Þjónusta í þágu almennings

Stefna ASÍ um þjónustu í þágu almennings

46. þing ASÍ krefst þess að stjórnvöld tryggi jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu, óháð aldri, búsetu og efnahag. Styrkja þarf heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað og tryggja aðgang að heimilislæknum og nauðsynlegum lyfjum í heimabyggð. Hagræðing og samþjöppun heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni má ekki leiða til aukins kostnaðar fyrir sjúklinga, aðstandendur og stéttarfélög, á meðan ríkið losar sig undan ábyrgð. Styrkja þarf geðheilsuteymi heilsugæslunnar en eins þurfa stjórnvöld að framfylgja samþykkt Alþingis um niðurgreiðslu sálfræðiþjónustu og auka þannig aðgengi óháð efnahag.

46. þings ASÍ krefst þess að sameiginlegir sjóðir almennings endi ekki í arðgreiðslum einkafyrirtækja í velferðarþjónustu. Til þess þarf að styrkja regluverk og auka eftirlit. Forgangsraða skal opinberu fé í þágu almennings. Ísland er í fjárfestingaskuld í heilbrigðismálum, sem sést til að mynda í fráflæðisvandi spítalanna og þeirri þróun sem orðið hefur í útboðum þjónustu til einkaaðila. 46. þing ASÍ hafnar einkarekstri í velferðarþjónustu sem byggir á minni gæðum, minni mönnun og verri kjörum starfsfólks. Heilbrigðisútgjöldum heimilanna verður að halda í lágmarki og rekstrarform velferðarþjónustu má aldrei hafa áhrif á aðgengi eða gæði þjónustu. Heilbrigðiskerfið á að vera grundvöllur réttláts og farsæls samfélags og stjórnvöld verða að takast á við hlutverk sitt sem veitandi heilbrigðisþjónustu.

Greinargerð

Aðgengi að heilbrigðisþjónustu

Gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu er grundvallarþáttur velferðar. Í heilbrigðisstefnu stjórnvalda til ársins 2030 er markmiðið að tryggja örugga og hagkvæma heilbrigðisþjónustu þar sem aðgengi allra landsmanna sé tryggt. Þetta er í takt við þann samfélagssáttmálann um félagslegt heilbrigðiskerfi, um að öllum landsmönnum skuli tryggð sú besta heilbrigðisþjónusta sem völ er á.

Á Íslandi er heilbrigðiskerfið að mestu leyti fjármagnað úr opinberum sjóðum, með samfélagslegri tryggingu. Hlutdeild heimila í útgjöldum til heilbrigðisþjónustu var um 15% árið 2023, sem er sögulega lágt, en tilfellum þar sem þörfum íbúa er ekki mætt eru algengari meðal fólks með lágar tekjur. Árið 2019 sögðu 33% Íslendinga að þau hefðu neitað sér um heilbrigðisþjónustu á síðustu 12 mánuðum af ýmsum ástæðum; 15% vegna kostnaðar, sem er undir meðaltali Norðurlandanna. Hlutfallið er hærra í lægstu tekjuhópum, eða um 20%. Kostnaður virðist ekki vera meginástæða þess að Íslendingar neita sér um heilbrigðisþjónustu en gögnin sýna að sú þjónusta sem Íslendingar neita sér um vegna kostnaðar er aðallega tannlæknaþjónusta og geðheilbrigðisþjónusta, sú þjónusta sem nýtur lægri tryggingaverndar hjá Sjúkratryggingum. Fjármögnun vegna niðurgreiðslu sálfræðiþjónustu og annarar gagnreyndrar samtalsmeðferðar hefur ekki verið tryggð, þrátt fyrir frumvarp þess efnis hafi verið samþykkt á Alþingi árið 2020[1]. Um 34% þeirra sem nefndu kostnað sem ástæðu neituðu sér um geðheilbrigðisþjónustu, sem er hæsta hlutfall á Norðurlöndunum en hlutfallið var 1% í Noregi og 9% í Svíþjóð[2].

