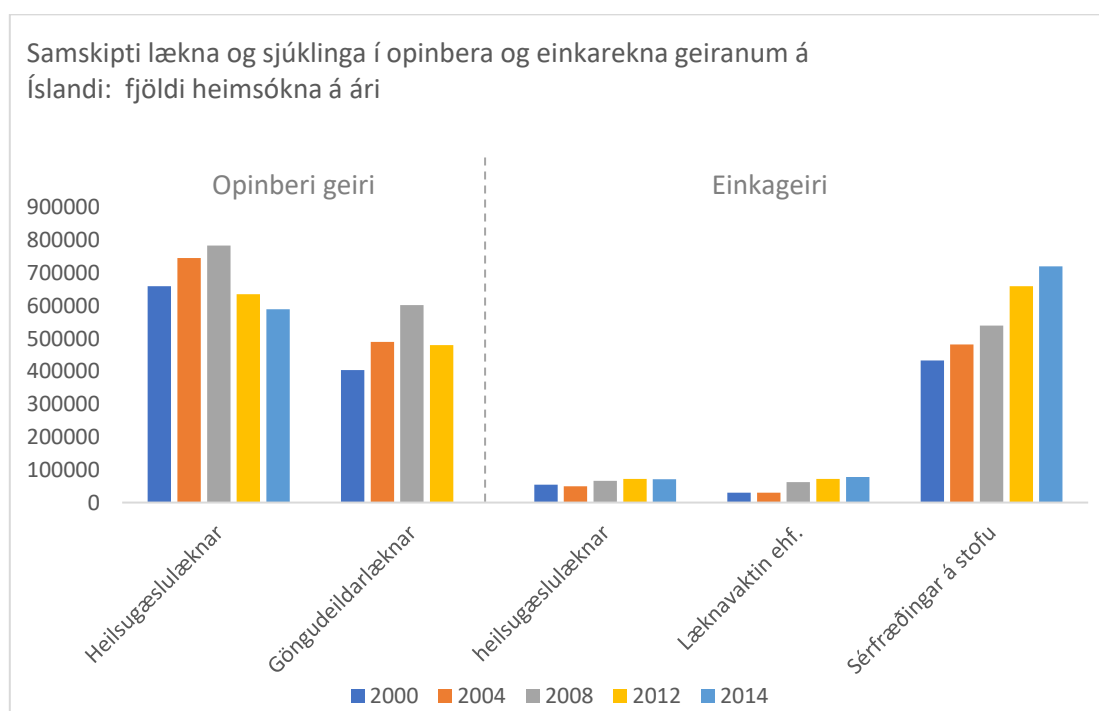


heilbrigðiskerfinu hvað varðar kostnaðarpátttöku einstaklinga og rekstur tiltekinna þátta þjónustunnar.

Árangur ólíkra heilbrigðiskerfa			
	Aðgengi að þjónustu	Hlutfallslegur kostnaður	Lýðheilsa
Félagslegt heilbrigðiskerfi (Norðurlönd, Bretland)	Best	Lægstur	Best
Skyldutryggingakerfi (V-Evrópa)	Næst best	Næstlægstur	Næst best
Einkatryggingakerfi	Lakast	Hæstur	Lökust

Mynd 5 (Heimildir: Anderson og Hussey, 2001; Cockerham, 2010; Elola og fl 1995; Dahlgren, 2014; OECD 2016 (vitnað til af Rúnari Vilhjálmssyni, 2021))

Einkavæðingu í rekstri heilbrigðisþjónustu á árunum 2000–2014 má greina á þróun samskipta lækna og sjúklinga þar sem samskipti við lækna í einkarekstri, einkum sérfræðilækna, jukust mikið.

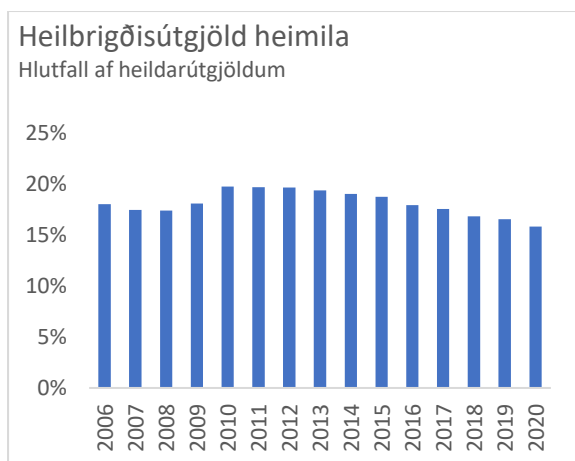


Mynd 6 (Heimild: Rúnar Vilhjálmsson, 2021)

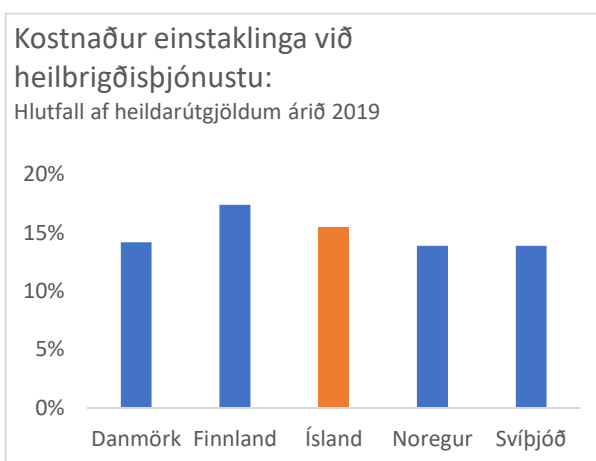




Vísbendingar eru um að þróunin síðustu ár hafi verið sú að heimsóknnum í einkarekinni þjónustu hafi fækkað eitthvað hjá sérgreinalæknum en fjölgað mikið í heilsugæslu. Ríkið hefur samið við sjálfstætt starfandi sérgreinalækna um kaup á þjónustu með ramm samningi Sjúkratrygginga Íslands við lækna. Sá samningur rann út í árslok 2018 og lækna starfa nú tímabundið án samnings sem torveldar greiningu á þróuninni síðustu ár.



Mynd 7 (Heimild, Hagstofa Íslands)



Mynd 8 (Heimild, OECD)

Eins og sjá má á mynd 7 jókst kostnaðarþátttaka einstaklinga þó nokkuð á árunum upp úr 2008. Sú þróun er að nokkru leyti gengin til baka og hefur verið unnið markvisst að því að draga úr greiðsluþátttöku sjúklinga. Engu að síður er hún enn hæst á Íslandi af Norðurlöndunum, að Finnlandi undanskildu.

