European Commission

State of Health in the EU

Ísland

Yfirlit heilbrigðismála aðildarlandanna 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Ritröðin um heilsufarsmynstur aðildarlanda

Skýrslur um heilsufarsmynstur Evrópusambandslanda í ritinu *Staða heilbrigðismála í ESB* gefur hnitmiðaða og stefnumótandi yfirsýn á heilsufar og heilbrigðiskerfi í ESB og/eða á Evrópska efnahagssvæðinu. Þeim er ætlað að draga fram sérkenni og áskoranir hvers lands fyrir sig með hliðsjón af samanburði milla landa. Tilgangurinn er að styðja við þá sem móta stefnuna eða hafa áhrif á hana, með því að skapa vettvang fyrir gagnkvæma þekkingarmiðlun og skoðanaskipti.

Skýrslurnar eru gerðar af Efnahags- og framfarastofnuninni og *European Observatory on Health Systems and Policies,* í samstarfi við framkvæmdastjórn Evrópusambandsins. Teymið er þakklátt fyrir allar þær góðu ábendingar og tillögur sem bárust frá Health Systems and Policy Monitor network, heilbrigðisnefnd Efnahags- og framfarastofnunarinnar og sérfræðingahópi ESB um mat á virkni heilbrigðiskerfa (HSPA).

Efnisyfirlit

1. ÁHERSLUATRIÐI 3
2. HEILSUFAR Á ÍSLANDI 4
3. ÁHÆTTUÞÆTTIR 6
4. HEILBRIGÐISKERFIÐ 8
5. FRAMMISTAÐA HEILBRIGÐISKERFISINS 10
   5.1 Árangursgeta 10
   5.2 Aðgengi 13
   5.3 Viðnámsþróttur 16
6. HELSTU NIÐURSTÖÐUR 22

Gögn og upplýsingaveitur

Gögn og upplýsingar sem birtast í skýrslum um heilsufarsmynstur landa byggja að mestu á opinberum hagskýrslum sem skilað hefur verið til Eurostat og Efnahags- og framfarastofnunarinnar, en farið var vandlega yfir þær til að tryggja að þær standist kröfur um samanburð á gögnum. Heimildir og aðferðir sem liggja til grundvallar þessum gögnum eru aðgengilegar í gagnagrunni Eurostat og heilsufarsgagnagrunni Efnahags- og framfarastofnunarinnar. Önnur gögn koma einnig frá Health Metrics and Evaluation (IHME), *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), úr könnunum Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) og frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO), auk nokkurra annarra upplýsingaveitna á landsvísu.

Meðaltöl ESB eru fengin með því að finna út vegin meðaltöl aðildarríkjanna 27, nema annað sé tekið fram. Meðaltöl Íslands og Noregs eru ekki með í meðaltölum ESB.

Skýrslunni var lokið í september 2021 og byggir á gögnum fengnum í lok ágúst 2021.

Lýðfræði-, félags- og efnahagslegt umhverfi Íslands, 2020

Lýðfræðilegir þættir	Ísland	ESB
Íbúafjöldi	364 134	447 319 916
Hlutfall íbúa eldri en 65 ára (%)	14,4	20,6
Frjósemisstuðull[1] (2019)	1,7	1,5
Félags- og efnahagslegir þættir		
VLF á mann (Evrur, jafnvirðisgengi[2])	37 074	29 801
Hlutfallslegur fátæktarstuðull[3] (%, 2019)	8,8	16,5
Hlutfall atvinnuleysis (%)	5,5	7,1

1. Fjöldi fæddra barna á hverja konu á aldrinum 15-49 ára. 2. Jafnvirðisgengi (PPP) er skilgreint sem hlutfall gengisskráningar sem jafnar út kaupmátt ýmissa gjaldmiðla, með því að eyða þeim mismun sem er á verðgildi milli landa. 3. Prósentuhlutfall þeirra einstaklinga sem búa við minna en 60% af miðgildi jafngildra ráðstöfunartekna. Heimild: Gagnagrunnur Eurostat.

Fyrirvari: Þær skoðanir og röksemdarfærslur sem koma fram hér eru aðeins höfundanna og endurspegla ekki sjálfkrafa opinbera afstöðu Efnahags- og framfarastofnunarinnar eða aðildarríkjanna, eða skoðanir European Observatory on Health Systems and Policies eða einhverra samstarfsaðila hennar. Þeim sjónarhornum sem hér er lýst, má á engan hátt túlka sem opinbera afstöðu Evrópubandalagsins.

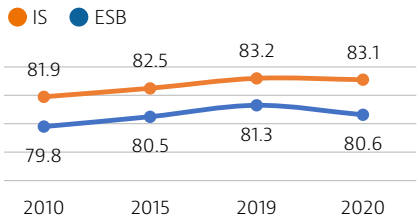
Þetta skjal, ásamt öllum gögnum og skýringarmyndum sem því fylgir, felur ekki í sér neina skoðun á stöðu, fullveldi hvers kyns landsvæðis, eða afmörkunar alþjóðlegra landamæra eða heitis hvers kyns lands, borgar eða svæðis:

Það eru fleiri fyrirvarar fyrir WHO.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Áhersluatriði

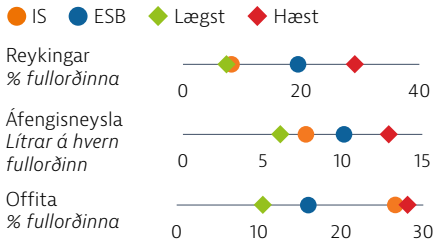
Lífslíkur voru hærri á Íslandi en í öllum öðrum ríkjum ESB árið 2020. Áhrif kórónuveirufaraldursins voru minni en í næstum öllum öðrum Evrópulöndum, sem þakka má skjótum og ströngum lokunaraðgerðum og landfræðilegri legu landsins. Hins vegar er félagslegur ójöfnuður tengdur lífslíkum farinn að aukast. Heilbrigðiskerfið nær til allra íbúa landsins og aðgengi að heilbrigðisþjónustu er almennt mjög gott, en tilfellum þar sem þörfum fyrir heilbrigðisþjónustu er ekki mætt eru algengari meðal fólks með lágar tekjur.



Lífslíkur við fæðingu

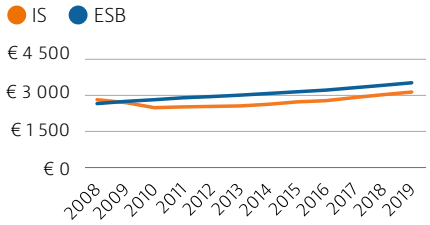
Heilsufarsástand

Lífslíkur við fæðingu á Íslandi voru þær næsthæstu í Evrópu árið 2020 eða 83,1 ár. Kórónuveirufaraldurinn hafði í heildina lítil áhrif, í samanburði við ástandið í mörgum öðrum aðildarríkjum ESB. Hins vegar breikkaði bilið á Íslandi milli mest og minnst menntaðra einstaklinga varðandi lífslíkur um meira en eitt ár milli áranna 2011 og 2020, auk þess sem nánast engin hækkun var hjá þeim minnst menntuðu.



Áhættuþættir

Hegðunaráhættuþættir vógu meira en þriðjungur allra dauðsfalla á Íslandi og eru algengari meðal fólks með lága félags- og efnahagslega stöðu. Meðan reykingar og áfengisneysla eru síður ríkjandi á Íslandi en í flestum löndum ESB, þá er hlutfall offitu hærra.



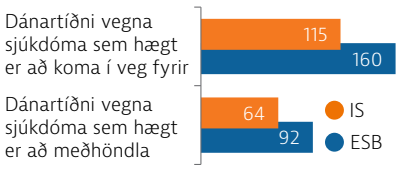
Útgjöld á hvern íbúa (EUR PPP)

Heilbrigðiskerfi

Ísland er með heilbrigðiskerfi sem að mestu leyti er fjármagnað úr opinberum sjóðum og er með alhliða samfélagslega tryggingu. Kostnaður vegna heilbrigðismála er lægri en meðaltal ESB segir til um, bæði miðað við höfðatölu og sem prósentu af VLF. Kostnaður vegna heilbrigðismála var um 83% opinberra gjalda árið 2019. Fjöldi lækna er á pari við meðaltalið í ESB, en það eru hlutfallslega færri heimilislæknar.

Árangursgeta

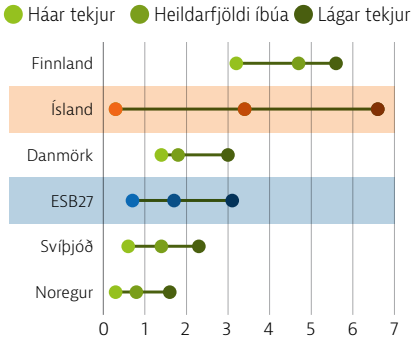
Dánartíðni vegna sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir er lág á Íslandi í saman-burði við flest lönd ESB og er með verulega lægra hlutfall áfengistengdra dauðsfalla, banvænna slysa og dauðsfalla vegna lungnakrabbameins. Ísland hefur einnig eitt lægsta hlutfall dauðsfalla vegna orsaka sem hefði verið hægt að meðhöndla, sem bendir til þess að heilbrigðiskerfið er skilvirkt hvað varðar að bjarga lífi fólks sem hefði mögulega getað orðið lífshættulega veikt.



Hlutfall aldursstaðlaðrar dánartíðni á hverja 100.000 íbúa, 2018

Aðgengi

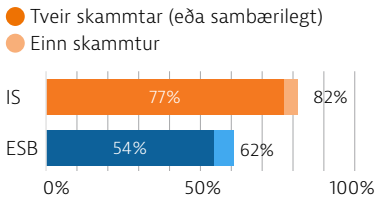
Aðgengi að heilbrigðisþjónustu er almennt gott. Aðeins 3% Íslendinga segja að þörfum þeirra fyrir læknisþjónustu sé ekki sinnt árið 2018, en munur milli tekjuhópa er meiri þar en í nokkru hinna Norðurlandanna og meiri en meðaltal ESB segir til um.



% þeirra sem segja að þörfum fyrir læknisþjónustu hafi ekki verið mætt

Viðnámsþróttur

Kórónuveirufaraldurinn hafði mun takmarkaðri áhrif á dánartíðni á Íslandi árið 2020 samanborið við öll ESB-aðildarríkin. Fjöldaprófanir, smitrakning, sóttkví og einangrun hafa reynst skilvirkt í viðureigninni við kórónuveirufaraldurinns. Í lok ágústmánaðar árið 2021, höfðu 82% allra íbúa fengið a.m.k. einn skammt af bóluefni gegn kórónuveirunni og 77% höfðu fengið tvo skammta (eða sambærilegt).



Hlutfall af heildarfjölda íbúa sem bólusettur er gegn kórónuveirunni.

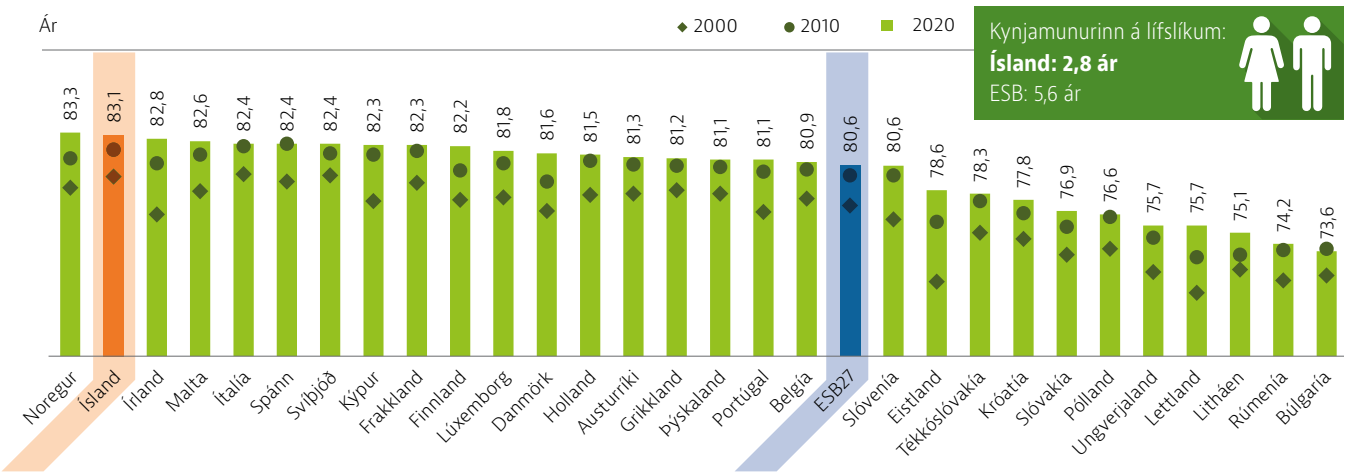
2 Heilsufar á Íslandi

Lífslíkur voru hærri á Íslandi en í öllum öðrum ríkjum ESB, en örlítið lægri en í Noregi

Lífslíkur við fæðingu á Íslandi voru 83,1 ár árið 2020, sem er 2,5 árum lengri en meðaltalið í ESB (mynd 1). Lífslíkur voru hærri á Íslandi en í öllum öðrum ríkjum ESB þar sem lífslíkur, sem venjulega hafa verið hærri í löndum eins og á Spáni, Ítalíu og í Svíþjóð, lækkuðu verulega á árinu 2020 vegna kórónuveirufaraldursins. Á sama tíma voru þær að mestu óbreyttar á Íslandi[1].

Að meðaltali lifa konur 2,8 árum lengur en karlar (84,5 ár á móti 81,7 ári). Kynjamunurinn er mun minni en meðaltal í ESB sem er 5,6 ár.

Mynd 1. Lífslíkur á Íslandi voru mun hærri en meðaltalið í ESB árið 2020

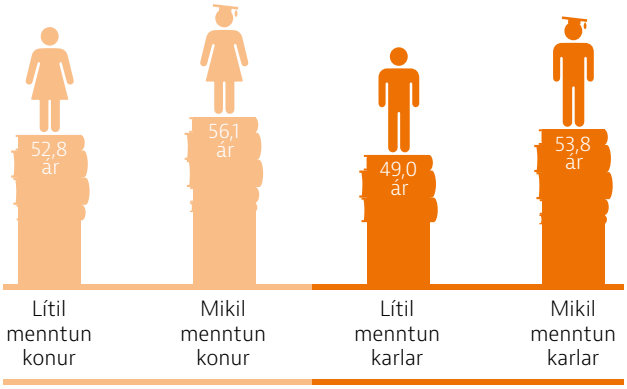


Athugasemd: Meðaltal ESB er vegið meðaltal. Gögn frá Írlandi eru frá 2019.
Heimild: Gagnagrunnur Eurostat.

Félagslegur ójöfnuður tengdur lífslíkum eykst

Ójöfnuður tengdur lífslíkum á Íslandi fyrirfinnst ekki aðeins á milli kynja, heldur einnig milli félags- og efnahagslegrar stöðu, sem m.a. tekur til menntunar- og tekjustigs. Árið 2020 voru lífslíkur karla með minnsta menntunarstig við 30 ára aldur næstum 5 árum lægri en þeirra sem voru með hæsta menntunarstig. Þessi menntunarmunur tengdu langlífi var minni meðal kvenna eða 3,3 ár (mynd 2). Muninn á lífslíkum vegna menntunar er hægt að skýra að hluta með því að einstaklingar eru misjafnlega útsettir fyrir ýmsum áhættuþáttum og óheilbrigðu líferni, sem er hærri meðal íslenskra karla með lágt menntunarstig (sjá hluta 3). Þrátt fyrir lækkun á nokkrum hegðunaráhættuþáttum, hefur munurinn á lífslíkum á milli þeirra mest og minnst menntuðu aukist um rúmlega eitt ár á milli áranna 2011 og 2020, þar sem það var nánast engin aukning meðal þeirra minnst menntuðu (Hagstofa Íslands, 2021).