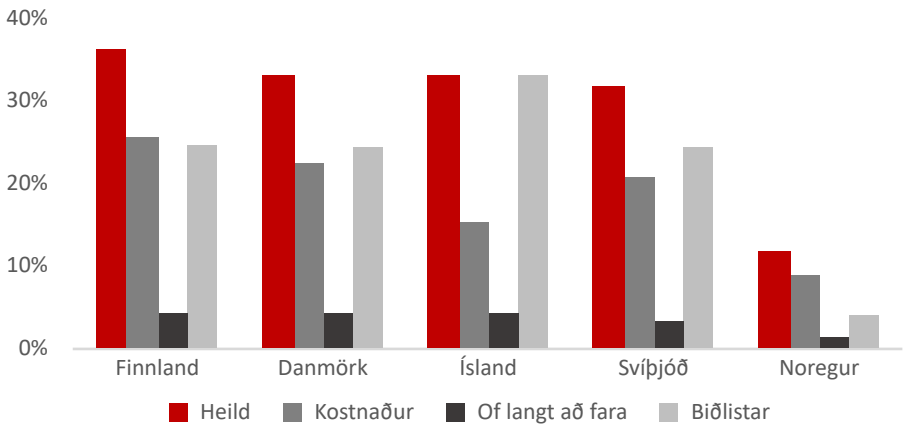
Ljóst er að jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu er ekki tryggt. Kostnaður ætti aldrei að koma í veg fyrir aðgang að nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu, lyfjum og hjálpartækjum, því það eykur fjárhagslega og heilsufarslega misskiptingu.

---

[1] Sjá: https://www.althingi.is/altext/stjt/2020.093.html

[2] Sjá: https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database

Mynd 1 Hlutfall þeirra sem neita sér um heilbrigðisþjónustu, e. ástæðum árið 2019



Heimild: Eurostat, Self-reported unmet needs for health care.

Félagslegur ójöfnuður tengdur lífslíkum eykst og bilið í meðalævilengd fólks eftir menntunarstigi stækkar[3] sem bendir til aukinni stéttaskiptingar. Einnig er ójöfnuður í aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir búsetu. Í hringferð ASÍ komu fram miklar áhyggjur af samþjöppun heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni. Víða hefur dregið úr þjónustu og sjúklingar þurfa oft að ferðast langar vegalengdir með tilheyrandi kostnaði og tekjutapi. Í lok árs 2023 var réttur sjúkratryggðra til endurgreiðslu ferðakostnaðar aukinn úr tveimur ferðum á ári í þrjár. Í aðgerðum stjórnvalda til stuðnings nýgerðum kjarasamningum á vinnumarkaði var fjöldi niðurgreiddra ferða vegna heilbrigðisþjónustu fjarri heimabyggð aukinn úr þremur í fjórar. Félagsfólk var þó sammála um að þessar niðurgreiðslur væru ófullnægjandi og að kostnaður vegna samþjöppunar sé færður yfir á sjúklinga, aðstandendur og stéttafélög.

Heilsugæslan er almennt fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu á landsbyggðinni, þar sem aðgengi að sérgreinalæknum er takmarkaðra en á höfuðborgarsvæðinu. Vandamál heilsugæslunnar eru margvísleg og mismunandi eftir heilbrigðisumdæmum. Niðurstöður könnunar meðal notenda heilsugæslustöðva á Íslandi sýna að ánægja notenda með þjónustuna á heilsugæslustöðvum landsbyggðarinnar hefur dregist saman, úr 70% á árunum 2019-2020 í 59% árið 2023. Á höfuðborgarsvæðinu er ánægjan almennt meiri en lækkar þó úr 80% í 65% á sama tímabili[4].