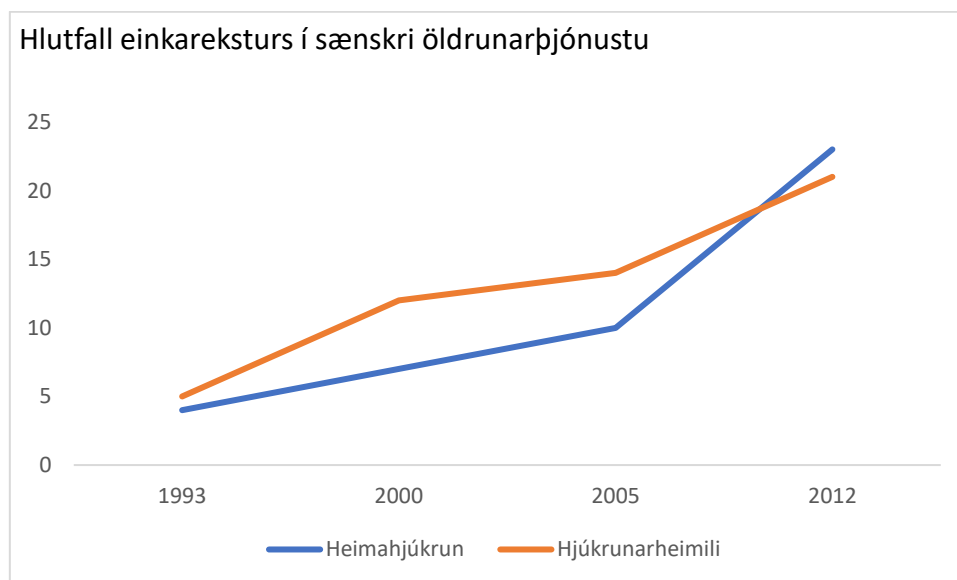
Þróun í afstöðu Íslendinga til opinbers reksturs og einkareksturs heilbrigðisþjónustunnar				
Hið opinbera æti fyrst og fremst að reka ...				
	2006	2015	2017	2021
Sjúkrahús	80,7%	83,2%	86,0%	81,3%
Heilsugæslustöðvar	76,2%	77,0%	78,7%	67,6%
Hjúkrunarheimili	59,1%	64,8%	67,5%	58,4%
Tannlækningar barna	63,3%	64,8%	66,6%	59,3%
Einkaaðilar ættu fyrst og fremst að reka ...				
	2006	2015	2017	2021
Læknarstofur	11,8%	10,6%	7,7%	9,6%
Tannlækningar fullorðinna	16,3%	14,9%	11,6%	19,0%

Mynd 9 (Heimild: Rúnar Vilhjálmsson, 2021)



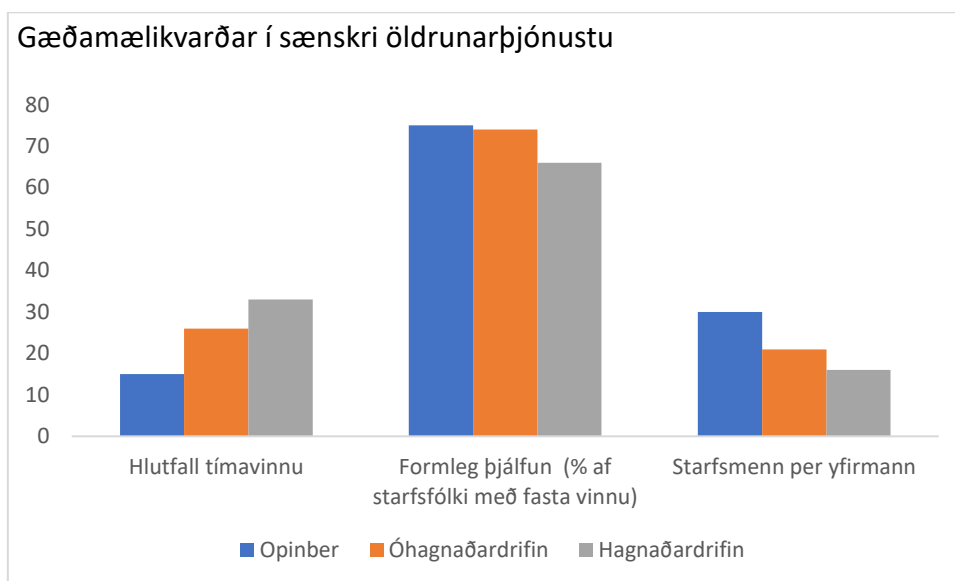
Yfirgnæfandi stuðningur er meðal almennings á Íslandi við að hið opinbera sjái fyrst og fremst um rekstur heilbrigðisþjónustunnar. Stuðningurinn er þó háður einhverjum sveiflum á milli ára og er mismikill eftir þáttum heilbrigðisþjónustunnar líkt og sjá má á greiningu á niðurstöðum þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar á mynd 9. Stuðningurinn er áberandi mestur hvað varðar rekstur sjúkrahúsa en er einnig mikill hvað varðar aðra þætti heilbrigðisþjónustu.

Þróun íslenska heilbrigðiskerfisins undanfarin ár hefur verið í átt að einkavæðingu þvert á almenningsálit og góðan árangur félagslegra heilbrigðiskerfa í heiminum. Að því leyti má segja að gætt hafi vaxandi bils á milli viðhorfa í samfélaginu og raunverulegrar þróunar heilbrigðiskerfisins sem vekur spurningar um virkni lýðræðisins hvað varðar þennan málaflokk sérstaklega. Þessi umræða er einnig kunnugleg því hún endurómar sambærilega umræðu sem átti sér stað í byrjun tíunda áratugs síðustu aldar í Svíþjóð. Markaðsvæðing innan sænska heilbrigðiskerfisins hófst snemma á tíunda áratug síðustu aldar. Sú þróun hvíldi á þeirri hugmyndafræði að tryggja þyrfti val sjúklinga og að einkarekstur myndi auka skilvirkni, bæta gæði þjónustu og spara kostnað. Hugmyndin var að samkeppni milli veitenda myndi bæta gæði þjónustunnar. Engu að síður bjuggu Svíar við sterkt heilbrigðiskerfi og var heildarkostnaður þess sambærilegur við önnur Evrópuríki. Helstu ókostir opinbera kerfisins voru biðlistar eftir ákveðinni þjónustu. Þrátt fyrir almennan stuðning við opinber heilbrigðiskerfi og þá staðreynd að 62% Svía voru á móti hagnaðardrífinni heilbrigðis- og velferðarþjónustu hefur sænska velferðarkerfinu verið kollvarpað á þremur áratugum. Göran Dahlgren bendir á að reynslugögn sem styðja aukna skilvirkni einkarekinnar heilbrigðisþjónustu séu veik eða ekki til staðar<sup>11</sup>



Mynd 10 (Heimild: Szebehely og Meagher, 2013)

<sup>11</sup> Göran Dahlgren, "Why public health services". <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/HS.44.3.e>



Mynd 11 (Heimild: Szebehely og Meagher, 2013)

