European Commission



State of Health in the EU

Ísland

Yfirlit heilbrigðismála 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Ritröðin um yfirlit heilbrigðismála aðildarlandanna

Með ritröðinni um ástand heilbrigðismála í aðildarlöndum ESB er ætlunin að birta stutt ágrip og stefnumótandi yfirlit heilsu- og heilbrigðismál í ESB-löndunum og á Evrópska efnahagssvæðinu. Henni er ætlað að draga fram séreinkenni og áskoranir hvers lands fyrir sig í ljósi alþjóðlegs samanburðar. Markmiðið er að styðja við bakið á þeim sem móta stefnuna og áhrifavalda með því að gera þeim kleift að læra hver af öðrum og skiptast á skoðunum.

Þessi ritröð er samstarfsverkefni Efnahags- og framfara-stofnunarinnar og European Observatory on Health Systems and Policies, í samstarfi við framkvæmdastjórn Evrópusambandsins. Teymið er afar þakklátt fyrir þær athugasemdir og tillögur sem bárust frá tengslaneti Health Systems and Policy Monitor, heilbrigðisnefnd Efnahags- og framfarastofnunarinnar og frá sérfræðinganefnd ESB um heibrigðisupplýsingar.

Efnisyfirlit

1. AÐALATRIÐI 3
2. HEILSUFAR Á ÍSLANDI 4
3. ÁHÆTTUÞÆTTIR 7
4. HEILBRIGÐISKERFIÐ 9
5. FRAMMISTAÐA HEILBRIGÐISKERFISINS 12
   5.1. Árangur 12
   5.2. Aðgengi 16
   5.3. Viðnámsþróttur 19
6. HELSTU NIÐURSTÖÐUR 22

Gögn og upplýsingaveitur

Gögnin og upplýsingarnar sem birtast í Ritröðinni um yfirlit heilbrigðismála í Evrópu eru einkum fengnar úr þeim opinberu hagskýrslum sem skilað hefur verið til Eurostat og Efnahags- og framfarastofnunarinnar, en farið var vandlega yfir þær til þess að tryggja að ítrustu kröfum um samanburðarhæfi væri framfylgt. Þær heimildir og þá aðferðafræði sem liggur að baki þessum gögnum er síðan hægt að nálgast í gagnagrunni Eurostat og í heilsufarsgagnagrunni Efnahags- og framfarastofnunarinnar. Einstöku viðbótargögn hafa auk þess komið frá Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), úttektum sem gerðar voru af Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) og Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO), auk ýmissa annarra heimilda á landsvísu.

Þau ESB-meðaltöl sem reiknuð voru út eru vegin meðaltöl aðildarlandanna 28 nema að annað sé tekið fram. Í þessu ESB-meðaltali er hvorki tekið tillit til Íslands né Noregs.

Lokið var við þessa samantekt í ágúst 2019, en hún er byggð á gögnum sem urðu tiltæk í júlí sama ár.

Til þess að hala niður Excel-skjalinu sem inniheldur allar viðeigandi töflur og línurit úr þessu yfirliti, þá nægir að slá eftirfarandi inn á eftir URL í vefvafranum þínum: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Iceland.xls

Hið lýðfræðileg, efnahags- og félagslega umhverfi sem ríkir á Íslandi árið 2017

Lýðfræðilegir þættir	Ísland	ESB
Íbúafjöldinn (áætlaður um mitt ár)	343.000	511.876.000
Hlutfall þeirra íbúa sem eru 65 ára (%) eða eldri	14,0	19,4
Frjósemistuðull [1]	1,7	1,6
Efnahags- og félagslegir þættir		
VLF á mann (Evrujafnvirðisgengi[2])	39.100	30.000
Hlutfallslegur fátækarstuðull[3] (%)	8,8	16,9
Atvinnuleysishlutfall (%)	2,8	7,6

1. Fjöldi fæddra barna á hverja konu á aldrinum 15-49 ára. 2. Jafnvirðisgengi (PPP) er skilgreint sem svo að það sé sú gengisskráning sem jafnar út kaupmáttinn á milli hinna ýmsu gjaldmiðla með því að eyða þeim verðmismun sem ríkir á milli hinna ýmsu landa. 3. Hlutfall þeirra einstaklinga sem þurfa að búa við innan við 60% af þeim meðal ráðstöfunartekjum sem metnar eru jafngildar.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat.

Afburður: Allar þær röksemdafærslur og álit sem hér koma fram eru eingöngu á ábyrgð höfundanna og ekki ber að túlka þær sem hina opinberu afstöðu Efnahags- og framfarastofnunarinnar eða einhvers aðilarlands hennar, og ekki heldur sem skoðanir European Observatory on Health Systems and Policies eða einhverra samstarfsaðila hennar. Einnig er alls óheimilt að líta sem svo á að það álit sem hér kemur fram endurspegli hina opinberu afstöðu Evrópusambandsins.

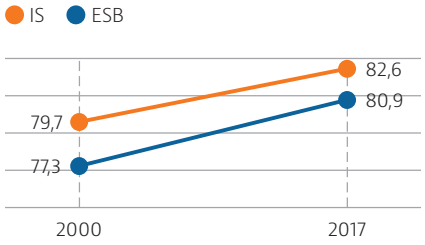
Skjal þetta og öll þau gögn og skýringarmyndir sem það innheldur, skal vera stöðu eða fullveldi sérhvers landssvæðis að skaðlausu, og sömuleiðis á afmörkun hvers kyns alþjóðlegum landamærum eða landamerkjum, auk nafns á sérhverju landssvæði, borg eða landssvæði.

Aukin afburðarákvæði varðandi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina má finna á http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (en hún kemur fram sem gestgjafastofnun og skrásetjari fyrir European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Aðalatriði

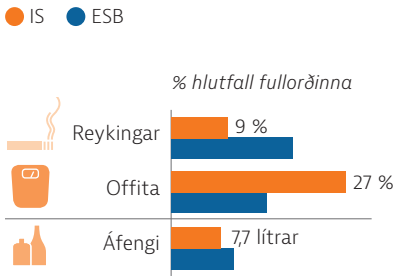
Lífslíkur fólks á Íslandi eru talsvert meiri en samsvarandi meðaltal í ESB-ríkjunum og almennt er heilbrigðisástand fólks gott, enda þótt talsverður efnahags- og félagslegur ójöfnuður sé fyrir hendi. Hegðunartengdir áhættuþættir leiða til meira en eins þriðja hluta af öllum dauðsföllum á Íslandi, þar sem slæmar matarvenjur og sívaxandi offita valda sérstökum áhyggjum. Íslenska heilbrigðiskerfið stendur sig tiltölulega vel í að sjá öllum fyrir góðu aðgengi að hágæða þjónustu, en þó fyrirfinnst ákveðinn munur á milli tekjuhópa hvað varðar þarfir sem ekki er komið til móts við. Töluverð áskorun felst í því að styrkja heilsugæslukerfið og gera heilsugæslulæknum kleift að vera fyrsti viðkomustaðurinn innan heilbrigðiskerfisins og bregðast betur við vaxandi þunga vegna langvinnra sjúkdóma.



Lífslíkur við fæðingu í árum

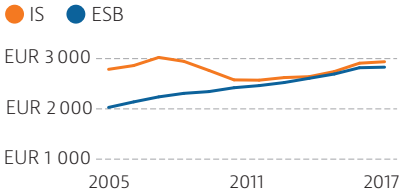
Heilsufar á íslandi

Lífslíkur við fæðingu á Ísland jukust um næstum þrjú ár á tímabilinu á milli áranna 2000 til 2017 þegar þær náðu 82,6 árum, sem er næstum tveimur árum hærra en ESB-meðaltalið. Það má einkum rekja þennan ávinning til fækkunar dauðsfalla af völdum blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta og heilablóðfalls. Engu að síður, þá hefur komið í ljós að munur á lífslíkum eftir menntunarstigi hefur aukist allt frá árinu 2011 þar sem þeir með minni menntun hafa dregist aftur úr þeim sem eru með meiri menntun.



Áhættuþættir

Flokka mátti rúmlega einn af hverjum fjórum Íslendingum (27%) með offitu árið 2017, sem er mun hærra hlutfall en í nokkru ESB-landi. Aftur á móti, þá var tóbaks- og áfengisneysla með því allra minnsta. Innan við tíundi hver fullorðinna reykir daglega – sem er aðeins helmingur miðað við ESB-ríkin. Áfengissneysla fullorðinna Íslendinga telst einnig einhver sú allra minnsta sem þekkist í Evrópu, þar sem hún er um 20% minni en meðaltalið í Evrópuríkjunum.



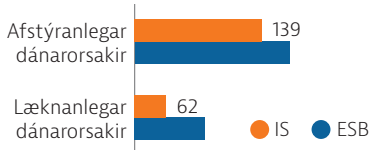
Útgjöld á hvern íbúa (EUR PPP)

Heilbrigðiskerfið

Útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa á Íslandi hafa á undanförnum árum verið á svipuðu róli og ESB-meðaltalið, en teljast þó vera lægra hlutfall af VLF. Hlutfall hins opinbera af útgjöldum til heilbrigðismála nam 82% á árinu 2017, sem er örlítið hærra en ESB-meðaltalið sem stóð í 79%. Afgangurinn af útgjöldunum eru að mestu leyti útgjöld heimilanna, en þar var einkum um að ræða lyfja- og tannlæknakostnað.

Árangur

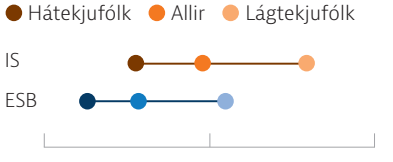
Hlutfall dauðsfalla sem hægt er að koma í veg fyrir er lágt, sem bendir til árangurs í forvarnarmálum. Hlutfall þeirra orsaka dauðsfalla sem hægt er að meðhöndla er einnig mun lægra en samsvarandi ESB-meðaltal, sem bendir til þess að heilbrigðiskerfið veitir árangursríka bráðaþjónustu þegar um lífshættuleg tilfelli er að ræða.



Dánartíðni leiðrétt fyrir aldurshópa á hverja 100.000 íbúa, 2016

Aðgengi

Aðspurðir segjast Íslendingar lítið finna fyrir skorti á læknisþjónustu, enda þótt töluverður munur ríki á milli tekjuhópa, sem er meiri en meðaltal ESB-ríkjanna segir til um og meiri en þekkist annars staðar á Norðurlöndunum. Dregið hefur út biðtíma eftir valaðgerðum, sem er þó engu að síður lengri en í fjölmörgum ESB-ríkjum.



% hlutfall þeirra sem kvarta yfir óuppfylltri læknisþörf, 2016

Viðnámsþróttur

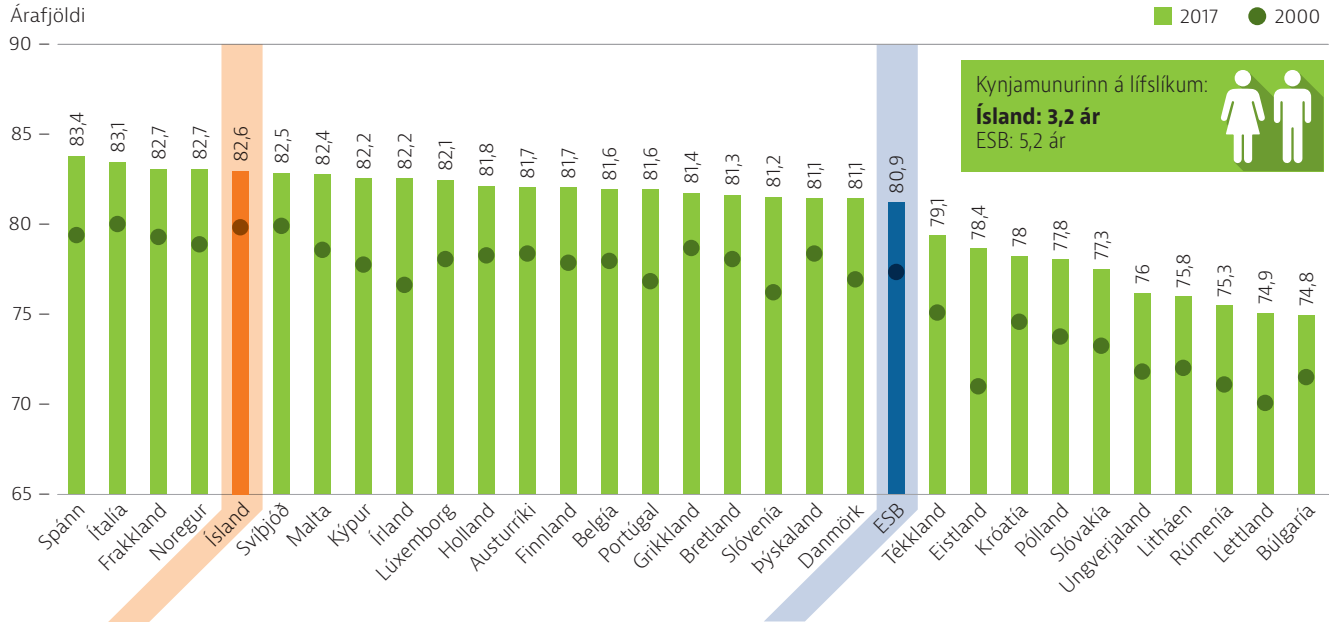
Búist er við því að útgjöld til heilbrigðismála muni aukast, einkum vegna hækkandi meðalaldurs íbúanna og vegna tækninýjunga. Árangur hefur náðst með aukinni skilvirkni sjúkrahúsþjónustunnar og með því að færa einfaldari þjónustu til heilsugæslustöðva og annarra þjónustuveitenda, en heilsugæslan stendur frammi fyrir þeim áskorunum að mæta vaxandi þunga sem fylgir öldrun þjóðarinnar með nýstárlegum og skilvirkum hætti.

2 Heilsufar á Íslandi

Lífslíkur á Íslandi eru meiri en samsvarandi ESB-meðaltal, en þó hefur dregið úr þeim mun

Lífslíkur við fæðingu á Ísland jukust á síðasta áratug þannig að árið 2017 náðu þær 82,6 árum, sem er næstum tveimur árum hærra en ESB-meðaltalið sem nam 80,9 árum (Mynd 1). En þrátt fyrir þetta, þá hefur aukningin á lífslíkum frá árinu 2000 verið hægari en í sumum ESB-ríkjanna sem nú hafa náð forskoti hvað lífslíkur áhrærir (Spánn, Ítalía og Frakkland). Að jafnaði lifa konur 3,2 árum lengur en karlmenn (84,3 ár samanborið við 81,1 ár), enda þótt þessi kynjamunur sé minni en ESB-meðaltalið sem er 5,2 ár.

Mynd 1. Lífslíkur við fæðingu á Íslandi eru rúmlega heilu ári lengur en ESB-meðaltalið



Heimild: Gagnagrunnur Eurostat.