Mynd 2. Munurinn á lífslíkum vegna menntunar er um 5 ár fyrir karla og 3 ár fyrir konur



Munur á lífslíkum eftir menntunarstigi við 30 ára aldur:

Ísland:	3,3 ár	Ísland:	4,8 ár
ESB18:	3,4 ár	ESB18:	6,9 ár

Athugasemd: Gögn vísa til lífslíka við 30 ára aldur. Hátt menntunarstig er skilgreint sem fólk sem hefur lokið háskólamenntun (ISCED, 5-8) á meðan lágt menntunarstig er skilgreint sem fólk sem hefur ekki lokið framhaldsskóla (ISCED, 0-2).
Heimild: Hagstofa Íslands (gögn frá 2020) og Eurostat gagnagrunnur vegna meðaltalsins í ESB (gögn frá 2017).

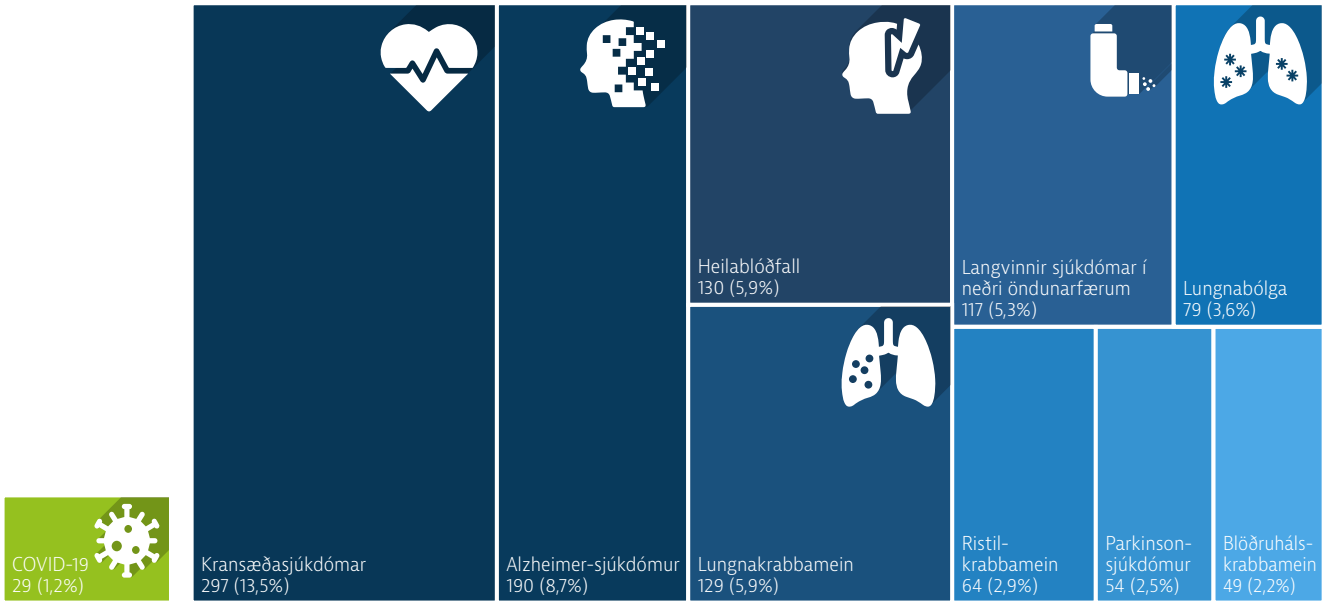
1. *Gögn Eurostat sýna lítilháttar lækkun á lífslíkum við fæðingu um 0.1 ár árið 2020, meðan gögn frá Hagstofu Íslands sýna lítilháttar hækkun á lífslíkum við fæðingu um 0.1 ár.*

Blóðrásarsjúkdómar, Alzheimer-sjúkdómurinn og krabbamein eru aðalorsakir dauðsfalla

Aukning á lífslíkum á Íslandi síðastliðna tvo áratugi var að mestu tilkomin vegna lækkunar á dánartíðni blóðrásarsjúkdóma. Samt sem áður, hafa blóðþurrðarsjúkdómar í hjarta áfram verið aðalorsök dauðsfalla árið 2018 og er hlutfallið 13,5% dauðsfalla (mynd 3). Fast á eftir fylgja Alzheimer-sjúkdómurinn og aðrar heilabilanir, heilablóðfall og lungnakrabbamein. Lungnakrabbamein er langalgengasta orsök dauðsfalla af völdum krabbameins og fylgir ristilkrabbamein svo á eftir.

Dauðsföll vegna kórónuveirunnar voru um 1,2% allra dauðsfalla árið 2020. Það er mun minna hlutfall en í flestum öðrum löndum Evrópu. Dánartíðni vegna kórónuveirunnar árið 2020 og á fyrstu átta mánuðum ársins 2021, var lægri en í nokkru öðru landi ESB og Noregi, eða um 18 sinnum lægra en meðaltalið í ESB (um 90 á hverja milljón íbúa, borið saman við 1.590 í ESB í heildina) (sjá hluta 5.3).

Mynd 3. Blóðþurrðarsjúkdómar í hjarta eru aðalorsök dauðsfalla á Íslandi



Athugasemd: Fjöldi og hlutfall dauðsfalla vegna kórónuveirunnar eru frá 2020, en fjöldi og hlutfall fyrir aðrar orsakir eru frá 2018. Stærð kórónuveirureitsins er í réttu hlutfalli við stærð annarra helstu dánarorsaka árið áður.
Heimild: Sóttvarnastofnun Evrópu vegna kórónuveirudauðsfalla (2020); Eurostat vegna annarra orsaka (gögn frá 2018).

Flestir á Íslandi segjast vera við góða heilsu, en einn af hverjum þremur glímir við langvarandi veikindi

Þrír fjórðu einstaklinga sögðust vera við góða heilsu árið 2018, sem er hærra hlutfall en meðaltalið í ESB. Hins vegar, eins og í öðrum löndum, er fólk með lægri tekjur ólíklegra til að segjast vera við góða heilsu: 66% þeirra sem eru í lægsta tekjuhópnum segjast vera við góða heilsu, á móti 86% í hæsta tekjuhópnum. Þetta bil er sambærilegt við meðaltal ESB.

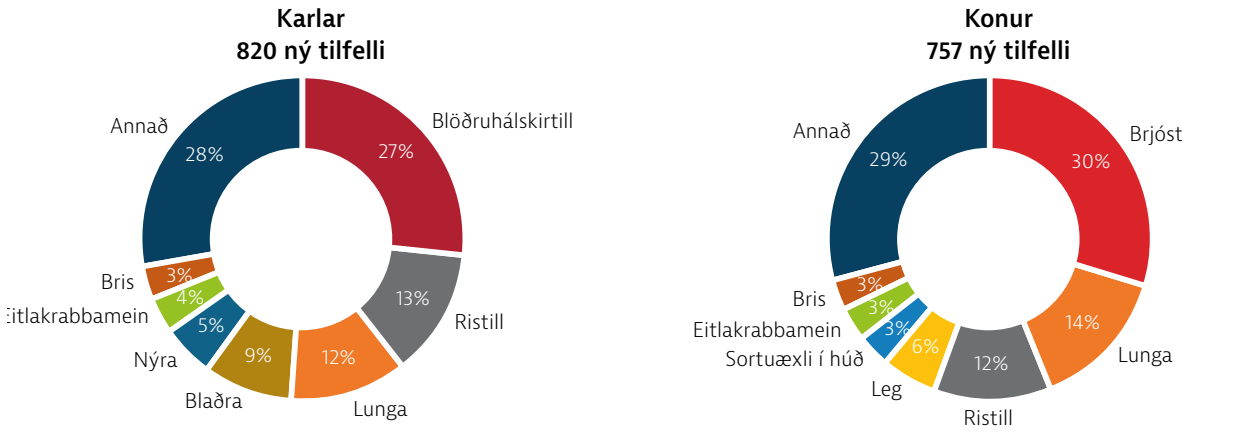
Um einn þriðji fullorðinna einstaklinga á Íslandi (32%) sagðist glíma við a.m.k. einn langvarandi sjúkdóm árið 2018 skv. niðurstöðum EU-SILC könnunarinnar. Það er lægra hlutfall en á meðaltali í ESB.

Byrði vegna krabbameina er töluverð á Íslandi

Samkvæmt áætlun frá Sameiginlegu rannsóknarmiðstöðinni sem byggir á nýgengisþróun fyrri ára, var áætlað að 1.580 ný tilfelli krabbameins kæmu fram árið 2020 á Íslandi og um 640 dauðsföll yrðu vegna krabbameins[2]. Nýgengi og dánartíðni krabbameins er hærra meðal karla en kvenna. Mynd 4 sýnir helstu svæðin í líkamanum þar sem áætlað var að krabbamein kæmu fram hjá körlum árið 2020; blöðruhálskirtill, ristill og lungu. Meðal kvenna var áætlað að brjóstkrabbamein yrði algengasta greinda tegund krabbameins og síðan lungna- og ristilkrabbamein.

2. Tekið skal fram að þessar áætlanir voru gerðar áður en kórónuveirufaraldurinn brast á; það gæti haft áhrif á nýgengishlutfall og dánartíðni krabbameins árið 2020.

Mynd 4. Áætlað var að um 1.500 manns yrðu greindir með krabbamein á Íslandi árið 2020



Aldursstaðlað hlutfall (allra krabbameina)
IS: 602 á hverja 100.000 íbúa
ESB: 686 á hverja 100.000 íbúa

Aldursstaðlað hlutfall (allra krabbameina)
IS: 511 á hverja 100.000 íbúa
ESB: 484 á hverja 100.000 íbúa

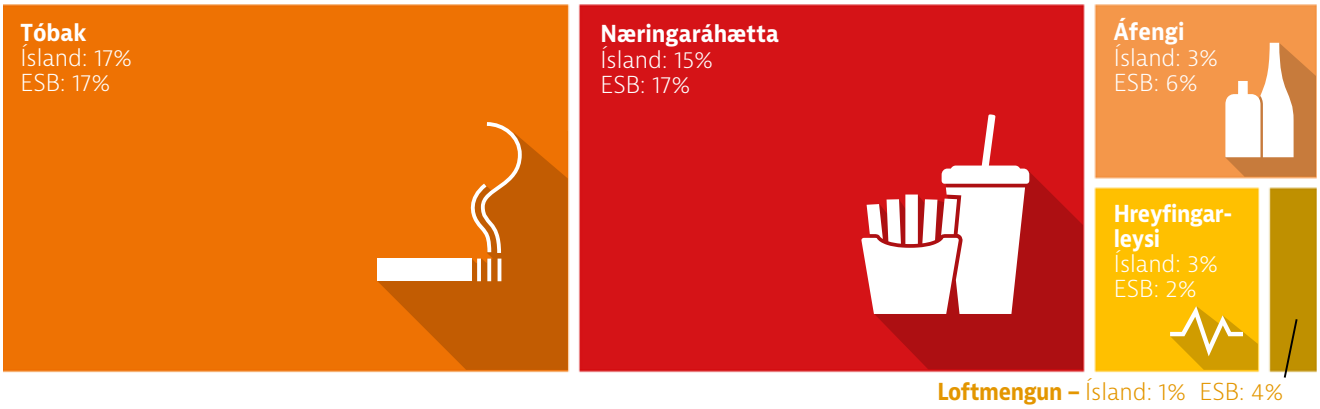
Athugasemd: Húðkrabbamein án sortuæxlis er ekki talið með. Krabbamein í legi nær ekki til krabbameins í leghálsi.
Heimild: ECIS - European Cancer Information System.

3 Áhættuþættir

Hegðunaráhættuþættir er orsök meira en eins þriðja allra dauðsfalla á Íslandi

Hegðunaráhættuþættir áttu þátt í meira en einum þriðja allra dauðsfalla á Íslandi árið 2019 og mynduðu tóbaksneysla og mataræði stærsta hlutfallið (mynd 5). Þessir hegðunaráhættuþættir eru mun algengari hjá fólki með lága félags- og efnahagslega stöðu. Áfengisneysla og lítil líkamleg hreyfing voru líka orsök dauðsfalla, en í minna mæli. Loftmengun í formi fíns svifryks (PM25) og að vera útsettur fyrir ósóni taldi aðeins um 1% allra dauðsfalla, sem er miklu lægra hlutfall en meðaltalið í ESB.

Mynd 5. Tóbak og mataræði eru helstu orsakir dauðsfalla



Athugasemd: Heildarfjöldi dauðsfalla sem tengdur er þessum áhættuþáttum er lægra en summa einstakra þátta teknir út sér, því sama dauðsfall getur orsakast af fleiri en einum áhættuþætti. Áhættuþættir mataræðis eru 14 talsins, m.a. lítil neysla ávaxta og grænmetis, mikil neysla sykursætra drykkja. Loftmengun felur í sér að vera útsett fyrir svifryki og ósóni. Heimild: IHME (2020), Global Health Data Exchange (áætlun er frá 2019).

Reykingahlutfall hefur lækkað í heildina, en rafsígarettur hafa orðið vinsælli meðal ungs fólks

Reykingahlutfall hefur lækkað meðal fullorðinna og unglinga á síðastliðnum áratug og er nú lægra en í nokkru landi ESB. Árið 2019 sögðust aðeins 8% fullorðinna reykja tóbak daglega, sem er greinileg lækkun frá 15% árið 2009. Hins vegar er hlutfall reykingafólks meðal lægst menntuðu íbúa meira en tvöfalt það hlutfall meðal mest menntuðu íbúa.

Reykingahlutfall meðal unglinga er líka lægra á Íslandi en í nokkru öðru landi ESB: Aðeins 6% 15 ára unglinga sagðist hafa reykt sígarettur síðastliðna mánuði árið 2018. Hins vegar hefur notkun rafsígarettna orðið vinsælli. 17% 15-16 ára unglinga sagðist reykja rafsígarettur árið 2019, sem er hærra hlutfall en meðaltalið í ESB sem er 14% (skv. könnun ESPAD).

Áfengisneysla meðal unglinga og fullorðinna er tiltölulega lág

Algengi óhóflegrar áfengisneyslu er líka mun takmarkaðri á Íslandi en í öðrum löndum ESB. Árið 2018 sögðust aðeins 7% 15 ára unglinga hafa verið drukkinn meira en einu sinni á ævinni. Það er þrisvar sinnum lægra en meðaltalið í ESB (22%). Fullorðið fólk á Íslandi neytir einnig mun minna áfengis en fólk í flestum löndum ESB (um 25% minna en meðaltalið í ESB árið 2018).

Lágt hlutfall tóbaks- og áfengisneyslu meðal unglinga má að hluta þakka yfirgripsmiklum forvarnaraðgerðum sem farið var í seint á tíunda áratugnum og miðaði að því að draga úr áhættuþáttum. Á landsvísu, leggur Ísland skatta á áfengi og tóbak, sem er hærra en í nokkru öðru landi Evrópu (Efnahags- og framfarastofnunin, 2020). Aðgengi að áfengi er stýrt gegnum ríkirekna keðju vínbúða, sem eru einu smásöluhafar sem hafa leyfi til að selja áfenga drykki með meira en 4,75% alkóhólmagn. Lágmarksaldur til að kaupa áfengi er 20 ára.