Þegar notendur eru spurðir um úrlausn erinda og viðmót starfsfólks er ánægja meiri, sem bendir til þess skortur á aðgengi og langir biðlistar sé meginástæður minnkandi ánægju. Mynd 1 sýnir að helsta ástæða þess að Íslendingar neiti sér um heilbrigðisþjónustu er biðlistar, hæst meðal Norðurlandanna. Samkvæmt notendakönnun var brýnast að stytta bið eftir þjónustu og á landsbyggðinni kom fram mikilvægi þess að ná á lækni í síma, auka rafræna þjónustu og úthluta föstum heimilislækni. Ljóst er að fólk hefur áhyggjur af því að ná ekki samtali við lækni, hvort sem er í síma, rafrænt eða í persónu.

Samkvæmt greiningu starfshóps á vegum Heilbrigðisráðuneytis um sérfræðinám lækna og framtíðarmönnun[5] og greiningu Læknafélags Íslands[6] er alveg ljóst að mennta þarf fleiri heimilislækna á komandi árum. Á landsbyggðinni eru víða ómönnuð stöðugildi og í dreifbýli hér á landi voru um 2200 einstaklingar á hvern heimilislækni árið 2019 og 1800 að meðaltali en samkvæmt alþjóðlegum viðmiðum er æskilegur fjöldi sjúklinga á hvern heimilislækni 1500 í þéttbýli og 1000-1500 í dreifbýli. Leita þarf leiða til að fjölga menntuðum heimilislæknum og gera starf heimilislækna eftirsóknarvert, sérstaklega á landsbyggðinni.

---

[3] Sjá: https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__Faeddirdanir__danir__danir/MAN05405.px

[4] Sjá: https://island.is/frett/2024-03-05-nidurstoedur-koennunar-um-heilsugaeslu-nyttar-i-frekari-throun-thjonustu

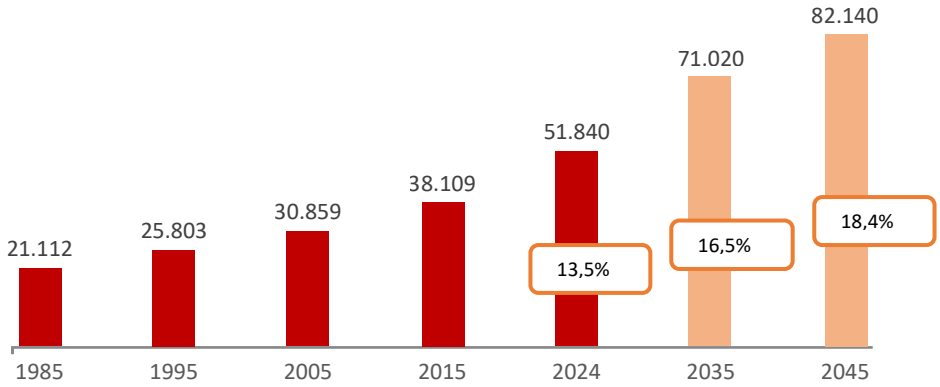
[5] Sjá: Sérfræðinám lækna og framtíðarmönnun - skýrsla starfshóps (stjornarradid.is)

[6] Sjá: https://www.laeknabladid.is/tolublod/2022/05/nr/8042

Öldrun þjóðar er fyrirsjáanleg áskorun

Íslenska heilbrigðiskerfið stendur frammi fyrir fleiri áskorunum en að tryggja jafnt aðgengi. Áskoranir eins og breytt samsetning íbúa eftir aldri og uppruna, ný lýðheilsuvandamál og aukin þörf fyrir geðheilbrigðisþjónustu. Á næstu áratugum verður aukin þörf fyrir þjónustu við eldra fólk. Slíkar breytingar krefjast aðgerða, nýrra áherslna og viðhorfsbreytinga.