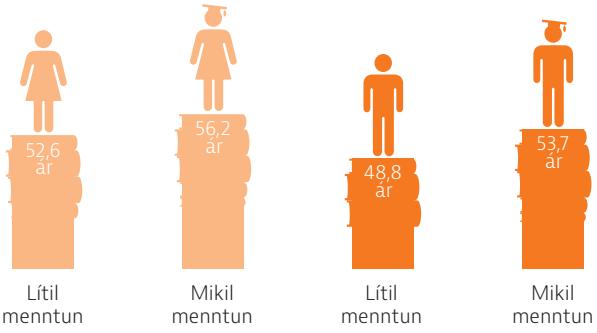
Félagslegur ójöfnuður leiðir nú til þess að munur á lífslíkum er að aukast

Ójafnar lífslíkur á Íslandi er ekki eingöngu hægt að rekja til kynjamismunar heldur einnig til félags- og efnahagslegrar stöðu, þar með talið menntunar- og tekjustigs. Á árinu 2018 var staðan sú að lífslíkur þrítugra karlmanna með lægsta menntunarstigið var næstum fimm árum lægra en þeirra sem sátu á toppnum að þessu leyti. Þessi munur á lífslíkum eftir menntun var lægri á meðal kvenna, eða 3,6 ár (Mynd 2).

Milli áranna 2011 til 2018 breikkaði bilið á milli þeirra með minnstu og þeirra með mestu menntun um eitt og hálft ár, þar sem nánast engin aukning átti sér stað hjá þeim með minnstu menntunina (Hagstofa Íslands 2019).

Þennan mun á lífslíkum eftir menntunarstigi má að hluta til útskýra með því að hópar eru misútsettir fyrir mismunandi áhættu- og lífstílsþáttum, þar með talið hærri reykingatíðni, lakari næringarvenjur og hærra offituhlutfalli meðal karla og kvenna með lægra menntunarstig (sjá 3. kafla). Auk þess tengist þessi munur á lífslíkum mismunandi tekjustigi og lífskjörum, sem svo aftur leiðir til aukinna áhrifa frá öðrum áhættuþáttum og aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

Mynd 2. Munur á lífslíkum eftir menntunarstigi er um það bil 5 ár hjá körlum, en 3,5 ár hjá konum



Munur á lífslíkum eftir menntunarstigi við 30 ára aldur:

Ísland: 3,6 ár
ESB21: 4,1 ár

Ísland: 4,9 ár
ESB21: 7,6 ár

Athugasemd: Gögnin vísa til þess hverjar lífslíkurnar eru við 30 ára aldursmarkið. Æðri menntun er þannig skilgreind að um sé að ræða fólk sem lokið hafi menntun á háskólastigi (ISCED 5-8) á meðan að lágt menntunarstig er skilgreint svo að um sé að ræða fólk sem ekki hafi lokið framhaldsskólanámi (ISCED 0-2).
Heimildir: Hagstofa Íslands (vísað í gögn frá 2018) og gagnagrunnur Eurostat að því er varðar ESB-meðaltalið (vísað í gögn frá 2016).

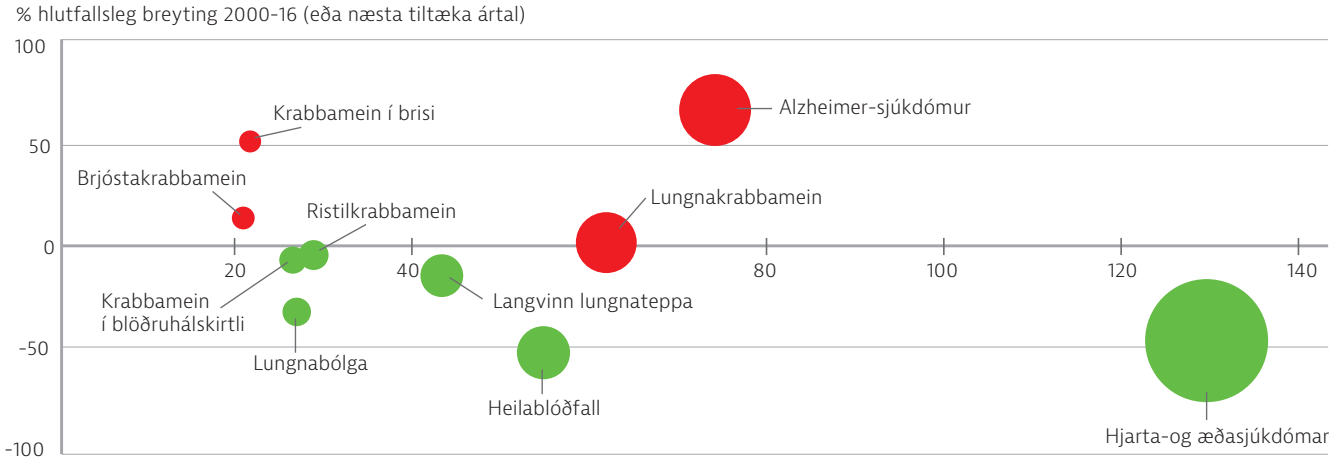
Helsta dánarorsök á Íslandi er enn sem fyrr blóðþurrðarsjúkdómar í hjarta, en aukning er á dauðsföllum af völdum Alzheimer-sjúkdómsins

Dánartíðnin af völdum blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta lækkaði töluvert á milli áranna 2000 og 2016 (Mynd 3), en hana má einkum rekja til minni tóbaksnotkunar (sjá 3. kafla). Engu að síður, þá mátti enn rekja 13% allra dauðsfalla á Íslandi árið 2016 til blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta.

Dánartíðni af völdum Alzheimer-sjúkdómsins hefur aukist hröðum skrefum frá árinu 2000, þannig að hann telst nú næstalgengasta dánarorsökin á Íslandi, enda þótt rétt sé að benda á að sú aukning stendur a.m.k. að hluta til í tengslum við betri greiningaraðferðir og bætt vinnubrögð við skráningu á dánarorsökum.

Lungnakrabbamein er enn algengasta dánarorsökin af völdum krabbameins, en fast á hæla þess fylgja krabbamein í ristli og blöðruhálskirtli.

Mynd 3. Hjarta- og æðasjúkdómar eru enn sem fyrr helsta dánarorsökin á Íslandi

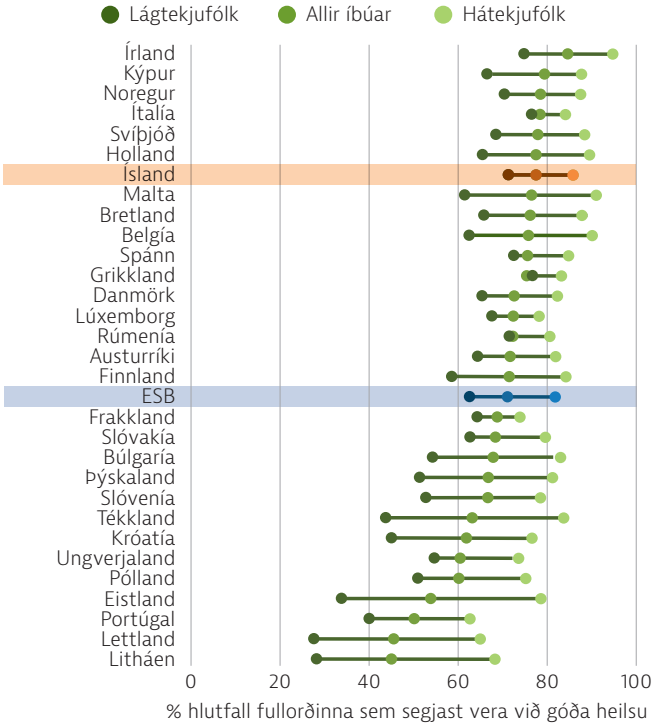


Athugasemd: Stærðin á bólunum er í réttu hlutfalli við dánarorsakirnar á árinu 2016. Aukningu dánartíðninnar í tengslum við Alzheimer-sjúkdóminn má að stórum hluta rekja til breyttra greiningaraðferða og skráninga á dánarorsökum.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat

Flestir Íslendingar segjast vera við góða heilsu en ójöfnuður vegna tekjuskiptingar er þó enn viðvarandi

Þrír fjórðu hlutar íbúanna segjast vera við góða heilsu, sem er nokkru hærra en ESB-meðaltalið sem stendur í 70%. Engu að síður, þá er, eins og í öðrum löndum, fólk með lægri tekjur síður líklegt til að segjast vera við góða heilsu: 70% þeirra tekjulægstu segjast vera við góða heilsu, samanborið við 84% þeirra tekjuhæstu (Mynd 4).

Mynd 4. Ójöfnuður og sjálfsmat á heilsufari skoðað eftir tekjum er svipaður og ESB-meðaltalið



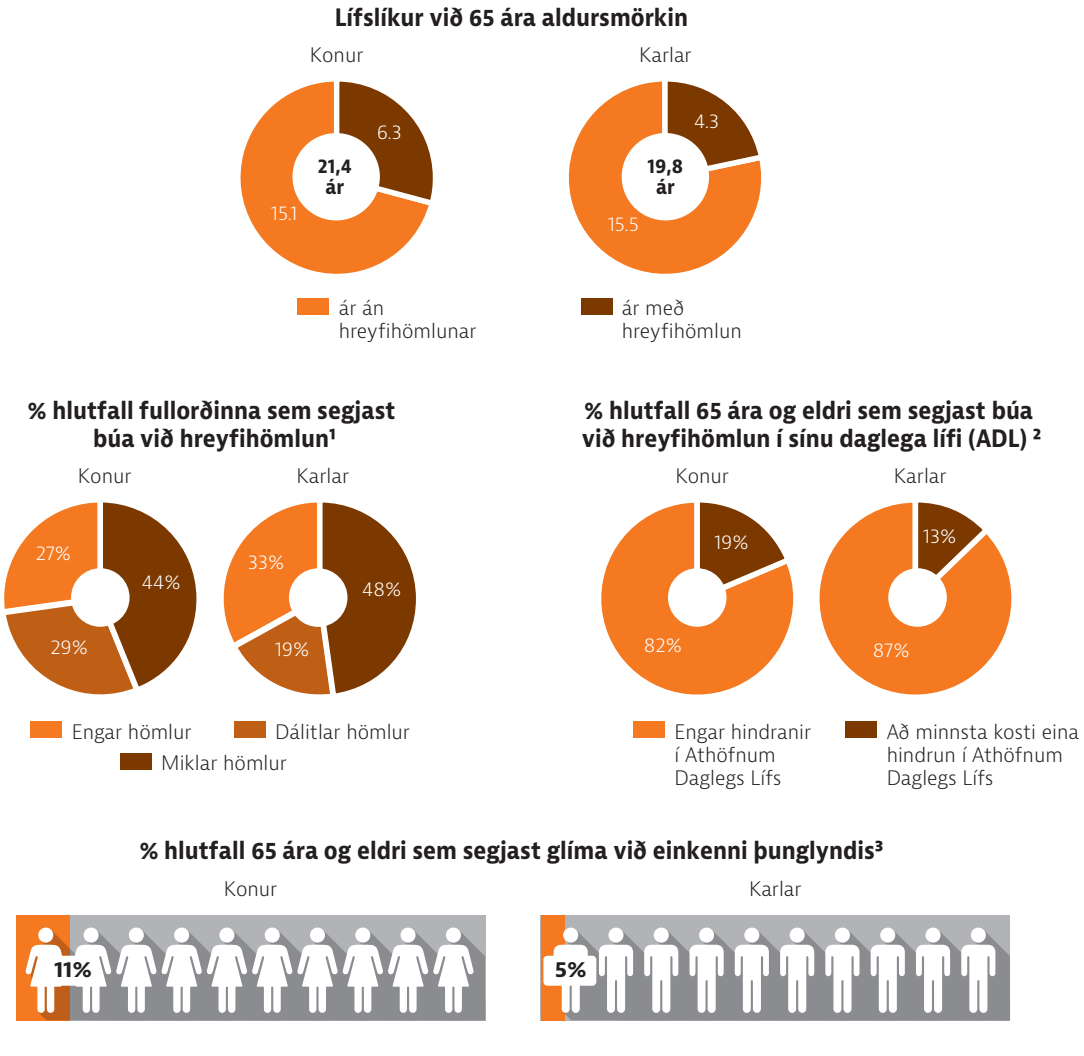
Athugasemd: 1. Skiptingin á milli heildaríbúafjöldans og þeirra sem búa við lágar tekjur er nokkurn veginn sú sama.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat, sem byggist á EU-SILC (gögnin vísa til 2017, nema til 2016 að því er varðar Ísland).

Þrátt fyrir að vera haldnir ýmsum kvillum og sjúkdómum, þá geta aldraðir samt gert sér vonir um að lifa fjölmörg ár til viðbótar

Hlutfall þeirra sem eru 65 ára og eldri eykst stöðugt á Íslandi vegna þess að lífslíkur hafa aukist og dregið hefur úr frjósemi. Á árinu 2019 voru 14% íbúanna 65 ára og eldri, og hafði hlutfallið þá aukist úr 10% árið 1980, og gert er ráð fyrir því að fram til 2050 nái þessi tala 25%.

Á árinu 2017 gátu Íslendingar sem náð höfðu 65 ára aldri gert sér vonir um að lifa ein 20 ár til viðbótar, nánar tiltekið voru viðbótarárin hjá konum 21,4 ár, en 19,8 ár hjá körlum (Mynd 5). Hins vegar snýst þessi kynjamunur við þegar kemur að þeim viðbótarárum sem fatlaðir geta gert sér vonir um, því konur glíma tiltölulega lengur við fötlun og þráláta sjúkdóma. Konur sem eru 65 ára og eldri eru einnig tvöfalt líklegri en karlmenn til þess að greina frá því að þær eigi við þunglyndi að stríða.

Mynd 5. Tveir þriðju Íslendinga segjast glíma við skyn- og hreyfihamlanir



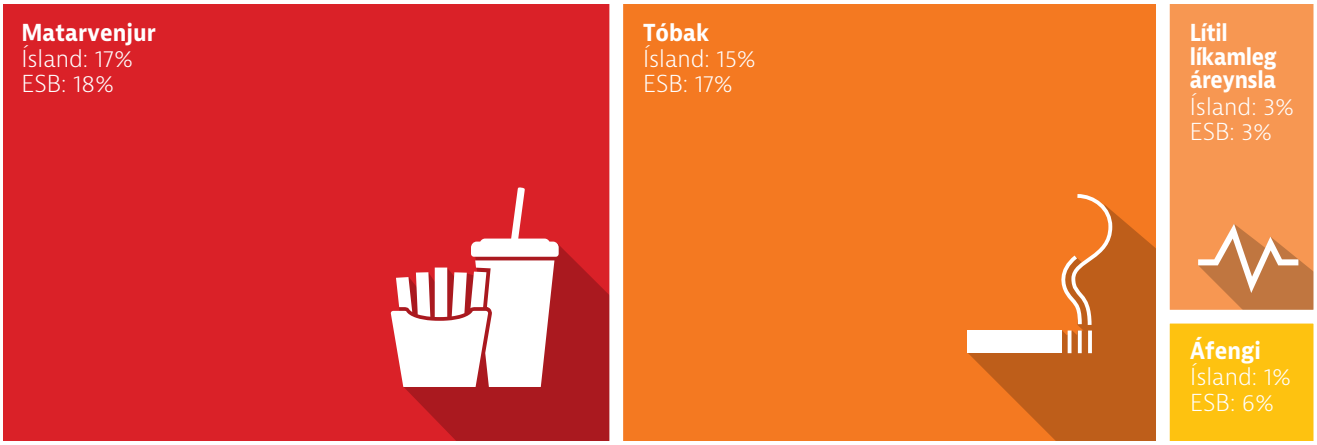
Athugasemd: 1. Til slíkra skyn- og hreyfihamlana teljast bæði líkamlegar takmarkanir og á skynjun (sjón, heyrn og gangur). 2. Til grundvallarþátta daglegs lífs telst að geta klætt sig, gengið þvert yfir herbergi, farið í bað eða sturtu, borðað, komist hjálparlaust á fætur og háttað sig, og notað salernið. 3. Samkvæmt PHQ-8 stuðlinum, þá telst fólk glíma við þunglyndiseinkenni ef það greinir frá því að það þjáist af tveimur eða fleiri depurðartengdum vandamálum (af alls átta breytilegum þáttum).
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat varðandi lífslíkurnar, hvort heldur sem er með eða án fötlunar (gögnin vísa til 2017) en til European Health Interview Survey vegna annarra vísbendinga (gögnin vísa til 2015).