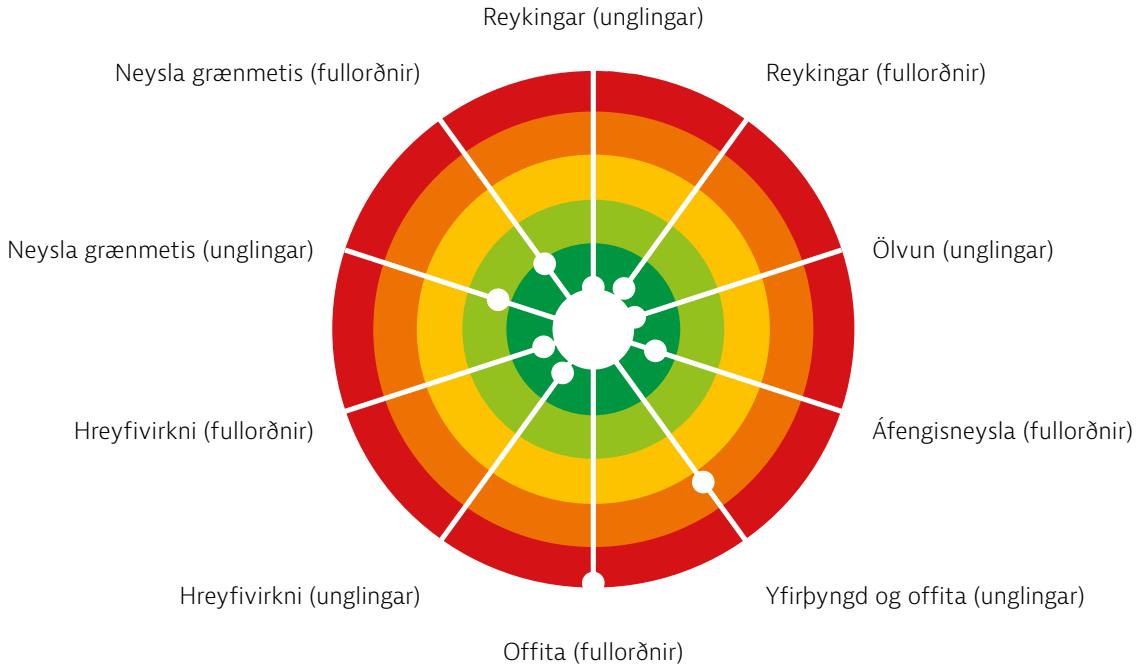
Hlutfall yfirþyngdar og offitu er hærra á Íslandi en í flestum löndum ESB.

Á ekki eins jákvæðum nótum, þá hefur hlutfall yfirþyngdar og offitu aukist meðal unglinga og fullorðins fólks á síðastliðnum áratug. Offituhlutfallið meðal fullorðinna jókst úr 20% árið 2007 í 27% árið 2017 og er nú hærra en í nokkru landi ESB, fyrir utan Möltu. Meðal 15 ára unglinga var hlutfall yfirþyngdar og offitu 21% árið 2018 - það fimmta hæsta í Evrópu.

Líkamleg hreyfing er örlítið meiri meðal unglinga á Íslandi en í flestum löndum ESB, en samt sem áður aðeins um einn fimmti sagðist stunda einhverja hóflega líkamlega hreyfingu á hverjum degi árið 2018. Eins og í öðrum löndum ESB, eru 15 ára stúlkur mun ólíklegri til þess að stunda hóflega líkamlega hreyfingu en strákar (16% á móti 23%). Hærra hlutfall fullorðinna á Íslandi segist stunda hóflega hreyfingu vikulega en í flestum löndum ESB. En a.m.k. einn af hverjum fimm uppfyllti ekki tilmæli Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um lágmarkshreyfingu í hverri viku árið 2014.

Þegar kemur að næringarfræðilegum venjum, segjast um 40% fullorðinna Íslendinga ekki borða einn einasta skammt af grænmeti á degi hverjum árið 2019. En samt sem áður er þetta lægra hlutfall en í flestum ESB-löndum. Meðal unglinga, segjast um tveir þriðju þeirra sem eru 15 ára að þeir borði engan skammt af grænmeti á degi hverjum - sem er nálægt meðaltalinu í ESB (mynd 6).

Mynd 6. Yfirþyngd og offita unglinga og fullorðinna er mikilvægt lýðheilsuvandamál



Athugasemd: Því nær sem punkturinn er miðjunni, því betra stendur landið sig í samanburði við ESB-löndin. Ekkert land er á hvíta marksvæðinu, því rými þarf að vera til fyrir öll lönd til að þróa sig áfram.
Heimild: Útreikningar Efnahags- og framfarastofnunarinnar byggðir á könnun frá HBSC gerð á árunum 2017-18 um unglingamælikvarða; og heilsufarsshagtölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar, EU-SILC 2017, EHIS 2014 og 2019 vegna mælikvarða fyrir fullorðinna.

4 Heilbrigðiskerfið

Ísland er með heilbrigðiskerfi sem er að miklu leyti fjármagnað með opinberu fjármagni og er með alhliða samfélagslega tryggingu

Heilbrigðiskerfið á Íslandi er að mestu fjármagnað með opinberu fé og nær til allra íbúa landsins. Ráðandi einkenni kerfisins er samþætt samband kaupanda og veitanda, þar sem hið opinbera er bæði greiðandi og eigandi flestra stofnana sem veita heilbrigðisþjónustu. Stefnumótun, stjórnsýsla, reglugerð og fjármögnun fyrir allt landið er miðstýrt.

Það eru sjö heilbrigðisumdæmi skilgreind, en þau eru í rauninni aðeins skipulagslegs eðlis og hafa ekki sjálfstætt stjórnsýsluvald eða aðskilið tekjustreymi. Þessi miðstýrða nálgun endurspeglast í þeim stjórnvaldsaðgerðum á Íslandi sem ráðist var í til að takast á við kórónuveirufaraldurinn (reitur 1).

Sjúkratryggingakerfið er fjármagnað með árlegum fjárlögum. Þó flestir heilbrigðisþjónustuveitendur séu opinberir, þá hefur fjöldi og umfang sjálfseignarstofnana og hagnaðardrifinna einkafyrirtækja aukist síðustu ár.

Reitur 1. Heilbrigðis- og dómsmálaráðuneytin báru aðalábyrgðina á að bregðast við kórónuveirufaraldrinum

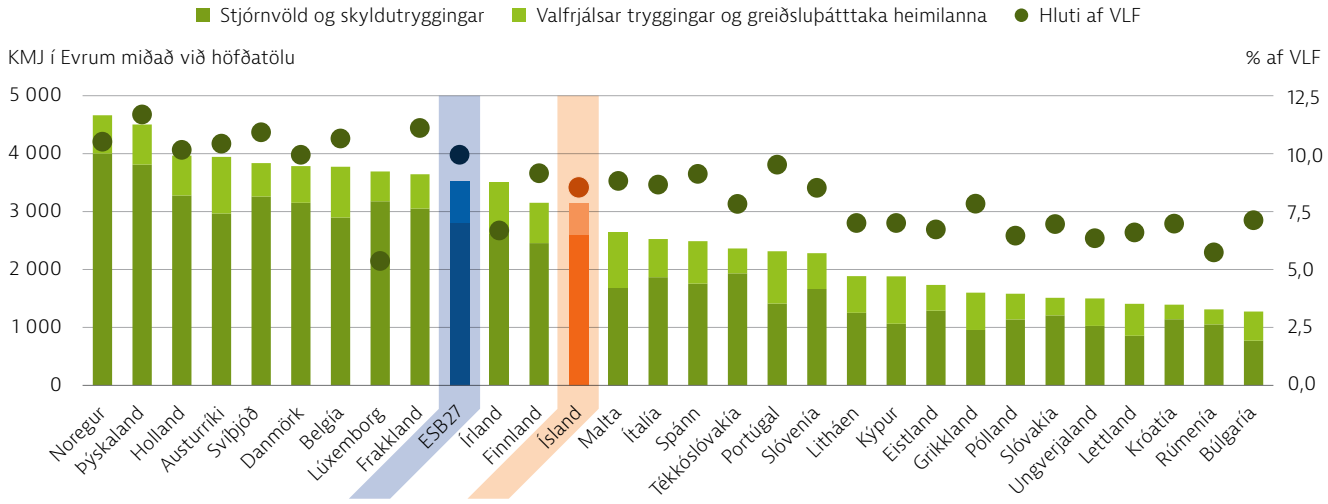
Þó öll ráðuneyti ríkisstjórnarinnar hafi leikið hlutverk þegar brugðist var við kórónuveirufaraldrinum, þá var meginábyrgðin hjá heilbrigðisráðuneytinu og dómsmálaráðuneytinu. Landsáætlun vegna heimsfaraldurs var virkjuð og innleidd af Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra og Sóttvarnalækni í umboði heilbrigðisráðuneytis. Samræming aðgerða var gerð á landsvísu, en viðbragðsáætlunum dreift til lögreglu- og heilbrigðisyfirvalda í hverju umdæmi hringinn í kringum landið, sem síðan settu upp samhæfingarstöðvar og stýrðu viðbrögðum á hverjum stað.

Heimild: Kórónuveiran, Health System Response Monitor.

Ísland ver minna á mann og lægra hlutfalli VLF til heilbrigðismála en meðaltal ESB

Kostnaður vegna heilbrigðismála er lægri en meðaltal ESB segir til um, bæði miðað við höfðatölu og sem prósenta af VLF (mynd 7). Kostnaður vegna heilbrigðismála á höfðatölu á Íslandi nam 3.138 Evrum árið 2019 (leiðrétt með tilliti til mismunar á kaupmætti) á móti meðaltal ESB sem var 3.523 Evrur. Þetta samsvaraði 8,6% af VLF sem ráðstafað var til heilbrigðisútgjalda á móti 9,9% meðaltal ESB.

Mynd 7. Heilbrigðisútgjöld miðað við höfðatölu og sem hluti af VLF eru lægri á Íslandi en í ESB.



Athugasemd: Meðaltal ESB er vegið meðaltal.
Heimild: Hagtölur frá Efnahags- og framfarastofnuninni (OECD) 2021 (gögn eru frá 2019, fyrir utan Möltu sem eru frá 2018).

Heilbrigðisútgjöld eru að mestu fjármögnuð af hinu opinbera

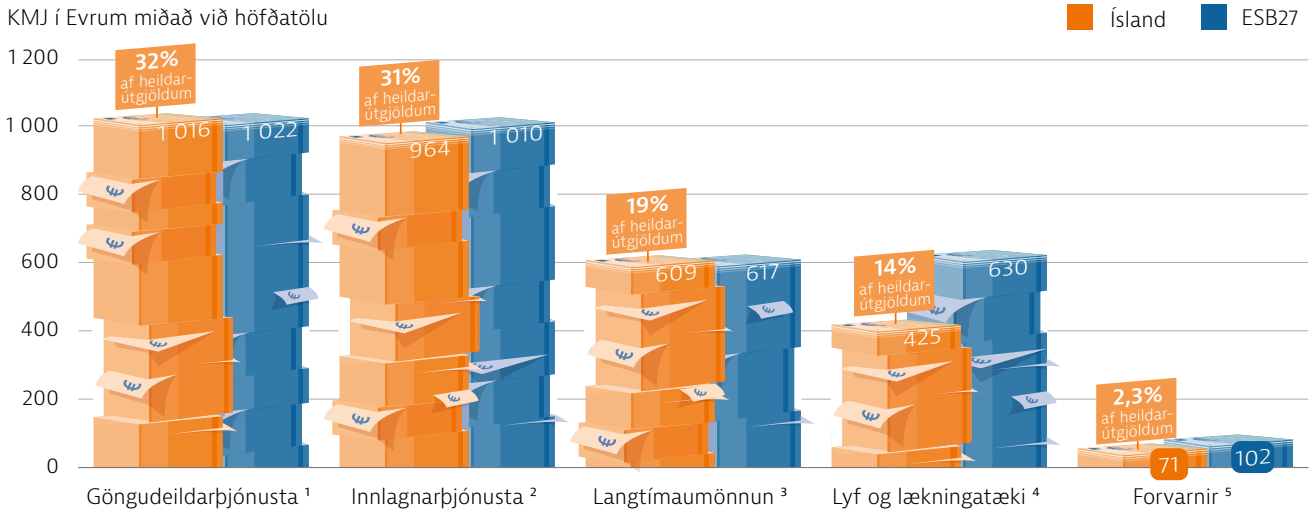
Opinber útgjöld standa fyrir stærstum hluta heilbrigðisútgjalda á Íslandi, sem voru 83% alls heilbrigðiskostnaðar árið 2019 - sem er örlítið hærra en meðaltal ESB (80%). Útgjöld notenda (OOP) var yfir 16% heilbrigðisútgjalda árið 2019, sem er mjög nálægt meðaltali ESB. Þessi útgjöld eru í formi greiðsluþátttöku vegna komu á heilsugæslu, komu á göngudeild og vegna lyfja, stundum með afslætti eða undanþágu frá greiðslu til efnaminni hópa. Innlögn á legudeild er gjaldfrjáls og sama gildir um allar rannsóknir og lyf sem krafist er meðan á sjúkrahúsdvöl stendur. Valfrjálsar heilbrigðistryggingar (VHI) eru eiginlega ekki til á Íslandi.

Fjármagnið fer að mestu til innlagnar- og göngudeildarþjónustu, en lítið til forvarna

Fjármagn til heilbrigðismála á Íslandi fer að stærstum hluta til innlagnar- og göngudeildarþjónustu, sem hvort um sig tekur til næstum eins þriðja útgjalda við heilbrigðisþjónustu (mynd 8). Árið 2019 var 19% af útgjöldum til heilbrigðismála ráðstafað til þjónustu við langlegusjúklinga, sem er hærra hlutfall en meðaltal ESB (16%).

Með margvíslegum aðgerðum Sjúkratrygginga Íslands (þar á meðal viðmiðunarverðlistum og samkeppni milli smásala) náði Ísland að lækka hlutfall lyfjakostnaðar úr næstum 19% 2010 niður í 14% árið 2019. Kostnaður vegna forvarna nam einungis 2,3%, sem er nálægt meðaltalinu í ESB (2,9%).

Mynd 8. Innlagnar- og göngudeildarþjónusta eru tveir helstu útgjaldaliðirnir



Athugasemd: Kostnaður vegna stjórnsýslu í heilbrigðismála er ekki innifalinn. 1. Innifalið er heimaþjónusta og aukaþjónusta (t.d. sjúkraflutningur); 2. Innifalin er lyfja- og endurhæfingarþjónusta á sjúkrahúsum og í öðrum úrræðum; 3. Innifelur einungis heilbrigðishlutann; 4. Innifelur einungis göngudeildarþjónustu; 5. Innifelur einungis kostnað vegna skipulagðra forvarnarverkefna. Meðaltal ESB er vegið meðaltal.
Heimild: Hagtölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) frá 2021; Gagnagrunnur Eurostat.(gögn frá 2019).

Fjöldi sjúkrahúsrýma hefur lækkað jafnt og þétt

Hvert heilbrigðisumdæmanna á Íslandi hefur a.m.k. eitt svæðissjúkrahús. Þau geta verið misjöfn að stærð og með mismunandi hlutverk. Flestar einkareknu sérfræðilæknastofurnar eru staðsettar á höfuðborgarsvæðinu. Fjöldi sjúkrahúsrýma hefur lækkað á síðastliðnum tveimur áratugum (farið úr 4,1 rúm árið 2007 niður í 2,8 rúm á hverja 1.000 íbúa árið 2019, samanborið við 5,3 að meðaltali í ESB). Sumum sjúkrahúsrýmum kringum landið hefur verið breytt í langlegurými.

Innlagnir á sjúkrahús eru mun færri á Íslandi en að meðaltali í ESB og meðallengd dvalar á spítala er einnig minni (5,8 dagar árið 2019 á móti 7,4 dögum að meðaltali í ESB).

Geta gjörgæsludeilda var aukin í mars 2020 til að bregðast við hugsanlegri aukningu á þörf vegna kórónuveirunnar, en sjúkrahúskerfið fann ekki fyrir neinum skorti á sjúkrarúmum eða tækjum meðan á faraldrinum stóð (sjá hluta 5.3).

Fjöldi lækna er á pari við meðaltalið í ESB, en það eru hlutfallslega færri heimilislæknar

Fjöldi lækna á Íslandi árið 2019 var jafnmikill og meðaltalið í ESB (3,9 á hverja 1.000 íbúa), en langstærsti hlutinn eru sérgreinalæknar. Aðeins um 15% lækna voru heimilislæknar árið 2019, sem er lægra hlutfall en meðaltalið í ESB (21%). Mikill fjöldi sérgreinalækna leiðir af sér hærri komutíðni til sérgreinalækna í samanburði við önnur Norðurlönd. Aðgengi lækna inn á sérgreinalæknamarkaðinn er ekki stýrt og eru merki um offramboð á þeim.

