

Réttlátari notendagjöld í sjúkratryggingum á Íslandi

Samantekt unnin af yfirstjórn og sérfræðingum
sjúkratryggingasviðs Tryggingastofnunar ríkisins

Nóvember 2005

Réttlátari notendagjöld í sjúkratryggingum á Íslandi

Inngangur

Í skýrslu sjúkratryggingasviðs Tryggingastofnunar *Hver er stefnan í sjúkratryggingum á Íslandi?*, sem út kom í júní 2001, kemur fram að í Stjórnarskránni og lögum um almannatryggingar sé tilgangur sjúkratrygginga almennt augljós. Breytingar sem gerðar hafi verið á almannatryggingum á undanförunum áratugum hafi hins vegar verið tilviljanakenndar og markast af skyndipörfum og áherslum líðandi stundar fremur en að hugað hafi verið að heildarmarkmiði eða meginstefnu. Í annarri skýrslu sviðsins frá 2003, *Betri nýting fjármagns til sjúkratrygginga á Íslandi*, var sjónum beint að eftirliti með greiðslum sjúkratrygginga fyrir heilbrigðisþjónustu og hvernig tryggja megi, með aðferðafræði gagnreyndrar læknisfræði, að meðferð, sem greidd er af almannafé, sé studd vísindalegum rökum, örugg, árangursrík og fjárhagslega hagkvæm.

Í stjórnarskrá Lýðveldisins Íslands segir að allir skuli vera jafnir fyrir lögum og að öllum skuli tryggður lögboðinn réttur til nauðsynlegrar aðstoðar vegna sjúkleika.¹ Með lögum um heilbrigðisþjónustu² er þessi réttur staðfestur og ítrekaður í lögum um réttindi sjúklinga³. Með almannatryggingalögum⁴ er hins vegar ákveðið *hvaða* heilbrigðisþjónustu sjúkratryggingar taka þátt í að greiða og að hvaða marki. Nánari útfærslu er svo að finna í fjölda reglugerða.

¹ Lög nr. 33/1944, 65. og 76. gr.

² Lög nr. 97/1990, 1. gr.

³ Lög nr. 74/1997, 3. gr.

⁴ Lög nr. 117/1993

Í þeirri skýrslu sem hér er birt er sjónum beint að þeim reglum sem gilda í sjúkratryggingum um greiðsluþátttöku sjúklinga í kostnaði við heilbrigðismeðferð sbr. töflu 1, hvort jafnræðis sé gætt í þeim og hvort reglurnar megi einfalda og samræma.

Núgildandi greiðslufyrirkomulag

Sjúkratryggingar eru nauðsynlegar til að tryggja jöfnuð þegnanna vegna þess hve þörf þeirra fyrir heilbrigðisþjónustu er mismunandi og óviss. Vestræn heilbrigðiskerfi eru að mestu leyti fjármögnuð af hinu opinbera með skatttekjum en sjúklingar greiða þó víðast umtalsverðan hluta kostnaðar við heilbrigðisþjónustu með notendagjöldum. Hér á landi eru slík gjöld almennt ákvörðuð með reglugerðum settum af stjórnvöldum. Eins og sjá má af töflu 1 eru notendagjöld afar mismunandi eftir málaflokkum sjúkratrygginga. Óhætt er því að segja að bæði virðist skorta samræmingu og heildaryfirsýn. Einnig má fullyrða að einstaklingum sé mismunað með misháum notendagjöldum eftir t.d. aldri, heilsu, sjúkdómum og tekjum. Skýring þessa kann að einhverju leyti að vera sú að aðgengi einstaklinga og þrýstihópa að stjórnvöldum sé mismunandi. Einstaklingar í litlum eða veikburða hópum, svo sem sjúklingar með sjaldgæfa sjúkdóma, hafa augljóslega minni möguleika til að hafa áhrif á stefnu stjórnvalda en sjúklingar í sterkum hópum eða áhrifastöðum. Því getur greiðsluþátttaka sjúkratrygginga verið meiri, og þar með kostnaður sjúklinga minni, vegna ýmissa velmegunarsjúkdóma sem líklegri eru til að hrjá þá sem meira mega sín í þjóðfélaginu en vegna sjúkdóma sem frekar hrjá hina efnaminni.