Markaðsvæðing var sérstaklega umfangsmikil í sænskri öldrunarþjónustu. Nær öll þjónusta til eldri borgara var í höndum sænska ríkisins eða óhagnaðardriffinna fyrirtækja til loka níunda áratugarins. Breytingar voru gerðar á rekstri hjúkrunarheimila í Svíþjóð árið 1992 sem fólu í sér að reksturinn færðist af höndum ríkis og fylkja yfir til sveitarfélaga. Hluttur hagnaðardriffinna fyrirtækja í þjónustu við aldraðra jókst hratt og var hlutfall fyrirtækjanna orðið yfir fimmtungur árið 2012. Væntingar voru um að samkeppni og einkarekstur myndu draga úr kostnaði. Úttekt á þróuninni bendir þó til þess að þar sem kostnaður hafi minnkað hafi það verið á kostnað gæða þjónustunnar.<sup>12</sup> Þannig nýti hagnaðardrifin öldrunarheimili fremur starfsfólk á tímavinnu og starfsfólk með minni formlega þjálfun. Óhjákvæmilegt er að draga fram þá samþjöppun sem orðið hefur á markaði með öldrunarþjónustu í Svíþjóð í kjölfar breytinganna. Szebehely og Meagher benda þar á að 86% af einkareknum hjúkrunarheimilum séu hagnaðardrifin og helmingur þeirra sé í eigu tveggja rísa í heilbrigðisþjónustu, þ.e. Attendo Care og Carema Care. Þriðja stærsta fyrirtækið er Aleris. Öll þrjú hafa verið keypt upp af alþjóðlegum fjárfestingasjóðum. Ástæða er til að vekja athygli á samfélagsumræðu um vanda í öldrunarþjónustu sem er í ört vaxandi mæli á þann veg að einkarekstur og þá markaðsvæðing sé lausn á skorti á hjúkrunarrýmum og hnignandi heilbrigðisþjónustu. Sérhagsmunaöfl hvetja nú ákaf til þess að kerfinu verði breytt og sjá fyrir sér viðskiptatækifæri fyrir einkafyrirtæki, m.a. við að halda uppi aðstoð við gamalt fólk á hjúkrunarheimilum og í formi heimþjónustu. Þarna býr einnig að baki andúð á opinberum rekstri og samtryggingu sem fjármögnuð er með skattgreiðslum og hefur sú andúð komið í veg fyrir eðlilega þróun í útgjöldum til málaflokksins.

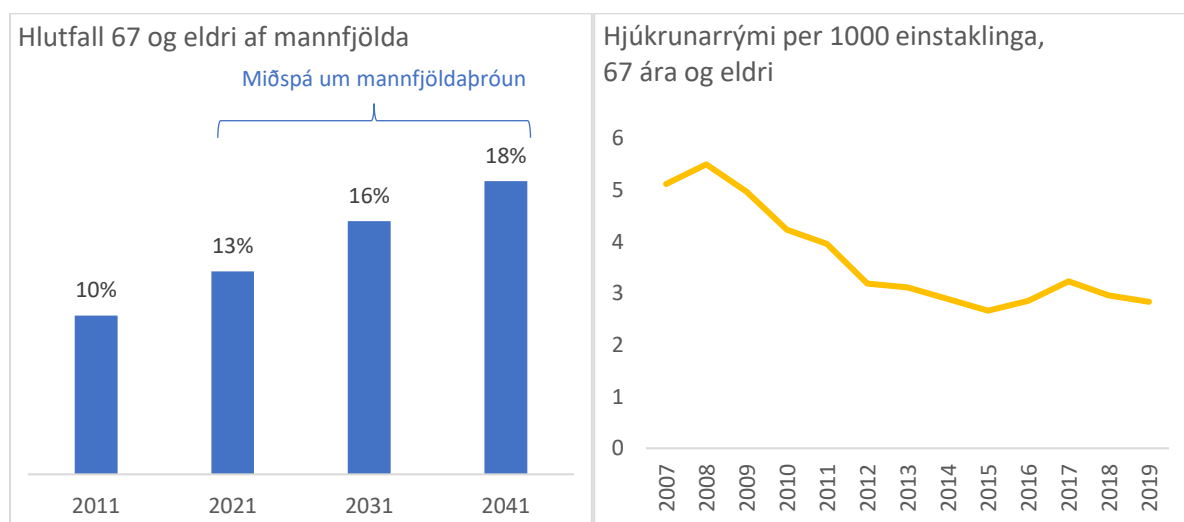
<sup>12</sup> Marta Szebehely og Gabrielle Meagher, „Marketization in Nordic eldercare“ . Sótt af <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:667185/FULLTEXT01.pdf>



## Gangur í öldrun þjóðar og uppsafnaður vandi í bið eftir hjúkrunarrýmum

Með drögum að nýrri stefnu um heilbrigðisþjónustu við aldraða sem var til umfjöllunar á nýafstöðu heilbrigðisþingi stjórnvalda er lagt upp hvernig takast eigi á við þetta viðfangsefni á næstu tveimur áratugum. Þar er staða í málaflokknum kortlögð og markmið og forgangsatríði skilgreind. Í drögunum er vísað í tillögur frá árinu 2016 að stefnumótun í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða til ársins 2035. Tillögur þessar náðu ekki fram að ganga en þar var lögð til grundvallar sú framtíðarsýn að 85% þeirra sem eru 80 ára og eldri geti búið í heima hjá sér og vísað í viðmið Norðurlandþjóða í þessum efnum. Þótt tillögur þessar hafi ekki hlotið samþykki hafa þær engu að síður verið hafðar til viðmiðunar og ratað inn í fjármálaáætlanir. Samkvæmt þessum viðmiðum er of hátt hlutfall þeirra sem falla í aldurshópinn 80 ára og eldri á Íslandi í hjúkrunarrýmum í dag, eða 21,4% en ekki 15% eins og viðmiðin gera ráð fyrir. Þessi staðhæfing opinberar einhvers konar mótsögn eða jafnvel krísu í öldrunarþjónustu. Tölur um fjölda á biðlistum eftir hjúkrunarrýmum, svokallaður fráflæðisvandi á spítölum vegna aldraðra sjúklinga, mat kerfisins á þörf einstaklinga fyrir vist á hjúkrunarheimili og hlutfallslega há umönnunarbyrði á Íslandi vegna aldraðra og fatlaðra aðstandenda eru allt þættir sem gefa til kynna mikla og óleysta þörf fyrir hjúkrunarrými.

Þrátt fyrir hægari þróun en í mörgum öðrum löndum er fjölgun eldra fólks nú þegar veruleg áskorun fyrir heilbrigðiskerfið á Íslandi. Þannig jókst hlutfall 67 ára og eldri á síðasta áratug um 34% á meðan að heildarfjöldi landsmanna hefur aðeins aukist um 15%. Þetta er þróun sem mun síst draga úr á næstu áratugum og eins og sjá má á mynd 12 gerir miðspá Hagstofunnar um mannfjöldapróun ráð fyrir að hlutfall eldri borgara af heildarmannfjölda fari úr 10% í 18% á 30 ára tímabilinu 2011 til 2041.