Fjöldi hjúkrunarfræðinga er tiltölulega hár (15,4 á hverja 1.000 íbúa) í samanburði við meðaltal ESB (8,4), en þessi fjöldi telur bæði hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða (sem hafa styttri menntun). Eftirspurn eftir hjúkrunarfræðingum hefur aukist hratt vegna öldrunar þjóðarinnar og vaxandi hjúkrunarþörf á sjúkrahúsum og á hjúkrunarheimilum, á sama tíma og nokkur fjöldi starfandi hjúkrunarfræðinga er að nálgast eftirlaunaaldurinn. Þjálfun og ráðning nýrra hjúkrunarfræðinga í lausar stöður hefur verið ákveðin áskorun. Á árinu 2020, lagði heilbrigðisráðuneytið fram tillögu um að auka fjölda nemenda sem teknir eru inn í nám í hjúkrunarfræði og fá nýútskrifaða stúdenta til starfa og kom á fót starfshópi til að þróa áætlun til að bæta nýliðun hjúkrunarfræðinga (heilbrigðisráðuneytið, 2020).

Heilsugæslan er ekki hliðvörður í heilbrigðiskerfinu

Vegna skorts á hliðvörslu og tilvísunarþjónustu heimilislækna, þá er fyrsti viðkomustaður sjúklinga oftast á einkastofum sérgreinalækna. Samt sem áður eru heilsugæslustöðvar víðs vegar um landið og a.m.k. ein á hverju af hinum sjö heilsugæsluumdæmum, og þar starfar heilbrigðisstarfsfólk sem býður upp á fjölbreytta heilsugæsluþjónustu. Það felur m.a. í sér heimahjúkrun, skólahjúkrun, heilsueflingu og forvarnir, svo og þjónustu utan dagvinnutíma. Vaxandi fjöldi heimilislækna starfa líka á einkareknum heilsugæslustöðvum.

Sjúkrahúsþjónusta er að öllu leyti ríkisrekin og er í auknum mæli að leggja áherslu á göngudeildarþjónustu og dagsaðgerðir

Öll sjúkrahús sem bjóða upp á innlagnar- og göngudeildaraþjónustu eru ríkisrekin. Sjúkrahús í hverju hinna 7 heilsugæsluumdæma veita sólarhringslæknisþjónustu á göngu- og legudeildum, en framboð á sérgreinalæknaþjónustu er misjafnt. Mjög sérhæfð þjónusta sem krefst hámenntaðs starfsfólks er aðallega veitt á Landspítala háskólasjúkrahúsi í Reykjavík og í minna mæli á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Sjúkrahús eru í auknum mæli að skipta út legudeildum fyrir göngudeildar og dagsaðgerðarþjónustu.

5 Frammistaða heilbrigðiskerfisins

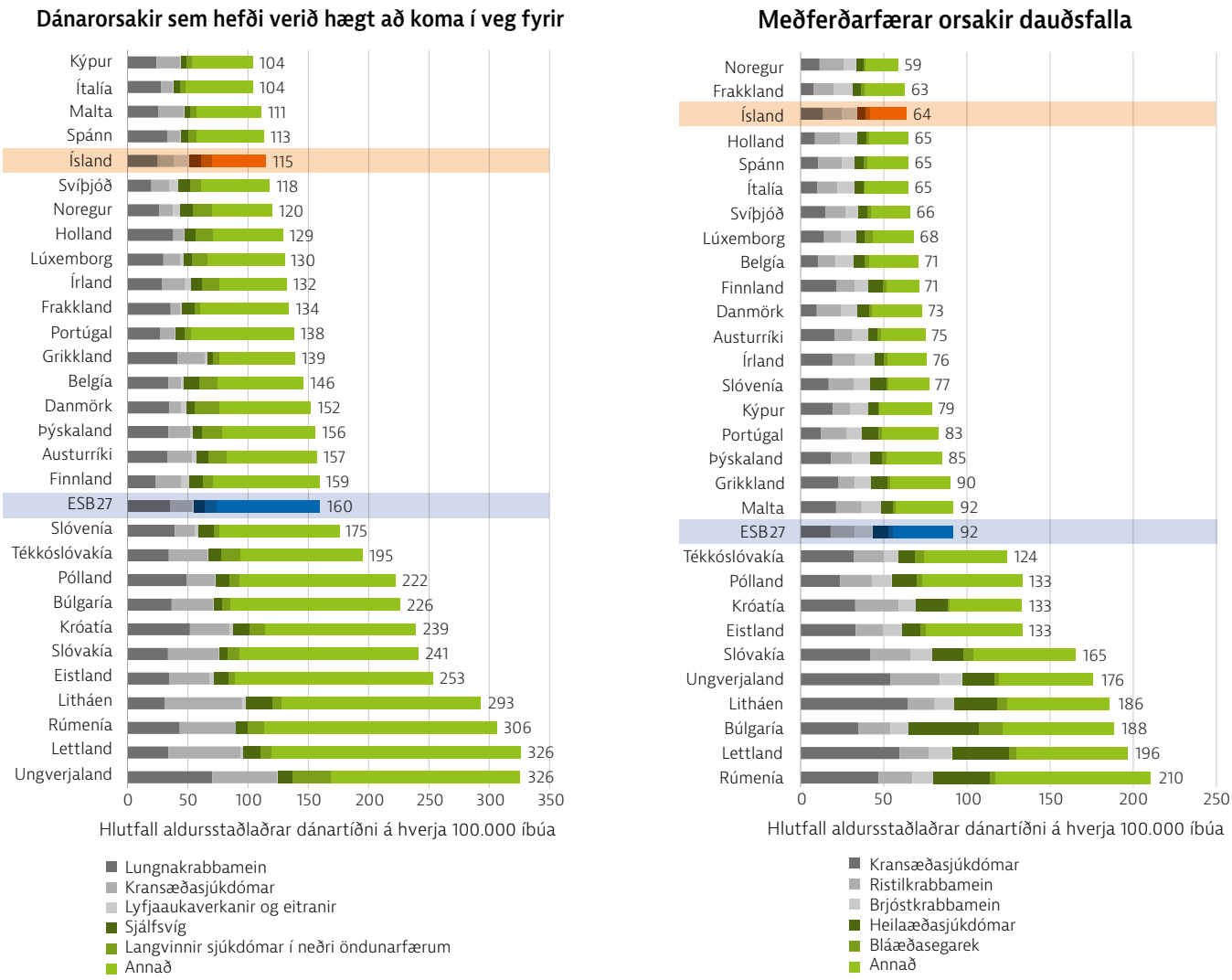
5.1 Árangursgeta

Dánartíðni vegna orsaka sem hægt hefði verið að koma í veg fyrir eða meðhöndla er lág á Íslandi

Á árinu 2018 var Ísland með eitt lægsta hlutfall dauðsfalla af orsökum sem hefði verið hægt að meðhöndla, sem bendir til góðs árangurs heilbrigðiskerfisins þegar um björgun mannslífa við hugsanlega banvænar aðstæður er að ræða (mynd 9). Það hefur verulega lægri dánartíðni vegna orsaka sem hefði verið hægt að meðhöndla, eins og heila- og æðasjúkdóma og ristilkrabbamein, heldur en í ESB og hlutfall blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta og brjóstkrabbamein er einnig lágt.

Tíðni andláta, sem koma má í veg fyrir, var líka lág á Íslandi árið 2018 samanborið við flest lönd ESB. Ísland hefur verulega lægri dánartíðni vegna áfengistengdra dauðsfalla, banaslysa og lungnakrabbameins og endurspeglar það hversu lágt algengi áhættuþátta tengt heilsu er meðal Íslendinga. Innviðir til að efla lýðheilsu á Íslandi eru vel þróaðir. Lýðheilsudeild Embættis landlæknis eflir og samræmir starf er snertir lýðheilsu og hefur meðal annars sett í gang átaksverkefni á borð við Heilsueflandi samfélag - vellíðan fyrir alla, sem hefur verið í gangi í öllum sveitarfélögum og nær því til 90% allra íbúa.

Mynd 9. Andlát af orsökum sem hægt hefði verið að koma í veg fyrir eða meðhöndla eru áberandi færri en meðaltal ESB segir til um



Athugasemd: Dauðsfall sem hefði verið hægt að koma í veg fyrir er skilgreint sem dauðsfall sem forðast megi gegnum lýðheilsu og forvarnaraðgerðir á frumstigi. Dauðsfall vegna orsaka sem hefði verið hægt að meðhöndla er skilgreint sem dauðsfall sem forðast megi með inngripi, m.a. með skimunum og meðferðum. Um helming dauðsfalla vegna sumra sjúkdóma (t.d. blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta og heilaæðasjúkdóma) eru sett í flokk dauðsfalla sem hefði verið hægt að koma í veg fyrir og hinn helmingurinn í flokk dauðsfalla sem hefði verið hægt að koma í veg fyrir með meðhöndlun. Báðir mælikvarðar vísa til ótímabærra andláta (undir 75 ára að aldri). Gögnin byggja á endurskoðuðum listum frá Efnahags- og framfarastofnuninni og Eurostat.
Heimild: Eurostat-gagnagrunnur (gögn frá 2018, fyrir utan Frakkland sem eru frá 2016).

Ísland hefur yfirgripsmikla tóbaksvarnarlöggjöf

Eins og kemur fram í 3. hluta, hafa tóbaksreykingar meðal unglinga og fullorðinna á Íslandi minnkað hratt síðustu tvo áratugina og eru minni en í nokkru öðru landi í ESB. Frá árinu 2002 hefur Ísland bannað reykingar á opinberum stöðum og vinnustöðum; sett á alhliða bann við auglýsingum og kynningum á tóbaki; og látið setja varnaðarorð á umbúðir og merkingar tóbaks. Ísland var eitt fyrst landa til að innleiða bann við sýnileika tóbaksvara á sölustöðum (fyrir utan sérhæfðar tóbaksbúðir). Það mældist mjög merkjanleg minnkun reykinga hjá ungmennum stuttu eftir að banninu var komið á. Lög banna sölu á tóbaksvörum í sjálfsölum og á stöðum þar sem veitt er heilbrigðisþjónusta, í skólum og stofnunum fyrir börn og unglinga, auk þess sem bannað er að selja tóbak til barna yngri en 18 ára.

Síðan í mars 2019 hafa reglur verið settar um innflutning, markaðssetningu, notkun og öryggi rafsígarettna. Vörugjald fyrir tóbak og áfengi hækkaði um 2,5% á árinu 2021.

Aðgerðir til að draga úr offitu hafa ekki borið mikinn árangur enn sem komið er

Eins og kemur fram í 3. hluta, hefur hlutfall yfirþyngdar og offitu meðal íslenskra unglinga og fullorðinna hækkað síðustu 15 ár og er nú hærra en í nokkru hinna Norðurlandanna og í flestum löndum ESB. Til að reyna að snúa þróuninni við, hefur Ísland innleitt heilsueflingu og forvarnaraðgerðir í skólum og í samfélaginu. Það felur í sér næringarmælikvarða fyrir skóla, bann við auglýsingum á mat og drykkjum á sjónvarps- og útvarpstímum barna og notkun Skráargatsins sem

er samnorrænt merki sem ýtir undir hollari valkosti innan matvöruflokka (reitur 2). Hins vegar hafa þessar aðgerðir ekki enn sýnt að þær hafi einhver veruleg áhrif til minnkunar á yfirþyngd og offitu. Árið 2020 gaf Ísland út sínar fyrstu klínísku leiðbeiningar um meðferð fullorðinna einstaklinga með offitu.

Reitur 2. Ísland tók upp notkun samnorrænnar Skráargats-merkingar

Skráargatið, sem á sinn uppruna í Svíþjóð árið 1989, hefur nú verið tekið upp á Íslandi, í Danmörku og í Noregi. Vörur merktar með merkingunni innihalda minni og hollari fitu, minna salt og sykur og meira af trefjum og heilum kornum í samanburði við aðrar matvörur í sama flokki sem ekki uppfylla forsendur fyrir merkingunni. Í könnun sem var gerð 2020, kemur fram að 74% Íslendinga voru kunnugir merkinu.

Á árunum 2015 og 2021 voru skilgreiningar á bak við Skráargatið endurskoðaðar og samþykktar í öllum fjórum löndunum, í samræmi við Norrænar næringarráðleggingar. Á Íslandi bera Matvælastofnunin og heilbrigðisyfirvöld ábyrgð á að tryggja að farið sé að reglum um notkun myndmerkisins. Framleiðendum er frjálst að nota Skráargatið á vörur sínar að uppfylltum skilyrðum merkisins (Ríkisstjórn Íslands, 2021a).

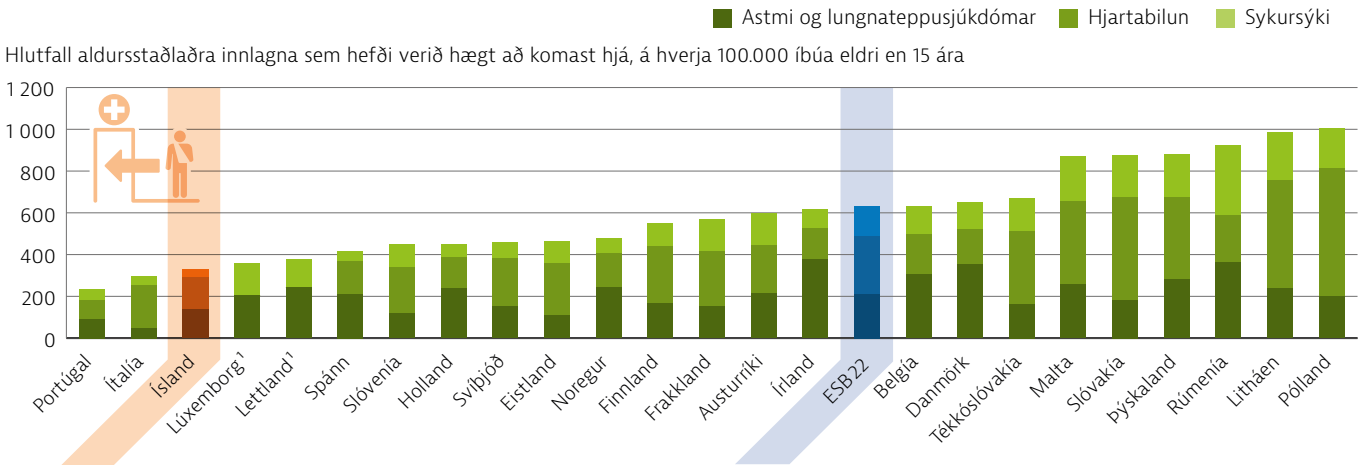
Bólusetningar við inflúensu meðal eldra fólks jukust á árinu 2020

Rúmlega helmingur (55%) fólks 65 ára og eldra á Íslandi var bólusettur gegn inflúensu árið 2020 og um 48% árið 2019. Samt sem áður eru þetta lægri tölur en Alþjóðaheilbrigðisstofnunin mælir með (75%) varðandi bólusetningar íbúa í þessum aldursflokki, sem eru útsettari fyrir alvarlegum fylgikvillum og dauða vegna inflúensu. Vegna aukinnar eftirspurnar eftir inflúensubólusetningu meðan á kórónuveirufaraldrinum stóð, urðu flestar heilsugæslustöðvar á Stór-Reykjavíkursvæðinu uppiskroppa með bóluefni í október 2020, þó var það enn fáanlegt í lyfjabúðum.

Sjúkrahúsinnlagnir sem koma má í veg fyrir eru færri á Íslandi en í mörgum öðrum löndum ESB

Ísland kemur vel út í samanburði við ESB-löndin hvað varðar sjúkrahúsinnlagnir sem koma má í veg fyrir í tilfelli margra langvarandi sjúkdóma - sérstaklega vegna sykursýki og hjartabilunar, þar sem Ísland er meðal þeirra sem hafa lægstu tíðnina (mynd 10). Flestir langveikir sjúklingar fá þjónustu á göngudeildum eða dagsaðgerðardeildum á Landspítala-háskólasjúkrahúsi í Reykjavík eða á Sjúkrahúsinu á Akureyri á Norðurlandi.