3 Áhættuþættir

Hegðunartengdir áhættuþættir valda rúmlega þriðjungi allra dauðsfalla á Íslandi

Hegðunartengdir áhættuþættir leiða til rúmlega þriðjungs allra dauðsfalla á Íslandi (Mynd 6). Áhætta tengd matarvenjum leiddi til rúmlega eins sjötta allra dauðsfalla ársins 2017, sem rekja mátti til of lítillar ávaxta- og grænmetisneyslu en of mikillar neyslu á sykri og salti. Áætlað er að tóbaksnotkun (jafnt beinar sem óbeinar reykingar) hafi leitt til 15% af öllum dauðsföllunum. Hins vegar leiddi áfengisneysla, að því að talið er, aðeins til um 1% dauðsfallanna, sem er langt innan við ESB-meðaltalið sem nam 6%. Skortur á líkamlegum æfingum er talinn bera ábyrgð á 3% dauðsfallanna, sem er hið sama og ESB-meðaltalið.

Mynd 6. Talið er að rúmlega þriðjung allra dauðsfalla á Íslandi megi rekja til lífstílsáhættuþátta sem hægt er að breyta



Athugasemd: Samtala þeirra dauðsfalla sem rekja má til þessara áhættuþátta (800) er lægri heldur en samanlagður fjöldi þeirra ef hver og einn er talinn sérstaklega (850), þar sem unnt er að tengja sum dauðsföll við fleiri en einn áhættuþátt. Áhættuþættir tengdir mataræði teljast vera alls 14, en þar á meðal má nefna litla ávaxta- og grænmetisneyslu, óhóflega neyslu á sykurríkum drykkjarvörum og tóbaksnotkun, jafnt beinar sem óbeinar reykingar.
Heimild: IHME (2018), Global Health Data Exchange (áætlaðar tölur vísa til ársins 2017).

Tíðni yfirþyngdar og offitu er hærri á Íslandi en í flestöllum ESB-ríkjunum

Offita leiðir til aukinnar áhættu á háum blóðþrýstingi, sykursýki, hjartaáfalli og annarra hjarta- og æðasjúkdóma, auk þess að vera áhættuþáttur fyrir ákveðnar krabbameinstegundir. Hlutfall þeirra fullorðnu Íslendinga sem þjást af offitu hefur aukist síðasta áratuginn, farið úr 12% árið 2002 í 27% árið 2017. Fimmtungur 15 ára gamalla íslenskra drengja og stúlkna voru yfir kjörþyngd eða of feit á árunum 2013-14, en það var þriðja hæsta hlutfallið í Evrópu.

Þetta stangast á við það að einn af hverjum fimm 15 ára unglingum (19,5 %) tekur þátt í miðlungs- eða erfiðum líkamsæfingum, sem er allnokkru hærra en ESB-meðaltalið (15%), en þó kemur fram sláandi munur á líkamsæfingum stúlkna (14%) og drengja (25%). Þrátt fyrir að reglulegar líkamlegar æfingar séu algengari meðal íslenskra barna, og reyndar fullorðinna líka, en tíðkast í flestöllum ESB-ríkjunum, þá leiða slæmar neysluvenjur til þess að offituhlutfallið helst hátt. Árið 2017 greindu meira en helmingur allra fullorðinna frá því að þeir borði ekki svo mikið sem einn ávaxtabita á degi hverjum, sem er hærra hlutfall en í flestöllum ESB-ríkjunum. Hlutfall fullorðinna sem segjast ekki borða einn grænmetisskammt á dag er lægra (um þriðjungur) sem er í námunda við ESB-meðaltalið (Mynd 7).

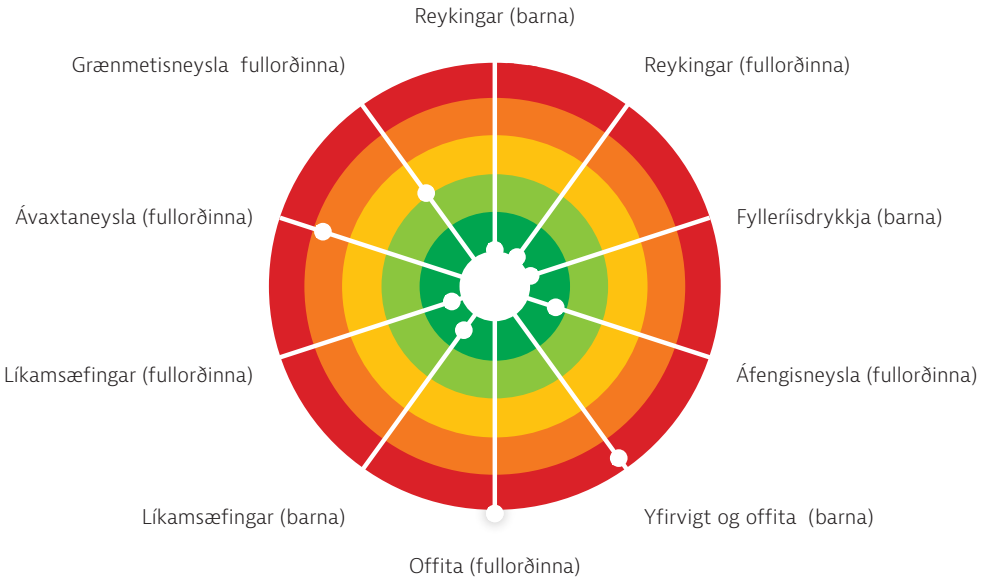
Tíðni tóbaksnotkunar og óhóflegrar áfengisneyslu ungmenna er mjög lág

Reykingar ungmenna eru minni á Íslandi heldur en í nokkru ESB-landi, þar sem aðeins 5% af 15 og 16 ára gömlum drengjum og 7% stúlkna greindu frá því að þau hefðu reykt vindlinga í síðastliðnum mánuði á árinu 2015. Þetta hlutfall hefur farið sílækkandi allt frá árinu 1995. Hvað fullorðna Íslendinga áhrærir, þá sögðust innan við 10% reykja daglega á árinu 2018 – sem er eitthvert lægsta hlutfall sem þekkist í Evrópu. Aftur á móti kom í ljós að meðal þeirra sem voru með takmarkaða menntun var hlutfall þeirra sem reykja rúmlega tvöfalt hærra en á meðal hámenntaðra landsmanna.

Óhófleg áfengisneysla er einnig mun minni á Íslandi heldur en tíðkast í flestum ESB-löndum. Um það bil 7% drengja á aldrinum 15 og 16 ára og 8% stúlkna sögðust hafa lent að minnsta kosti einu sinni í of mikilli áfengisdrykkju (sem almennt kallast fylleri) í síðastliðnum mánuði á árinu 2015, sem er lægsta hlutfallið í Evrópu. Sömuleiðis neyta fullorðnir Íslendingar mun minna áfengis samanborið við allflest ESB-lönd.[1]

Lága tíðni tóbaksnotkunar og óhóflegrar áfengisneyslu ungmenna má að hluta til þakka þegar hinni íslensku forvarnaráætlun var hleypt af stokkunum seint á tíunda áratugnum. Markmiðið með þessu átaki var að styrkja þá innviði samfélagsins sem haft gætu forvarnaráhrif, þar á meðal að foreldrar fylgdust með börnum sínum og hefðu samráð sín á milli; að samfélagið í heild léti sig málið varða og hvetja ungmenni til þess að taka þátt í skipulagðri íþróttastarfsemi og draga þannig úr áhættuþáttum (Kristjánsson o.fl., 2016).

Mynd 7. Offita er meiriháttar lýðheilsuvandamál á Íslandi



Athugasemd: Þeim mun nær sem punkturinn er miðju myndarinnar, þeim mun betur stendur landið sig í samanburði við ESB-lönd. Ekkert land er staðsett á hvíta 'marksvæðinu' sem segir okkur að það er nægilegt svigrúm til framfara á öllum sviðum.
Heimild: Útreikningar Efnahags- og framfarastofnunarinnar eru byggðir á ESPAD-könnuninni frá 2015 og HBSC- könnuninni frá 2013-14 að því er varðar vísbendingarnar um ungmennin og á EU-SILC 2017, EHIS 2014 og á Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar frá 2019 um hina fullorðnu.

1: Fylliríisdrykkja er skilgreind sem svo að hún sé til staðar þegar börn eða ungmenni drekka fimm eða fleiri áfengissjússa í einu.

4 Heilbrigðiskerfið

Á Íslandi er opinbert heilbrigðiskerfi á vegum ríkisins sem nær til allra landsmanna

Heilbrigðiskerfið á Íslandi er að mestu fjármagnað úr opinberum sjóðum, þar sem öllum landsmönnum er tryggð heilbrigðisþjónusta með að hluta til samþættu kaupanda-veitenda stýrðu kerfi (fjármagnað með sköttum, ríkisrekið). Það eru sjö heilbrigðisumdæmi og hið almenna sjúkratryggingakerfi er fjármagnað með árlegum framlögum á fjárlögum ríkisins.

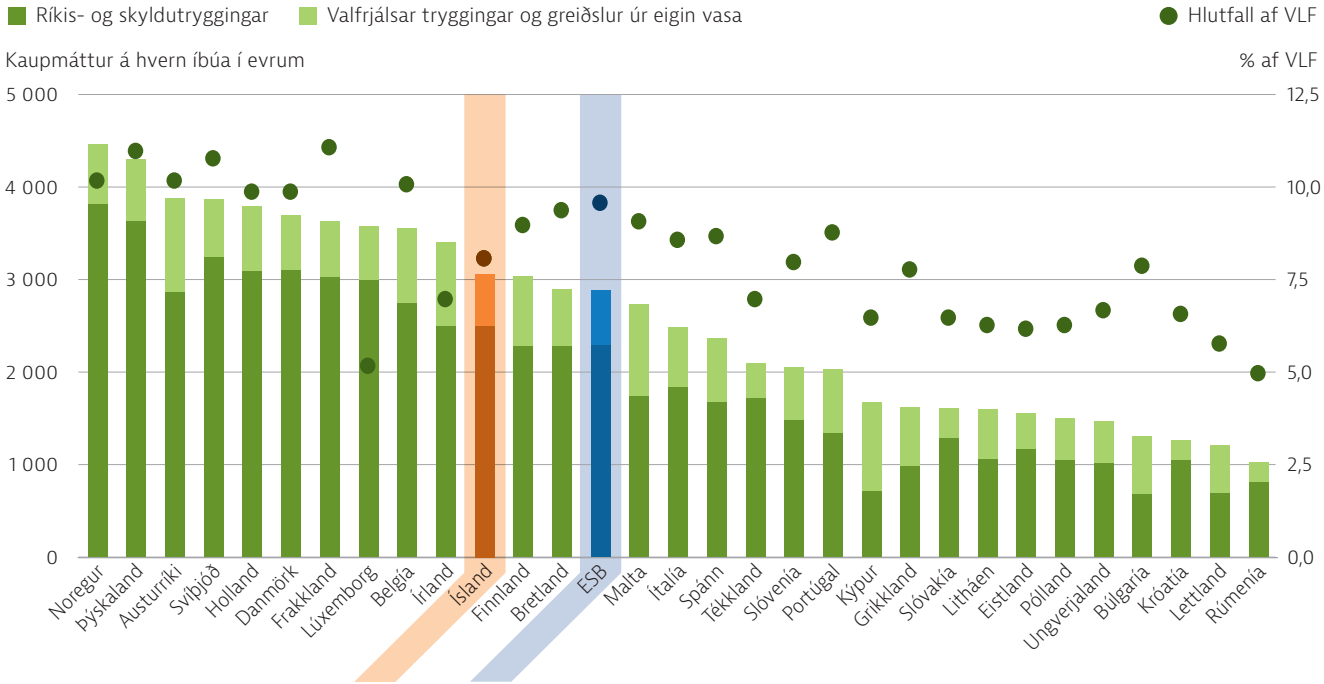
Einkageirinn hefur vaxið hröðum skrefum

Þótt allflestir veitendur heilbrigðisþjónustu séu opinberir aðilar, þá hefur fjöldi og umfang einkarekinnar þjónustu, jafnt þeirrar sem rekin er í hagnaðarskyni eða ekki, aukist á undanförnum árum. Þetta hefur gert heilbrigðisþjónustuna margþættari og sundurleitari og kallað á nauðsyn stýringar og samningagerðar. Þar sem heilsugæslan starfar ekki eftir tilvísanakerfi, sem hefði það að markmiði að stýra aðgangi að þjónustunni, þá hafa sérfræðilæknar getað stofnað einkareknar læknastöðvar og komist þannig á samning byggðan á verkgreiðslum við Sjúkratryggingar Íslands, sem fer með opinbera samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu. Ný heilbrigðisstefna, sem miðar að því að taka á mörgum þessara álitamála, hefur verið samþykkt – og þá einkum með áherslu á það hlutverk heilsugæslunnar að stýra aðgangi, mikilvægi samþættingar innan heilbrigðiskerfisins, og þjónustutengda fjármögnun.

Ísland ver meiri fjármunum í heilbrigðismál á hvern íbúa en ESB-meðaltalið, en minna sem hlutfall af VLF

Útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa á Íslandi eru örlítið hærri en ESB-meðaltalið, en þó lægri sem hlutfall af VLF (Mynd 8). Útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa námu 3.055 evrum árið 2017 (leiðrétt með tilliti til mismunandi kaupmáttar), lítið eitt hærra en ESB-meðaltalið sem nam 2.884 evrum. Samt námu útgjöld Íslands til heilbrigðismála aðeins 8,3% af VLF, talsvert lægra en ESB-meðaltalið sem nam 9,8%.

Mynd 8. Útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa á Íslandi eru örlítið hærri en ESB-meðaltalið, en lægri sem hlutfall af VLF



Heimild: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019 (gögnin vísa til 2017).