Til þess að draga úr vaxandi kostnaði og meintri óþarfa notkun heilbrigðisþjónustunnar hafa stjórnvöld í flestum löndum gripið til þess ráðs að velta hluta af kostnaðinum yfir á notendur. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að notendagjöld eru ámóta líkleg til að draga úr nauðsynlegri þjónustu og ónauðsynlegri.⁵ Aukin notendagjöld leiða þannig til ákveðins ójafnaðar á þann hátt að tekjulágir einstaklingar geta neyðst til að neita sér um nauðsynlega þjónustu á meðan notendagjöld hafa minni áhrif á þá tekjuhærri. Notendagjöld geta því leitt til heilsuskaða þeirra sem ekki hafa efni á að greiða þau.

⁵ Health Policy Research Unit, Univ. Of British Columbia, HPRU 93:12D, bls. 8

Oft er rætt um ofnotkun og sóun í heilbrigðiskerfinu og er þá annars vegar átt við kostnað sem einstaklingar valda með „óþörfum“ heimsóknnum til t.d. lækna og hins vegar þann kostnað sem hlýst af athöfnum lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Í síðara tilvikinu er t.d. átt við óþarfar komur til lækna sem lækna stuðla sjálfir að⁶, óþarfar rannsóknir og gagnslausa eða óskilvirka meðferð. Rökin fyrir notendagjöldum á sjúklinga verða léttvæg þegar haft er í huga að sú sóun sem stafar af ákvörðunum sjúklinga sjálfra, svo sem að leita sér „óþarfar“ meðferðar eða taka ónauðsynleg lyf, er talin geta numið um 1% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála, en að sóun vegna ákvarðana lækna um t.d. óþarfar rannsóknir, meðferð eða lyf geti numið 30% af heilbrigðisútgjöldum⁷. Þennan þátt mætti skoða betur með tilliti til sparnaðar.

Í sumum tilfellum eru greiðslur sjúkratrygginga tekjutengdar. Þegar bætur sjúkratrygginga eru tengdar tekjum hins tryggða er blandað saman félagslegri aðstoð og almannatryggingum en þessir tveir málaflokkar eru aðskildir í lögum. Mun æskilegra og einfaldara væri að þeir sem þurfa meiri aðstoð, en almannatryggingum er almennt ætlað að veita, fái hana í gegnum félagslega kerfið. Jafnræðisrök hníga ótvírætt að því að notendagjöld séu höfð sem lægst þannig að allir sjúklingar fái notið almannatrygginga.

Skipting útgjalda til heilbrigðismála er þannig á Íslandi að hið opinbera greiðir um 85% kostnaðarins en sjúklingar um 15% með notendagjöldum. Þessi skipting er áþekk í þeim löndum sem við berum okkur saman við, svo sem annars staðar á Norðurlöndum og Bretlandi. Meðal OECD-landa er staðan önnur en þar greiðir hið opinbera að jafnaði um 69% kostnaðar við heilbrigðisþjónustu en 31% koma frá notendagjöldum og einkatryggingum. Ekkert bendir þó til þess að lönd sem hafa hlutfallslega há notendagjöld hafi jafnframt lægri heilbrigðisútgjöld eða að slík útgjöld aukist þar hægar en í þeim löndum þar sem notendagjöld eru lægri⁸.

⁶ Health Policy Research Unit, Univ. Of British Columbia, HPRU 93:12D, Canada, 1993, bls. 7

⁷ Health Policy Research Unit, Univ. Of British Columbia, HPRU 93:12D, Canada, 1993, bls. 7

⁸ Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónstu, Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 2003, bls. 116