Mynd Mannfjöldi 67 ára og eldri, 1985-2045

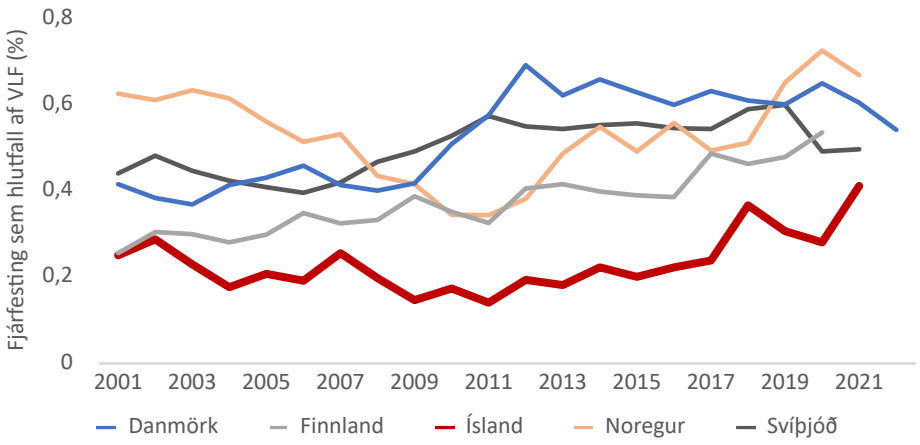


Heimild: Hagstofa Íslands

Öldrun þjóðar er fyrirsjáanleg áskorun. Samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands verður hlutfall 67 ára og eldri af mannfjölda, sem nú eru 13,5%, komið í 16,5% eftir 10 ár og 18,4% eftir 20 ár. Á sama tíma hefur íbúum á Íslandi fjölgað miklu hraðar undanfarin ár en annarsstaðar í Evrópu, að stærstum hluta vegna þess mikla fjölda sem hingað hefur komið til að starfa.

Þessu þurfa stjórnvöld að bregðast við. Fjárfesting í heilbrigðisinnviðum, sem hlutfall af vergri landsframleiðslu, hefur verið 0,3% árin 2016-2021, samanborið við 0,47%-0,61% hjá Norðurlöndunum. Skortur á fjárfestingu í heilbrigðisinnviðum, sem sést á Mynd 3, hefur skapað áskoranir í kerfinu sem hægt hefði verið að forðast.

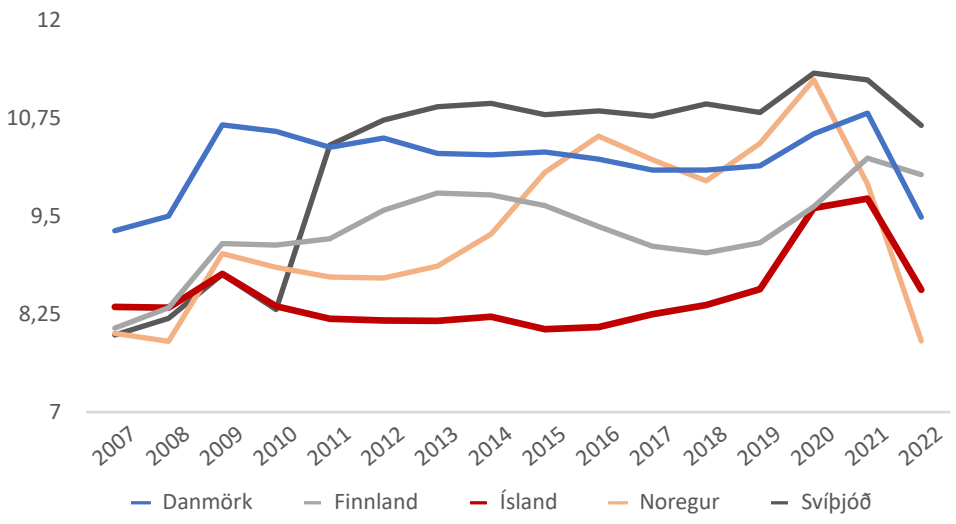
Mynd Fjárfesting í heilbrigðisinnviðum sem hlutfall af vergri landsframleiðslu, 2001-2022



Heimild: OECD

Opinber framlög til heilbrigðismála á Íslandi hafa ekki fylgt fólksfjölgun og aukinni þörf fyrir þjónustu. Árið 2022 voru útgjöld til heilbrigðismála 8,6% af vergri landsframleiðslu, sama hlutfall og fyrir heimsfaraldur 2019. Norðurlöndin voru með að meðaltali 9,5% árið 2022 og yfir 10% árið 2019. Útgjöld vegna heilbrigðismála er undir meðaltali ESB, bæði miðað við höfðatölu og sem prósentu af landsframleiðslu[7].

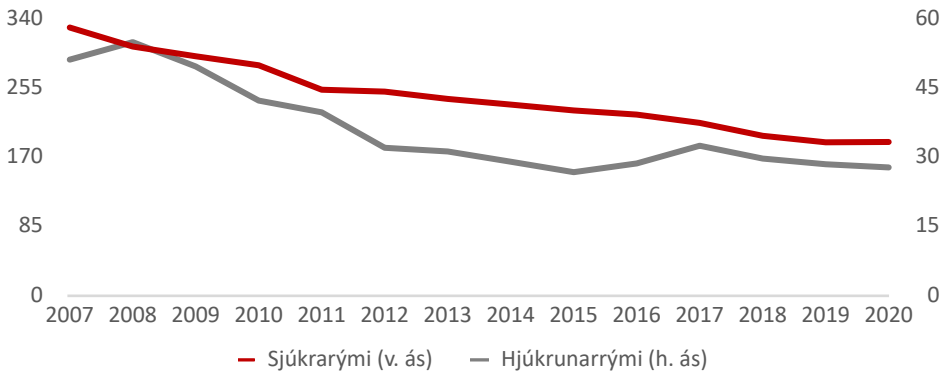
Mynd Heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af vergri landsframleiðslu, 2007-2022



Heimild: OECD

Birtingamyndir vanfjármögnunar í heilbrigðiskerfinu eru t.d. langir biðlistar og útskriftarvandi spítalanna, hinn svokallaði fráflæðisvandi. Mynd 5 sýnir hvernig fjöldi sjúkra- og hjúkrunarrýma á spítölum og heilbrigðisstofnunum á hverja 10 þúsund íbúa 67 ára og eldri hefur minnkað úr 329 árið 2007 í 189 árið 2020. Hluta af þessari fækkun má skýra með auknum tækniframförum, styttri legutíma sjúklinga og þeirri þróun að meðferðum sem áður var sinnt á legudeildum er núna í meira mæli sinnt á dagdeildum. En hluti skýringarinnar er mikil fólksfjölgun og viðbragðsleysi stjórnvalda. Í lok árs 2023 voru 80 inniliggjandi sjúklingar á Landspítala sem biðu eftir vistunarúrræði, eða hjúkrunarheimili, og fækkaði lítillega milli ára. Meðalfjöldi inniliggjandi sjúklinga á dag á legudeildum Landspítalans voru 610 árið 2023 og má því segja að 13% sjúklinga hafi lokið meðferð og beðið úrræða utan spítalans.

Mynd Sjúkra- og hjúkrunarrými á hverja 10 þúsund íbúa, 67 ára og eldri, 2007-2020



Heimild: Hagstofa Íslands

[7] Sjá: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_is_icelandic.pdf

Hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum hefur lítið fjölgað á síðustu 20 árum en litlar sem engar breytingar urðu á árunum eftir hrun en síðan 2017 hefur hjúkrunarrýmum fjölgað um 50 rými á ári að meðaltali, dvalarrýmum fækkað og dagdvalarrýmum fjölgað lítillega[8]. Meðalbiðtími eftir hjúkrunarheimili á Höfuðborgarsvæðinu var 137 dagar árið 2023, sambærilegur og fyrir heimsfaraldur árið 2019. Lengstur er biðtíminn á Norðurlandi, eða 282 dagar að meðaltali[9].

Markaðsvæðing heilbrigðisþjónustu og reynsla Svía

Sá uppsafnaði vandi, vegna aðgerðaleysis og vanfjármögnunar, sem hér að framan er lýst er oft reynt að leysa með því að fela hagnaðardrifnum einkaaðilum að sinna þjónustunni. Þó flestir heilbrigðisþjónustuveitendur séu opinberir á Íslandi, þá hefur fjöldi og umfang sjálfseignarstofnana og hagnaðardrifinna einkafyrirtækja aukist síðustu ár. Nýjasta útspil stjórnvalda, til að bregðast við fráflæðisvandanum og yfirvofandi áskorun öldrun þjóðar, er að fela einkaaðilum byggingu og eignarhald húsnæðis undir hjúkrunarheimili[10]. Þótt samspil ólíkra rekstrarforma þjónustunnar hafi í sumum tilfellum reynst vel hér á landi, þarf að varast þróun í átt að aukinni markaðsvæðingu, sem er á skjön við almenningsálit og margsannaðan árangur félagslegra heilbrigðiskerfa.

Í hringferð ASÍ kom það skýrt fram hjá félagsfólki að til að bjóða uppá góða heilbrigðisþjónustu, án mismununar á grundvelli efnahags, búsetu og aldurs, þarf að reka sterkt opinbert heilbrigðiskerfi. Velferðarkerfið á að fjármagna úr sameiginlegum sjóðum landsmanna og grunnþjónusta heilbrigðiskerfisins má ekki vera gróðavegur.

Í Svíþjóð hófst þróun markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustu á tíunda áratugnum, þegar hagnaðardrifnum fyrirtækjum var opnuð leið að velferðarþjónustunni. Þessi þróun hefur helst gagnast menntuðu hátekjufólki í þéttbýli, á meðan lágtekjufólki með mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu hefur orðið fyrir skaða[11]. Flestar nýjar heilsugæslustöðvar voru settar upp í þéttbýli, á meðan samdráttur í þjónustu varð mestur á lágtekju svæðum og í dreifbýli[12].

Rannsóknir sýna að helmingur Svía telur að mismunað sé í almannaþjónustunnar[13]. Álit almennings á hagnaðardrifinni þjónustu er lágt, sérstaklega í kjölfar mistaka í veitingu skólaþjónustu af hálfu einkaaðila, ófyrirséðra afleiðinga einkavæðingar velferðarþjónustu og opinberra hneykslismála tengdum heilbrigðis- og öldrunarþjónustu einkaaðila á síðustu árum[14]. Frá aldamótum hefur áhugi stórra sænskra og alþjóðlegra fyrirtækja á rekstri velferðarþjónustu leitt til mikillar samþjöppunar í greininni, þar sem tíu fyrirtæki standi fyrir um þriðjungi af veltu einkaaðila[15].

Reynsla Svía síðustu þrjá áratugi sýnir að markaðsvæðing velferðarþjónustu er ekki framtíðarlausnin. Hún veldur auknum ójöfnuði og verri þjónustu fyrir þá sem mest þurfa á henni að halda. Til að tryggja og bæta íslenskt heilbrigðiskerfi verður að efla opinbera kerfið og stöðva frekari einkavæðingu.

---

[8] Sjá: https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/oldrunarmal/oldrunarstofnanir/hjukrunar-dvalar-og-dagdvalarrymi/

[9] Sjá: https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/oldrunarmal/bidtimi-hjukrunarheimila/

[10] Sjá: https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/Sk%c3%bdrsla%20vinnuh%c3%b3ps%20FJR%20og%20HRN%20-%20lokaeintak%20n%c3%b3v%202023%20-%20pr%c3%b3farkalesi%c3%b0.pdf

[11] Dahlgren og Pelling. (2020). Jämlik vård : en handlingsplan.

[12] Dahlgren og Pelling. (2020). Jämlik vård : en handlingsplan.

[13] Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). Hälso- och sjukvårdsrapporten: Öppna jämförelser.

[14] Andersson, J. (2015). A model of welfare capitalism? Perspectives on the Swedish model, then and now.

[15] Svallfors og Tyllström. (2018). Resilient privatization: the puzzling case of for-profit welfare providers in Sweden.