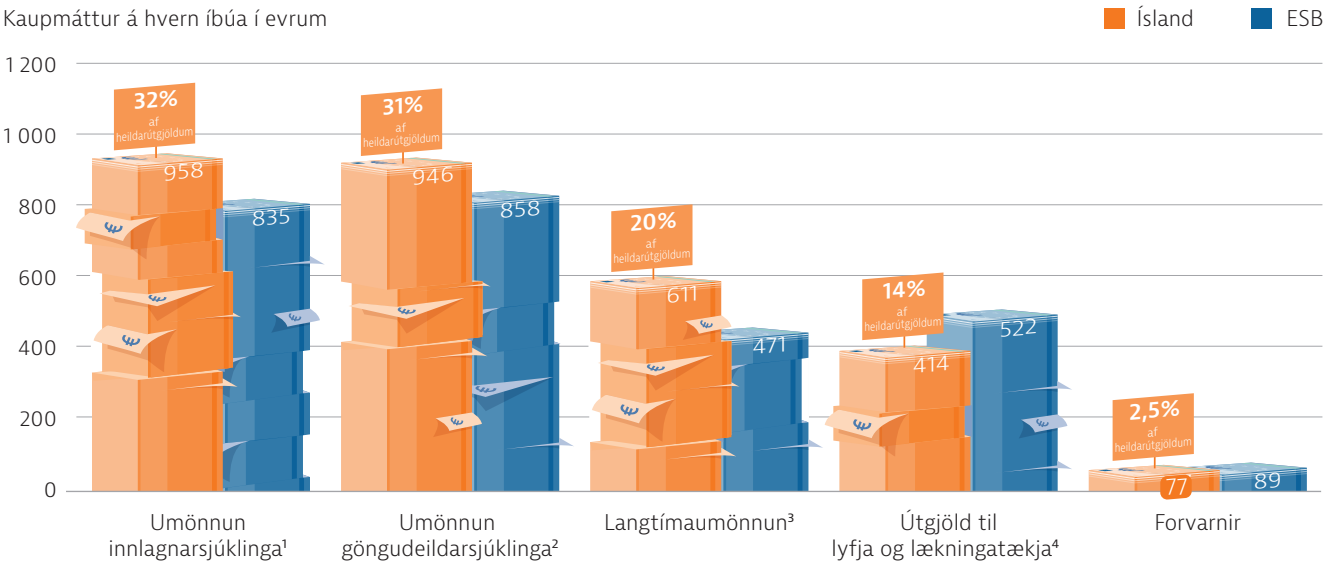
Útgjöld til heilbrigðismála eru að mestu fjármögnuð af hinu opinbera

Hlutfall hins opinbera af núverandi heildarútgjöldum til heilbrigðismála á Íslandi nam næstum 82% á árinu 2017, sem var hærra en ESB-meðaltalið (79%). Greiðslur heimilanna (OOP) námu nánast öllu því sem út af stóð – næstum 17% af útgjöldunum til heilbrigðismála árið 2017 – örlítið hærra en ESB-meðaltalið sem nam tæplega 16%. Þar er einkum um að ræða greiðsluþátttöku sjúklinga við heimsóknir á heilsugæslustöðvar, til tannlækna og vegna lyfjakostnaðar, en lækkun kostnaðar eða undanþágur eru veittar efnaminni hópum. Innlagnir á sjúkrahús eru sjúklingnum að kostnaðarlausu, sem og allar þær rannsóknir og lyf sem hann þarf á að halda á meðan á sjúkrahúsdvölinni stendur.

Stærstur hluti útgjaldanna fer til innlagnar- og göngudeildarþjónustu, en lítið til forvarna

Ísland ver langstærstum hluta sinna útgjalda til heilbrigðismála í innlagnar- og göngudeildarþjónustu, þar sem hvor um sig fær rétt rúmlega 30% af heildarútgjöldum (Mynd 9). Á árinu 2017 var fimmtungi (20%) útgjalda til heilbrigðismála varið í langtímaumönnun, sem er hærra hlutfall en ESB-meðaltalið sem nam 16%. Með margskonar aðgerðum tókst Íslandi að lækka hlutfall útgjalda sem varið er til lyfja- og hjálpartækjakaupa úr meira en 18% árið 2010 niður í 14% árið 2017. Aðeins 2,5% af útgjöldunum til heilbrigðismála var varið í forvarnir árið 2017 (lægra en 3,1% ESB-meðaltalið).

Mynd 9. Innlagnar- og göngudeildarþjónusta eru tveir stærstu útgjaldaliðirnir



Athugasemd: Stjórnunarkostnaður er ekki meðtalinn. 1. Umönnun í lækningar- eða endurhæfingarskyni, á sjúkrahúsi eða öðrum meðferðarstöðum, er meðtalinn; 2. Umönnun í heimahúsum meðtalinn; 3. Aðeins þáttur heilbrigðisþjónustunnar meðtalinn; 4. Aðeins þjónusta utan sjúkrahúsa meðtalin. Heimildir: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019 (gögnin vísa til 2017); gagnagrunnur Eurostat (gögnin vísa til 2017).

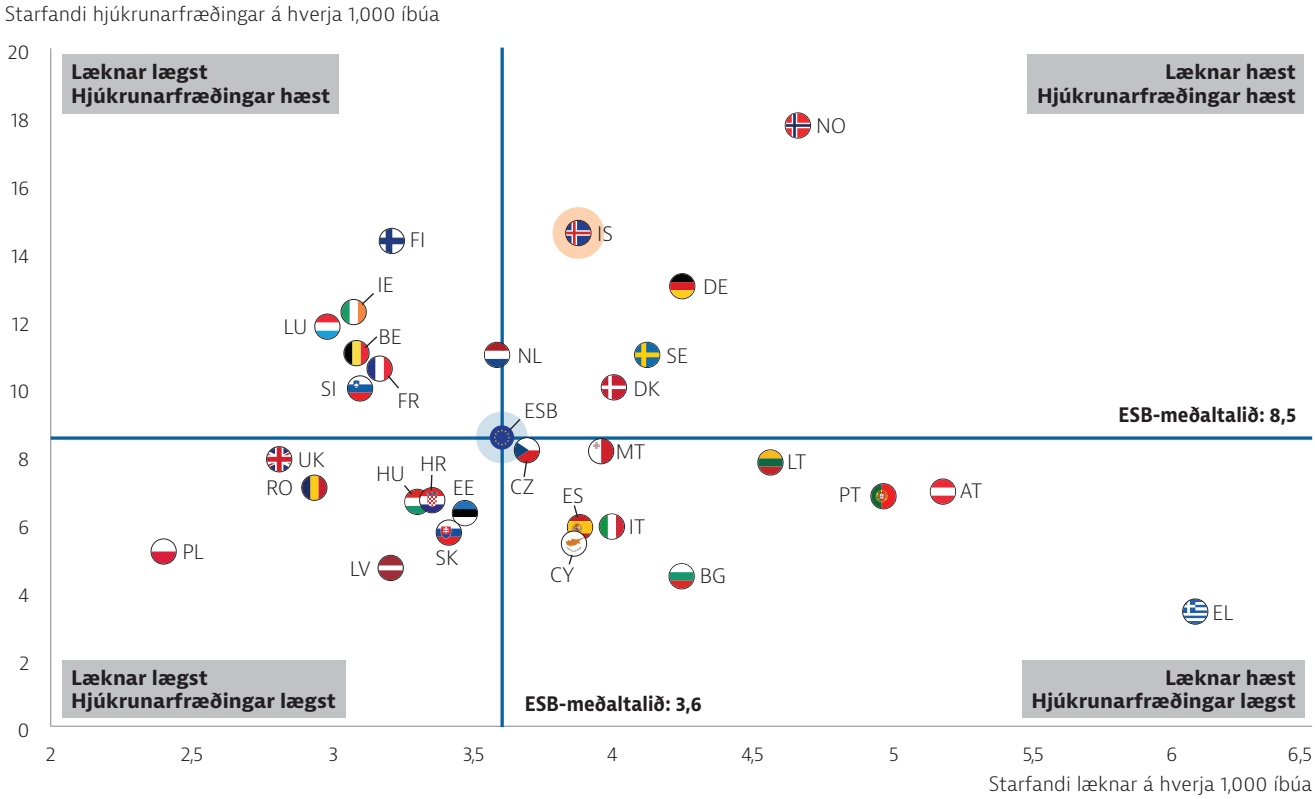
Fjöldi lækna og hjúkrunarfólks er meiri en sem nemur ESB-meðaltalinu

Á Íslandi eru fleiri læknar og meiri fjöldi hjúkrunarfólks á hvern íbúa samanborið við ESB-meðaltalið (Mynd 10). Aftur á móti er stór hluti læknanna sérfræðilæknar, meðan heimilislæknar (GP) eru aðeins einn sjötti hluti lækna á árinu 2017 (16,5%), samanborið við ESB-meðaltalið með rúmlega fjórðung (27%). Þetta háa hlutfall sérfræðilækna samanborið við heimilislækna leiðir til hærri tíðni heimsókna til sérfræðilækna samanborið við önnur Norðurlönd.

Þar sem heimilislæknar hafa ekki það hlutverk að stýra aðgangi að þjónustu með tilvísunum, þá leiðir það til þess að heilsugæslan stendur tiltölulega höllum fæti. Fyrstu samskipti sjúklings við lækni eru oft og tíðum við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Engu að síður, þá eru opinberar heilsugæslustöðvar (PCC) um allt land þar sem heimilislæknar eru launþegar. Þessar heilsugæslustöðvar veita margháttaða heilsugælsluþjónustu, þar með talin heimahjúkrun, skólahjúkrun, heilsuefling og sjúkdómavarnir, auk þjónustu utan almenns vinnutíma. Þá eru einkareknar heilsugæslustöðvar (PCC), sem veita alla helstu heilsugæsluþjónustu á grundvelli þjónustusamnings við Sjúkratryggingar Íslands.

Í Íslandi er tiltölulega hátt hlutfall hjúkrunarfólks, þar eru átt við bæði hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Engu að síður eykst eftirspurn eftir hjúkrunarfólki stöðugt, einkum vegna síhækkandi hlutfalls aldraðra og eftirspurn eftir þjónustu hjúkrunarfólks, bæði á sjúkrahúsum og öldrunarstofnunum. Að þjálfa og ráða nægilega marga nýja hjúkrunarfræðinga til starfa hefur reynst nokkur áskorun, auk þess sem við hefur bætst að töluvert hátt hlutfall starfandi hjúkrunarfólks er nú að nálgast eftirlaunaaldurinn (Ríkisendurskoðun, 2017).

Mynd 10. Á Ísland er meiri fjölda lækna og hjúkrunarfólks heldur en sambærilegt ESB-meðaltal en engu að síður er skortur á þeim viðvarandi



Athugasemd: Í Portúgal og Grikklandi hagar þannig til að í gögnunum er miðað við alla þá lækna sem hafa starfsleyfi, sem leiðir til ofmats á fjölda starfandi lækna (t.d. næstum 30% í Portúgal). Í Austurríki og Grikklandi er fjöldi hjúkrunarfræðinga hins vegar vanmetinn þar sem eingöngu eru taldir þeir sem starfa á sjúkrahúsum.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat (gögnin vísa til 2017 eða næsta tiltæka árs).

Sjúkrahúsþjónusta er alfarið í höndum hins opinbera og miðast við dag- og göngudeildarþjónustu

Í hverju hinna sjö heilsugæsluumdæma á Íslandi er eitt umdæmissjúkrahús, sem veitir almenna heilbrigðisþjónustu, þ.e. heilsugæslu- og almenna sjúkrahúsþjónustu, auk innlagnar- og göngudeildarþjónustu. Aðgengi að sérfræðilæknum er aftur á móti mismunandi. Sérhæfð sjúkrahúsþjónusta er veitt á Landspítala Háskólasjúkrahúsi og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Landspítalinn er eina háskólasjúkrahúsið á Íslandi. Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri gegnir hlutverki aðstoðarkennslusjúkrahúss. Að undanförnu hafa sjúkrahúsin verið í síauknum mæli að færa þjónustu sína frá innlögnum og yfir í dag- og göngudeildarþjónustu (sjá kafla 5.3).

Sjúkrarýmum hefur farið sífækkandi á undanförnum árum

Sjúkrahúsrýmum hefur fækkað á undanförum áratug (fækkað í 3,1 rými á 1.000 íbúa á árinu 2017, samanboðið við ESB-meðaltalið, 5,0) og nokkrum bráðarýmum á sjúkrahúsum hefur verið breytt í langtímaumönnunarrými. Innlögnum á sjúkrahús hefur fækkað, og meðaltalsdvöl á sjúkrahúsi (um 6 dagar á árinu 2017) er lægri heldur en ESB-meðaltalið sem er um 8 dagar.

Sjúklingar hafa beinan aðgang að einkastofum sérfræðilækna utan sjúkrahúsa

Vaxandi hluti einkarekinnar sérfræðilæknaþjónustu er veitt utan sjúkrahúsa, þangað sem sjúklingarnir geta leitað milliliðalaust. Flestar þessara einkareknu læknastöðva er staðsettur á höfuðborgarsvæðinu. Aðgangur að hinum einkarekna sérfræðilæknamarkaði er að stærstum hluta til óheftur, og hafa sérfræðilæknar í vaxandi mæli framkvæmt flóknari læknisverk sem áður voru eingöngu framkvæmd á opinberum sjúkrahúsunum. Ríkisendurskoðun hefur gagnrýnt hvernig Sjúkratryggingar Íslands hafa staðið að því að kaupa sífellt stærri hluta þjónustunnar frá einkareknum sérfræðilæknastöðvum, vegna þess að samningarnir miðast eingöngu við verkgreiðslur, sem leiði til framboðsleiddrar eftirspurnar og aukningar á þjónustumagni án nægilegra ráðstafana til að hafa eftirlit með gæðum þjónustunnar (Ríkisendurskoðun 2018).