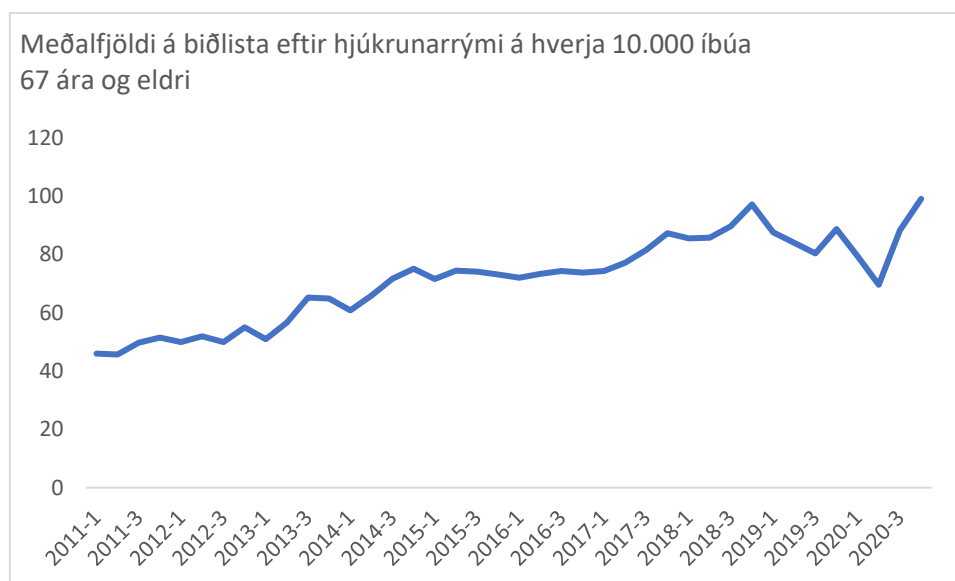
Mynd 12 (Heimild, Hagstofa Íslands)

Mynd 13 (Heimild, Hagstofa Íslands)

Ef horft er til þróunar á fjölda hjúkrunarrýma á hverja 1000 einstaklinga sem eru 67 ára og eldri á undanförunum 15 árum er ljóst að fjöldi hjúkrunarrýma hefur alls ekki haldið í við fjölgun í þessum aldurshóp. Á mynd 13 sést hvernig fjöldi hjúkrunarrýma hefur farið úr



rúmum fimm rýmum per 1000 einstaklinga í aldurshópnum árið 2007 niður í tæp þrjú árið 2019. Þetta samsvarar 80% fækkun hjúkrunarrýma á þessum mælikvarða á tímanum.



Mynd 2 (Heimild: Embætti Landlæknis, 2021)

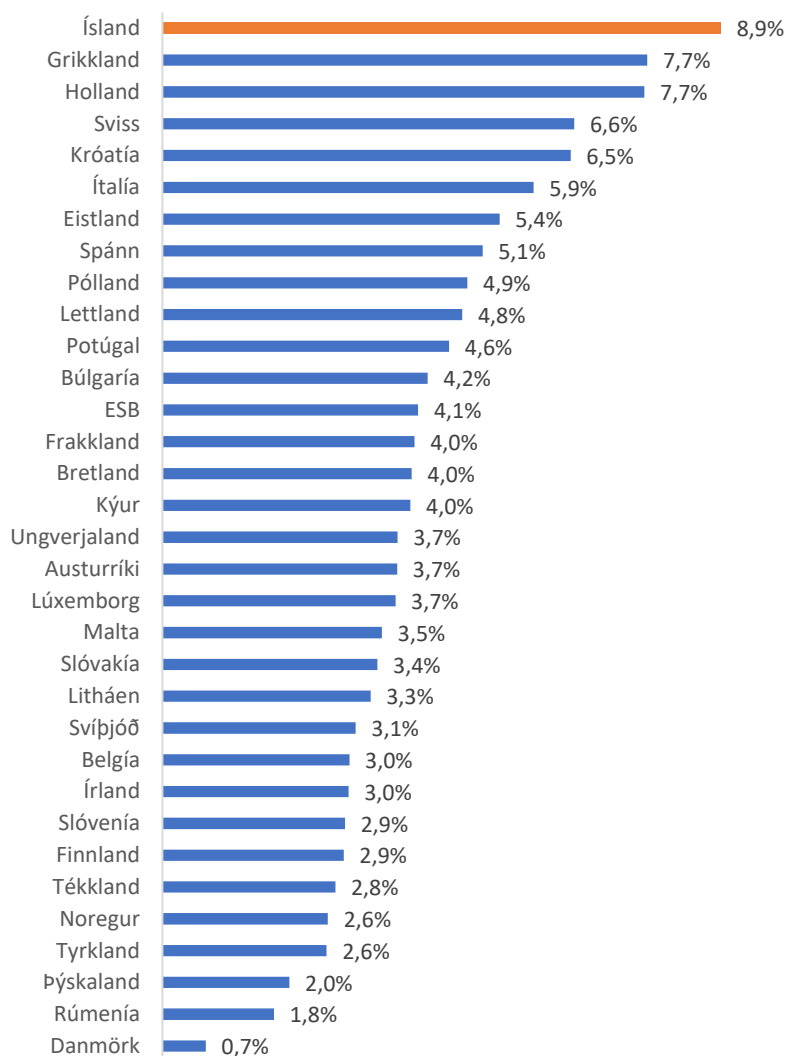
Ef horft er til þróunar á biðlistum eftir hjúkrunarrýmum á svipuðum tíma birtist þar síaukið rof á milli framboðs og þarfar. Samkvæmt nýlegri úttekt embættis Landlæknis<sup>13</sup> hefur meðalfjöldi á biðlista eftir hjúkrunarrýmum á hverja 10.000 íbúa 67 ára og eldri aukist um 92% á þessum árum og um heil 12% á milli loka árs 2019 og 2020. Biðtími hefur að sama skapi aukist og hefur meðalbiðtími farið úr um 65 dögum í 130 árið 2019 en lækkaði í um 115 daga árið 2020 skv. úttektinni.

Yfirlýst stefna stjórnvalda hefur verið að lengja þann tíma sem aldraðir einstaklingar dvelja í heimahúsum og nýta heimaþjónustu fremur en að flytja á hjúkrunarheimili. Segja mætti að að fækkun hjúkrunarrýma miðað við fjölda aldraða á undanförunum áratug sé í samræmi við þá stefnu. Stjórnvöld stýra þó málaflokknum að því leyti að til þess að komast á biðlista eftir hjúkrunarrými þurfa einstaklingar að undirgangast færni- og heilsumat. Með þessu mati er þröskuldurinn inn á hjúkrunarheimilin fyrir þau sem að þangað vilja flytjast skilgreindur. Því má segja að þau sem komist í gegnum matið „eigi réttilega heima“ á hjúkrunarheimili skv. stefnunni. Í lok ár 2020 voru 457 einstaklingar sem höfðu fengið slíkt mat á biðlista eftir hjúkrunarrými. Eins og tölur hér að ofan sýna má gera ráð fyrir að þessir einstaklingar hafi verið á biðlista og án viðeigandi þjónustu í tæpa 4 mánuði að jafnaði.