Mynd 10. Sjúkrahúsinnlagnir sem koma má í veg fyrir eru færri á Íslandi en í mörgum öðrum löndum ESB



Athugasemd: 1. Gögn um hjartabilanir eru ekki til í Lettlandi og Lúxemborg.
Heimild: Hagtölur frá Efnahags- og framfarastofnuninni (OECD) 2021 (gögn eru frá 2019 eða sem næst því ári).

Ísland er með yfirgripsmikla krabbameinsskrá og krabbameinsáætlun

Krabbameinsfélag Íslands er félag á landsvísu sem ekki er rekið í hagnaðarskyni, heldur er fjármagnað með framlögum og með stuðningi heilbrigðisyfirvalda. Það er ábyrgt fyrir íslensku Krabbameinsskránni(ICR) - sem er ein elsta skrá á landsvísu í heiminum. Skráin var stofnuð 1954. Skráin nær yfir um 99% allra greininga á krabbameini í landinu. Upplýsingar koma frá rannsóknarstofum í meina- og blóðmeinafræði, lækningadeildum, heimilislæknum, einstaka læknum og einkastofum lækna. Tilgangur skráarinnar er að auka við þekkingu á krabbameini á Íslandi og fylgjast með greiningum og meðferðum, svo og gæðum þeirra og árangri. Gögn úr skránni hafa verið notuð við birtingar á yfir 600 vísindalegum rannsóknum og líka til að rannsaka bóluefni vegna HPV-veirunnar með það að markmiði að koma í veg fyrir leghálskrabbamein og kynfæravörtur.

Ísland hleypti af stokkunum Krabbameinsáætlun árið 2019 sem nær til ársins 2030. Hún byggir á víðtækum tillögum ráðgjafahóps. Þótt innviðirnir séu að mestu til staðar, þá er ráðlagt í áætluninni að leggja meiri áherslu á gott flæði þjónustu, fjölbreyttari endurhæfingarmöguleika og bættu aðgengi upplýsinga fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra (heilbrigðisráðuneytið, 2019a). Aðalmarkmið Krabbameinsáætlunarinnar er í samræmi við þau markmið sem framkvæmdastjórn ESB hefur sett í nýju áætuninni sinni, Europe's Beating Cancer Plan (framkvæmdastjórn ESB, 2021).

Hlutfall þeirra sem lifa krabbamein af á Íslandi er gott í samanburði við önnur lönd ESB.

Miðað við hlutfall þeirra sem enn eru á lífi fimm árum eftir greiningu á fimm helstu krabbameinum og barnahvítblæði, þá gengur Íslandi ágætlega í samanburði við ESB-löndin. Tölur byggja á nýjustu samanburðargögnunum sem til eru um greiningar á árunum 2010-2014 (mynd 11).

Mynd 11. Íslandi gengur ágætlega miðað við ESB-löndin ef litið er til hlutfalls þeirra sem enn eru á lífi fimm árum eftir greiningu

Blöðruháls-krabbamein	Barnahvítblæði	Brjóstkrabbamein	Leghálskrabbamein	Ristilkrabbamein	Lungnakrabbamein
Ísland: 91 %	Ísland: 92 %	Ísland: 89 %	Ísland: 80 %	Ísland: 68 %	Ísland: 20 %
ESB23: 87 %	ESB23: 85 %	ESB23: 82 %	ESB23: 63 %	ESB23: 60 %	ESB23: 15 %

Athugasemd: Gögn vísa til fólks sem var greint á árunum milli 2010 og 2014. Með barnahvítblæði er átt við brátt eitilfrumukrabbamein.
Heimild: CONCORD-áætlunin, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Hlutfall þeirra sem lifa af hefur hækkað í öllum tegundum krabbameins, nema vegna leghálskrabbameins, þar sem hlutfallstölur eru þó lægri en á árunum 2000-2004, en samt enn þó nokkuð hærri en meðaltalið í ESB. Taka skal fram að lægri prósenta kvenna var skimuð fyrir leghálskrabbameini árið 2020 (66%) en árið 2000 (74%). Þrátt fyrir það er hlutfallið hærra en meðaltal ESB segir til um (58%).

Í framhaldi af samningi við Krabbameinsfélag Íslands varðandi skimanir á legháls- og brjóstkrabbameini, munu heilsugæslustöðvar taka yfir skimanir á leghálskrabbameini frá árinu 2021 og Landspítali-háskólasjúkrahús og Sjúkrahúsið á Akureyri munu taka yfir skimun á brjóstkrabbameini frá sama tíma. Samhæfingarstöð krabbameinsskimana innan Heilsugæslunnar sér um að tryggja aðgengi að krabbameinsskimunum á Íslandi.

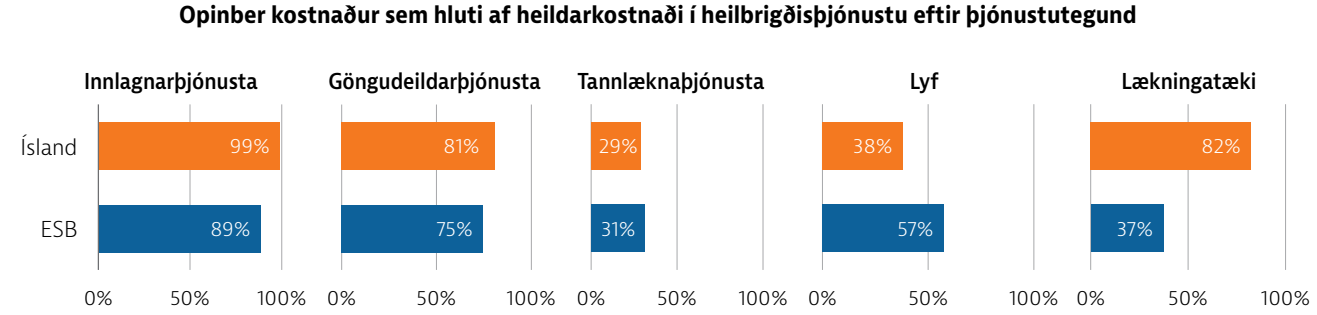
5.2 Aðgengi

Opinber fjármögnun innlagnarþjónustu er mjög mikil, en mun minni fyrir tannlæknaþjónustu og lyf

Opinberar sjúkratryggingar veita yfirgripsmikla almenna tryggingarvernd fyrir lykilþjónustu, þar á meðal sjúkrahúsþjónustu og göngudeildarþjónustu, en tryggingarvernd fyrir tannlæknaþjónustu og lyfjakostnað í göngudeildarþjónustu er mun takmarkaðri en í mörgum löndum ESB (mynd 12). Aðeins lítill hluti kostnaðar við tannlæknaþjónustu (29%) og lyfjakaup (38%) er greiddur gegnum sjúkratryggingakerfið og stærsti hluti kostnaðarins eru útgjöld heimilanna (OOP). Það leiðir til þess að lyfja- og þjónustuþörf er að einhverju leyti ekki mætt þar sem lítil greiðsluþátttaka ríkisins er fyrir hendi.

Með samkomulagi milli Sjúkratrygginga Íslands og Tannlæknafélagi Íslands, urðu tannlækningar gjaldfrjálsar fyrir börn yngri en 18 ára frá janúar 2018 og þannig tryggt að börn fái nauðsynlega tannlæknaþjónustu óháð fjárhagsstöðu forráðamanna. Samkomulagið nær yfir munnskoðanir, forvarnaraðgerðir, fyllingar og aðrar viðgerðir sem taldar eru nauðsynlegar við tannumhirðu, að undanskildu árlegu komugjaldi að upphæð 2.500 kr. (EUR 16,53) (Ríkisstjórn Íslands, 2018).

Mynd 12. Fjármögnun fyrir innlagnarþjónustu er mun meiri en fyrir tannlæknaþjónustu og lyf



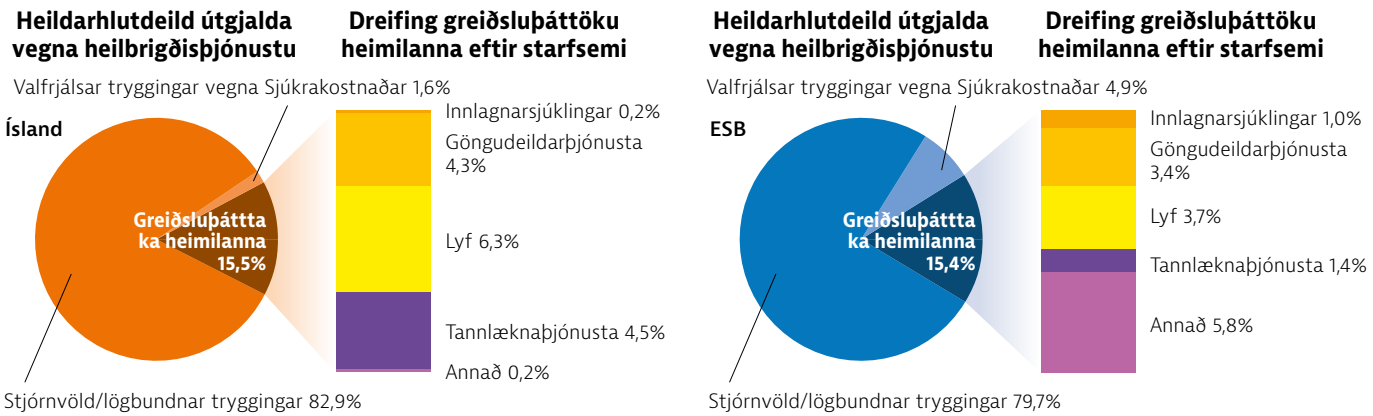
Athugasemd: Lækningaþjónusta göngudeilda vísar til þjónustu sem fengin er hjá heimilislæknum, sérgreinalæknum utan sjúkrahúsa og á göngudeildum. Með lyfjum er átt við ávísuð lyf, lausasölulyf og læknisfræðilegar skammtímavörur. Lækningatæki vísar til sjóntækja, heyrnartækja, hjólastóla og annarra lækningatækja. Meðaltal ESB er óvegið meðaltal.
Heimild: Hagtölur frá Efnahags- og framfarastofnuninni (OECD) 2021 (gögn eru frá 2019 eða sem næst því ári).

Útgjöld heimilanna eru að mestu vegna tannlæknaþjónustu og lyfja

Ef litið er til ýmissa stiga opinberrar greiðsluþátttöku fyrir ýmsa heilbrigðisþjónustu og vöru, þá eru nánast öll útgjöld heimilanna (OOP) á Íslandi vegna göngudeildarlyfja, tannlæknaþjónustu og göngudeildarþjónustu (mynd 13).

Seint á árinu 2019 kynnti heilbrigðisráðherra útvíkkun á almannabótakerfinu, sem fæli í sér 3,5 billljón króna (EUR 25,8 milljón) fjárfestingu til að lækka greiðsluþátttöku sjúklinga svo þær næðu niður fyrir 15% af heildarkostnaði við heilbrigðisþjónustu árið 2024. Það fól í sér aukningu á tannlæknastyrkjum til lífeyrisþega og ungbarna með sérstakar tannlæknaþarfir, auk þess að standa straum af kostnaði vegna slysa og meðfæddra galla. Lyfjastyrkir og styrkir fyrir tiltekin hjálpartæki fyrir þá sem eru með lungnasjúkdóma eða sykursýki hækkuðu. Gjöld fyrir komur á heilsugæslustöðvar verða smám saman lækkuð og að lokum felld niður. Markmið þessarar fjárfestingar er að fækka meiriháttar hindrunum að heilbrigðisþjónustu og minnka með því heilbrigðisójöfnuð. Áætlunin leitast við að ná að vera á sama stað og hin Norðurlöndin sem hafa mun lægra hlutfall greiðslna af útgjöldum heimilanna (heilbrigðisráðuneytið, 2019b).

Mynd 13. Greiðslur heimilanna vegna heilbrigðisþjónustu eru aðallega vegna lyfja og tannlæknaþjónustu



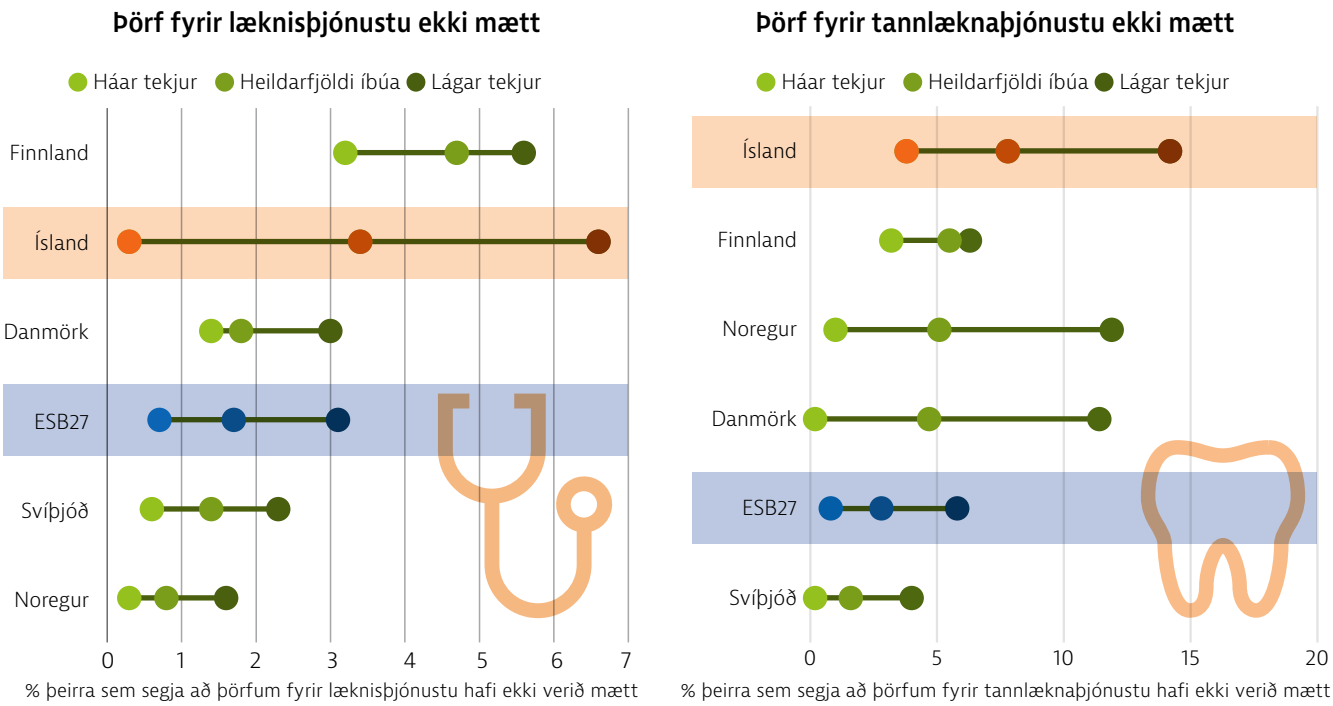
Athugasemd: Meðaltal ESB er vegið meðaltal. VHI = valfrjálsar heilbrigðistryggingar, sem fela í sér önnur forgreidd kerfi.
Heimild: Hagtölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) frá 2021; Gagnagrunnur Eurostat.(gögn frá 2019).

Þörf fyrir læknis- eða tannlæknaþjónustu sem ekki hefur verið mætt er hlutfallslega há, sérstaklega hjá lágtekjuhópum

Þörf fyrir læknisþjónustu sem ekki hefur verið mætt vegna kostnaðar, fjarlægðar eða biðtíma er marktæk: 3,4% fullorðinna sögðu að þörfum þeirra hefði ekki verið sinnt árið 2018 á móti 1,8% meðaltal í ESB. Flest sögðu ástæðurnar fyrir því að þörfum þeirra hefði ekki verið sinnt vera fjárhagslegar, þó sum nefndu einnig biðtíma sem aðalástæðu. Mikill ójöfnuður er á milli tekjuhópa: 6,6% þeirra sem eru í lægsta fimmtungnum sögðust ekki sækja læknisþjónustu vegna fjárhags, fjarlægðar eða biðtíma, á móti 1,3% þeirra í hæsta fimmtungnum. Þessi ójöfnuður á milli tekjufimmtunga á Íslandi er sá mesti meðal Norðulandanna og mun meiri en að meðaltali í ESB.