5 Frammistaða heilbrigðiskerfisins

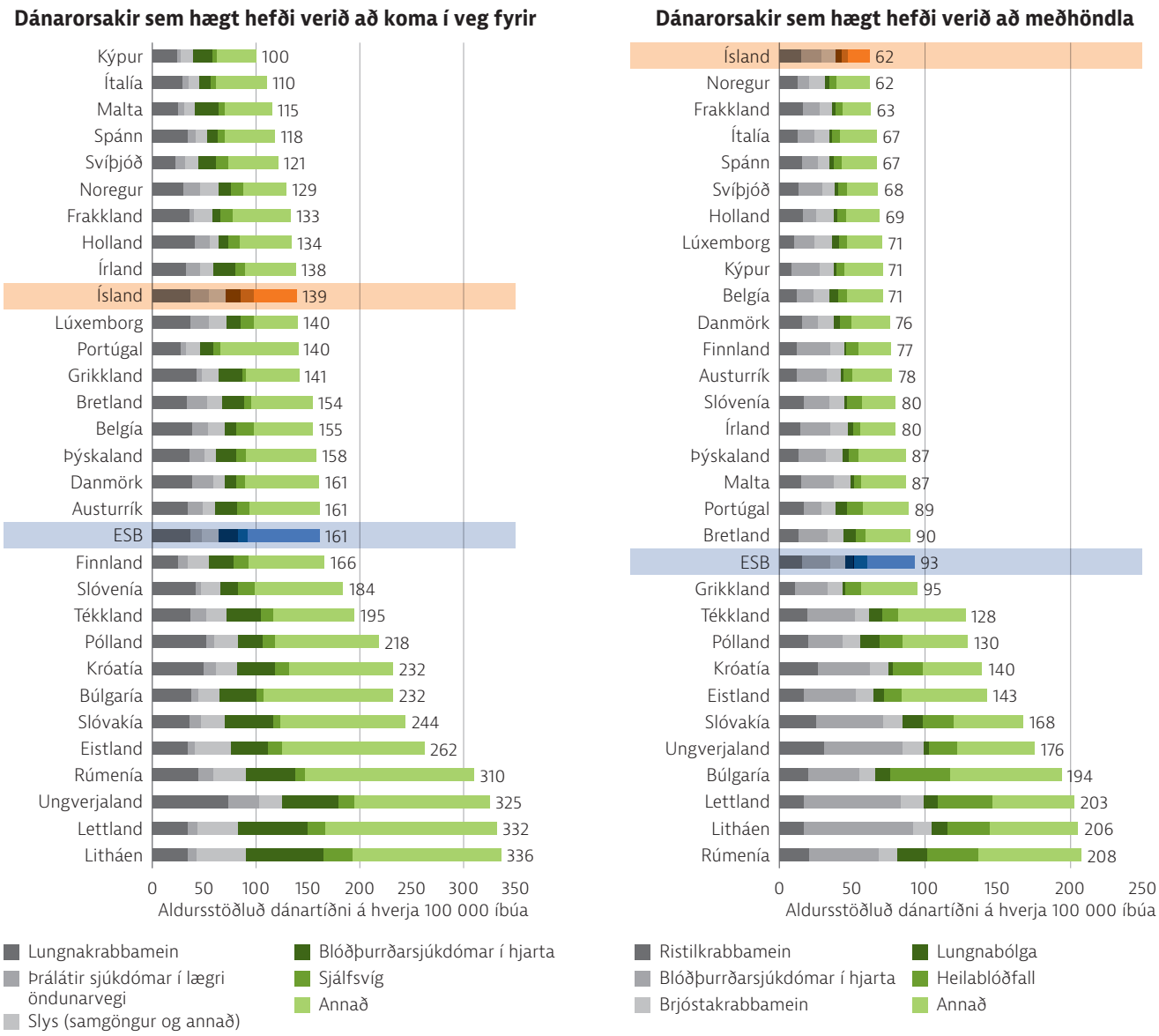
5.1. Árangur

Dánarorsakir af völdum sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir eða meðhöndla eru langt fyrir neðan ESB-meðaltalið

Dauðsföll á Íslandi af völdum sjúkdóma sem hægt hefði verið að meðhöndla voru færri árið 2016 heldur en í nokkru ESB-ríki (Mynd 11). Þetta eru vísbendingar um að aðgerðir heilbrigðiskerfisins við að bjarga fóki í lífshættulegum aðstæðum bera árangur. Aftur á móti, meðan dánartíðni af völdum blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta og heilablæðinga er langtum lægri á Íslandi en ESB-meðaltalið, þá er dánartíðnin af völdum ristil- og brjóstakrabbameins áþekk ESB meðaltalinu.

Á Ísland er einnig tiltölulega lág heildardánartíðni af völdum sjúkdóma sem hægt hefði verið að meðhöndla, en viss dauðsföll í þeim flokki, eins og t.d. lungnakrabbamein og langvinnar sjúkdóma í neðra öndunarvegi, eru tiltölulega algeng.

Mynd 11. Dánartíðni á Íslandi af völdum sjúkdóma sem hægt hefði verið að meðhöndla eða koma í veg fyrir er lág



Athugasemd: Dánarorsakir sem hægt hefði verið að koma í veg fyrir eru skilgreindar sem andlát sem hægt hefði verið að koma í veg fyrir með forvörnum og heilsuvernd. Dánarorsakir sem hægt hefði verið að meðhöndla (eða lina) eru skilgreindar sem andlát sem hefðimátt koma í veg fyrir að mestu leyti með heilbrigðisþjónustu, þar með talið skimun og meðhöndlun. Báðir vísarnir benda til ótímabærs andlátsl (undir 75 ára aldri). Gögnin byggjast á endurskoðuðum skrám frá Efnahags- og framfarastofnuninni og Eurostat.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat (gögnin vísa til ársins 2016).

Stefna í tóbaks- og áfengisvarnarmálum hefur borið árangur

Seint á sjöunda áratugnum tókst að draga umtalsvert úr reykingum með víðtækum tóbaksvarnaraðgerðum ,svo sem með viðvörunum á tóbaksumbúðum, banni við tóbaksauglýsingum, styrktar- og kynningarherferðum, banni við reykingum á vissum opinberum stöðum og vinnustöðum og aðstoð við þá sem vildu hætta að reykja. Ísland er með hæsta hlutfall sem varið er til tóbaksvarna á mann í Evrópu, og hinu opinbera er skylt samkvæmt lögum að verja a.m.k. 0,9% heildartekna af tóbakssölu í tóbaksvarnir. Á árinu 2016 var Ísland í þriðja sæti á meðal þeirra Evrópuríkja sem viðhafa hvað víðtækastar tóbaksvarnir (Joossens og Raw, 2017).

Á Íslandi er einnig einhver sú minnsta áfengisneysla sem þekkist í Evrópu, einkum vegna strangrar áfengisvarnarstefnu með háum gjöldum á áfengi; háan lágmarksaldur (20 ár) til kaupa á áfengi og ýmsar aðrar hömlur á áfengissölu; reglur um áfengisauglýsingar og hvers kyns áfengissölukynningum auk strangra viðurlaga við akstri undir áhrifum áfengis. Forvarnarstefna Íslands í áfengis og ólöglegum fíkniefna hefur sett ungmenni og viðkvæma hópa í forgang með málum það að markmiði að takmarka aðgang, koma í veg fyrir neyslu, hamla gegn hættulegum lífsvenjum og tryggja að þeir sem hafa ánetjast hafi aðgang að samhæfðri þjónustu.

Aðgerðir til þess að draga úr offitu hafa enn ekki haft meiriháttar áhrif

Eins og fram kom í 3.kafla, þá hefur tíðni yfirþyngdar og offitu meðal íslenskra ungmenna og fullorðinna aukist á undanförnum 15 árum og er nú hærra en á hinum Norðurlöndunum og í flestum ESB-ríkjum. Ísland hefur brugðist við þessum lýðheilsuvanda með því að hleypa kynningar- og forvarnarátaki af stokkunum, einkum í skólum og í sveitarfélögum. Meðal þeirra aðgerða sem gripið hefur verið til eru strangir næringarstaðlar í skólamötuneytum, reglur um transfitu, bann við matar- og drykkjarauglýsingum á barnatímum útvarps og sjónvarps og með því að innleiða norræna skráargatið með merkingum um næringargildi, sem undirstrikar heilsusamlegri valkosti í viðkomandi fæðuflokki (Reitur 1; Efnahags- og framfarastofnunin 2017). En því miður þá virðast þessar aðgerðir ekki hafa skilað neinum umtalsverðum árangri enn sem komið er í þá átt að draga úr yfirþyngd og offitu.

Reitur 1. Ísland hefur innleitt norræna skráargatið með upplýsingum um næringargildi

Upprunnið í Svíþjóð árið 1989, hefur næringarmerking Norræna skráargatsins verið innleitt á Íslandi, í Danmörku og Noregi. Þær vörur sem merktar eru með þessum miða innihalda minni og heilsusamlegri fitu, minna salt og sykur, meiri trefjar og heilhveiti samanborið við aðrar vörur í sama vöruflokki sem ekki uppfylla þau skilyrði sem sett eru til notkunar á miðanum. Enda þótt Ísland hafi ekki innleitt miðann fyrr en á árinu 2013, þá komst íslensk könnun sem gerð var árið 2015 að þeirri niðurstöðu að 90% landsmanna þekktu til merkimiðans og að 93% þeirra treystu honum (Maskina 2015).



Hlutfall bólusettra barna og fullorðinna er lágt

Ónæmisaðgerðir eru einhverjar þær hagkvæmustu lýðheilsuaðgerðir sem beitt er til þess að koma í veg fyrir útbreiðslu sjúkdóma sem koma má í veg fyrir með bólusetningum. Allt frá árinu 2002 hefur Sóttvarnalækni borið að fylgjast með því að bólusetningar séu framkvæmdar samkvæmt landsáætlun þar að lútandi, en þær eru fólki að kostnaðarlausu og mælt er með þeim fyrir börn, en þær eru ekki skylda. Þær bólusetningar sem mælt er með fyrir ungabörn hefjast við þriggja mánaða aldurinn og er fylgst með hverju barni á nærliggjandi heilsugæslustöð. Þrátt fyrir þetta, þá var bólusetningahlutfallið á Íslandi eitthvert hið lægsta í samanburði við ESB-löndin vegna 2 ára barna, gegn barnaveiki, stífkrampa og kíghósta: staðan var aðeins 91% árið 2018 – sem var allnokkru neðar en 95% markið sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mælir með (Mynd 12). Hlutfall bólusetninga gegn mislingum hefur einnig verið fyrir neðan markmiðið sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur mælt með allt frá 2009. Fimm Íslendingar greindust með mislinga snemma árs 2019 (Sóttvarnalæknir Íslands 2019). Þetta leiddi til þess að Sóttvarnalæknir gaf í varúðarskyni út ráðgefandi leiðbeiningar um forgangsröðun bólusetninga þar sem boðið var upp á ókeypis bólusetningar vegna 6 til 18 mánaða barna og óbólusettra fullorðinna á heilsugæslusvæði Austurlands og á höfuðborgarsvæðinu.

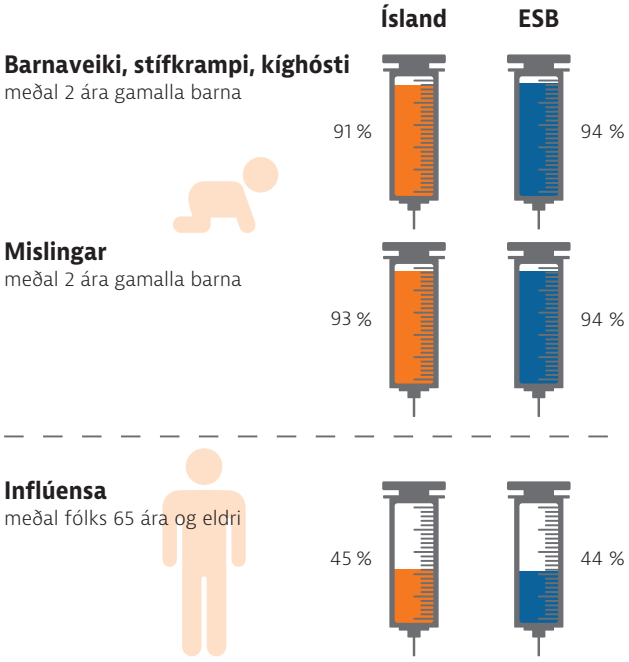
Mælt er með bólusetningum gegn inflúensu fyrir það fólk á Íslandi sem er eldra en 60 ára, þar sem meiri hætta er á alvarlegum fylgikvillum í þeim aldurshópi. Engu að síður, þá er hlutfall bólusettra í hópnum 65 ára og eldri lágt, þar sem innan við helmingur (45%) þeirra var bólusettur árið 2017, sem er langt innan við 75% markmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Nauðsynlegt er að kanna ástæður þessa lága hlutfalls bólusettra.

Þess er vænst að með auknum fjárframlögum til heilsugæslunnar verði tekið á þátttöku í bólusetningum, þar sem heilsugæslustöðvum standa til boða fjárhagslegir hvatar til að hvetja eldra fólk og foreldra barna til að taka þátt til bólusetningar fyrir börn sín (Sóttvarnalæknir Íslands 2018).

Sjúkrahús veita þeim sem þurfa hágæða bráðaþjónustu

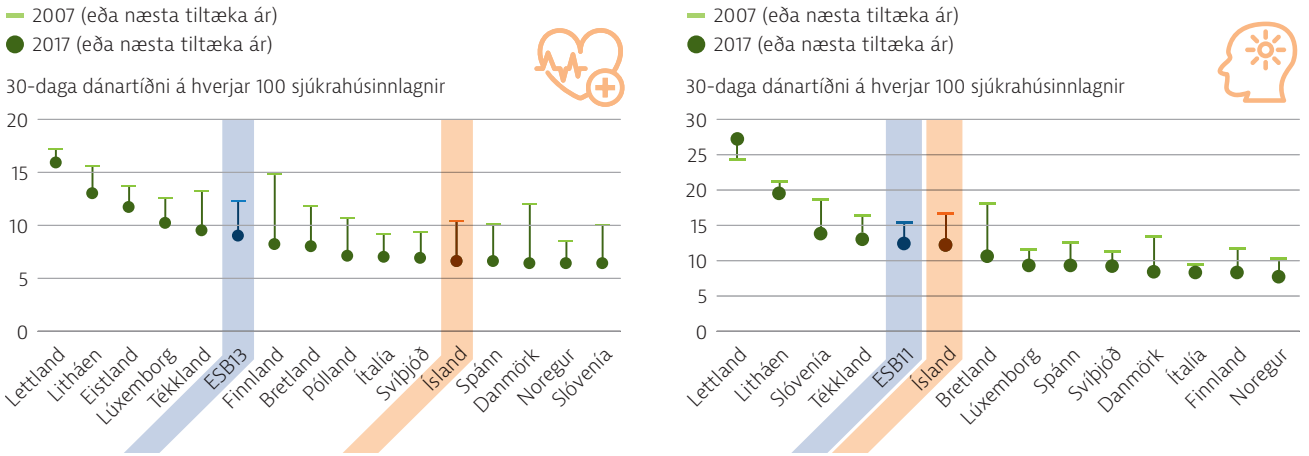
Sjúkrahús á Íslandi bregðast með árangursríkum hætti við vanda þeirra sjúklinga sem þurfa á bráðaþjónustu að halda vegna hjartaáfalls (AMI) eða heilablóðfalls. Mikill árangur náðist á síðasta áratug við að draga úr dauðsföllum hjá fólki sem lagt var inn á sjúkrahús vegna þessara lífshættulegu áfalla, þannig að 30-daga dánartíðnin er nú einhver sú lægsta á meðal þeirra ESB-ríkja þar sem tölur um hjartaáföll liggja fyrir (Mynd 13). Þessi árangur náðist með því að straumlínulaga vinnuferlana á bráðamóttökunum og með betri læknismeðferð, enda þótt gera megi enn betur með því að grípa fyrr inn í og meðhöndla betur þá sem fá heilablóðþurrð.

Mynd 12. Bólusetningar í barnæsku eru neðan við bæði markmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og ESB-meðaltalið



Athugasemd: Gögnin vísa til þriðja skammts af barnaveiki, stífkrampa og kígхósta en fyrsta skammts gegn mislingum.
Heimildir: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin/UNICEF Global Health Observatory Gagnabanki vegna barna (gögnin vísa til 2018); Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019 og gagnagrunnur Eurostat vegna fólks eldra en 65 ára (gögnin vísa til 2017 eða næsta fáanlega árs).

Mynd 13. Dregið hefur úr dánartíðni við innlögn á sjúkrahús hjá þeim sem fengið hafa bráðakransæðastíflu og heilablóðfall



Athugasemd: Tölurnar eru byggðar á sjúklingagögnum sem hafa verið kyn- og aldursstöðluð í samræmi við aldursviðmið Efnahags- og framfarastofnunarinnar fyrir þá sem eru 45 ára og eldri og hafa verið lagðir inn á sjúkrahús vegna AMI og heilablóðfalls.
Heimild: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019.

Hlutfall þeirra sem lifa af krabbamein er hærra en meðaltalið í Evrópu, en skimunarhlutfallið er lágt

Á Íslandi er öllum konum á aldrinum 40-69 ára boðið upp á skimun gegn brjóstakrabbameini á tveggja ára fresti til þess að unnt sé að greina sjúkdóminn á frumstigi. Aftur á móti, þá fylgdu aðeins 55% kvenna í þeim aldurshópi þessum ráðleggingum árið 2016, og hafði sú tala þá lækkað úr 62% á árinu 2008. En þrátt fyrir hið tiltölulega lága skimunarhlutfall, þá er hlutfall þeirra kvenna á Íslandi sem enn eru á lífi fimm árum eftir að brjóstakrabbameinið greindist hærra en ESB-meðaltalið (Mynd 14).