Með einu afsláttarkorti má auka jafnræði og samræma reglur

Þegar notendagjöld vegna ákveðinnar heilbrigðisþjónustu, sem veitt er á heilsugæslustöðvum, á göngudeildum, bráðamóttöku og slysadeildum sjúkrahúsa og hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum, hafa náð 18.000 kr. (6.000 kr. fyrir börn og 4.500 kr. fyrir lífeyrisþega) á einu almanaksári, geta einstaklingarnir fengið svokallað afsláttarkort sem lækkar verulega notendagjöld á þessum sömu stöðum út almanaksárið. Einnig geta flestir þeir sem þurfa að fara oft í sjúkra-, iðju- eða talþjálfun fengið svokallað þjálfunarkort sem veitir afslátt frá notendagjöldum vegna þjálfunar í 12 mánuði. Afsláttarkortin fást hvort sem kostnaðarmörkum er náð með jafnri notkun heilbrigðisþjónustu allt árið eða vegna eins tilfallandi atviks. Það skiptir því verulegu máli hvort afsláttarkort vegna læknisþjónustu fæst í upphafi almanaksárs eða í lok ársins, skömmu áður en kortið fellur úr gildi. Hins vegar gildir þjálfunarkort í 12 mánuði, talið frá fyrsta meðferðarskipti. Einstaklingar sem þurfa þjónustu innan þess málaflokks eru því betur settir.

Ójöfnuður núverandi kerfis lýsir sér á fleiri vegu. Þannig geta þeir, sem þurfa að nota heilbrigðisþjónustu innan mismunandi málaflokka sjúkratrygginga, borið mikinn kostnað án þess að eiga nokkurn rétt á aukinni þátttöku trygginganna. Tannlækningar barna og lífeyrisþega falla t.d. ekki undir nein afsláttarkort. Þeir sem verða fyrir miklum kostnaði innan málaflokka sem gefa rétt á afsláttarkorti, fá mun hærra hlutfall kostnaðarins niðurgreitt frá sjúkratryggingum. Í núverandi kerfi eru einstaklingar því missettir eftir því t.d. hvaða sjúkdómar hrjá þá eða hvaða þjónustu þeir þarfnast.

Það er augljóst réttlætismál að samræmt afsláttarkort gildi fyrir alla málaflokka sjúkratrygginga. Verði slíku kerfi komið á skiptir ekki máli hvort notendagjöld falla til vegna t.d. læknisheimsóknna, tannlækninga, hjálpartækja, sjúkraþjálfunar eða lyfja. Þannig yrðu allir sjúkdómar og sjúklingar jafn „réttháir“. Með slíku afsláttarkorti mætti líta á sjúkratryggingar eins og tryggingu þar sem einstaklingarnir bæru ákveðna sjálfsábyrgð. Þegar hún væri greidd myndi þátttaka sjúkratrygginga aukast verulega. Með einu heildarafsláttarkorti yrði meginreglan því sú að því veikari sem einstaklingurinn væri því meiri greiðsluþátttöku fengi hann frá sjúkratryggingum. Einnig er mun sanngjarnara að miða afsláttarkort við hlaupandi tólf mánaða tímabil í stað almanaksárs. Með einu samræmdu afsláttarkorti má útrýma ýmsum sérreglum

sem orðið hafa til í tímans rás vegna skyndilausna eða áhrifa þrýstihópa. Slíkt fyrirkomulag eykur jöfnuð í kerfinu með því að stuðla að aukinni greiðsluþátttöku til veikustu einstaklinganna sem jafnframt eru oftast þeir tekjulægstu.

Niðurlag

Eðli og markmið sjúkratrygginga er að veita öllum tryggðum einstaklingum aðstoð við að greiða kostnað vegna nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu. Færð hafa verið rök fyrir því að notendagjöld í heilbrigðiskerfinu auki ójöfnuð og eigi því að vera sem allra lægst. Nauðsynlegt er að reglur um notendagjöld séu einfaldar og gegnsæjar og að þeim sé ekki beitt til þess að veita mismunandi afslætti á grundvelli margra, ólíkra þátta. Slíkt leiðir aðeins til þess að kerfið verður flókið og dýrt í rekstri og hættan á misnotkun eykst stórlega. Þá ná notendagjöld því síður tilgangi sínum þeim mun fleiri sem fá undanþágur frá þeim, með skraddarasniðnum reglum fyrir hvern sérhagsmunahóp.

Hlutverk sjúkratrygginga er í raun hið sama og hvers annars tryggingafélags; þeim er ætlað að veita tiltekna lágmarksaðstoð við tiltekin áföll. Nægi sú aðstoð ekki gerði löggjafinn ráð fyrir því að umframaðstoð væri veitt samkvæmt þörf eftir lögum um félagslega aðstoð⁹ og lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga.¹⁰ Reyndin hefur hins vegar orðið sú að í stað þess að beita félagslegri aðstoð eins og að var stefnt hafa reglur sjúkratrygginga verið aðlagðar mismunandi þörfum og félagsleg aðstoð verið takmörkuð við örfáar tegundir sjúkrakostnaðar, oft á grundvelli dægurþrass og pólitískra skyndi- eða sparnaðarþarfa, án nokkurrar heildarstefnu eða jafnræðissjónarmiða. Niðurstaðan er því reglur, eins og sjá má í töflu 1, sem eru illskiljanlegar jafnvel færustu sérfræðingum og oft óskiljanlegar almenningi. Um slíkar reglur verður seint mikil sátt. Því er nauðsynlegt að taka til gagngerrar endurskoðunar allt regluverk um greiðsluþátttöku sjúkratrygginga með það að markmiði að einfalda reglur til að tryggja jöfnuð. Við það mun stjórnunarkostnaður einnig lækka, verkferlar verða skilvirkari og hættan á sniðgöngu minnka.

⁹ Lög nr. 118/1993

¹⁰ Lög nr. 40/1991

Lítill yfirsýn hefur verið yfir þann kostnað sem sjúklingar og hópar sjúklinga með mismunandi sjúkdóma þurfa að bera vegna veikinda sinna og er full þörf á að kanna áhrif núverandi kerfis á þann þátt. Slík könnun er æskilegur grunnur að breytingum á kerfinu og leggur sjúkratryggingasvið Tryggingastofnunar ríkisins eindregið til að hún verði gerð. Sjúkratryggingasvið býður fram þá sérþekkingu sem fyrir hendi er innan sviðsins til þess að leggja drög að reglum um samræmt afsláttarkort er næði yfir flesta eða alla málaflokka sviðsins ef áhugi stjórnvalda og aðstæður leyfa.

Nóvember 2005,

Kristján Guðjónsson lögfræðingur, framkvæmdastjóri sjúkratryggingasviðs

Björk Pálsdóttir iðjuþjálfari, forstöðumaður hjálpartækjamiðstöðvar

Guðlaug Björnsdóttir viðskiptafræðingur, framkvæmdastjóri samninganefndar HTR

Inga J. Arnardóttir lyfjafræðingur, f.v. deildarstjóri lyfjadeildar

Ingibjörg K. Þorsteinsdóttir lögfræðingur, deildarstjóri sjúkratryggingadeildar

Ragna Haraldsdóttir lögfræðingur, sérfræðingur á sjúkratryggingasviði

Reynir Jónsson tryggingayfirtannlæknir

Una Björk Ómarsdóttir lögfræðingur, deildarstjóri slysatryggingadeildar

| Tegund sjúkrakostnaðar | Greiðslutilhögum | | | | | | | Ýmis sérkjör | | | | Tekjutengingar | | Ýmsar takmarkanir | | | Afsláttur á hluta sjúklings | | | Félagsleg aðstoð | | |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------|---------------------|----------------------------|---|--|-----------------------------|---|--|---|---|---|
| | Full greiðsla sjúklings (engin þáttaka TR) | Engin greiðsla sjúklings (full þáttaka TR) | Fast gjald sjúklings pr. komu/afgr. | Fast gjald sjúklings pr. komu/afgr. auk % með þaki | Prósentugjald sjúklings af kostnaði | Greiðsla sjúklings umfram prósentuþáttöku TR m.v. opinbera gjaldskrá | Prósentugjald sjúklings, með þaki | Þak á gr. sjúklings á tilteknu tímabili | Almenn sérkjör fyrir börn | Sérkjör fyrir börn með umönnunarkort | Almenn sérkjör fyrir örorku-kortshafa og aldraða | Sérkjör fyrir atvinnulausa | Almenn tekjutenging | Tekjutenging líffeyrisþega | Þáttaka TR takmörkuð við óðyrustu meðferð | Fast ákveðnir styrkir TR áháð kostnaði | Ákveðið þak á þátt. TR | Vaxandi þáttaka TR með vaxandi kostnaði sjúklings | Afsl.kort m.v. kostnað sjúklings á almanaksári | Afsl.kort m.v. kostnað sjúklings á 12 mánuðum | Möguleiki á endurgreiðslu vegna umtalsverðs kostnaðar, tekjutengt | Möguleiki á uppbót á líffeyri, tekjutengt |
| Almenn lækning hjálpar | | | já | | | | | já | já | já | já | | | | | | já | já | | já | já | |
| Sérfræðilækning hjálpar | | | | já | | | | já | já | já | já | | | | | | já | já | | já | já | |
| Slysaðeild / bráðamóttaka | | | já | | | | | já | já | já | já | | | | | | já | já | | já | já | |
| Göngud.þjónusta (ekki lækna) | | | já | | | | | já | já | já | já | | | | | | | | | | | |
| Röntgenþjónusta | | | | já | | | | já | já | já | já | | | | | | já | já | | já | já | |
| Rannsóknir | | | já | | | | | já | já | já | já | | | | | | já | já | | já | já | |
| Læknisvottorð (v/alm.tr) | | já sum | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tannlækningar - almennar | já 18-66 ára | | | | | já | | já | (já*) | já | | | já | | | | | | | | | |
| " - samþ.tannrétt. | | | | | | | | | | | | | | | | já | | | | | | |
| " - sérstakar samþ. | | | | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sjúkraþjálfun | | undant.** | | | já | | undant.*** | já | | já | | | já | | | | já, almennt | | já, alm. | já | | |
| Iðjuþjálfun | | | | | já | | | já | | já | | | já | | | | já, almennt | | já, alm. | já | | |
| Talþjálfun | | | | | já | | | já | | já | | | já | | | | já, almennt | | já, alm. | já | | |
| Heimahjúkrun | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ljósmeðrahjálpar | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Húðsjúkdómameðferð | | já sum | já sum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tæknifrjógvunarmeðferð | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lyf E- og B-merkt | | | | já pr. lyf | | | | | já | já | | | | | | | ákv. viðm.verð | | | | já | já |
| " *-merkt | | já | | | | | | | | | | | | | | | ákv. viðm.verð | | | | | |
| " 0-merkt | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | já v/ barna | já | |
| " skv. lyfjakorti | | (já) | | (já pr. lyf) | | | | | (já) | (já) | | | | | | | ákv. viðm.verð | | | | (já) | (já) |
| Næring, lífsnauðs, aminósýrur | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " um slöngu | | | | | | | já (á mán.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| " lífsnauðs, sérfræði | | | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | já, mán | |
| Hjálpartæki m/ skilaskyldu | | já flest | | | undant. | | | | | | | | | | | | | | | | já flest | |
| " stoðtæki | | já sum | | | já sum | | | | já | já | | | | | | | | | | | já flest | |
| " einnota/meðf.tæki | | já sum | | | já | | | | já | já | | | | | | | | | | | já sum | |
| " öndunarvélar | | já sum | | | | | já (á mán.) | já sum | | já sum | | | | | | | | | | | | |
| " kallkerfi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | já | |
| " viðgerðir/uppsetn. | | já flest | | | já sum | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bifreiðakaupstyrkir | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " 50-60% af kaupverði | | | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | já | |
| Ferðir innanlands | | | | | | já | | | gr. fylgd | | | | | | | | já (km.gj.) | | já | | | |
| Sjúkraflutningur | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sjúkrahúsvist | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hjúkrunarvist aldraða | | já, tekjut. | | | | | já | | | | | | já | | | | | | | | | |
| Dagvistun sjúklinga | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erlend sjúkrahjálpar innan EES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erlend sjúkrahjálpar utan EES | | | | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samþ. meðferð erlendis | | já | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " ferðakostn. | | já | | | | | | | gr. fylgd | | | | | | | | | | | | | |
| " dvalarkostn. | | | | | | | | | gr.fylgd | | | | | | | | | | | | já (dagp.) | |

* Eingöngu þau börn með umönnunarkort sem metin hafa verið til I.,II., og III. flokks umönnunagreiðslna fá meiri þáttöku frá TR í tannlækna-kostnaði

** Í ákveðnum tilvikum er heimilt að undanþiggja sjúkling greiðslu fyrir heimameðferð í sjúkraþjálfun

*** Á við greiðslu sjúklings fyrir heimameðferð í sjúkraþjálfun

**** Sömu sérkjör eiga hér líka við ísl. námsmenn erlendis