Þörf sem ekki er sinnt er meiri vegna þjónustu sem nýtur lægri tryggingaverndar hjá Sjúkratryggingum eins og t.d. tannlækningar: 7,8% fullorðinna Íslendinga sögðu að þörfum þeirra hefði ekki verið mætt árið 2018 á móti 3% meðaltal í ESB. Af þeim sem eru í lægsta fimmtungnum sögðust 14,2% ekki sækja tannlæknisþjónustu vegna fjárhags, fjarlægðar eða biðtíma, á móti 3,8% þeirra í hæsta fimmtungnum (mynd 14).

Mynd 14. Þörf fyrir læknis- og tannlæknaþjónustu sem ekki hefur verið mætt er mun meiri meðal fólks með lágar tekjur



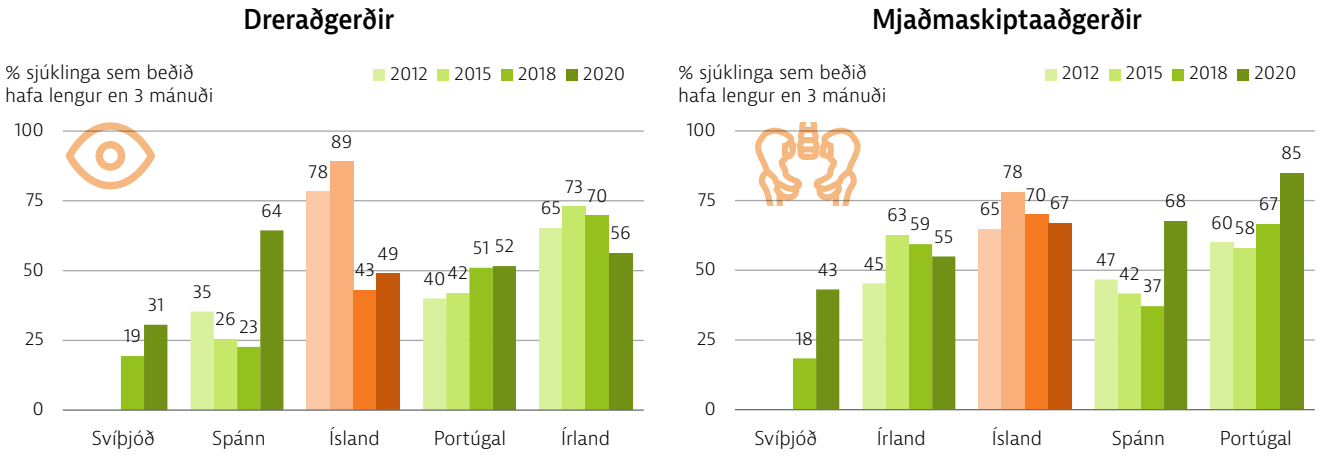
Athugasemd: Gögn vísa til þarfar fyrir læknis- og/eða tannlæknaþjónustu sem ekki hefur verið mætt, hvort sem er skoðun eða meðferð, vegna fjárhags, fjarlægðar eða biðtíma.
Heimild: Eurostat-gagnagrunnur, byggt á EU-SILC (gögn eru frá 2019, nema Ísland frá 2018).

Biðtími vegna valaðgerðar hefur styst síðustu ár

Eins og í mörgum heilbrigðiskerfum, hefur of langur bíðitími verið langvarandi vandi innan íslenska heilbrigðiskerfisins og hefur vandinn verið tilefni margra stefnumótunarverkefna. Vandamálið versnaði til muna í byrjun annars áratugarins vegna fjármálakreppu sem leiddi til niðurskurðar útgjalda til heilbrigðismála, auk þess sem þjóðin er að eldast með tilheyrandi aukningu á dreraðgerðum og liðaskiptum. Löng verkföll lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna árin 2014 og 2015 juku á vandann.

Árið 2016, kynnti heilbrigðisráðherra áætlun ríkisstjórnar til að veita aukafjárveitingar milli 2016 og 2018 til að stytta biðlistann fyrir mjaðma- og hnéskiptaaðgerðir, dreraðgerðir og kransæðavíkkanir, með það að markmiði að ná listunum niður fyrir þriggja mánaða bið. Biðtíminn fyrir sumar af þessum aðgerðum hefur styst síðan þá, þó á árinu 2020 bíði enn um helmingur sjúklinga í meira en þrjá mánuði eftir dreraðgerð og tveir þriðju sjúklinga þurfa að bíða jafnlengi til að komast í mjaðmaskiptaaðgerð (mynd 15).

Mynd 15. Biðtími vegna valaðgerða hefur minnkað, en er samt enn hár



Athugasemd: Síðustu tölur frá Írlandi eru frá 2019. Heimild: Heilbrigðistölfræði frá Efnahags- og framfarastofnuninni (OECD) 2021

Aðgerðir voru innleiddar til að lágmarka áhrif kórónuveirufaraldursins á aðgengi að nauðsynlegri þjónustu

Ísland leitaðist við að lágmarka áhrif kórónuveirufaraldursins á nauðsynlega þjónustu, sérstaklega fyrir viðkvæma hópa. Hjálparlínur og nýjar samskiptaleiðir voru efldar, svo sem „covid.is“ and netspjall sem sett var inn í ágúst 2020 til að afgreiða fyrirspurnir varðandi kórónuveiruna. Daglegir blaðamannafundir voru sendir út beint í útvarpi og sjónvarpi, þar sem fólk var hvatt til þess að hafa samband við heilsugæslu eða heimilislækni eftir þörfum.

Félags- og barnamálaráðherra, samgöngumálaráðherra og formaður Sambands íslenskra sveitarfélaga gerðu samkomulag um aðgerðir til að takast á við áskoranir vegna kórónuveirufaraldursins hjá ríkisstofnunum, félagsþjónustu og annarri þjónustu sem veitt er til viðkvæmra hópa. Þessar aðgerðir miðuðu að því að tryggja öruggt framhald á nauðsynlegri þjónustu, svo sem velferðar- og félagsþjónustu fyrir þá sem þurfa á daglegri aðstoð að halda, meðal annars fyrir fólk með fötlun, eldri borgara, börn og fjölskyldur. Viðbragðsteymi var sett saman í samstarfi við almannavarna- og neyðarstjórnunardeild Lögreglunnar til að þjónusta viðkvæma hópa með það í huga að minnka líkur á rofi í félagslegri þjónustu (Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Regional Office for Europe, framkvæmdastjórn ESB, European Observatory on Health Systems and Pollcies, 2021).

Heilsugæslan hélt áfram að sinna sjúklingum með langvarandi veikindi og viðhalda aðgengi að nauðsynlegri þjónustu, ekki síður til að greina þá sjúklinga sem voru í áhættuhópi og gera prófanir og upplýsa fólk um kórónuveiruna. Heilsugæslustöðvar tilgreindu ákveðinn tíma þar sem hægt var að beina hugsanlega smituðum og smituðum kórónuveirusjúklingum og halda þeim aðskildum frá öðrum.

Fjarlækningar, sem þegar höfðu verið í notkun fyrir 2020, voru nú meira nýttar og kerfisbundið notaðar meðan á faraldrinum stóð. Á milli mars og apríl 2020 jókst fjöldi fjarvitjana um 35% borið saman við sömu mánuði árin 2018 og 2019. Einnig tvöfaldaðist fjöldi vitjana gegnum síma og vefmiðla. Fjöldi ávísaðra lyfja í vitjunum gegnum síma og vefmiðla jókst um 55% (Sigurdsson et al., 2020). Auk þess var aukið aðgengi að geðheilsuþjónustu fyrir viðkvæma hópa sett í forgang.

5.3 Viðnámsþróttur

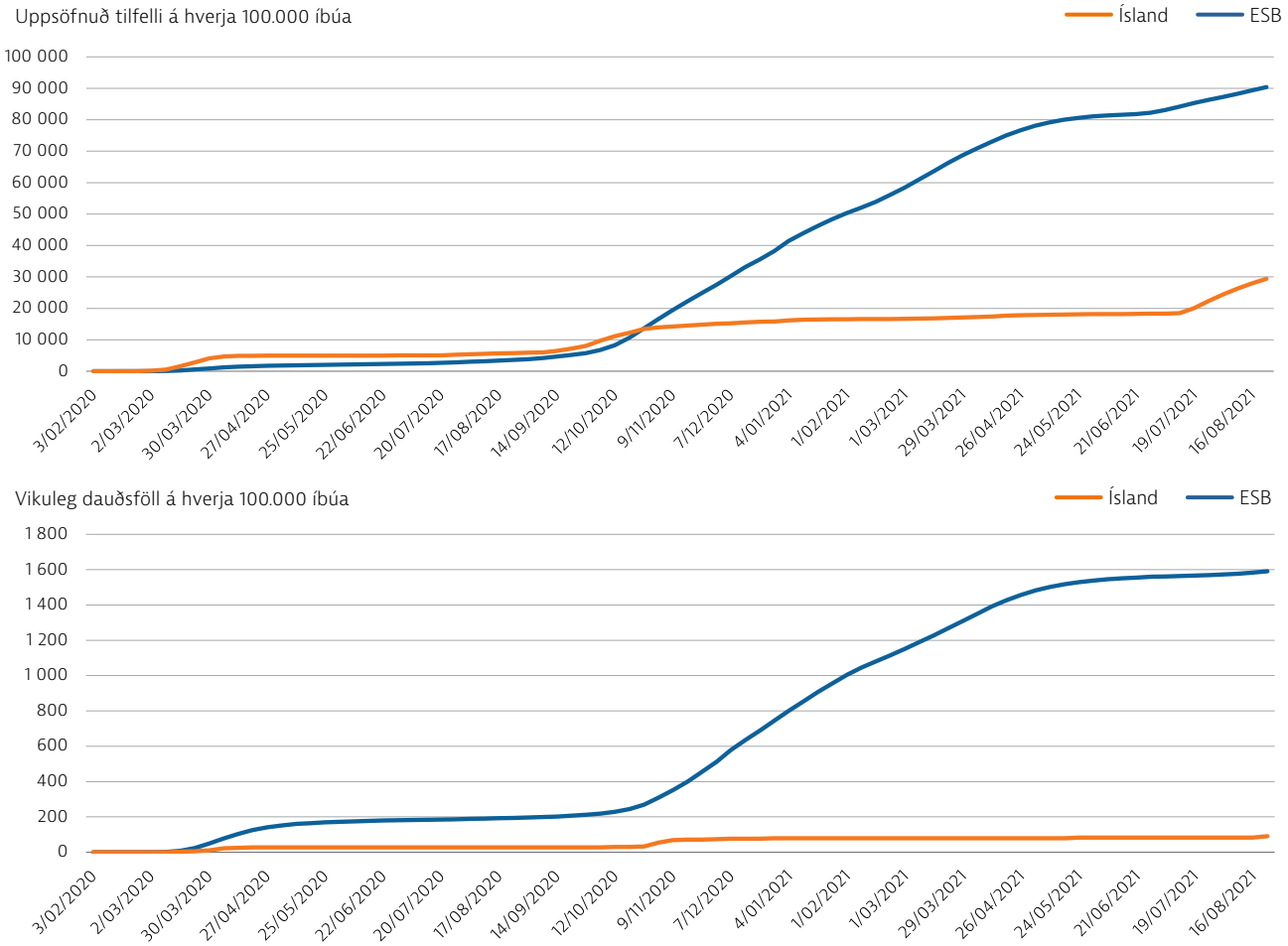
Þessi hluti um viðnámsþrótt beinir sjónum aðallega að áhrifum og viðbrögðum við kórónuveirufaraldrinum[3]. Eins og nefnt er í 2. hluta, hafði faraldurinn mun takmarkaðri áhrif á dánartíðni á Íslandi árið 2020 en í öllum löndum ESB. En þær aðgerðir sem ráðist var í til að viðhalda ástandinu hafði áhrif á hagkerfið. Íslensk VLF féll niður í 6,6% árið 2020; atvinnuleysi jókst líka, sérstaklega vegna samdráttar í ferðamannaiðnaðinum og alþjóðlegum ferðum, sem tekur til næstum eins fimmta af VLF (Efnahags- og framfarastofnun, 2021; Hagstofa Íslands, 2020).

Skjótar aðgerðir báru árangur við að hefta útbreiðslu faraldursins og halda honum niðri

Fyrsta staðfesta tilvikið af kórónuveirusmiti á Íslandi var greint þann 28. febrúar 2020 og fyrstu merki um smit innanlands voru greind 6. mars 2020. Í lok ágúst 2021, höfðu 10.000 smit verið greind á Íslandi og 33 dauðsföll orðið þar sem öll, nema tvö, voru 60 ára eða eldri. Miðað við íbúafjölda, voru dauðsföll vegna kórónuveirunnar þau fæstu í Evrópu (mynd 16).

3. Í þessu samhengi, hefur viðnámsþróttur í heilbrigðiskerfinu verið skilgreindur sem sú geta sem þarf til að undirbúa, stýra (inntaka, aðlagast og umbreyta) og læra af áföllum (EB, Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).

Mynd 16. Ísland var betur í stakk búið til að hefta útbreiðslu og draga úr áhrifum kórónuveirunnar en flest lönd ESB



Heimild: Sóttvarnarstofnun Evrópu.

Líkt og önnur lönd í Evrópu, fór Ísland í gegnum tvær bylgjur af faraldrinum árið 2020, en var betur í stakk búið til að bregðast hraðar við og halda aftur af honum og hægja á útbreiðslu veirunnar með skilvirkum hætti (mynd 17). Viku eftir að fyrsta tilvikið af kórónuveirusmiti var greint, var lýst yfir neyðarstigi almannavarna til samræmis við Viðbragðsáætlun Almannavarna við heimsfaraldri. Ísland greip til ýmissa ráðstafana með áherslu á að greina smit snemma gegnum fjöldaprófanir; einangra þá sem smitaðir voru; taka upp smitrakningu og sóttkví; taka upp takmarkanir á samkomur og birta tilmæli vegna ferða; tryggja víðtæka upplýsingagjöf til almennings.

Frá 13. mars 2020 voru takmarkanir á samkomur innleiddar og framhaldsskólum og háskólum lokað, auk þess settar takmarkanir á leikskóla og grunnskóla. Eftir árangur fyrstu sóttvarnaraðgerða í fyrstu bylgju faraldursins var ákveðið í lok apríl 2020 að leikskólar, grunnskólar, íþrótta- og unglingafélög mættu opna aftur án takmarkana, en öll hvött til að virða reglu um tveggja metra fjarlægð milli fólks. Frá maí 2020, var sundlaugum og líkamsræktarstöðvum leyft að halda áfram starfsemi með helmingshámarksfjölda. Allir veitingastaðir, barir og klúbbar máttu vera opnir til kl. 23:00.

Eftirlit á landamærum inn í landið var tiltölulega einfalt af þeirri staðreynd að Ísland er eyja. Íslendingum var ráðlagt að ferðast ekki til útlanda og þeir sem voru í fríi erlendis hvattir 14. mars 2020 til að snúa aftur heim. Íslenskum þegnum og öðrum er búa á Íslandi var gert að fara í 14 daga sóttkví frá 19. mars 2020 og var þessi krafa útvíkkuð til allra er komu til Íslands. Lengd sóttkvíar var gerð sveigjanleg með því að taka upp prófanir, Undanþágur á sóttkví giltu fyrir ferðamenn frá Færeyjum og Grænlandi frá 15. maí 2020 og var þessi undanþága útvíkkuð frá og með 16. júlí 2020 til þeirra sem komu frá Danmörku, Noregi, Finnlandi og Þýskalandi.

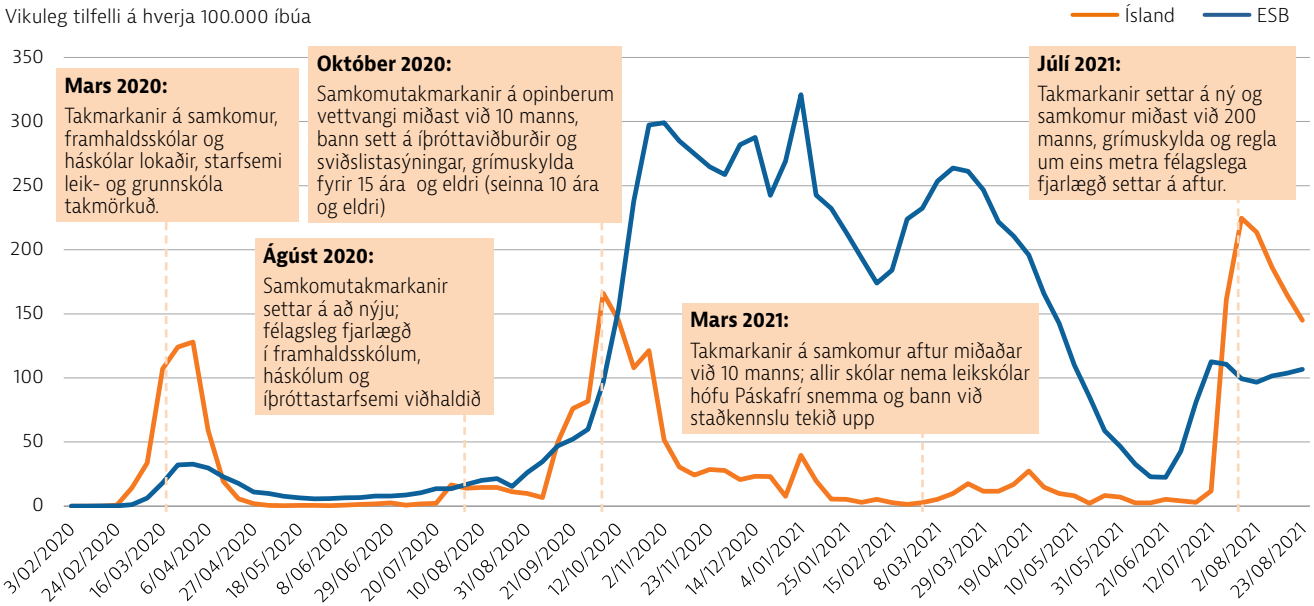
Önnur bylgja kórónuveirufaraldursins skall á í lok júlí 2020 og reis upp í september 2020. Takmarkanir á samkomur voru innleiddar á ný 14. ágúst 2020, auk þess að gerðar voru kröfur um lágmarksfjarlægð í framhalds- og háskólum og á íþróttaviðburðum. Grímuskyldu var komið á í fagstarfsemi þar sem aðstæður krefjast minni fjarlægðar en 2 metrar og í almenningssamgöngum þar sem ferðir taka meiri tíma en 30 mínútur.

Til að bregðast við mikilli fjölgun smita á höfuðborgarsvæðinu var í september 2020 ákveðið að loka börum og klúbbum á svæðinu í 10 daga og í framhaldi af því var komið á reglu um að allir veitingastaðir með vínveitingarleyfi skyldu hafa sætaskyldu til að koma í veg fyrir hópasöfnun. Á sama tíma var grímuskyldu komið á fyrir nemendur, kennara og annað starfsfólk framhalds- og háskóla á höfuðborgarsvæðinu. Með hámarki sýkinga í annarri bylgju faraldursins í lok október 2020 voru forvarnaaðgerðir vegna smita hertar á landsvísu og náðu strangasta stigi frá því faraldurinn hófst.

Opinberar samkomur voru takmarkaðar við 10 manns; íþróttaviðburðir voru bannaðir svo og sviðslistir; grímuskylda sett á fyrir 16 ára og eldri (síðar var aldurinn lækkaður niður í 10 ára og eldri).

Þessum takmörkunum var aflétt að hluta frá miðjum nóvember 2020 þegar smitum fækkuði. Snemma árs 2021 færðist Ísland í átt til lægra viðvörunarstigs og voru takmarkanir mildaðar enn frekar í leikskólum og grunnskólum, en framhaldsskólum ráðlagt að sinna kennslu með fjarbúnaði.

Mynd 17. Íslandi tókst að halda aftur af tveimur bylgjum kórónuveirufaraldursins árið 2020, en þriðja bylgjan skall á sumarið 2021.



Athugasemd: Meðaltal ESB er óvegið meðaltal. (fjöldi landa sem notaður er fyrir meðaltalið er misjafn eftir vikum).
Heimild: Efnahags- og framfarastofnunin vegna gagna um kórónuveiruna, en höfundar skýrslu varðandi aðferðir til að halda aftur af faraldrinum.

Þann 25. mars 2021, varð Ísland rautt svæði og neyðarráðstöfun almannavarna komið á vegna skyndilegrar bylgju smita sem nú herjaði líka á börn sem nú sýktust af alpha-afbrigðinu. Strangari smitvarnaaðgerðir voru innleiddar: Takmarkanir á opinberum vettvangi miðuðust við 10 manns; öllum skólum nema leikskólum var gert að hefja Páskafrí tveimur dögum fyrr og bann sett við staðkennslu. Um miðjan apríl 2021 var viðbragðsstigið lækkað og fylgdu mildari takmarkanir í kjölfarið, m.a. varðandi fjölda fólks í verslunum, sundlaugum, íþróttafélögum, og á menningar- og trúarviðburðum. Veitingastaðir og barir gátu nú haft opið til 23:00, en allir gestir þurftu að skrá sig og áfengi var einungis veitt sitjandi gestum.

Frá 15. júní 2021 var slakað á takmörkunum og fór fjöldinn á samkomum úr 150 í 300 og fjarlægðarmörk færð niður í 1 metra. Fjarlægðarmörk á sitjandi viðburðum (eins og leikhússýningar, íþróttaviðburði, fyrirtækjaviðburði, ráðstefnur) var aflétt, en öllum sem sóttu viðburðina gert að nota grímu. Opnunartími veitingastaða var rýmkaður til kl. 00:00. Frá því í lok júní þá höfðu um 87% fullorðinna fengið a.m.k. einn skammt af kórónuveirubóluefni og yfirvöld afléttu öllum takmörkunum innanlands; fjarlægðarmörkum, samkomutakmörkunum, grímuskyldu og takmörkunum á opnunartíma.

Hins vegar rauk fjöldi smitaðra upp innan mánaðar vegna delta-afbrigðsins sem er meira smitandi en önnur. Flest smitin mátti rekja til næturklúbba og Íslendinga sem höfðu ferðast til Lundúna til að sækja Evrópukeppnina í fótbolta. Seinni partinn í júlí 2021 innleiddi Ísland á ný samkomutakmarkanir upp að 200 manns, grímuskyldu og eins metra fjarlægðarreglu. Takmörkununum var viðhaldið að mestu til enda ágústs 2021, nema að eins metra reglunni var aflétt á íþróttaviðburðum og sviðslistaviðburðum.

Fjöldaprófanir, smitrakning og sóttkví reyndust árangursríkar aðgerðir til að halda aftur af kórónuveirufaraldrinum á Íslandi

Frá því mjög snemma á fyrstu stigum faraldursins, fylgdi Ísland þeirri stefnu að prófa eins marga og hægt var, rekja eins mörg smit og hægt var, skilgreina áhættusvæði snemma, setja fólk í sóttkví og/eða prófa þau sem komu til Íslands, auk þess að senda alla sem höfðu verið í tengslum við smitaða í sóttkví.

Sýkla- og veirufræðideildin á Landspítala-háskólasjúkrahúsi hóf prófanir á íbúum seint í janúar 2020 og fyrsta jákvæða tilvikið var greint 28. febrúar. Fjöldaskimun á kórónuveirunni hjá sjálfboðaliðum hófst 13. mars 2020 til að greina umfang útbreiðslunnar á meðal fólks.

Reitur 3. Samstarf við erfðafræðifyrirtæki auðveldaði rakningu og aðgerðir við að hefta útbreiðslu kórónuveirunnar

Ísland greindi fyrsta jákvæða kórónuveirusmitið þann 28. febrúar 2020 og á innan við viku voru 47 ný tilvik greind og hafði Landspítali-háskólasjúkrahús náð hámarksgetu til að sinna prófunum. Nokkrum dögum síðar, bauð deCODE - eitt af leiðandi erfðafræðifyrirtækjum heims með aðsetur í Reykjavík - aðstoð sína í samvinnu við Embætti landlæknis. Lanspítali-háskólasjúkrahús og deCODE settu sameiginlega á fót rannsóknarstofu og frá 13. mars 2020 voru kórónuveiruprófanir gerðar mögulegar fyrir alla íslensku þjóðina og niðurstöður birtar innan 24 klukkustunda. Þetta gerði kleift að skima meira en hálfa þjóðina fyrir kórónuveirunni á innan 9 mánaða.

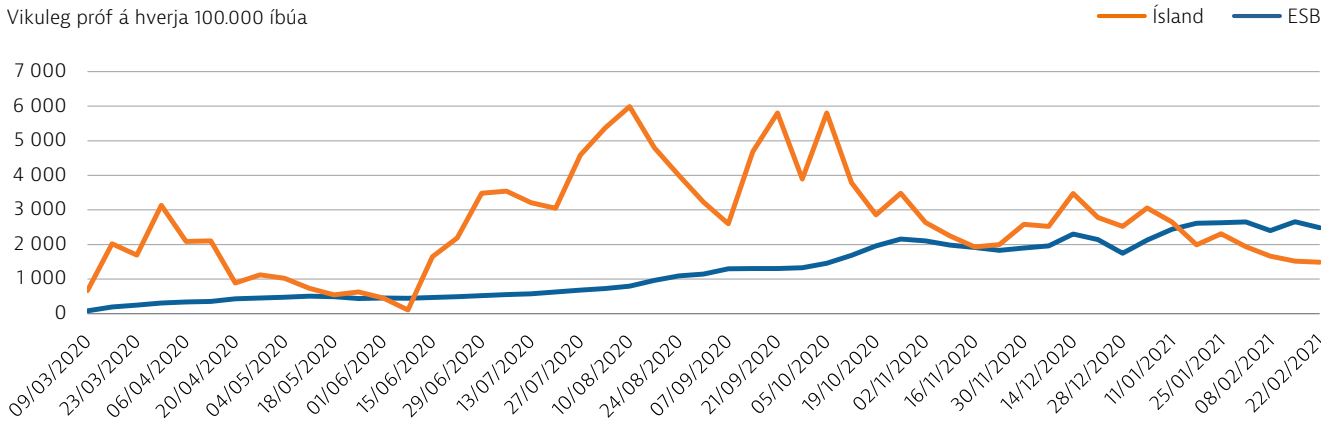
Jákvæðar niðurstöður voru skráðar í miðlægum gagnagrunni og einstaklingar sem voru greindir jákvæðir fengu fjareftirlitsþjónustu í 14 daga meðan á einangrun stóð. Einkenni þeirra voru skráð inn í íslenska rafræna sjúkraskrárkerfið, sem auðveldaði rannsóknir á einstaklingum þar sem einkenni versnuðu. Samhliða prófaði rannsóknarstofan hvert jákvætt sýni til að finna út fjölda vírusa, sem síðan var notað sem vísir að smitnæmni og alvarleika veikinda. Fyrir hvert sýni var fullt RNA-erfðamengi veirunnar raðgreint til að greina stofn veirunnar og uppruna. Söfnun og raðgreining hvers einstaka sýnis af kórónuveirunni, ásamt því að fylgjast með einkennum einstaklinganna, jók á skilninginn á hvernig kórónuveiran breiddi úr sér og stökkbreyttist. Þannig kom í ljós að um helmingur þeirra sem smituðust voru einkennalaus og að börn urðu síður líkleg til að verða veik en fullorðnir.

Heimild: Scudellari (2020); Mackenzie (2021).

Ísland varð snemma í faraldrinum eitt af fremstu löndum Evrópu varðandi prófunargetu og þessi prófunarstarfsemi hjálpaði mikið til að eiga við bylgju númer tvö haustið 2020 (mynd 18).

Prófanir urðu aðgengilegar á Keflavíkurflugvelli frá 15. júní 2020. Hver einasti farþegi fór í próf eða í sóttkví og ferðamenn voru hvattir til þess að hlaða niður smitrakningarforriti. Prófanir innanlands (fyrir einstaklinga með einkenni) sem skipulagðar voru af sóttvarnalækni voru alltaf gjaldfrjálsar, en prófanir á landamærum urðu gjaldfrjálsar frá desember 2020.

Mynd 18. Prófanir byrjuðu snemma á Íslandi og færðust í aukana til að ná betri stjórn á annari bylgjunni haustið 2020



Athugasemd: Meðaltal ESB er vegið meðaltal. (fjöldi landa sem notaður er fyrir meðaltalið er misjafn eftir vikum).
Heimild: Sóttvarnastofnun Evrópu.

Prófanir snemma í byrjun faraldursins var stutt með alhliða smitrakningarkerfi, bæði munnlegu og rafrænu. Smitrakningarteymið var sett á laggirnar nokkrum klukkustundum áður en fyrsta smitið var greint og veitti rannsóknarmaður innan lögreglunnar í Reykjavík því forstöðu. Teymið var samsett af lögreglumönnum, hjúkrunarfræðingum og afbrotafræðingum sem skönnuðu flugskrár og öryggismyndavélaupptökur til að rekja þá sem gætu hafa verið útsettir fyrir veirunni. Þetta handvirka rakningarteymi var síðan betrumbætt með útgáfu opinbera rakningarforritsins „Rakning C-19" sem íslenska rikisstjórnin gaf út 2. apríl 2020. Fram að maí 2020, hafði forritinu verið hlaðið niður af 40% íslensku þjóðarinnar, sem er eitt stærsta innsetningarhlutfall allra rakningarkerfa í Evrópu á þessum tíma.

Þegar hár fjöldi kórónuveirusmitaðra var rakinn til bara og klúbba í miðborg Reykjavíkur í annarri bylgjunni, var brugðist við með lokun staða á höfuðborgarsvæðinu. Með svipuðum hætti var brugðist skjótt við snemma árs 2021 þegar einstaklingur með alpha-afbrigðið hafði farið að vinna á spítalanum og síðan farið á tónleika með 800 manns áður en hann greindist. Innan nokkurra klukkustunda hafði nást að hafa samband við alla sem höfðu verið útsettir og nokkrum dögum síðar höfðu meira en 1.000 manns verið prófaðir og þannig var komið í veg fyrir frekari útbreiðslu.

Frá því seint í apríl til loka maí 2021 var ný reglugerð virkjuð sem skyldaði farþega til að fara í einangrunarsóttkví á hóteli ef þeir komu frá löndum með háa smittíðni. Þessi tímabundna ráðstöfun gilti þangað til nægilegt prósentuhlutfall íbúa hafði verið bólusett.

Frá 1. júlí 2021, þegar 87% fullorðinna íbúa hafði a.m.k. fengið einn skammt af kórónuveirubóluefni, þá þurftu ferðamenn með gilt bólusetningarvottorð ekki lengur að fara í prófun á landamærum. Hins vegar í lok júlí, þegar fjölgun varð á smitum, voru bólusettir ferðamenn krafðir um að framvísa niðurstöðum úr gildu kórónuveiruprófi við komuna til Íslands, en þau sem búa á Íslandi eða hafa stórt tengslanet voru hvött til að fara í próf eftir komuna til landsins. Frá 16. ágúst voru bólusettir farþegar með tengsl við Ísland, þar með taldir íslenskir þegnar og íbúar og þau sem eru með starfsleyfi beðin um að fara í gjaldfrjálst próf innan 48 klukkustunda frá komu til Íslands og vera í sóttkví þar til niðurstöður bærust.