Skimunaráætlun fyrir ristilkrabbamein hefur enn ekki verið komið á enda þótt Landlæknisembættið mæli með því fyrir karla og konur á aldrinum 60 til 69 ára. Þessi lágmarksþröskuldur er hærri á Íslandi heldur en í flestum öðrum löndum, þar sem oftast er mælt með skimun frá 50 ára aldri. Engu að síður, þá er hlutfall þeirra sem lifa af ristilkrabbamein eftir greiningu (68%) einnig hærra heldur en ESB-meðaltalið (60%).

Verið er að innleiða nýja krabbameinsáætlun (Velferðarráðuneytið 2016) þar sem skipulagning á krabbameinsskimunum verður endurskoðuð. Sú áætlun er hluti af nýrri stefnumörkun í heilbrigðismálum sem nær allt til ársins 2030 og samþykkt var á Alþingi í júní 2019 (Alþingi 2019).

Gæði á þjónustunni við langveika sjúklinga virðist hafa batnað

Innlagnir á sjúkrahús,vegna langvinnra sjúkdóma,sem hugsanlega hefði verið hægt að komast hjá, eru færri á Íslandi heldur en í flestum ríkjum ESB, og áberandi færri í vissum tilfellum – einkum vegna sykursýki þar sem Ísland er með lægstu tíðni í Evrópu (Mynd 15). Þetta kann ef til vill að endurspegla innleiðingu klínískra leiðbeininga um þjónustu við sykursjúka á heilsugæslustöðvum sem gefnar voru út 2009, auk þess að fella verklega þjálfun inn í hið formlega nám og stuðla þannig að því að koma á nýjum þjónustustaðali.

Mynd 14. Hlutfall þeirra Íslendinga sem lifa af eftir að hafa greinst með krabbamein er hærra en ESB-meðaltalið



Brjóstakrabbamein
Ísland: 89 %
ESB26: 83 %

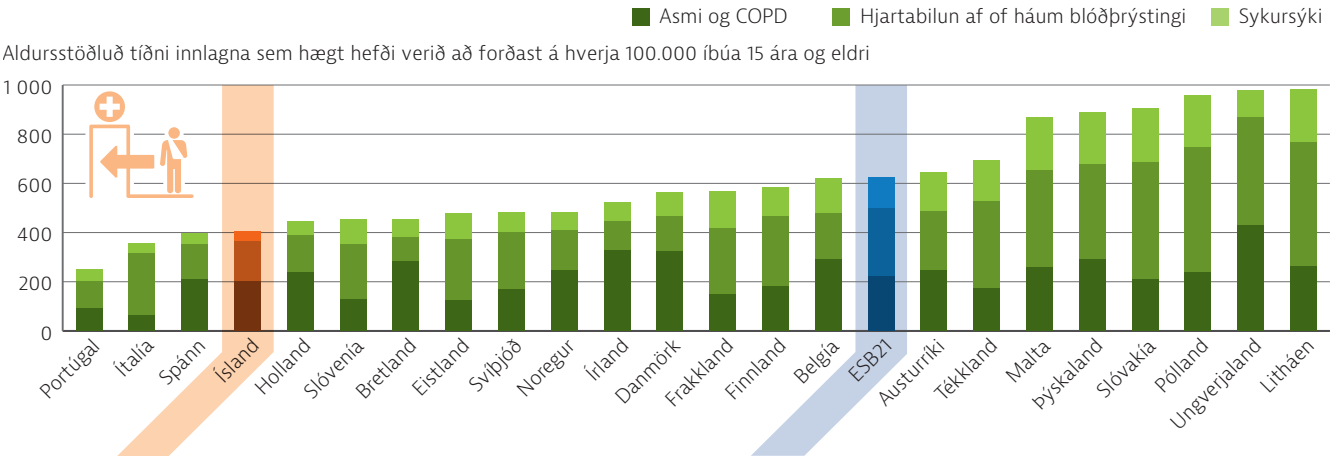
Krabbamein í blöðruhálskirtli
Ísland: 91 %
ESB26: 87 %

Ristilkrabbamein
Ísland: 68 %
ESB26: 60 %

Lungnakrabbamein
Ísland: 20 %
ESB26: 15 %

Athugasemd: Gögnin vísa til þeirra sem greindust milli áranna 2010 og 2014.
Heimild: CONCORD áætlunin, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mynd 15. Hlutfall innlagna sem hægt er að komast hjá er lágt á Íslandi, einkum að því er varðar sykursýki



Heimild: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019 (gögnin vísa til 2017 eða næsta tiltæka árs).

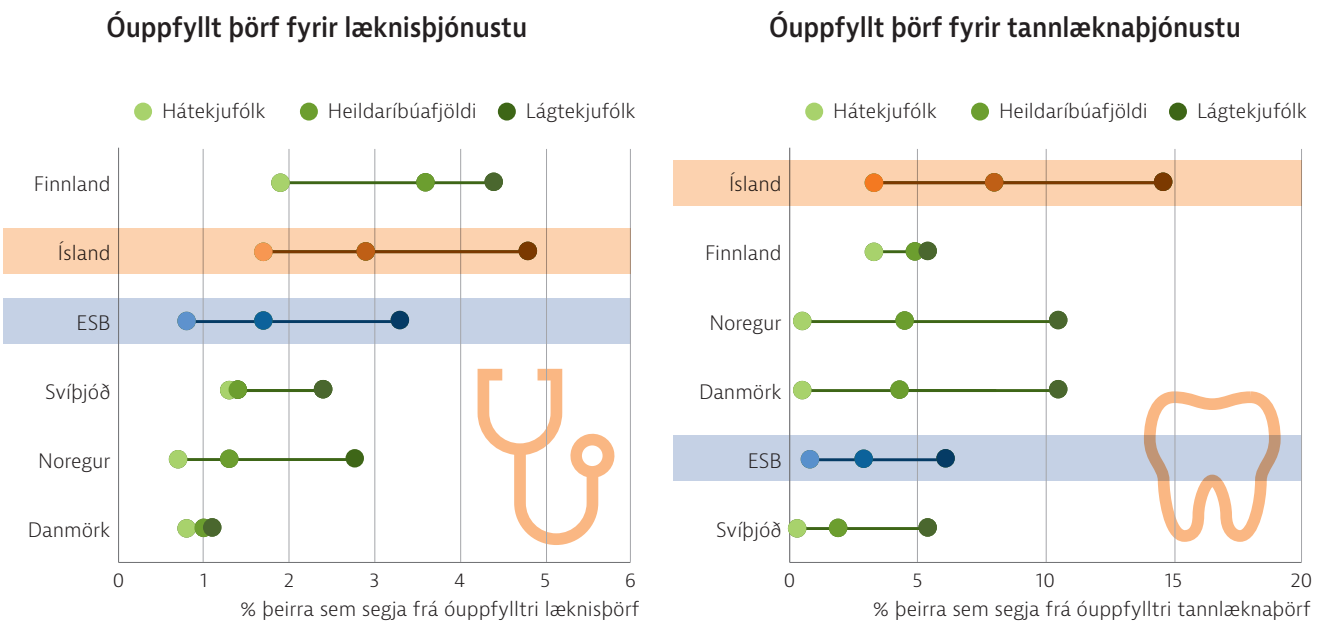
5.2. Aðgengi

Læknisþörf sem ekki hefur verið mætt er fátíð, en þó tíðari hjá tekjuminni hópum

Allir þeir sem hafa átt lögheimili á Íslandi í sex mánuði eða lengur verða sjálfkrafa aðilar að hinu íslenska sjúkratryggingakerfi. Engu að síður, þá greina ýmsir frá því að þeir hafi orðið að neita sér um læknisaðstoð af fjárhagsástæðum eða vegna annarra hindrana. Hlutfall þeirra sem sögðust hafa þurft að neita sér um læknisþjónustu vegna kostnaðar, fjarlægðar og biðtíma, var í kringum 3% árið 2016. Hins vegar náði þetta hlutfall á meðal þeirra sem komu úr þeim fimmtungi sem tekjulægstir eru nærri því 5%, sem var rúmlega tvöfalt hærra heldur en á meðal hinna tekjuhæstu (2%). Þetta bil á milli tekjuhópa er breiðara en á hinum Norðurlöndunum (Mynd 16).

Þarfir sem ekki er komið til móts við eru meiri eftir þjónustu sem sjúkratryggingakerfið nær ekki til í jafn ríkum mæli, eins og t.d. tannlækningar. Almennar tannlækningar og tannréttingar falla almennt ekki undir sjúkratryggingakerfið fyrir fullorðna einstaklinga á aldrinum 18 til 66 ára, þar sem tannlæknar starfandi á eigin vegum innheimta sína þóknun samkvæmt eigin gjaldskrá, en þó þekkjast á þessu undantekningar. Árið 2016, sögðust 8% íbúanna þurfa að búa við óuppfylltar þarfir um tannlækningar, en meira en fjórfaldur munur var til staðar eftir tekjuhópum: næstum 15% þess fimmtungs sem tekjulægstur var sögðust búa við slíkar óuppfylltar þarfir á meðan að samsvarandi hlutfall meðal hinna tekjuhæstu var aðeins 3%. Þetta hlutfall um óuppfylltar þarfir á meðal hinna tekjulægstu er miklu hærra en á nokkru hinna Norðurlandanna.

Mynd 16. Óuppfyllt þörf fyrir læknis- og tannlæknaþjónustu er mun tíðari á meðal hinna tekjulægstu



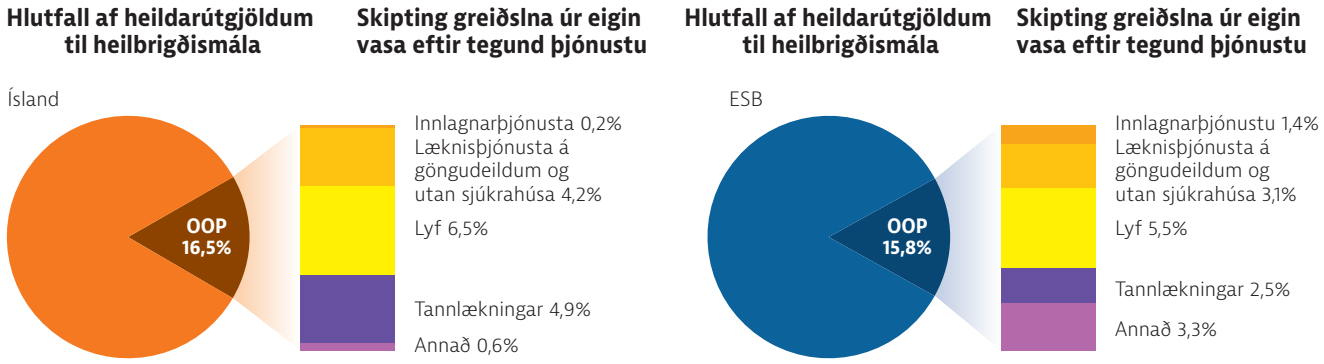
Athugasemd: Gögnin vísa til óuppfylltra þarfa fyrir læknis- og tannlæknaþjónustu eða umönnunar, vegna kostnaðar- fjarlægðar- eða biðtíma. Heimild: Gagnagrunnur Eurostat, sem byggist á EU-SILC (gögnin vísa til 2017, nema til 2016 að því er varðar Ísland).

Útgjaldaþak hefur verið sett á til þess að vernda hina verst settu fyrir háum greiðslum úr eigin vasa

Eins og bent var á í 4. kafla, þá var hlutfall greiðslna úr eigin vasa (OOP) örlítið hærra á Íslandi heldur en ESB-meðaltalið segir til um, þar sem heimilunum var gert að greiða beint næstum 17% af öllum heilbrigðisútgjöldunum á árinu 2017. Rúmlega tveir þriðju hlutar beinna greiðslna heimilanna fara í tannviðgerðir og lyfjakostnað (Mynd 17).

Nýtt þak var sett í maí 2017 á greiðslur úr eigin vasa (OOP), en það náði þó ekki til lyfseðla eða tannviðgerða, en markmiðið með þeim aðgerðum var að draga úr kostnaði þeirra sem þurfa á umtalsverðri heilbrigðisþjónustu að halda. Á árinu 2019, var það hámark sem einstaklingur þarf að greiða á mánuði 17.400,- íslenskar krónur (u.þ.b.131 evra) fyrir ellilífeyrisþega, öryrkja og börn; 26.100,- íslenskar krónur (u.þ.b.196 evra) fyrir aðra. Þegar þessu þaki er náð, þá greiðir einstaklingurinn aðeins lága fasta upphæð sem þjónustugjald. Lyfseðlar, tannviðgerðir og ýmis önnur þjónusta falla undir annað endurgreiðslukerfi.

Mynd 17. Langflestar greiðslur úr eigin vasa fara í lyfjakostnað, tannviðgerðir og læknisþjónustu á göngudeildum eða utan sjúkrahúsa



Heimild: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019 (gögnin vísa til 2017).

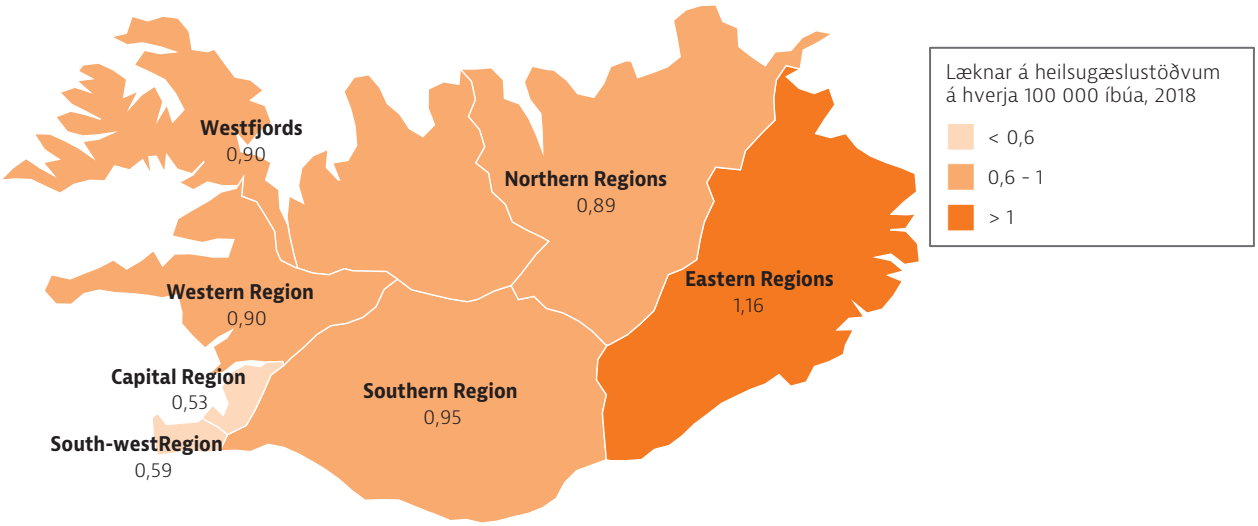
Læknum hefur fjölgað en þó er enn svæðisbundinn mismunur

Fjöldi lækna á Íslandi jókst undanfarinn áratug, fór úr 3,6 á hverja 1.000 íbúa árið 2007 í 3,9 árið 2018, en svæðisbundinn mismunur er þó enn viðvarandi, og þar á meðal eru heilsugæslulæknar.