Enn annar þáttur sem gefur til kynna verulega þjónustubörf er há umönnunarbyrði vegna aldraða og fatlaðra ættingja á Íslandi í alþjóðlegum samanburði. Eins og mynd 15 sýnir þá mælist sú umönnunarbyrði hæst meðal Evrópuþjóða þar sem tæp 9% fullorðinna á aldrinum 18 til 64 ára segist sinna umönnun fatlaðs eða aldraðs ættingja.

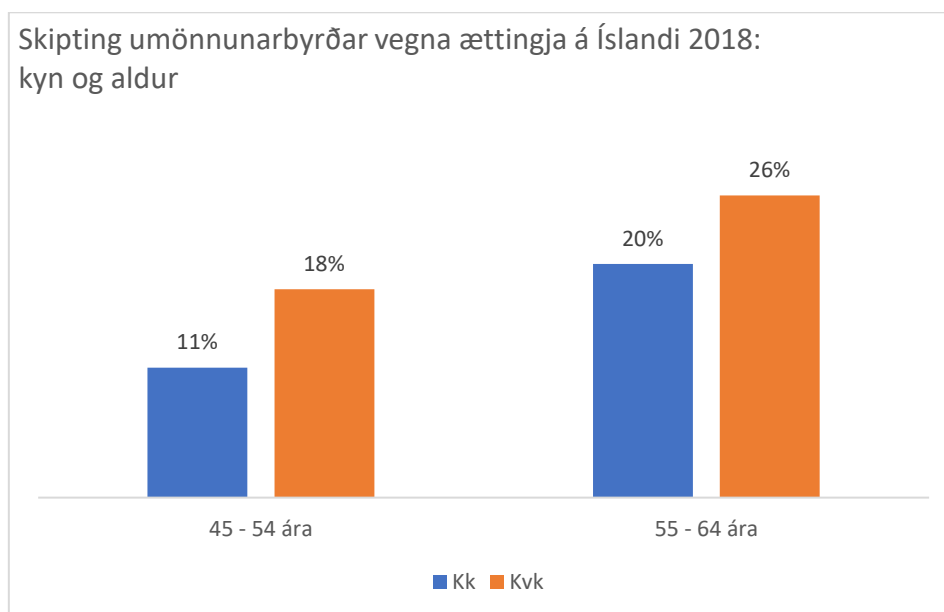
<sup>13</sup> [Embætti Landlæknis, 2021. Hjúkrunarrými á Íslandi – biðlistar og biðtími.](#)

Hlutfall einstaklinga á aldrinum 18-64 ára sem segist annast fatlaðan eða aldraðan ættingja: 2018



Mynd 3 (heimild, Eurostat)

Þegar hlutfall þeirra sem segjast inna slíka umönnun af hendi er skoðað nánar kemur í ljós að hlutfallið er áberandi hæst meðal fólks á aldrinum 45 til 64 ára. Tilhneiging til hefðbundinna kynhlutverka við umönnun kemur fram á mynd 16. Þar sést að konur sinna þessu umönnunarhlutverki í meiri mæli á Íslandi en karlar eða 18% kvenna á móti 11% karla á aldrinum 45-54 ára og 26% kvenna á móti 20% karla í aldurshópnum 55-64 ára.



Mynd 4 (Heimild, Eurostat)

Þær tölfræðiupplýsingar sem hér hafa verið settar fram um fjölgun á biðlistum eftir hjúkrunarrýmum, langan biðtíma og fjölda þeirra sem sinna öldruðum ættingjum á Íslandi í alþjóðlegum samanburði eru til marks um verulegan uppsafnaðan vanda í öldrunarþjónustu. Í opinberri umræðu um málaflokkinn hefur verið gefið til kynna að þessi vandi helgist fyrst og fremst af óhagræði. Fólkið á biðlistunum eigi í raun og veru að geta búið heima hjá sér og beina þurfi fjármununum í auknum mæli í heimaþjónustuna. Í ljósi stöðunnar blasir þó við að ef stefna um að 85% einstaklinga 80 ára og eldri eigi að geta búið heima hjá sér hér á landi þarf að framkvæma byltingu í málaflokknum. Framboðið á heimaþjónustu er enda oft af skornum skammti og aldraðir sem reiða sig á hana búa oft við umtalsvert óöryggi, þótt ekki hafi verið gerð úttekt þar á.

Vinna og greining sem liggur til grundvallar nýrri stefnu í öldrunarþjónustu er víðtæk og vönduð og ætti að nýtast vel við stefnumótun í málaflokknum. Þó er brýnt að bera kennsl á verulegt rof á milli viðmiða um þjónustupörf aldraðra sem liggja til grundvallar stefnumótuninni og raunveruleikans eins og hann blasir við á Íslandi og hér hefur verið lýst.

Ekki skal dregið í efa að margt eldra fólk kjósi að dvelja sem lengst á heimilum sínum. Bætt heimaþjónusta og önnur búsetuúrræði en hjúkrunarrými er án vafa af hinu góða. Í ljósi hárrar umönnunarbyrði og fjölda fólks sem býr við skort á þjónustu vegna biðar í kerfinu er þó óábyrgt að taka þessi viðmið upp eins og sakir standa við áætlun fjárþarfar í málaflokknum. Án ítarlegrar áætlunar um fjármögnun stefnunnar er áhætta tekin sem ógnar verulega lífsgæðum eldra fólks og aðstandenda þeirra, ekki síst kvenna, umfram það sem nú þegar er.

Hér eru óátaldar starfsaðstæður þeirra stétta sem sinna heilbrigðisþjónustu og umönnun við aldraða en að sjálfsögðu eru sanngjörn laun, aðbúnaður og hæfilegt álag í starfi nauðsynlegir þættir við að tryggja þjónustuna. Hér er um að ræða kvennastéttir en vanmat á störfum

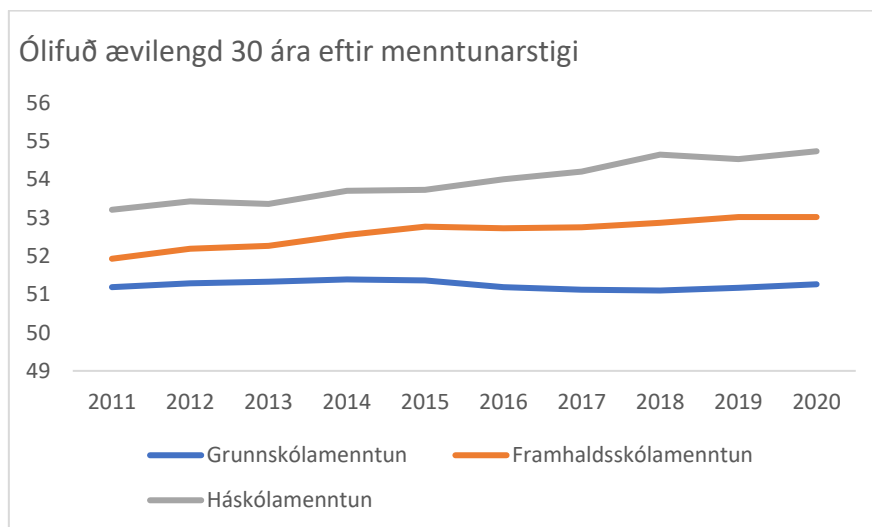


kvenna er samfélagslegt mein sem erfitt hefur reynst að uppræta. Bót á því meini er mikilvægur liður í að tryggja þjónustuna. Að því uppfylltu og í samræmi við mikilvægi starfanna og hve mannaflafrek þjónustan er verður hún aldrei ódýr.