Faraldurinn á Íslandi hafði fyrst og fremst áhrif á eldra fólk

Útbreiðsla kórónuveirunnar á Íslandi kom upp á hjúkrunarheimilum og öldrunardeildum spítala, þó skjótar ráðstafanir hafi dregið úr útbreiðslu veirunnar og komið í veg fyrir dauðsföll hjá þessum mjög viðkvæma hópi. Meðan á fyrstu bylgju faraldursins stóð í apríl 2020, komu upp smit á hjúkrunarheimili í Bolungarvík á Vestfjörðum: 10 íbúar heimilisins smituðust sem leiddi til tveggja dauðsfalla. Í framhaldinu voru sex starfsmenn greindir jákvæðir og 23 til viðbótar gert að fara í sóttkví eða sjálfseinangrun og þurfti því að flytja starfsfólk til afleysinga frá Reykjavík til Bolungarvíkur og hjálpa þannig starfsfólki að takast á við ástandið (Alþingi, 2021).

Meðan á annarri bylgju stóð í október 2020 kom upp smit á öldrunarlækningadeild á Landakoti sem tengd er Landspítala-háskólasjúkrahúsi. Það er talið líklegt að nokkrir smitaðir einstaklingar hafi komið inn með stuttu millibili, auk þess sem ófullnægjandi mönnun og aðstaða, slæm loftræsting, þröngt húsnæði og ferðir starfsfólks og tækja á milli svæða hafi stuðlað að útbreiðslu smitsins. Áður en smitin uppgötvuðust hafði sumt af fólkinu verið flutt á aðra staði, sem leiddi til þess að smit og dauðsföll komu upp á þeim stöðum. Í heildina höfðu smitin þau áhrif að 14 manns dóu og 140 smituðust, þar á meðal 60 eldri sjúklingar og 62 starfsmenn spítalans, auk þess sem um 150 hjúkrunarfræðingar þurftu að fara í sóttkví (Alþingi, 2021).

Aukin geta spítalanna og heilbrigðisstarfsfólk virkjað til að bregðast við faraldrinum ef þarf

Frá 22. mars 2020 var heilbrigðisþjónustan endurskipulögð og umönnun kórónuveirusmitaðra sjúklinga sett í forgang á sama tíma og tryggja þurfti áframhaldandi nauðsynlega heilbrigðisþjónustu fyrir aðra sjúklinga. Öllum valkvæðum meðferðum sem gátu beðið í meira en 8 vikur var frestað til 31. maí til að minnka líkur á smiti og mögulega sjúkrahúsvist í kjölfar slíkra meðferða (Ríkisstjórn Íslands, 2020a).

Til viðbótar og til að auka getuna til að taka á móti kórónuveirusmituðum sjúklingum, var nokkrum skurðstofum á Landspítala-háskólasjúkrahúsi breytt í gjörgæslueiningar. Samt sem áður, hafa árangursríkar prófanir, rakning og einangrun, stuðlað að því að pressa á spítalakerfið er í lágmarki. Sérstök sjúkradeild fyrir kórónuveirusmitaða einstaklinga var einnig undirbúin á spítalanum til að mæta þörfum allra sem hafa verið greindir jákvæðir. Fylgst var með sjúklingum gegnum síma; ef þörf var á innlögn, var þeim komið á gjörgæsludeild kórónuveirusmitaðra til að aðskilja þá frá öðrum.

Í mars 2020 setti Embætti landlæknis saman bakvarðasveit heilbrigðisþjónustunnar til að geta virkjað og endurskipulagt heilbrigðisþjónustustarfsfólk víðs vegar um landið. Læknafélag Íslands, Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og Sjúkraliðafélag Íslands studdu við bakvarðasveitina og sendu þannig ákall til lækna, hjúkrunarfræðinga, aðstoðarfólks, heilbrigðisstarfsfólks sem komið var á eftirlaun og læknа- og hjúkrunarnemendur sem væru viljugir til að ganga til liðs við heilbrigðisþjónustuna tímabundið og með stuttum fyrirvara, hvort sem í fullt starf, hlutastarf eða á tímakaupi. Yfir 1.000 heilbrigðisstarfsfólk skráði sig. Önnur bakvarðasveit á sviði velferðarmála var sett saman af velferðar- og félagsmálaráðuneytinu og Sambandi íslenskra sveitarfélaga með fólki sem vildi starfa við félagsþjónustu (Ríkisstjórn Íslands, 2020b).

Ísland setti af stað kórónuveirubólusetningarherferð síðla árs 2020

Eins og í öðrum ESB-löndum, hófst bólusetning gegn kórónuveirunni á Íslandi í lok desember 2020. Á þeim tíma, hafði Ísland það að markmiði að bólusetja a.m.k. 60% íbúanna til að ná hjarðónæmi. Í lok ágúst 2021 hafði 80% þjóðarinnar fengið tvo skammta (eða sambærilegt), sem er mun hærri prósenta en meðaltal í ESB (mynd 19). Bólusetningar eru gjaldfrjálsar og valkvæðar.

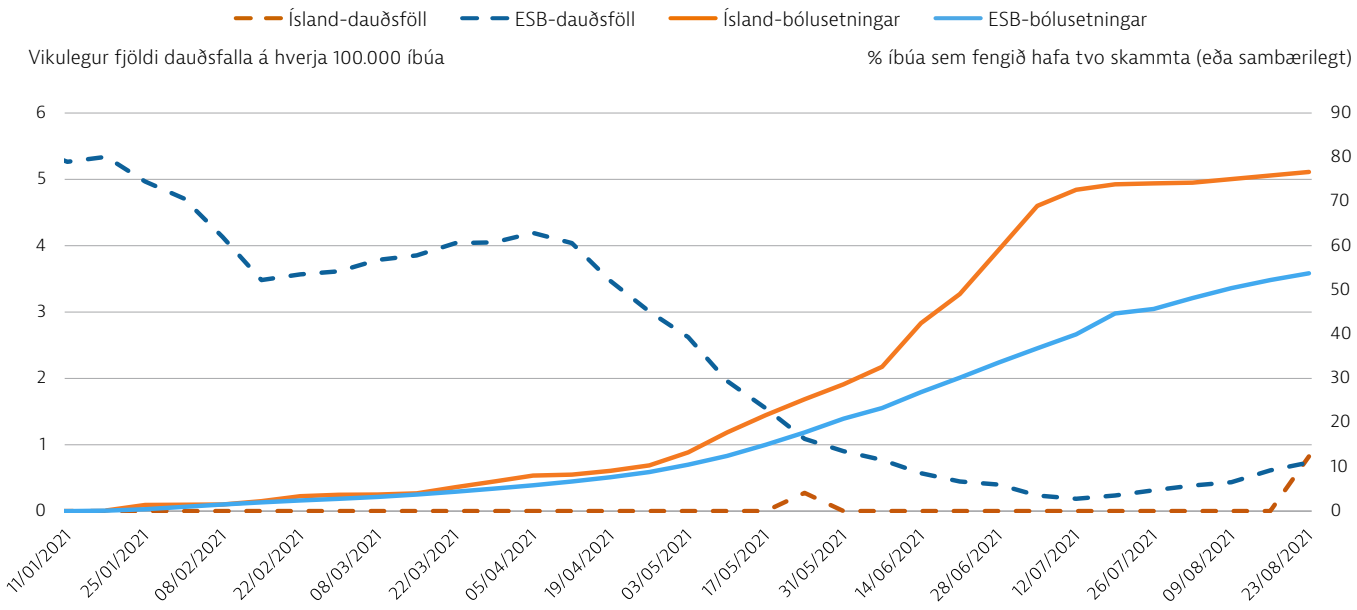
Í lok ágúst 2021, tók sóttvarnalæknirinn fram að útbreidd bólusetning á Íslandi hefði komið í veg fyrir smit og sérstaklega alvarlegar afleiðingar af kórónuveirunni. Jafnframt að hætta á smiti hjá óbólusettu fólki væri tvisvar sinnum meiri en hjá bólusettu fólki, og hætta á innlögn væri fjórum sinnum hærri og innlögn á gjörgæslu sex sinnum líklegri (Ríkisstjórn Íslands, 2021b).

Ekki var hægt að panta tíma til að fá bólusetningu: Þeir einstaklingar sem áttu rétt á að fá bólusetningu fengu textaskilaboð um að koma á heilsugæslu, á meðan starfsfólk og sjúklingar á sjúkrahúsum, íbúar og starfsfólk hjúkrunarheimila og sambýla voru bólusett innan þessara stofnanna.

Það voru skilgreindir 10 forgangshópar. Í hæsta forgangi voru heilbrigðisstarfsfólk í framlínunni sem störfuðu við bráðaþjónustu og á gjörgæslu, á göngudeild kórónuveirusmitaðra, legudeildum og öldrunarlækningadeildum á spítölum og íbúar á hjúkrunar- og elliheimilum.

Þau sem eru fullbólusett geta sótt rafrænt bólusetningarvottorð á þeirra persónulegu heilsusíðu, en það gerir þeim kleift að vera undanþegnir kórónuveiruprófum á landamærum eða í samræmi við reglur viðkomandi lands (Ríkisstjórn Íslands, 2021c). Hið gagnvirka evrópska stafræna kórónuveirubólusetningarvottorð var í prufukeyrslu á Íslandi frá því snemma í júní 2021, og er nú fáanlegt bæði á ensku og íslensku, á pappír eða á rafrænu formi.

Mynd 19. Hlutfall bólusettra einstaklinga var mun hærra en meðaltal í ESB í lok ágúst 2021



Heimild: ECDC fyrir dauðsföll vegna kórónuveirunnar og Our World in Data fyrir bólusetningarhlutfall.

6 Helstu niðurstöður

- Lífslíkur á Íslandi voru 2,5 árum fleiri en meðaltalið í ESB árið 2020 og hærra en í öllum löndum ESB, vegna þess að kórónufaraldurinn hafði mun minni áhrif en í sumum ESB-löndum sem áður höfðu háar lífslíkur. Yfir heildina var dánartíðni vegna kórónuveirunnar árið 2020 og á fyrstu 8 mánuðum 2021 næstum 18 sinnum lægri en meðaltalið í ESB. Hins vegar hefur félagslegur ójöfnuður tengdur lífslíkum aukist síðastliðinn áratug, að hluta til vegna meiri útsetningar fyrir ýmsa áhættuþætti meðal fólks með laka félags- og efnahagslega stöðu.

- Meðan dregið hefur töluvert úr tóbaksreykingum og áfengisneysla er tiltölulega lítil, þá hafa aðgerðir til að draga úr offitu ekki enn borið tilætlaðan árangur: Hlutfall yfirþyngdar og offitu meðal 15 ára barna hefur hækkað úr 17% árið 2010 í 21% árið 2018, sem er fimmta hæsta hlutfallið í Evrópu. Hjá fullorðnum hefur offituhlutfallið hækkað úr 20% árið 2007 í 27% árið 2017 og er nú hærra en í næstum öllum löndum ESB.

- Útgjöld til heilbrigðismála á Íslandi eru lægri en meðaltalið í ESB miðað við höfðatölu og sem hlutfall af VLF, eða 8,5% af VLF sem er úthlutað til heilbrigðismála árið 2019 (samanborið við 9,9% í ESB í heild). Minna en 3% af útgjöldum til heilbrigðismála fer í forvarnir.

- Heilbrigðiskerfið veitir almennt aðgengi fyrir alla, en tannlæknaþjónusta og lyf njóta lægri opinberra niðurgreiðslna en í flestum löndum ESB. Hlutfall þeirra sem hafa þörf fyrir læknis- og tannlæknaþjónustu og hefur ekki verið sinnt er mun hærra en á öðrum Norðurlöndum. Mikill ójöfnuður er til staðar varðandi þörf fyrir læknisþjónustu sem ekki hefur við mætt og það er jafnvel enn verra varðandi tannlæknaþjónustu. 14% þeirra sem eru í lægsta tekjufimmtungnum sögðust ekki sækja tannlæknaþjónustu vegna kostnaðar árið 2018, á móti 4% þeirra sem eru í hæsta fimmtungnum. Þessu til viðbótar er biðtími fyrir valaðgerðir enn langur.

- Sá góði árangur sem Ísland hefur náð með aðgerðum sínum við kórónuveirufaraldrinum fólst í fjöldaprófunum frá fyrstu stigum, að rekja öll smit, að einangra, að greina áhættusvæði snemma, að skikka í sóttkví og/eða prófa þá sem koma til Íslands og skikka í sóttkví þá sem hafa verið í tengslum við smitaðan einstakling. Eftirlit á landamærum inn í landið var tiltölulega einfalt þar sem Ísland er eyja. Fólki sem býr á Íslandi var ráðlagt að ferðast ekki til útlanda og krafist af öllum sem komu til landsins að þeir færu í sóttkví og lengd þess sveigjanleg eftir því hvort farið væri í próf eða ekki. Fjöldi jákvæðra tilfella jókst töluvert sumarið 2021 vegna meira smitandi delta-afbrigðisins, sem leiddi til tímabundinna takmarkana á ný.

- Heilbrigðiskerfið var tiltölulega sveigjanlegt allan tímann í gegnum faraldurinn. Aukin geta spítalanna og heilbrigðisstarfsfólk virkjað til að bregðast við eftirspurn þegar álagspunktar komu upp á vissum svæðum. Ísland innleiddi ráðstafanir til að lágmarka áhrif kórónuveirunnar á nauðsynlegri þjónustu, t.d. með hjálp spjalls á vefsíðu, hjálparlínu, og fjarlækningum, sem var mikið notað meðan á faraldrinum stóð.

- Í byrjun, hafði Ísland það að markmiði að bólusetja a.m.k. 60% íbúa til að ná hjarðónæmi. Í lok ágúst 2021 hafði 80% þjóðarinnar fengið tvo skammta (eða sambærilegt), sem er mun hærri prósenta en meðaltalið í ESB. Eins og í öðrum löndum, hafa bólusetningar á Íslandi dregið úr áhættunni á smiti, sjúkrahúsvist og innlögn á gjörgæslu.

Aðalheimildir

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*, Paris.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Iceland.

Tilvísanir

Alþingi (2021), *151st Legislative Session, Svar: heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Gunnari Braga Sveinssyni um fjölda sýkinga og andláta af völdum kórónuveirunnar.*

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.* Luxembourg, Publications Office of the EU.

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan.*

Government of Iceland (2018), *Dental care free of charge for all children from 1 January.*

Government of Iceland (2020a), *Frestun valkvæðra skurðaðgerða vegna Covid-19.*

Government of Iceland (2020b), *Bakvarðasveit heilbrigðisþjónustunnar – óskað eftir heilbrigðisstarfsfólki á útkallslista.*

Government of Iceland (2021a), *Skráargatið.*

Government of Iceland (2021b), *COVID-19: Relaxations of disease prevention measures as from 28th of August.*

Government of Iceland (2021c), *COVID-19: Digital vaccine certificates.*

Mackenzie J (2021), *How Iceland clamped down to conquer coronavirus,* BBC News.

Ministry of Health (2019a), *Unnið að verkefnum krabbameinsáætlunar með gildistíma til ársins 2030.*

Ministry of Health (2019b), *Milljörðum varið til að lækka greiðsluþátttöku sjúklinga.*

Ministry of Health (2020), *Mönnun hjúkrunarfræðinga.*

OECD (2020), *Consumption Tax Trends 2020: VAT/GST and Excise Rates, Trends and Policy Issues.*

OECD (2021), *Iceland economic snapshot.*

Scudellari M (2020), *How Iceland hammered COVID with science, Nature,* 587(7835):536-539.

Sigurdsson EL et al. (2020), *How primary healthcare in Iceland swiftly changed its strategy in response to the COVID-19 pandemic,* BMJ Open, 10:e043151.

Statistics Iceland (2021), *Life expectancy for 30 years old by educational attainment level and sex 2011-2020.*

Statistics Iceland (2020), *Employment: Jobs 2008-2020.*

Skammstafanir landsheita

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

European Commission

State of Health in the EU
Yfirlit heilbrigðismála aðildarlandanna 2021

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 (2021), *Iceland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264636774 (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