Smátt og smátt er verið að draga úr miðstýringu í heilsugæslunni. Fjárframlög eru ákvörðuð á landsvísu, en stjórn heilsugæslunnar hefur hins vegar verið færð til heilbrigðisumdæmanna. Umdæmin er hvött til þess að styðja við að komið sé á fót neti lítilla heilsustöðva í afskekktum og einangruðum byggðum þannig að unnt sé að veita þeim þjónustu utan hefðbundins vinnutíma. Hlutfall heimilislækna (GP) í samanburði við sérfræðinga er lágt (sjá 4. kafla), auk þess sem dreifing heimilislækna er afar mismunandi eftir umdæmum (Mynd 18): mun fleiri heimilislæknar eru að störfum í heilsugæslustöðvum á Austurlandi en á höfuðborgarsvæðinu og í Suðvesturumdæmi. Þetta má hugsanlega skýra með því að afar fáir sérfræðilæknar kjósa að leggja stund á sína grein í hinum dreifðu byggðum, sem svo aftur leiðir til þess að flestir Íslendingar leita fyrst til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna þegar þeir þurfa á aðstoð að halda, einkum á höfuðborgarsvæðinu og Suðvesturumdæmi.

Vegna þess hversu stór og strjálbýl Norður- og Suðurumdæmin eru, þá færa heimilislæknar sér fjarlækningakerfið sífellt meira í nyt þegar um læknisvitjanir eða ráðleggingar er að ræða (Reitur 2).

Mynd 18. Fjöldi lækna á heilsugæslustöðvunum er afar mismunandi frá einu umdæmi til annars á Íslandi



Heimildir: Um fjölda lækna: Alþingi (2018); um íbúafjöldann: Hagstofa Íslands (2019) (gögnin vísa til 2018).

Reitur 2. Vaxandi notkun fjarlækningakerfisins í dreifbýlinu á Íslandi

Allt frá árinu 2013 hefur Klaustur-verkefnið staðið fyrir því að sjá Suðurumdæminu á Íslandi fyrir stafrænni læknisþjónustu sem gerir kleift að veita bæði læknisvitjanir og ráðleggingar í gegnum kerfið. Læknir kemur tvisvar í mánuði á stafrænu læknamiðstöðina á Klaustri, sem er lítið þorp í Suðurumdæminu. Þegar læknirinn er ekki viðstaddur, þá sinnir hjúkrunarfræðingur öllum beiðnum um grunnþjónustu, og hefur jafnframt tök á því að bera tilfellið undir þennan sama lækni, annað hvort símleiðis eða í gegnum tölvu. Klaustur-verkefnið hefur nú fært út kvíarnar þannig að það nær til fjögurra annarra stafrænna læknamiðstöðva í Suðurumdæminu og fjögurra á Austurlandi.

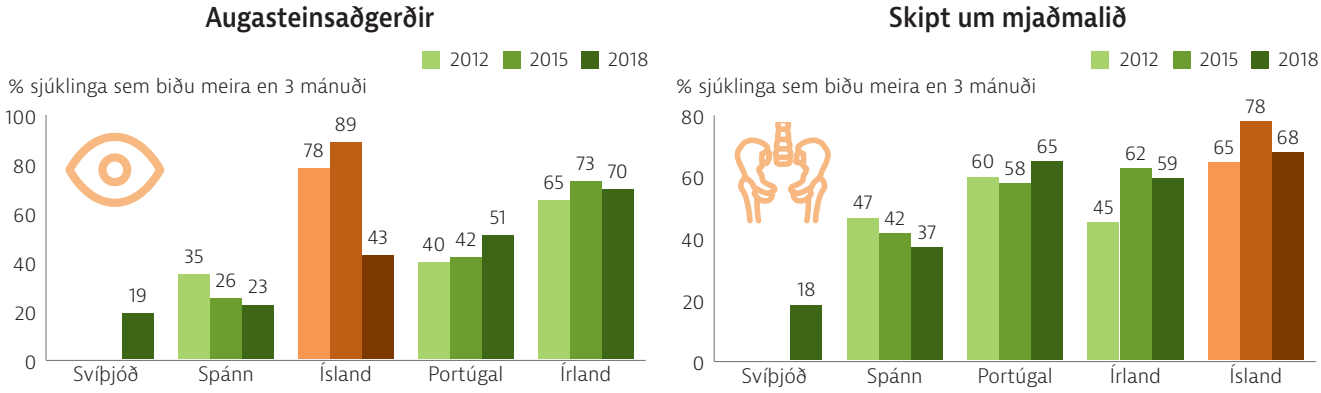
Á Norðurlandi hefur Líflínu-verkefnið, sem íslenska fjarskiptafyrirtækið Síminn stendur að, gert tilraunir með fjarlækningar fyrir sjúklinga á hafi úti. Aðstoðin við þá sjúklinga fer þannig fram, að fagfólk á heilbrigðissviði auðkennir sig við hina rafrænu sjúkraskrá viðkomandi, tengist svo sjúklingnum með fjartengingu og skráir síðan meðferðina beint inn í sjúkraskrá hans.

Biðtími eftir valaðgerðum hefur styttst á undanförnum árum

Eins og í fjölmörgum öðrum opinberum heilbrigðiskerfum, þá hefur bið eftir aðgerð verið viðvarandi einkenni á íslenska heilbrigðiskerfinu og ráðist hefur verið í hvert átaksverkefnið á fætur öðru til þess að reyna að ráða bót á því. Þetta ástand fór versnandi eftir fjármálakreppuna og í kjölfar þess niðurskurðar á útgjöldum til heilbrigðismála sem henni fylgdu, auk hækkandi meðalaldurs sem leiðir til vaxandi þjónustuþarfar. Löng verkföll meðal lækna, hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks á árunum 2014 og 2015 juku enn frekar á vandann.

Árið 2016 lagði heilbrigðisráðherrann, fyrir hönd ríkisstjórnarinnar, fram áætlun um aukin framlög til heilbrigðismála á árunum 2016 til 2018, með það að markmiði að stytta biðlista eftir hné- og mjaðmaliðsskiptaaðgerðum, augasteinsaðgerðum og hjartaþræðingum, niður fyrir þriggja mánaða biðtímamarkmiðið. (Ríkisstjórn Íslands 2016). Árangurinn var sá að biðtíminn eftir sumum þessara aðgerða var töluvert lægri þegar komið var fram á árið 2018, einkum eftir augasteinsaðgerðum og hjartaþræðingum, á meðan að biðtíminn eftir mjaðmliðsaðgerðum styttist en hélst engu að síður hár (Mynd 19).

Mynd 19. Biðtíminn eftir valaðgerðum hefur styttst en er engu að síður langur



Heimild: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019.

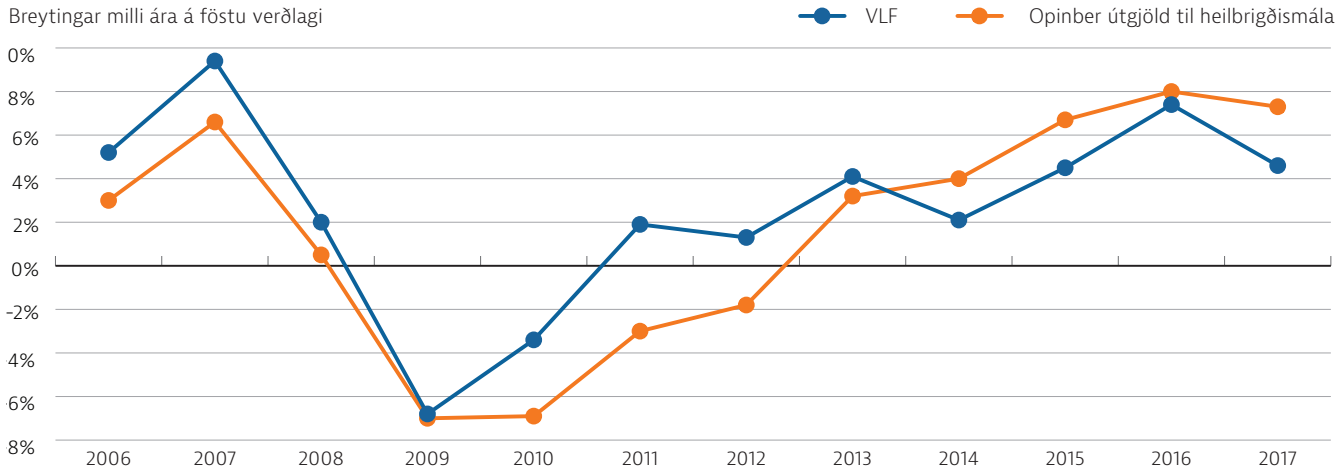
5.3. Viðnámsþróttur[2]

Útgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall af VLF hafa farið minnkandi undanfarinn áratug

Eftir talsverða lækkun á útgjöldum til heilbrigðismála í kjölfar fjármálahrunsins 2008, þá tóku heilbrigðisútgjöld frá og með 2013 að stíga á ný, og þá örlítið hraðar en vöxtur VLF sagði til um. (Mynd 20). Heildarútgjöld til heilbrigðismála numu 8,3% árið 2017, lítilsháttar lækkun frá 8,6% árið 2007 og 2008.

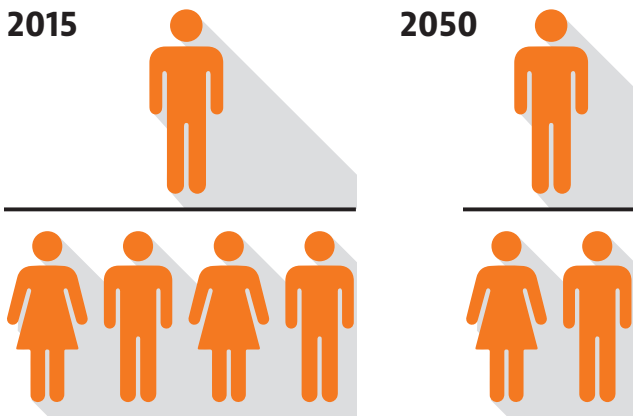
Þegar horft er fram í tímann, þá er gert ráð fyrir að með hækkandi meðalaldri íbúanna og tæknilegum framförum muni þrýstingurinn á aukin útgjöld til heilbrigðismála aukast á næstu áratugum. Hækkandi meðalaldur mun hafa í för með sér vaxandi þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og langtímaumönnun, á meðan færri vinnufærar hendur verða til staðar til þess að uppfylla þessar þarfir (Mynd 21). Ísland beinir nú þegar meiri kröftum í að efla heimahjúkrun og fjölga hjúkrunarheimilum. Ef framreikningar Efnahags- og framfarastofnunarinnar ganga eftir, þá munu útgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall af VLF, ef markmiðin í þessum málaflokki haldast óbreytt, aukast úr 8,3% á árinu 2015 í 10,4% af VLF árið 2030 (Lorenzoni et al., 2019).

Mynd 20. Allt frá árinu 2012 hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist nokkurn veginn í sama hlutfalli og VLF



Heimildir: Heilbrigðistölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar 2019; gagnagrunnur Eurostat.

Mynd 21. Fjölda fólks á vinnufærum aldri á hvern einstakling 65 ára og eldri mun fækka um tvo fram til ársins 2050



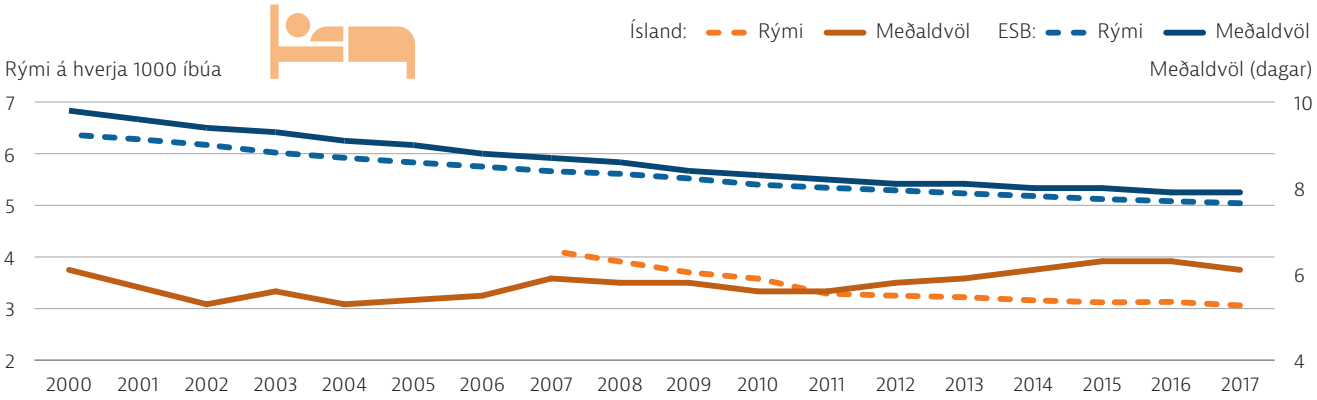
Þessi mynd sýnir fjölda fólks milli 20-64 ára (samnefnari) á hvern einstakling 65 ára og eldri (deilistofn). Heimild: Mannfjöldaspá Sameinuðu þjóðanna.

Sjúkrahúskerfið er nú skilvirkara en áður

Til marks um það er að bæði fjöldi sjúkrarýma á hvern íbúa og meðaldvalartími á stofnun er nú talsvert minni heldur en ESB-meðaltalið segir til um (Mynd 22). Taka má sem dæmi að meðaldvöl á fæðingarstofnun, þegar eðlileg fæðing á sér stað, er nú tæpir tveir dagar á meðan hún er rétt rúmlega þrír dagar í ESB-ríkjunum. Hvað þjónustu við hjartveikra varðar, þá var meðaldvöl í kjölfar hjartaáfalls styttri en fimm dagar árið 2017, samanborið við ESB-meðaltalið sem var sjö dagar (Efnahags- og framfarastofnunin/ESB 2018). Á áratugnum milli 2007 og 2017, var fækkunin á sjúkrahúsrýmum á hverja 1.000 íbúa meiri en víðast hvar í ESB-ríkjunum.

2: Með viðnámsþrótti er átt við getu heilbrigðiskerfisins til þess að aðlaga sig fljótt og vel að breytilegum ytri aðstæðum, áföllum eða straumhvörfum.

Mynd 22. Fjöldi sjúkrarýma á hvern íbúa og meðaldvalartími á stofnun er nú lægri en ESB-meðaltalið



Heimild: Gagnagrunnur Eurostat.

Heilsugæslan í Íslandi mun þurfa að takast á við vaxandi eftirspurn

Lög um heilbrigðisþjónustu kveða á um það að þjónustan skuli fara fram á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslustöðvarnar eigi að vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga. En þar sem bæði heilsugæslulæknar eru fáir og ekkert tilvísanakerfi er til staðar, leiðir það til þess að stór hluti heilsugæsluþjónustunnar er í höndum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna.