Á sama tíma er rekstur hjúkrunarheimila víða í uppnámi og þróunin sú að rekstur öldrunarþjónustu færist í auknum mæli í hendur einkarekinna fyrirtækja. Þegar horft er til reynslu Svía af þróun í kjölfar einkavæðingar og tilkomu hagnaðardriffinna öldrunarþjónustu er ljóst að slík þróun verður hvorki til þess að spara fjárframlög til málaflöksins né tryggja gæði þjónustunnar.

### Ójöfnuður í heilsu eykst

Heilsa Íslendinga er góð í alþjóðlegum samanburði ef hún er mæld út frá lífslíkum en þær eru nú meðal þeirra hæstu í heiminum. Lífslíkurnar hafa haldið áfram að aukast síðasta áratuginn en þó hægar en hjá flestum öðrum samanburðarþjóðum. Þannig hefur dregið saman með öðrum OECD þjóðum og Íslandi hvað varðar þennan mælikvarða á undanförunum árum. Þáttur í þessari þróun er að félagsleg staða hefur síaukin áhrif á lífslíkur Íslendinga. Á meðan lífslíkur háskólamenntaðra hafa aukist um eitt og hálf á tímabilinu hafa lífslíkur þeirra sem eru með grunnskólapróf svo gott sem staðið í stað síðasta áratuginn.

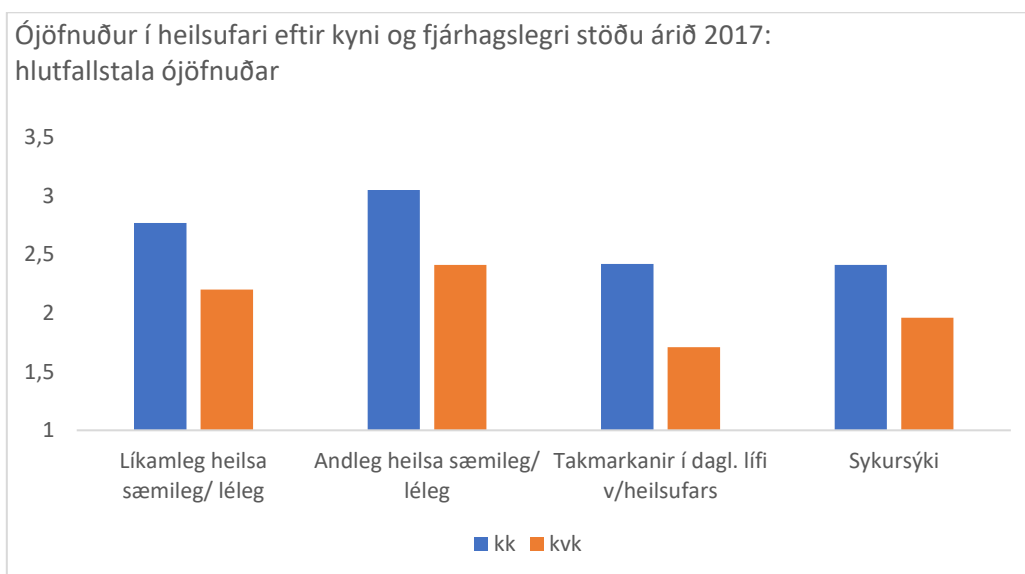


Mynd 5 (Heimild: Hagstofa Íslands)

Í úttekt sinni á ójöfnuði í ævilíkum eftir menntunarstigi flokkar OECD lönd í þrjá flokka eftir dreifingu á stigi ójöfnuðar meðal þjóðanna; lágt stig, miðlungs stig og hátt stig. Samkvæmt úttektinni féll Ísland, eitt Norðurlandþjóða, í flokk þeirra Evrópuþjóða sem voru með hæst stig ójöfnuðar.

Ójöfnuður í heilsu hefur skv. þessu stigmagnast í íslensku samfélagi og má segja að dregið hafi úr yfirburðastöðu Íslands hvað varðar lífslíkur í alþjóðlegum samanburði.





Mynd 6 (Heimild, Embætti landlæknis)

Niðurstöður rannsóknarinnar „Heilsa og líðan Íslendinga“ eru á sama veg að því leyti að þar kemur fram ójöfnuður í heilsu eftir félagslegri og efnahagslegri stöðu og að sá ójöfnuður hafi farið vaxandi. Mynd 18 sýnir hlutfallstölu ójöfnuðar vegna fjárhagstöðu eftir kyni fyrir árið 2017. Hlutfallstalan segir til um bilið milli þeirra sem standa best og hinna sem standa verst með tilliti til efnahagslegrar stöðu mældrar í svörum einstaklinga við því hversu vel eða illa gangi að ná endum saman. Hlutfallstalan er svo brotin niður eftir mismunandi þáttum heilsufars og kyni. Gildi „1“ gefur til kynna algeran jöfnuð á milli þeirra sem eiga „erfitt“ með að ná endum saman annars vegar og þeirra sem eiga „auðvelt“ með að ná endum saman hins vegar. Ójöfnuðurinn var til staðar hjá bæði konum og körlum en var meira áberandi meðal karla árið 2017. Þannig var hlutfall karla sem mátu heilsu sína laka út frá fjórum lykilþáttum heilsufars um tvisvar til þrisvar sinnum hærra meðal þeirra sem áttu erfitt með að ná endum saman miðað við þá sem áttu auðvelt með að ná endum saman.

Þróun ójafnaðar í heilsu sem mældur er með þessum hætti var ennfremur í átt til meiri ójöfnuðar frá árinu 2012 til 2017. Eins og sjá má á mynd 19 var sú raunin fyrir alla þessa þætti heilsufars hjá körlum og fyrir tvo þeirra hjá konum.



Próun heilsuójöfnuðar frá árinu 2012 til 2017		
Heilsufarsþáttur	Kyn	Þróun ójöfnuðar
Líkamleg heilsa	Kk	<b>Jókst</b>
	Kvk	Stóð í stað
Andleg heilsa	Kk	<b>Jókst</b>
	Kvk	Minnkaði
Takmarkanir í dagl. lífi v/ heilsufars	Kk	<b>Jókst</b>
	Kvk	<b>Jókst</b>
Sykursýki	Kk	<b>Jókst</b>
	Kvk	<b>Jókst</b>

Mynd 7 (Heimild, Embætti landlæknis)

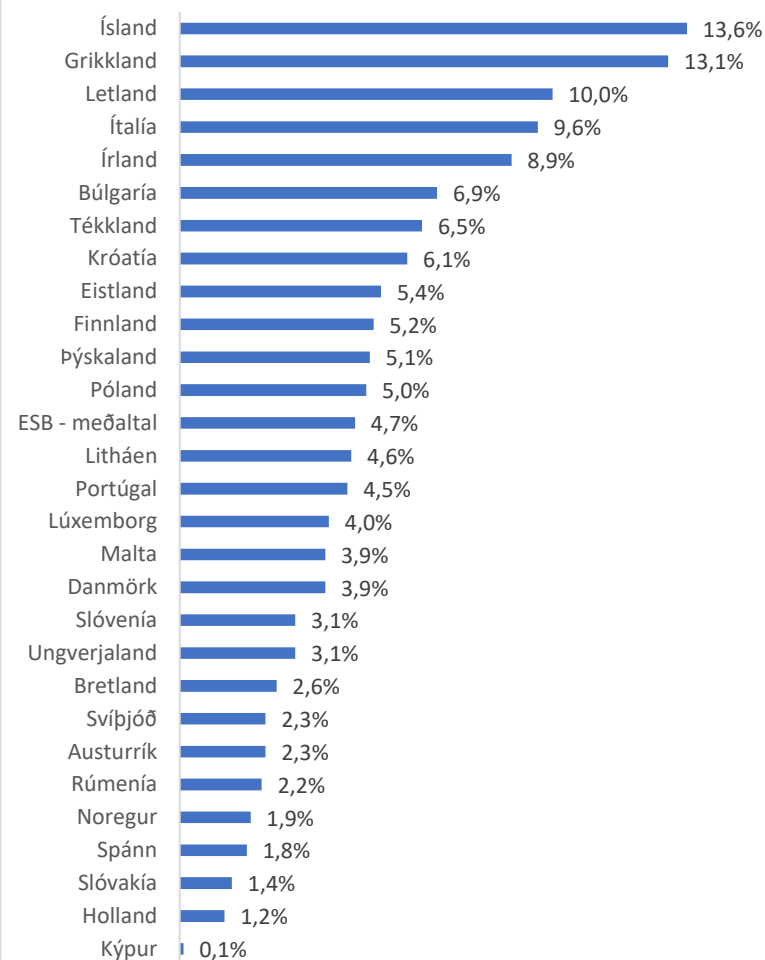
Samkvæmt úttekt Alþjóðheilbrigðisstofnunarinnar og íslenska Landlæknisembættisins skýrist almennur ójöfnuður í heilsu einungis að minnihluta af ástandi í heilbrigðiskerfinu en að stærstum hluta af fjárhagslegu öryggi og félagslegri vernd.<sup>14</sup> Því má álykta að trygg og nægileg fjárhagsleg framfærsla og sterkt velferðarkerfi séu lykilþættir við að tryggja góða heilsu allra samfélagshópa.

Búsetuskilyrði eru sá þáttur sem kemur á eftir fjárhagslegu öryggi og hefur áhrif á ójöfnuð í almennu heilsufari. Víða á landsbyggðinni á Íslandi býr fólk við ófullnægjandi aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Þar má nefna fæðingarþjónustu, öldrunarþjónustu og ýmsa þætti sérhæfðari heilbrigðisþjónustu. Kostnaði við þjónustuna er þannig velt yfir á einstaklingana sem hana þurfa að sækja um langan veg í formi ferðakostnaðar, aukinni nýtingu veikindaréttar sem og vinnustaði launafólks að einhverju marki. Á mynd 20 sést að meðal fólks í dreifbýli á Íslandi var óuppfyllt þörf fyrir heilbrigðisþjónustu vegna fjarlægðar við þjónustuna mest í Evrópu árið 2014. Þannig sögðust tæp 14% svarenda sem bjuggu í dreifbýli ekki hafa getað fengið þjónustuna þegar þeir höfðu þörf fyrir hana vegna fjarlægðar eða samgangna.

<sup>14</sup> Embætti landlæknis, 2021. Ójöfnuður í heilsu á Íslandi.



### Óuppfyllt þörf fyrir heilbrigðisþjónustu í dreifbýli v/fjarlægðar eða samgangna árið 2014



Mynd 20 (Heimild: Eurostat)

### Lítill áhersla á forvarnir í heilbrigðiskerfinu

Langvinnir, lífsstílstengdir sjúkdómar eru umfangsmesta orsök dauðsfalla í heiminum og á Íslandi er hlutfallið með því hæsta sem gerist en 90% dauðsfalla hér á landi eru af völdum slíkra sjúkdóma<sup>15</sup>. Mikinn hluta lífsstílssjúkdóma má fyrirbyggja eða milda með markvissu forvarnarstarfi og létta þannig á annars og þriðja stigs heilbrigðisþjónustu sem eru dýrustu úrræðin.

Fyrir utan aukin lífsgæði og minni þjáningar vegna heilsufarslegra vandamála í samfélaginu er mikill fjárhagslegur ávinningur af árangursríkum forvörnum. Eins má takmarka áhrif öldrunar á þjónustubörf vegna heilsufarskvilla með öflugu forvarnarstarfi. Rannsóknir hafa áætlað að forvarnir séu allt að fjórfalt fjárhagslega hagkvæmari leið til að minnka dánartíðni

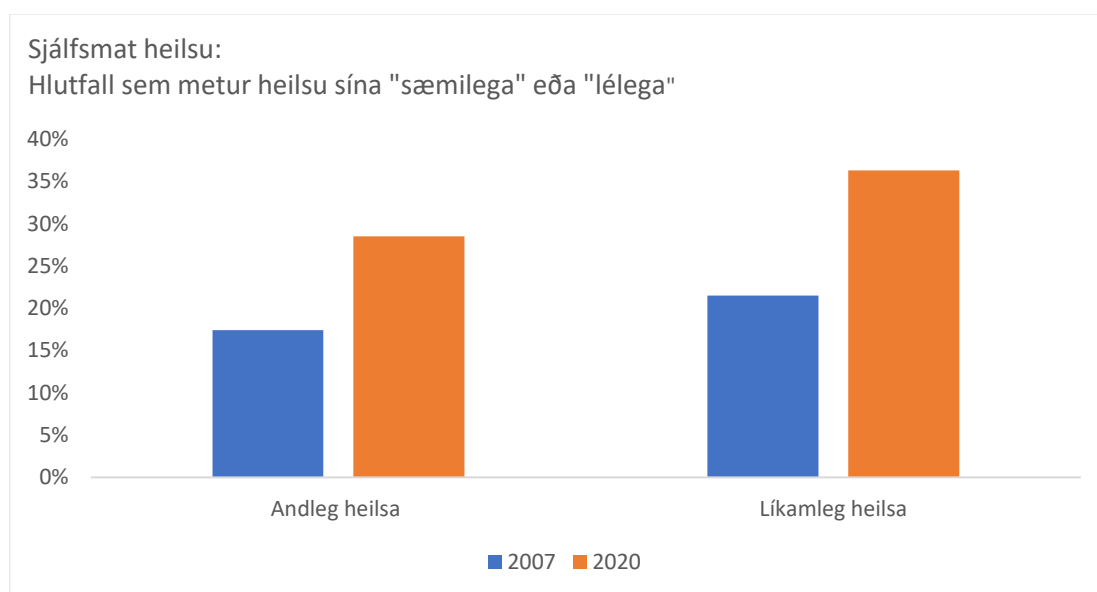
<sup>15</sup> Heilbrigðisvísindasvið, 2021. Umsögn um tillögu til þingsályktunar um lýðheilsustefnu.



en heilbrigðiskerfið að öðru leyti<sup>16</sup>. Samsvarandi áhersla á forvarnir endurspeglast þó ekki í útgjöldum til málaflokksins innan heilbrigðiskerfisins. Árið 2019 runnu aðeins um 2% allra heildarútgjalda til forvarna<sup>17</sup> sem er nokkuð lægra en hlutfallið var að jafnaði meðal OECD ríkjanna þar sem það var 3,1% árið 2017<sup>18</sup>. Rétt er að taka til greina að forvarnir eru samfélagslegt verkefni og einskorðast því ekki við starfsemi heilbrigðiskerfisins. Að teknu tilliti til þess er þó illskiljanlegt hve litlum fjármunum er varið í forvarnir af heildarútgjöldum til heilbrigðismála og ljóst að þar liggja tækifæri til hagkvæmari lausna og bættrar heilsu á Íslandi sem og í mörgum öðrum OECD-ríkjum.

### Versnandi andleg og líkamleg heilsa

Rannsóknir í faraldsfræði og á sviði lýðheilsu hafa sýnt að mat einstaklinga á eigin heilsu er nokkuð áreiðanlegur mælikvarði á heilsufarsástand. Einn „lýðheilsuvísa“ Landlæknisembættisins byggist á slíku sjálfsmati. Skv. þessum mælingum hefur líkamlegri og andlegri heilsu Íslendinga hrakað verulega frá árinu 2007 þar til nú. Þannig mátu 17,4% andlega heilsu sína „sæmilega“ eða „lélega“ árið 2007 en 28,5% árið 2020 og fóru tölurnar úr 21,5% í 36,3% þegar spurt var um líkamlega heilsu.



Mynd 21 (Heimild: Embætti landlæknis)

Svarendur sem búsettir voru á landsbyggðinni mátu heilsu sína lakari en á höfuðborgarsvæðinu og konur verri en karlar en munurinn var ekki alltaf marktækur. Þessi þróun er vísbending um hrakandi heilsufar þjóðarinnar og óhætt að gera ráð fyrir að þörf fyrir heilbrigðisþjónustu hafi aukist meðal Íslendinga á tímabilinu í samræmi við þetta. Lýðheilsustefna var samþykkt árið 2016 og hefur það markmiði að Ísland verði ein

<sup>16</sup> Martin, Lomas, Claxton, 2019. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? CHE, University of York

<sup>17</sup> Hagstofa Íslands, 2021. Heilbrigðisútgjöld á Íslandi 1998-2019. Hagtíðindi.

<sup>18</sup> OECD, 2017. How much do OECD countries spend on prevention?



heilbrigðasta þjóð í heimi árið 2030. Á áratugnum þar á undan hafði andleg og líkamleg heilsa Íslendinga farið versnandi skv. sjálfsmati og hefur haldið áfram að versna eftir það.

Forvarnarstarf er verkefni sem liggur þvert á málefnaflokkum stefnumótunar. Á meðan að kannanir gefa til kynna dýpkandi vanda þátta lýðheilsu og almennt versnandi heilsufar er ljóst að sú þróun eykur enn á þá þörf fyrir heilbrigðisþjónustu sem öldrun samfélagsins hefur í för með sér. Árangurríkar forvarnir geta sparað mikla fjármuni í útgjöldum til heilbrigðismála til lengri tíma lítið. Brýnt er að leggja í þá samþættingu stefnuflokka sem nauðsynleg er og fjármagna rannsóknir og forvarnaráætlanir þannig að árangurrík framkvæmd sé tryggð.

### Lokaorð

Íslenska heilbrigðiskerfið fór í gegnum tímabil niðurskurðar opinberra fjárframlaga og þróun í átt að einkavæðingu bæði fyrir fjármálahrúnið og í kjölfar þess. Afleiðingar þess niðurskurðar voru fjölbættar, m.a. vanræksla viðhalds og innviðauppbýggingar. Nú er svo komið að langtíma fjársveldi og lítil innviðauppbýgging hefur dregið úr gæðum og skilvirkni þjónustunnar og fer sú þróun tæpast saman við það yfirlýsta markmið stjórnvalda að Ísland sé í fararbroddi í heiminum með tilliti til heilsufars, gæða og aðgengis að heilbrigðisþjónustu.

Víða í opinberri umræðu á Íslandi gætir þess viðhorfs að lausn á vanda íslenska heilbrigðiskerfisins felist í aukinni einkavæðingu í rekstri þess. Aukin einkavæðing í heilbrigðisþjónustu er þó í mótsögn við framúrskarandi árangur opinberra heilbrigðiskerfa í alþjóðlegu samhengi. Þannig hefur verið sýnt fram á að opinber rekstur heilbrigðisþjónustu kostar minna og skilar betri útkomu í lýðheilsu auk þess sem hann tryggir aðgengi óháð efnahag og félagslegri stöðu. Reynslan af einkavæðingu heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð sýnir að hún hefur ekki leitt til aukinnar skilvirkni í rekstri og að lækkun kostnaðar hefur komið niður á gæðum þjónustunnar. Þar hefur hlutur einkarekinnar heilbrigðisþjónustu aukist verulega í trássi við almenningsálitið. Þeirrar varhugaverðu þróunar gætir nú þegar hér á Íslandi. Á sama tíma hefur þörf fyrir heilbrigðisþjónustu farið vaxandi vegna hækkandi lífaldurs og áskorana í lýðheilsu með tilheyrandi fjárþörf. Ennfremur hefur ójöfnuður í heilsu aukist á undanförunum árum. Nú, þegar fjárframlög ríkisins á mann hafa rétt náð því stigi sem þau voru fyrir fjármálahrún, er gríðarlegt álag á heilbrigðiskerfinu vegna heimsfaraldurs Covid-19. Við slíkar aðstæður er forgangsröðun heilbrigðismála í rekstri hins opinbera mikilvæg sem aldrei fyrr. Ef þörf fyrir uppbygginu innviða og aukna þjónustu er ekki mætt með viðeigandi fjármögnun er hætt við að heilsufari þjóðarinnar haldi áfram að hraka og að ójöfnuður í heilsu haldi áfram að dýpka. Áframhaldandi einkavæðing kerfisins myndi fela í sér samskonar hættu auk meiri kostnaðar og minni árangurs til lengri tíma.