Sem svar við áhyggjum vegna skorts á heilsugæslulæknum, þá ákvað ríkisstjórnin að fjölga þeim læknanemum sem leggja stund á heilsugæslulækningar úr 33 árið 2000 í 53 árið 2016 og innleiddi hvata til að hvetja fleiri lækna til þess að leggja stund á heilsugæslulækningar, í því augnamiði að styrkja heilsugæslukerfið. Hjúkrunarfræðingar hafa einnig byrjað að gegna stærra hlutverk innan heilsugæslunnar, enda þótt þau nýju verkefni séu enn frekar takmörkuð og að sá hluti þeirra sem leggja stund á flóknari aðgerðir sé tiltölulega fámennur (Box 3).

Reitur 3. Starfssvið hjúkrunarfræðinga mætti útvíkka víða í heilbrigðiskerfinu

Tiltölulega hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga miðað við fjölda lækna á Íslandi, auk hágæða menntunar og þjálfunar hjúkrunarfræðinga, býður upp á tækifæri þar sem læknar og hjúkrunarfræðingar geta skipt betur með sér verkum á flestum sviðum. Nokkur dæmi eru um framþróaðri hjúkrunarverk nú þegar. Til dæmis innan heilsugæslunnar fara hjúkrunarfræðingar fyrir utanspítalaþjónustu fyrir lungnasjúklingar, börn og ungmenni með sykursýki og nýrnasjúklinga fyrir blóðskilun. Á Landspítala Háskólasjúkrahúsi fara hjúkrunarfræðingar með sérhæfingu í hjúkrun aldraða fyrir þjónustu við aldraða sjúklinga á bráðamóttöku, meðan aðrir fara fyrir þróðari verkja og sárameðferð.

Engu að síður má segja að Ísland sé enn á frumstigi í því að þróa ný og framsækin hlutverk fyrir hjúkrunarfræðinga innan heilsugæslunnar og á sjúkrahúsum. Meistaranámi hefur verið komið á fót til að sérhæfa hjúkrunarfræðinga í klínískri hjúkrun, en fjöldi skráðra nemenda í þessu námi er takmarkaður.

Heimild: Gunnarsdóttir (2017).

Á árinu 2017 var innleitt nýtt fjármögnunarkerfi fyrir heilsugæslustöðvarnar á höfuðborgarsvæðinu, og nær það bæði til opinberra- og einkarekinna stöðva. Kerfið byggist á blönduðu greiðslukerfi, þar sem bæði er greitt samkvæmt höfðatölu, með fjárhagslegum hvötum til að veita vissar tegundir þjónustu eins og t.d. bólusetningar, auk bónusa ef sýnt er fram á góðan árangur samkvæmt fyrirfram skilgreindum gæðavísum. Einnig var komið á samkeppni milli heilsugæslustöðva með því að gera sjúklingunum kleift að velja sér sinn eigin heilsugæslulækni og stöð, þar sem greiðslur fylgja sjúklingi. Tvær nýjar einkareknar heilsugæslustöðvar tóku til starfa á höfuðborgarsvæðinu árið 2018 með þjónustusamningi við Sjúkratryggingar Íslands.

Undirbúningur er hafinn að því að koma böndum á lyfjakostnaðinn

Eins og fram kemur í 4. kafla, þá lækkaði hlutfall lyfjakostnaðar af útgjöldum til heilbrigðismála úr næstum 16% árið 2010 niður í 11% á árinu 2017. Lækkun lyfjakostnaðar síðan 2010 hefur aðallega náðst með lækkun verðs þar sem magn lyfjaneyslu hefur aukist. Þessum verðlækkunum hefur einkum tekist að ná fram með því að notfæra sér utanaðkomandi viðmiðunarverð; skyldu til þess að skipta út frumlyfjum fyrir samheitalyf þegar þau standa til boða og með breytingum á fyrirkomulagi kostnaðarþátttökunnar, þar sem kostnaður hefur verið fluttur frá hinu opinbera til einstaklinga.

Hvað varðar aðgang og innkaup á nýjum lyfjum, þá eru stofnanir á Íslandi hluti af Norrænum samráðsvettvangi um lyfjainnkaup (Nordisk Lægemiddelforum), samtök sem komið var á fót árið 2015 með það að markmiði að greina tækifæri og taka þátt í samstarfsverkefnum sem gætu gert það fýsilegt að bjóða lyf sameiginlega til allra fimm Norðurlandanna. Eitt helsta framtakið sem Samráðsvettvangurinn hefur staðið fyrir er sameiginlega Norræna tilraunaverkefnið um lyfjainnkaup, sem ætlað er að ná lyfjaverðinu niður og auka öryggi lyfjaframboðs til að tryggja að lyf séu fáanleg og á viðráðanlegu verði. Þetta verkefni er sérstakt hagsmunamál fyrir Ísland þar sem, vegna lítils markaðar, takmörkuð samkeppni hefur oft leitt til þess að lyfjaútgjöld hafa farið fram úr áætlun. Það dregur úr framboði á lyfjum, að aðeins helmingurinn af gildum lyfjamarkaðsheimildum eru í raun og veru fáanleg í landinu. Norræni samráðsvettvangurinn um lyfjainnkaup starfar einnig náið með Norrænum hópi lyfjagreiðslunefnda, en það er óformlegur samstarfsvettvangur á milli lyfjagreiðslunefnda í hverju landi.

Innviðir íslenska upplýsingakerfisins hafa enn ekki verið samþættaðir að fullu milli umdæma og geira

Allt frá árinu 1996 hafa íslensk stjórnvöld beitt sér fyrir því að koma á fót samþættu og samtengdu heilbrigðisupplýsingakerfi þar sem hægt væri að skiptast á læknis- og heilsufarsupplýsingum á áhrifaríkari hátt á milli stofnana og geira. Meðan öll sjúkrahús og heilsugæslustöðvar nota rafrænar sjúkraskrár, þá hefur enn ekki tekist að koma á tengingu milli heilbrigðisumdæmanna sjö, né heldur á milli einkarekinna læknastöðva og þeirra sem reknar eru af hinu opinbera.

Landlæknisembættið hefur umsjón með öllum stafrænum heilbrigðisverkefnum á Íslandi. Á árunum 2016 til 2020 stefnir Landlæknisembættið að því, sem hluta af stafrænni heilbrigðisáætlun sinni, að tryggja snuðrulaust aðgengi heilbrigðisstarfsmanna að sjúkraskrám og sjúklinga að þeirra eigin heilsufarsupplýsingum; tryggja öryggi og gæði heilbrigðisupplýsinga á stafrænu formi, og jafnframt að gera mönnum auðveldara að sækja sér heilsufarsupplýsingar á stafrænan hátt (Landlæknisembættið 2016).

6 Helstu niðurstöður

- Lífslíkur fólks á Íslandi eru meiri en ESB-meðaltalið, enda þótt það sem áunnist hefur upp á síðkastið sé lítið miðað við ESB-löndin. Bilið á lífslíkum þeirra sem minnstu og mestu menntun hefur verið að breikka allt frá árinu 2011, þar sem lífslíkur þeirra sem mesta menntun hafa hafa haldið áfram að aukast, meðan að ekki varð vart við neina aukningu hjá þeim með minnsta menntun. Konur lifa enn nokkrum árum lengur en karlar, en kynjamunurinn snýst við körlunum í hag þegar kemur að því að telja heilbrigðu árin, þar sem íslenskar konur hafa tilhneigingu til að búa lengur við langvinna sjúkdóma og fatlanir.

- Tóbaks- og áfengisneysla er töluvert minni en í flestum öðrum Evrópuríkjum, en það þakka menn hinni langvinnu og víðtæku baráttu gegn notkun þeirra. Hinsvegar er aukin tíðni yfirþyngdar og offitu orðin að vaxandi lýðheilsuvandamáli, þar sem fimmtungur ungmenna er nú yfir kjörþyngd eða of feitur, og sömuleiðis fjórðungur fullorðinna. Ísland hefur byrjað að mæta þessu lýðheilsuvandamáli með því að gefa út ráðgefandi leiðbeiningar um mataræði og hreyfingu, auk þess að stemma stigu við markaðssetningu á vissri fæðu til barna. Aftur á móti, þá virðist árangurinn vera fremur rýr enn sem komið er.

- Útgjöld til heilbrigðismála á hvern íbúa á Íslandi eru hærri en ESB-meðaltalið, en þó lægri sem prósenta af VLF (8,3% samanborðið við ESB-meðaltalið sem stendur í 9,8%). Stærstur hluti útgjaldanna kemur úr opinberum sjóðum (82%), en langmest af því sem þar stendur út af kemur úr eigin vasa sjúklinganna, þar sem einkareknar sjúkratryggingar gegna sáralitlu hlutverki. Rúmlega tveir þriðju af heilbrigðisútgjöldum heimilanna fara í tannviðgerðir og lyfjakostnað, enda ná sjúkratryggingar síður til þeirrar þjónustu. Afleiðingin er tiltölulega fleiri óuppfylltar þarfir um tannlæknaþjónustu en á annarri þjónustu, einkum meðal hinna tekjulægri.

- Á Íslandi er tiltölulega hátt hlutfall lækna og hjúkrunarfólks miðað við flest ESB-lönd, en viðvarandi vandræði eru varðandi samsetningu og landfræðilega dreifingu lækna, auk vaxandi áhyggur af skorti á hjúkrunarfræðingum. Aðeins einn sjötti hluti lækna eru heimilislæknar, og aðgengi að þeim er sérlega erfitt á höfuðborgarsvæðinu og í Suðvesturumdæmi. Þrátt fyrir að heilsugæslustöðvarnar ættu að vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu, þá eru það sérfræðilæknar sem að stórum hluta eru fyrsti viðkomustaðurinn, þar sem heimilislæknar gegna ekki því hlutverki að stýra aðgangi. Hjúkrunarfræðingar hafa byrjað að gegna stærra hlutverki í heilsugæslunni og á bráðamóttökum sjúkrahúsa, en þessi nýju hlutverk eru sjaldgæf og fjöldi hjúkrunarfræðinga með framhaldsmenntun er enn takmarkaður.

- Biðtími eftir sumum aðgerðum í heilbrigðisþjónustu er viðvarandi vandamál á Íslandi, sem varð enn meira áberandi í kjölfar fjármálaáfallsins og röð verkfalla meðal heilbrigðisstarfsmanna. Áætlun ríkisstjórnarinnar frá 2016 um skilgreind biðtímamörk og aukin framlög til heilbrigðismála, hefur leitt til styttri biðtíma eftir aðgerðum eins og augasteinsaðgerðum og hjartaþræðingum. Biðtími eftir hné- og mjaðmaskiptaaðgerðum er aftur á móti enn lengri en markmiðin kveða á um.

- Ísland heldur enn áfram að vinna að því markmiði að koma á fót samþættu og samtengdu upplýsingakerfi. Meginmarkmiðið er að hægt verði að deila upplýsingum, bæði með sjúklingunum og á milli stofnana, milli opinbera og einkageirans, og á milli allra sjö heilbrigðisumdæmanna, í þeim tilgangi að auka samhæfingu þjónustunnar og draga úr tvíverknaði við rannsóknir og meðferðir.

Aðalheimildir

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/23056088.

Sigurgeirsdóttir S, Waagfjörð J, Maresso A (2014), Iceland: Health System Review. Health Systems in Transition, 16(6):1–182.

Tilvísanir

Alþingi (2019), *Þingsályktun um heilbrigðisstefnu til ársins 2030.* Reykjavík.

Chief Epidemiologist of Iceland (2018), *Participation in General Vaccination for Children in Iceland 2018*. Reykjavík.

Chief Epidemiologist of Iceland (2019), *Five Cases of Measles*. Reykjavík.

Ríkisstjórn Íslands (2016), *Átak til að stytta biðlista.* Reykjavík.

Gunnarsdóttir S (2017), *Care Empowered by Nursing Research*. SSN/NNF Conference 2017 – Research in Nursing, 35.

Landlæknisembættið (2016), *Stefnumið um stafrænar heilbrigðisupplýsingar á landsvísu 2016-2020.* Reykjavík.

Ríkisendurskoðun (2017), *Hjúkrunarfræðingar Mönnun, menntun og starfsumhverfi.* Reykjavík.

Ríkisendurskoðun (2018), *Sjúkratryggingar Íslands sem kaupandi heilbrigðisþjónustu.* Reykjavík.

Joossens L, Raw M (2017), *The Tobacco Control Scale 2016 in Europe.* Association of European Cancer Leagues, Brussel.

Kristjansson AL et al. (2016), Population Trends in Smoking, Alcohol Use and Primary Prevention Variables among Adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, 645-652.

Maskina (2015), *Skráargatið: Könnun á skoðunum og þekkingu*. Landlæknisembættið, Reykjavík.

Velferðarráðuneytið (2016), *Tillaga að íslenskri krabbameinsáætlun til ársins 2020*. Reykjavík.

OECD (2017), *Obesity Update 2017.* OECD Publishing, Paris, http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf

Hagstofa Íslands (2019), *Lífslíkur á Íslandi einhverjar þær mestu í Evrópu.* Reykjavík.

Skammstafanir landsheita

Austurríki	AT	Finnland	FI	Ítalía	IT	Malta	MT	Slóvenía	SI
Belgía	BE	Frakkland	FR	Króatía	HR	Noregur	NO	Spánn	ES
Bretland	UK	Grikkland	EL	Kýpur	CY	Pólland	PL	Svíþjóð	SE
Búlgaría	BG	Holland	NL	Lettland	LV	Portúgal	PT	Tékkland	CZ
Danmörk	DK	Írland	IE	Litháen	LT	Rúmenía	RO	Ungverjaland	HU
Eistland	EE	Ísland	IS	Lúxemborg	LU	Slóvakía	SK	Þýskaland	DE

European Commission

State of Health in the EU
Yfirlit heilbrigðismála 2019

Yfirlit heilbrigðismála landa eru mikilvægt skref sem framkvæmdastjórn Evrópusambandsins stígur til þess að gera jafnóðum grein fyrir ástandi heilbrigðismála í ESB-ríkjunum, í þekkingarritröð sinni, sem birt er með fjárstuðningi frá Evrópusambandinu. Þetta yfirlit er samstarfsverkefni Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) og European Observatory on Health Systems and Policies, í samstarfi við framkvæmdastjórn Evrópusambandsins

Þessi samanteknu yfirlit fyrirstefnumótun byggjast á gagnsærri og samræmdri aðferðafræði, þar sem stuðst er bæði við megindleg og eigindleg gögn, en samt nægilega sveigjanlega til þess að aðlaga aðferðina að samhengi hvers ESB/EES-lands. Markmiðið er að gera mönnum kleift að læra hver af öðrum og skiptast auðfúslega á upplýsingum, sem bæði stefnumótendur og áhrifavaldar geta síðan fært sér í nyt.

Sérhvert landsyfirlit býður upp á stutta samantekt á:

- heilsufarsástandi í landinu
- um þætti sem ákvarða heilbrigði, þar sem sjónum er beint að hegðunartengdum áhættuþáttum
- skipulagningu heilbrigðiskerfisins
- árangri heilbrigðiskerfisins, aðgengi og viðnámsþrótti

Framkvæmdastjórnin fylgir helstu niðurstöðum úr þessum landsyfirlitum eftir með svokallaðri Förunautaskýrslu.

Nánari upplýsingar má finna á: ec.europa.eu/health/state

Vinsamlegast vísið til þessarar útgáfu sem : OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Iceland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264927872 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO