



VELFERÐARRÁÐUNEYTIÐ

---



# Nýtt greiðsluþáttökukerfi

Helstu þættir til skoðunar við mótnun heildstæðs  
greiðsluþáttökukerfis í heilbrigðisþjónustu

Mars 2015

---

Skýrsla til heilbrigðisráðherra - Nefnd um eitt greiðsluþáttökukerfi í heilbrigðisþjónustu

Velferðarráðuneytið: Nýtt greiðslupátttökukerfi  
Mars 2015

Útgefandi: Velferðarráðuneytið  
Hafnarhúsinu við Tryggvagötu  
101 Reykjavík  
Sími: 545 8100  
Bréfasími: 551 9165  
Netfang: [postur@vel.is](mailto:postur@vel.is)  
Veffang: [velferðarraduneyti.is](http://velferðarraduneyti.is)

Umbrot og textavinnsla: Velferðarráðuneytið  
Mynd á forsiðu: Sveinn Magnússon

© 2015 Velferðarráðuneytið

ISBN 978-9979-799-95-5

---

# Efnisyfirlit

---

Inngangur	7
Helstu niðurstöður	8
<b>1 Greiðslukerfi</b>	<b>14</b>
1.1 Inngangur	14
1.2 Lyfjagreiðslukerfi	14
1.3 Þrepakerfi	16
1.3.1 Allir með sömu greiðsluforsendur í þrepakerfi	16
1.3.2 Mismunandi greiðsluforsendur í þrepakerfi	17
1.3.3 Grunnár greiðslubátttöku í þrepakerfi	17
1.4 PHB-aðferð	17
1.4.1 Sama greiðsluregla fyrir alla	18
1.4.2 PHB-aðferð Mismunandi greiðslureglur (grunntala) eftir hópum	18
1.5 Samanburður á aðferðum	19
1.6 Fleiri útfærslur	20
1.7 Kostir og gallar greiðslukerfanna	20
1.7.1 PHB-kerfi	20
1.7.2 Þrepakerfi	21
1.8 Niðurstaða atkvæðagreiðslu	21
<b>2 Eitt kerfi eða tvö</b>	<b>22</b>
2.1 Kostir og gallar við eitt kerfi eða tvö	23
2.1.1 Eitt kerfi	23
2.1.2 Tvö kerfi	24
2.2 Nánari umfjöllun	24
2.3 Niðurstaða atkvæðagreiðslu á fundi	25
<b>3 Trygging barna</b>	<b>26</b>
3.1 Börn greiði hvorki fyrir lyf né heilbrigðisþjónustu	26
3.2 Börn greiði fyrir lyf en ekki heilbrigðisþjónustu	27
3.2.1 Rök fyrir að greitt sé fyrir þjónustu við börn	32
3.2.2 Rök fyrir að ekki sé greitt fyrir þjónustu við börn	32
3.2.3 Niðurstaða atkvæðagreiðslu	32
3.3 Börn sérhópur eða í hópi með öðru foreldri	32
3.3.1 Rök með því að börn í fjölskyldu myndi hóp með öðru foreldri	32
3.3.2 Rök á móti því að börn myndi einn hóp með foreldri	33
3.3.3 Rök með og móti því að börn í fjölskyldu myndi sér hóp	33
3.3.4 Niðurstaða atkvæðagreiðslu	33

4	Á gjaldtaka að byggja á stöðu?	34
4.1	Tvenns konar hópaskipting í gildi	34
4.2	Rök með því að sleppa hópaskiptingu	35
4.3	Rök með skiptingu í hópa	35
4.4	Niðurstaða atkvæðagreiðslu um hópaskiptingu	36
5	Greiðslupátttaka og notkun þjónustu	37
5.1	Þjónustustýring og hlutverk heilsugæslu	37
6	Bókanir nefndarmanna	39
6.1	Bókun Katrínar Júlíusdóttur	39
6.2	Bókun Álfheiðar Ingadóttur	40
	Fylgiskjal 1. Hvað er ókeypis í heilbrigðiskerfinu, samantekt	41
	Fylgiskjal 2. Greiningarskýrsla KSJ.	52
	Fylgiskjal 3. Greiðslupátttökukerfi á Norðurlöndum	53
	Fylgiskjal 4. Tekjur lífeyrisþega	58
	Fylgiskjal 5. Áhrif breytinga á greiðslupátttökukerfum í heilbrigðisþjónustu	60

## Myndaskrá

Mynd 1.	Aðgangur að heilbrigðisþjónustu og kostnaður	9
Mynd 2.	Greiðslupátttaka einstaklinga eftir mánuðum.	11
Mynd 3.	Hlutfall hvers hóps sem naut endurgreiðslu í lyfjum eða heilbrigðisþj. í hverjum mán. á tímabilinu. ...	12
Mynd 4.	Greiðslupátttaka í 12 mánaða kostnaði v. lyfja.	15

## Töfluskrá

Tafla 1.	Greiðslur notenda og SÍ 1.10.2013-30.09.2014, skv. upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands.....	11
Tafla 2.	Fjöldi notenda eftir greiðslubílum í núverandi kerfi okt. 2013 til sept. 2014. A=almennir, E=ellilífeyrisþegar, U=börn og ungmenni, O=öryrkjar.....	12
Tafla 3.	Helstu þættir sem ræddir voru í nefndinni og atkvæði greidd um.....	13
Tafla 4.	Þrep í lyfjagreiðslukerfi almennra notenda og þeirra sem greiða 2/3 sem gilda frá 1. janúar 2015.....	15
Tafla 5.	Þrepakerfi þar sem sömu greiðsluforsendur gilda fyrir alla notendur heilbrigðisþj. Núverandi skipting í hópa er: A=almennir, E=aldraðir, O= öryrkjar og U=börn og ungmenni. Hér greiða allir eftir sömu reglu. ....	16
Tafla 6.	Greiðslupátttökukerfi með tvískiptum þrepum og lækkuðum kostnaði hjá hópum E, O og U. ....	17
Tafla 7.	Ákvörðun greiðslna í PHB kerfi. ....	18
Tafla 8.	Öll heilbrigðisþjónusta og lyf sem SÍ taka þátt í að greiða eru í sama kerfi, sömu greiðslureglur gilda um alla. Börn eru einn hópur á hverju fjölskyldunúmeri. ....	18
Tafla 9.	Mismunandi greiðsluviðmið (grunntala) eftir hópum í PHB aðferð. ....	19
Tafla 10.	Sama greiðsluregla fyrir alla innan hvors kerfis um sig, með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð:.....	19
Tafla 11.	Mismunandi greiðsluviðmið eftir hópum innan hvors kerfis um sig, með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð: .....	20
Tafla 12.	Heilbrigðisþjónusta og lyf í einu sameinuðu greiðslupátttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa: .....	22
Tafla 13.	Heilbrigðisþjónusta í sér greiðslupátttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa: .....	22
Tafla 14.	Lyf í sér greiðslupátttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa: .....	23
Tafla 15.	Lyf og heilbrigðisþjónusta ókeypis fyrir börn og ungmenni og greiðslubyrði færð á aðra hópa eftir stöðu foreldis. ....	26
Tafla 16.	Lyf og heilbrigðisþjónusta ókeypis fyrir börn. Áhrif þrepaskiptrar aðferðar og PHB-aðferðar.....	27
Tafla 17.	Ókeypis lyf og heilbrigðisþjónusta fyrir börn. Niðurstaðan eftir aðferðum: .....	27

Tafla 18. Ókeypis heilbrigðisþjónusta og lyf að hluta til fyrir börn, niðurstaðan eftir aðferðum. Hópur o varðar einvörðungu heilbrigðisþjónustu barna og ungmenna og hópur U lyf.....	28
Tafla 19. Ókeypis heilbrigðisþjónusta (hópur o) og lyf að hluta til (hópur U) fyrir börn og ungmenni, nánari sundurliðun.....	28
Tafla 20. Ókeypis heilbrigðisþjónusta (hópur o) og lyf að hluta til (hópur U) fyrir börn og ungmenni, breyting á greiðsluhluta og -hlutfalli hópa frá því sem nú er. ....	29
Tafla 21. Heilbrigðisþjónusta ókeypis og lyf að hluta til fyrir börn og ungmenni. Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbilum hópa í núverandi kerfi. ....	29
Tafla 22. Heilbrigðisþjónusta ókeypis og lyf að hluta fyrir börn og ungmenni. Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbilum hópa með PHB-aðferð. ....	29
Tafla 23. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U). Dæmi nr. 99. ....	30
Tafla 24. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U) : Greiðslubyrði hópa.....	31
Tafla 25. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U) : Greiðsluhlutfall hópa.....	31
Tafla 26. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U): Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbilum. ....	31

---

## Inngangur

---

Þann 28. ágúst 2013 skipaði heilbrigðiráðherra nefnd sem falið var að gera tillögu að nýju greiðsluþátttökukerfi. Fyrsti fundur nefndarinnar var haldinn hinn 5. september 2013.

Hlutverk nefndarinnar kemur fram í erindisbréfi þar sem segir. „Nefndinni er ætlað að kanna hvort og þá með hvaða hætti hægt er að fella lækni-, lyfja-, rannsóknar-, sjúkraþjálfunar- og annan heilbrigðiskostnað undir eitt niðurgreiðslu- og afsláttarfyrirkomulag þannig að þátttaka borgarans í heilbrigðiskostnaði verði takmörkuð hvort sem kostnaðurinn fellur til utan eða innan heilbrigðisstofnana og hver sem þörf hans fyrir heilbrigðisþjónustu er. Þá er nefndinni meðal annars falið að hafa samráð við Læknafélag Íslands, Lyfjafræðingafélag Íslands, Tryggingastofnun ríkisins, Félag eldri borgara, Öryrkjabandalag Íslands og Embætti landlæknis.“

Nefndin er þannig skipuð:

- Pétur H. Blöndal alþingismaður, skipaður án tilnefningar, formaður,
- Ingibjörg K. Þorsteinsdóttir sviðsstjóri, tiln. af Sjúkratryggingum Íslands,
- Katrín Júlíusdóttir alþingismaður, tiln. af þingflokki Samfylkingarinnar,
- Kristinn Snævar Jónsson rekstrarhagfræðingur, tiln. af þingflokki Framsóknarflokksins,
- Margrét Björk Svavarsdóttir, sérfræðingur í velferðarráðuneytinu, skipuð án tilnefningar,
- Álfheiður Ingadóttir ritstjóri, tiln. af þingflokki Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs í stað Ólafs Þórs Gunnarssonar öldrunarlæknis,
- Ragnheiður Ríkharðsdóttir alþingismaður, tiln. af þingflokki Sjálfstæðisflokksins,
- Rúna Hauksdóttir Hvannberg, formaður lyfjagreiðslunefndar, skipuð án tilnefningar,
- Sigrún Gunnarsdóttir, dósent við Háskóla Íslands og Háskólann á Bifröst, tiln. af þingflokki Bjartrar framtíðar,
- Sigurður Jónas Eggertsson hugbúnaðarsérfræðingur, tiln. af þingflokki Pírata,
- Viðar Helgason sérfræðingur, tiln. af fjármála- og efnahagráðuneytinu.

Starfsmaður vinnuhópsins er Ólafur Gunnarsson, viðskiptafræðingur og sérfræðingur í velferðarráðuneytinu. Þorvaldur Ingi Jónsson hjá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ) hefur annast gagnasöfnun fyrir nefndina.

Nefndin hélt 25 fundi og farið yfir þær hliðar gjaldtöku og þau sjónarmið sem nefndarmenn telja að gæta þurfi við mótun kerfisins. Á fundi nefndarinnar hafa komið heilbrigðisráðherra, Kristján Þór Júlíusson, Þorbjörn Jónsson, Sólveig Jóhannsdóttir og Dögg Pálsdóttir frá Læknafélagi Íslands, Ólafur Ólafsson og Aðalsteinn J. Loftsson frá Lyfjafræðingafélagi Íslands, Ragna Haraldsdóttir frá Tryggingastofnun ríkisins, Þórey S. Þórðardóttir frá Landssamtökum lífeyrissjóða og Ólafur Darri Andrason frá Alþýðusambandi Íslands, Einar Magnússon frá velferðarráðuneytinu, Þorvaldur Ingi Jónsson, Benedikt Benediktsson og Guðrún Gylfadóttir frá Sjúkratryggingum Íslands og Gunnar Axelsson frá Hagstofu Íslands. Einnig komu á fund nefndarinnar fulltrúar frá Landssamtökum eldri borgara, Öryrkjabandalaginu og formaður Velferðarvaktarinnar og nokkrir fulltrúar hennar. Haldinn var kynningarfundur á reiknireglum með Öryrkjabandalaginu og Landssamtökum eldri borgara.

Umræður í nefndinni hafa snúist um ákveðna þætti greiðsluþátttökukerfis. Í skýrslunni er gerð grein fyrir sjónarmiðum sem fram hafa komið í nefndinni varðandi kosti og galla einstakra þátta. Tölur í skýrslunni eru flestar teknar beint úr greiningarskýrslu sem er fylgiskjal með henni.

---

## Helstu niðurstöður

---

Nefndinni var falið að gera tillögur sem miðuðu við óbreyttan kostnað ríkissjóðs jafnframt því að verja notendur sem þurfa á mikilli þjónustu að halda og greiða háar fjárhæðir fyrir heilbrigðisþjónustu í núverandi kerfi. Leiðir sem nefndin skoðaði fólust í því að setja hámark á árlegan kostnað einstaklinga sem hækkar greiðslur hluta notenda á móti. Horft var til reynslu sem komin var af nýju lyfjagreiðslukerfi.

Mikil áhersla var lögð á það af nokkrum nefndarmönnum að fella fleiri þætti heilbrigðisþjónustu undir greiðslupátttökukerfið en nú er og var almenn sálfræðiþjónusta og sýklalyf fyrir fullorðna nefnd í því sambandi. Það fellur ekki undir verksvið nefndarinnar að leggja til breytingar á þjónustupáttum sem falla undir greiðslupátttöku.

Nefndin leggur áherslu á að við upptöku nýs greiðslupátttökukerfis verði greiðslusaga hvers og eins í nokkra mánuði fyrir upptökuna notuð til að draga úr háum greiðslum við upphaf nýs fyrirkomulags.

Margir nefndarmanna lögðu áherslu á að tryggja stöðu heilsugæslunnar í nýju greiðslupátttökukerfi. Til að svo geti orðið þarf heilsugæslan m.a. að vera ódýr valkostur sem verði almennt fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu. Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar er lögð áhersla á að efla heilsugæsluna og tryggja stöðu hennar sem fyrsta viðkomustaðar sjúklinga.

Þar sem ekki náðist samhljóða niðurstaða í nefndinni um tillögur til ráðherra var ákveðið að ganga til atkvæða um einstaka þætti kerfisins. Í skýrslunni koma fram helstu kostir og gallar hvers þáttar eins og nefndarmenn mátu þá.

**Prepakerfi eða fljótandi summa:** Nefndin valdi milli þess að leggja til prepakerfi (eins og í lyfjakerfi) eða byggja greiðslur á fljótandi summu í greiðslumánuði og næstu fimm mánuðum á undan sem kallað hefur verið PHB-kerfi í umfjöllun nefndarinnar. Nefndin samþykkti að nota skyldi kerfi fljótandi summu (PHB-kerfi) í nýju kerfi og voru meginrökin þau að það kerfi jafnar betur út kostnað notenda og leiðir til lægri hámarksgreiðslna en í prepakerfi.

**Eitt eða tvö kerfi:** Nefndinni var falið að meta kosti þess að fella heilbrigðisútgjöld undir eitt kerfi en þar sem mikill stuðningur var við tvö kerfi var ákveðið að kjósa milli þess hvort leggja skyldi til eitt sameiginlegt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu og lyf eða aðskilin kerfi fyrir hvort um sig. Niðurstaðan var þessi: Nefndin samþykkti að taka upp tvö kerfi í byrjun, nýtt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu og óbreytt lyfjakerfi. Nefndarmenn skiptust síðan í þrjá hópa varðandi framtíðarfyrirkomulag. Þrír nefndarmanna kusu afdráttarlaust eitt kerfi til framtíðar, fjórir tvö kerfi til frambúðar og aðrir töldu að meta ætti eftir reynslutíma með tveimur kerfum hvort sameining væri fýsileg. Þannig náðist ekki afgerandi niðurstaða varðandi þennan þátt.

**Hópaskipting greiðenda:** Nefndin valdi milli þess að halda hópaskiptingu fullorðinna í almenna, öryrkja og aldraða eða leggja hana af þannig að aðeins börn greiddu lægra gjald. Nefndin samþykkti að halda óbreyttri skiptingu í almenna, öryrkja og aldraða, auk barna, varðandigreiðslupátttöku í heilbrigðiskerfi. Útfærsla hópaskiptingar verði hin sama og í lyfjakerfi.

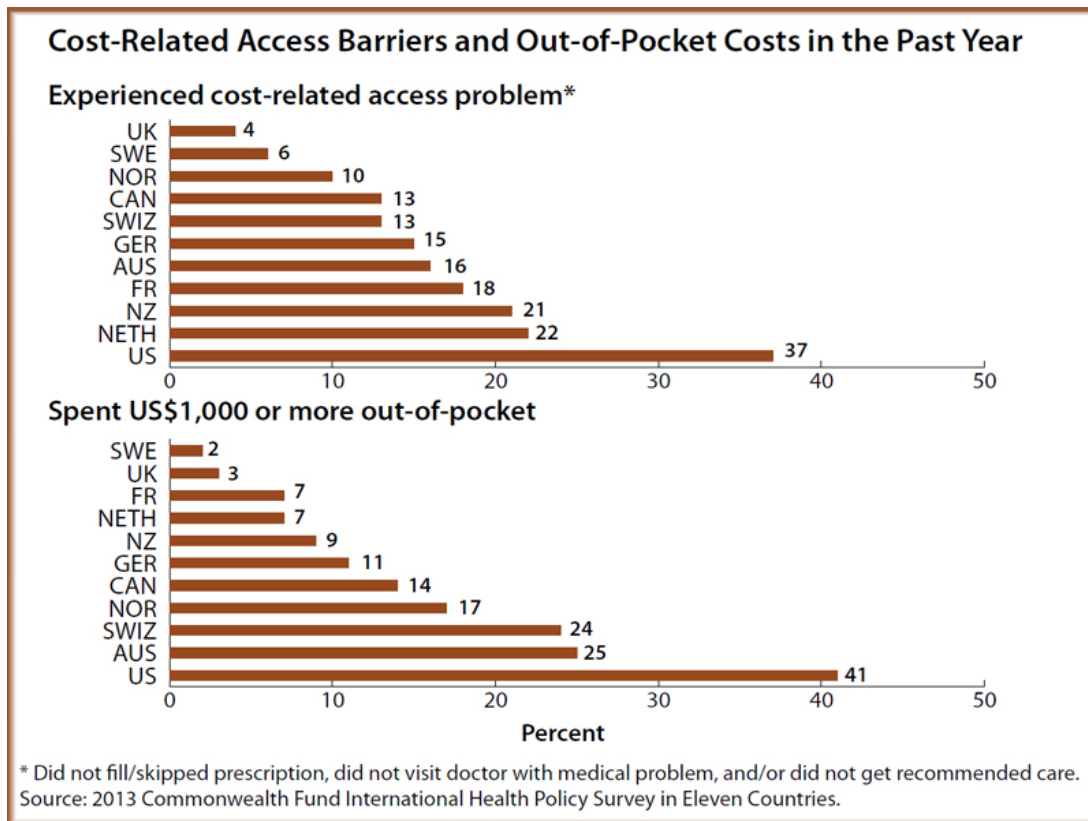
**Gjaldfrjáls þjónusta við börn:** Nefndin kaus um hvort heilbrigðisþjónusta barna skyldi vera gjaldfrjáls. Varðandi þennan þátt skiptist nefndin í tvo næstum jafnstóra hópa, meirihluti samþykkti gjaldtöku vegna barna vegna lyfja og heilbrigðisþjónustu í nýju greiðslupátttökukerfi. Einnig var mikill stuðningur við að heilbrigðisþjónusta barna væri gjaldfrjáls en að greitt væri lægra gjald en almennir notendur greiða fyrir lyf barna eins og í núverandi lyfjakerfi. Nefndin taldi að nýtt kerfi um

tannlækningar barna ætti að vera óbreytt, a.m.k. meðan á uppbyggingu þess stendur. Einnig var skoðaður sá möguleiki að börn mynduðu hóp með öðru foreldri í stað þess að börn myndi sérhóp eins og í lyfjakerfi. Sú tillaga var felld.

### Hvers vegna nýtt kerfi?

Í núverandi greiðsluþáttökukerfi heilbrigðisþjónustu getur mjög mikill kostnaður fallið á notendur heilbrigðisþjónustu svo að þungbært getur orðið fyrir hinn sjúkratryggða. Einnig getur mikill kostnaður hindrað að fólk leiti sér nauðsynlegar þjónustu. Nýju greiðsluþáttökukerfi er fyrst og fremst ætlað að dreifa greiðslum fyrir þjónustu með öðrum hætti en í eldra kerfi þannig að þak verði sett á kostnað þeirra sem þurfa á mikilli þjónustu að halda svo kostnaður þeirra verði þeim viðráðanlegur. Þar sem fjárútlát ríkissjóðs eiga ekki að aukast með nýju kerfi þarf að hækka greiðslur annarra á móti. Líta má á nýtt greiðsluþáttökukerfi lyfja sem fyrsta skref í átt til heildstæðrar breytingar á greiðsluþáttöku.

Til fróðleiks er hér birt mynd sem er byggð á skýrslu frá *The Commonwealth Fund*<sup>1</sup> um notendagreiðslur fyrir heilbrigðisþjónustu í nokkrum löndum sem lýsir vel þeim sjónarhornum sem velt var upp í umræðum í nefndinni. Annars vegar hve margir verða fyrir umtalsverðum fjárútlátum vegna heilbrigðisþjónustu og hins vegar hvort notendagjöld hindri fólk í að sækja þjónustu.



Mynd 1. Aðgangur að heilbrigðisþjónustu og kostnaður.

### Hvaða þjónusta er innifalin í nýju greiðsluþáttökukerfi?

Kostnaður ríkissjóðs á ekki að breytast vegna tillagna nefndarinnar og miðast tillögur við sömu þjónustuþætti og falla nú undir greiðsluþáttöku Sjúkratrygginga Íslands (hér eftir oftast SÍ). Hvorki

<sup>1</sup> <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2013/nov/access-affordability-and-insurance>



er lagt til að taka inn nýja þjónstupætti né taka upp gjaldtöku fyrir þjónustu sem nú er ókeypis. Fram kom það sjónarmið í nefndinni að ef kerfið skilar hagræðingu þá verði sjúkratryggðir látnir njóta þess fremur en að kostnaður ríkisins lækki.

Innan greiðslupáttökukerfis er heilsugæsla, dag- og göngudeildarþjónusta, þar sem notandi greiðir að hluta fyrir rannsóknir, myndgreiningu, heimsóknir til sérfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna, þjónusta sérgreinalækna, sjúkra- iðju- og talþjálfun, sjúkraflutningar, tannlækningar barna og lífeyrisþega, hjúkrun í heimahúsum, lyf og flest hjálpartæki.

Þá eru ákveðnir þættir án greiðslupáttöku notanda (sjá nánar í fylgiskjali 1). Þar er helst að nefna innlögn á sjúkrahús, fæðingarhjálp og ungubarnaeftirlit, þjónustu heilsugæslu við börn, skólaheilsugæslu, hluta af þjónustu göngudeilda sjúkrahúsa fyrir börn, heimahjúkrun, líknandi meðferð, tiltekin hjálpartæki og lyf sem gefin eru sjúklingum á sjúkarhúsum (S-merkt lyf). Utan kerfis og án greiðslupáttöku sjúkratrygginga er helst að nefna almenna sálfræðiþjónustu, tannlæknisþjónustu fyrir almenna notendur og sýklalyf fyrir fullorðna.

Þau sjónarmið komu fram að mikilvægt væri, þegar svigrúm gæfist, að víkka það svið sem greiðslupátttaka sjúkratrygginga nær til. Sérstaklega var nefnd sálfræðiþjónusta, sýklalyf fyrir fullorðna og heilbrigðisþjónusta barna (ekki lyf) í því samhengi. Mikill stuðningur var við að heilbrigðisþjónusta barna væri gjaldfrjáls, en það hefur í för með sér hærri greiðslubyrði almennra og e.t.v. lífeyrisþega þar sem heildargreiðslur ríkissjóðs eiga ekki að breytast vegna tillagna nefndarinnar.

Niðurgreiðsla á tannlækningum og tannréttingum er takmörkuð í núverandi kerfi, nema hvað varðar börn sem falla undir nýtt kerfi heimilistannlækna.

### Gögn sem unnið var með

Greiðslur ríkissjóðs vegna lyfja og heilbrigðisþjónustu fara annars vegar í gegnum SÍ og hins vegar til heilbrigðisstofnana og var kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsum, heilbrigðisstofnunum, heilsugæslu og hjá SÍ alls um 110 ma. kr. árið 2014. Nefndin skoðaði aðeins greiðslur vegna þjónustu sem fellur undir greiðslupáttöku.

Sjúkratryggingar Íslands útveguðu upplýsingar um allar greiðslur einstaklinga fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu sem eru með greiðslupáttöku sjúkratrygginga í 15 mánuði, frá júlí 2013 til september 2014, ásamt upplýsingum um mótframlag ríkisins. Upplýsingar í skýrslunni miða aðallega við gögn fyrir 12 mánaða tímabili frá október 2013 til september 2014. Vegna nánari skoðunar er bent á greiningarskýrslu Kristins Snævars Jónssonar sem er í fylgiskjali 2 með skýrslunni.

Samkvæmt gögnum SÍ voru greiðslur fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu sem falla undir greiðslupáttöku SÍ vegna um það bil 260.000 einstaklinga á þessu 12 mánaða tímabili (börn í fjölskyldu talin sem eitt) um 8,6 ma. kr.

Í töflu 1 er heildaryfirlit yfir kostnað við lyf og heilbrigðisþjónustu innan greiðslupáttöku á því 12 mánaða tímabili sem útreikningar miða við. Heildarkostnaður á tímabilinu var um 32,5 ma. kr., hlutur sjúkratrygginga um 23,9 ma. kr. eða 74% og hlutur notenda um 8,6 ma. kr. eða 26%. Þar sem nefndinni er ætlað að skila tillögum sem ekki hafa áhrif á heildarkostnað ríkissjóðs miða tillögur við að greiðslur notenda verði áfram 8,6 ma. kr.

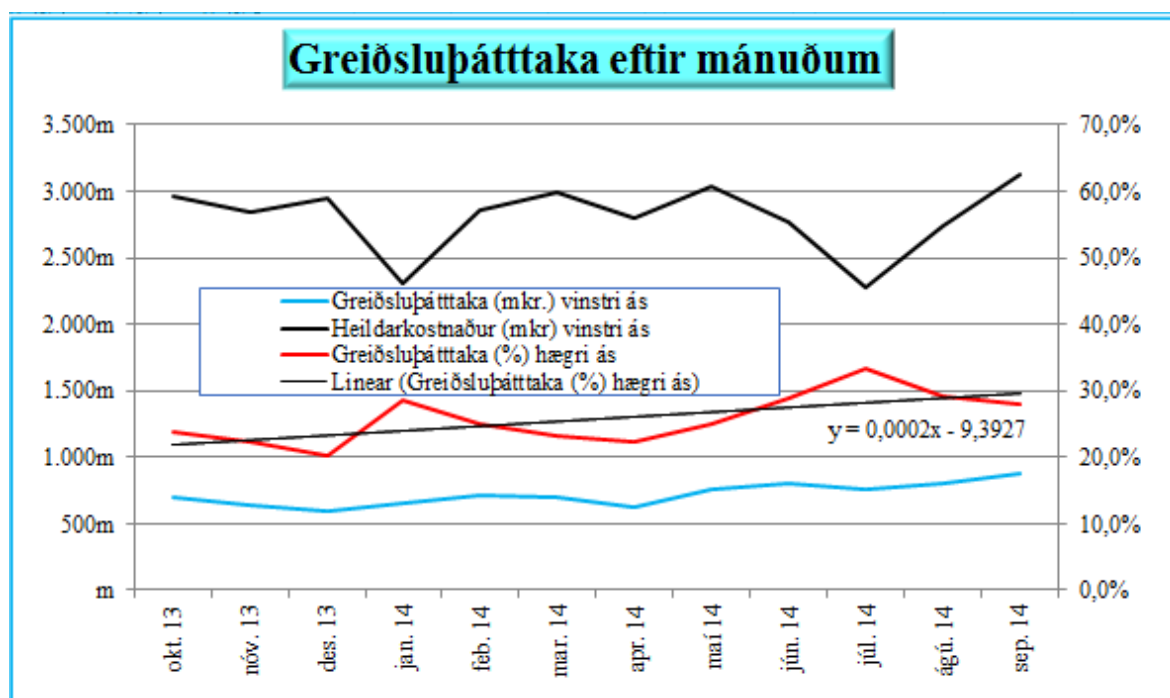
Tafla 1. Greiðslur notenda og SÍ 1.10.2013–30.09.2014, skv. upplýsingum frá SÍ.

Heilbrigðiskostnaður	Greiðslur einstaklinga	Greiðslur sjúkratrygginga	Samtals
Sjúkrahúsþjónusta	139	321	460
Heilsugæsla og sérfræðiþjónusta	2.955	7.395	10.350
Sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og fleira	1.344	1.959	3.303
Tannlækningar	534	2.368	2.902
Lyf	3.328	8.574	11.902
Hjálpartæki	207	2.759	2.966
Heilbrigðisþjónusta ótalin annarsstaðar	108	534	642
Samtals	8.615	23.910	32.525

Samkvæmt upplýsingum frá Hagstofu Íslands námu heilbrigðisútgjöld alls 173 milljörðum króna árið 2014; þar af greiddu heimili 31 milljarð eða um 19%. Í ljós kom að í tölum Hagstofunnar eru ýmsar vörur sem sjúkratryggingar taka ekki þátt í að greiða eins og vítamín og lyf án greiðsluþátttöku. Einnig eru í tölum Hagstofunnar umtalsverðar fjárhæðir vegna þjónustu sem ekki fellur undir greiðsluþátttöku og vegur tannlæknakostnaður fullorðinna þar þyngst. Skýrir þetta mismuninn.

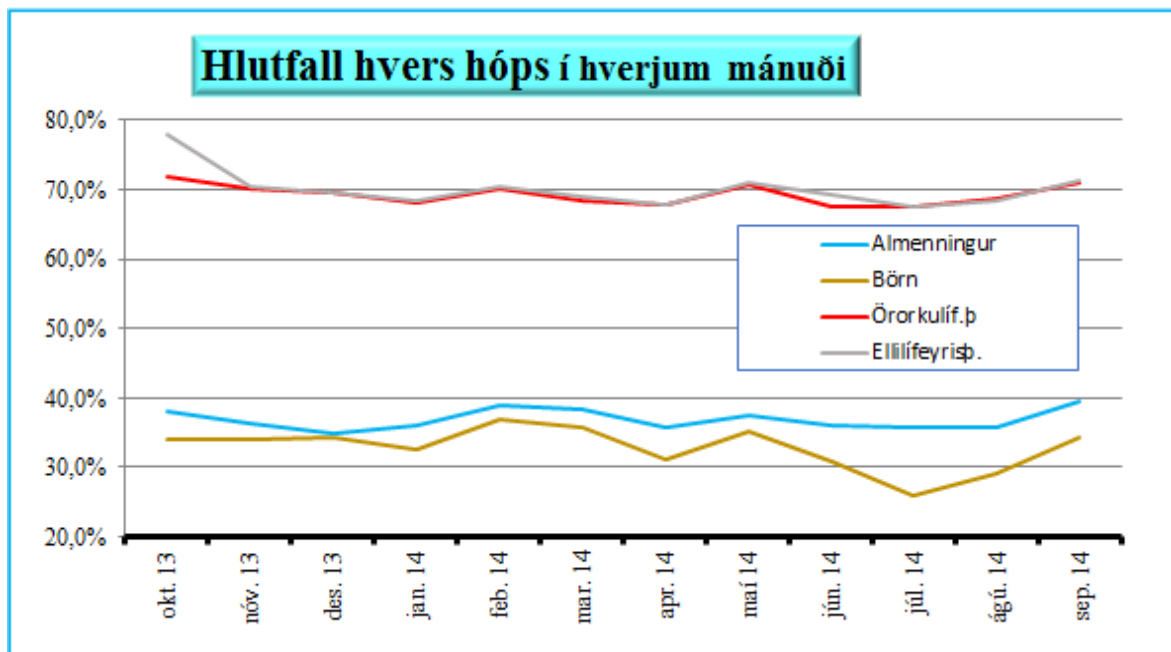
### Greiðslur og notkun þjónustu eftir mánuðum

Í þessum kafla er greining á því hvernig greiðslur skiluðu sér samkvæmt þeim gögnum sem unnið var með. Mynd 2. sýnir að greiðsluþátttaka einstaklinga fór vaxandi á því 12 mánaða tímabili sem greining byggir á. Leitnilína (trend line) sýnir að vöxturinn er  $0,0002 \times 365 = 0,073$  eða um 7%. Þessi hallatala ræðst af því að reikningar stofnana skiluðu sér ekki með sama þunga allt tímabilið; þar sem verið var að „innleiða“ lyfjakerfið skiluðu greiðslur fyrir lyf sér betur er leið á árið. Einnig hafði hækkun á greiðsluþátttöku í ársbyrjun áhrif.



Mynd 2. Greiðsluþátttaka einstaklinga eftir mánuðum.

Á mynd 3 sést að öryrkjar og ellilífeyrisþegar nota heilbrigðiskerfið mun meira en aðrir hópar. Um 70% þeirra notuðu þjónustuna í hverjum mánuði en almenningur og börn nota kerfið miklum mun minna og aðeins um 30–40% í mánuði.



Mynd 3. Hlutfall hvers hóps sem naut endurgreiðslu fyrir lyf eða heilbrigðisþj. í hverjum mánuði á tímabilinu.

### Greiðslur notenda eftir kostnaðarbílum

Í töflu 2 sést að 122.157 af 240.461, þ.e. 50,8% eða meira en helmingur landsmanna, greiða minna en 25.000 kr. á þessu 12 mánaða tímabili fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggingar taka þátt í að greiða. (Miðtalan er nákvæmlega 22.623). Einnig sést að yfir 1.025 manns greiða meira en 200.000 kr. og 28 borga meira en hálf milljón króna.

Tafla 2. Fjöldi notenda eftir greiðslubílum í núverandi kerfi, okt. 2013 til sept. 2014. A=almennir, E=ellilífeyrisþegar, U=börn og ungmenni, O=öryrkjar.

Greiðslur notenda í núverandi kerfi frá okt. 2013 til sep. 2014																
		Fjöldi á hverju bíli					Fjöldi sem greiðir meira en neðra bíl					Hlutfall sem greiðir meira en neðra bíl				
		A	E	U	O	Allir	A	E	U	O	Allir	A	E	U	O	Allir
-400.000	-3.001	364	20	191	39	614	145.790	35.573	46.915	17.064	245.342	100,8%	101,1%	107,1%	100,9%	102,0%
-3.000	0	860	376	2.923	108	4.267	145.426	35.553	46.724	17.025	244.728	100,6%	101,1%	106,7%	100,6%	101,8%
1	25.000	70.381	9.149	33.933	4.841	118.304	144.566	35.177	43.801	16.917	240.461	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
25.001	50.000	38.295	13.676	6.485	5.471	63.927	74.185	26.028	9.868	12.076	122.157	51,3%	74,0%	22,5%	71,4%	50,8%
50.001	75.000	18.435	7.325	1.804	3.492	31.056	35.890	12.352	3.383	6.605	58.230	24,8%	35,1%	7,7%	39,0%	24,2%
75.001	100.000	8.721	2.977	605	1.726	14.029	17.455	5.027	1.579	3.113	27.174	12,1%	14,3%	3,6%	18,4%	11,3%
100.001	125.000	4.103	1.245	413	781	6.542	8.734	2.050	974	1.387	13.145	6,0%	5,8%	2,2%	8,2%	5,5%
125.001	150.000	2.121	493	203	325	3.142	4.631	805	561	606	6.603	3,2%	2,3%	1,3%	3,6%	2,7%
150.001	175.000	1.167	184	137	134	1.622	2.510	312	358	281	3.461	1,7%	0,9%	0,8%	1,7%	1,4%
175.001	200.000	621	55	88	50	814	1.343	128	221	147	1.839	0,9%	0,4%	0,5%	0,9%	0,8%
200.001	225.000	336	33	42	38	449	722	73	133	97	1.025	0,5%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%
225.001	250.000	179	13	27	12	231	386	40	91	59	576	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%
250.001	275.000	76	4	18	10	108	207	27	64	47	345	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
275.001	300.000	50	4	12	5	71	131	23	46	37	237	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
300.001	400.000	48	10	28	13	99	81	19	34	32	166	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
400.001	500.000	18	5	3	13	39	33	9	6	19	67	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
500.001	600.000	9	1	1	6	17	15	4	3	6	28	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
600.001	700.000	2	2	1	0	5	6	3	2	0	11	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
700.001	800.000	1	0	0	0	1	4	1	1	0	6	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
800.001	900.000	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
900.001	1.000.000	2	0	0	0	2	2	1	1	0	4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1.000.001	1.100.000	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1.500.001	1.600.000	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Með + gr.	144.566	35.177	43.801	16.917	240.461										Lágmark: 374.909
	Allir á skrá	145.790	35.573	46.915	17.064	245.342		Miðtala	22.623							Hámark: 1.509.905

## Göngudeildarþjónusta og innlögn á spítala

Nefndin leggur til að ekki verði gerðar breytingar á greiðsluþátttöku fyrir þjónustu sem nú er ókeypis fyrir notendur. Nefndin ræddi hvort jafnræðis væri gætt á milli þeirra sem lagðir eru inn á spítala og fá ókeypis þjónustu og hinna sem sækja göngudeildarþjónustu og greiða þar fyrir nákvæmlega sömu þjónustu eins og rannsóknir, myndatökur (myndgreiningu) og heimsóknir til lækna og hjúkrunarfræðinga.

Tvö sjónarmið komu fram varðandi mismunandi gjaldtöku á legudeildum og göngudeilum. Annars vegar það sjónarmið að mismunun gæti átt sér þar sem jafnveikir sjúklingar gætu verið meðhöndlaðir á báðum tegundum deilda, og hinsvegar það sjónarmið að innlagðir sjúklingar væru veikari og því forsendur til að greiðslur væru mismunandi.

## Þættir nýs greiðsluþátttökukerfis

Í skýrslunni verður farið yfir einstaka þætti kerfisins og þá möguleika á útfærslum sem ræddir hafa verið í nefndinni. Um er að ræða fjóra meginþætti:

1. Greiðslukerfi (þrepaskipt – fljótandi summa).
2. Eitt kerfi eða tvö.
3. Trygging barna.
4. Skipting í hópa.

Tafla 3. Helstu þættir sem ræddir voru í nefndinni og atkvæði greidd um.

Greiðslukerfi		Eitt kerfi eða tvö		Trygging barna		Hópaskipting
Prepaskipt	<i>Tímabil:</i>	Eitt kerfi		Engin greiðsluþátttaka		4 hópar: Almennir, öryrkjar, aldraðir, börn
	12 mán. frá fyrstu notkun					
	Almanaksár			Greiðsluþátttaka	Börn mynda eina einingu í fjölskyldu	
12 mán. frá afmælisánuði	Börn mynda einingu með öðru (eldra) foreldri					
Fljótandi summa (PHB)		Tvö kerfi	Lyf sér			2 hópar: Almennir, börn
			Önnur heilbrigðisþjónusta sér			

Ath. Taflan var sett upp til að lýsa þeim kostum sem nefndin kaus um og gætu einhverjir af þeim kostum sem fram koma í töflu fallið út í kjölfar atkvæðagreiðslu.

Í næstu köflum verður fjallað um helstu þætti kerfisins sem raktir eru í töflu 3. Verður hverjum þætti lýst sem og sjónarmiðum með og á móti sem fram komu á fundum nefndarinnar.

---

# 1 Greiðslukerfi

---

## 1.1 Inngangur

Í þessum kafla verður fjallað um þau tvö greiðslukerfi sem skoðuð voru, tvískipt þrepakerfi og greiðslujöfnunarkerfi sem er fljótandi summa kostnaðar og hefur einnig verið kallað „PHB-aðferð“. Einnig verður umfjöllun um hvaða 12 mánaða tímabil sé rétt að miða við í þrepakerfi. Byrjað verður á að lýsa nýju þrepaskiptu lyfjagreiðslukerfi sem tók gildi í maí 2013, en mikilvægt þykir að byggja á þeirri reynslu sem orðið hefur til við innleiðingu þess við mótun heildarkerfis fyrir greiðslupátttöku.

Lyfjakerfið er sniðið að norrænum kerfum þó að megingreiðslupátttökuprósentan (7,5%) sé mun lægri en í norrænu kerfunum þar sem hún er um 10–25%. Enn fremur var tekin upp skipting fullorðinna í almenna, öryrkja og aldraða sem ekki er notuð í norrænum kerfum. Til fróðleiks er í fylgiskjali 3 farið lauslega yfir helstu þætti í greiðslupátttökukerfum á öðrum Norðurlöndum.

Annað kerfið sem nefndin hefur skoðað er þrepakerfi sambærilegt að uppbyggingu og greiðslukerfi lyfja. Hitt er greiðslujöfnunarkerfi sem Dr. Pétur H. Blöndal hefur þróað og gert tillögu um að skoðað verði. Það byggir á fljótandi summu kostnaðar hvers notanda sem fer aldrei yfir ákveðið mark og ver þannig notandann fyrir háum greiðslum.

Þrepakerfi gengur út á að á 12 mánaða tímabili, sem hefst við fyrstu notkun eða við áramót, greiðir notandinn þjónustu/lyf að fullu upp að ákveðnu marki en síðan ákveðna prósentu af þjónustu/lyfjum þar til hámarki er náð. Kerfunum er lýst nánar síðar í skýrslunni.

Bæði kerfin miða við að SÍ haldi miðlæga skrá til að halda utan um greiðslur og kostnað við heilbrigðisþjónustu einstakra notenda. Þar verða allar færslur samtímaskráðar eins og í lyfjakerfi. Bæði kerfin takmarka kostnað einstaklinga jafnframt því að viðhalda kostnaðarvitund með þeirri kostnaðarhlutdeild sem fellur á notendur.

## 1.2 Lyfjagreiðslukerfi

Líta má á innleiðingu lyfjagreiðslukerfis sem skref í átt að réttlátara greiðslupátttökukerfi heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Var því ætlað að verja einstaklinga gegn háum kostnaði og tryggja jöfnuð milli sjúklingshópa. Með því var fallið frá mismunandi greiðslupátttöku eftir sjúkdómum og stefnt að því að takmarka kostnaðarbyrði þeirra sem allajafna nota mikið af lyfjum, en því fylgir að hlutdeild þeirra sem lítið nota eykst. Í starfi nefndarinnar hefur verið lögð áhersla á að nýta reynslu af lyfjagreiðslukerfinu við mótun tillagna um nýtt greiðslupátttökukerfi fyrir bæði lyf og heilbrigðisþjónustu og komu starfsmenn lyfjagreiðslu SÍ á fundi nefndarinnar og kynntu lyfjakerfið.

Reynslan af lyfjagreiðslukerfinu hefur verið góð og hefur það stuðlað að hagkvæmari notkun lyfja og dregið úr sóun að mati starfsmanna lyfjagreiðslu SÍ.

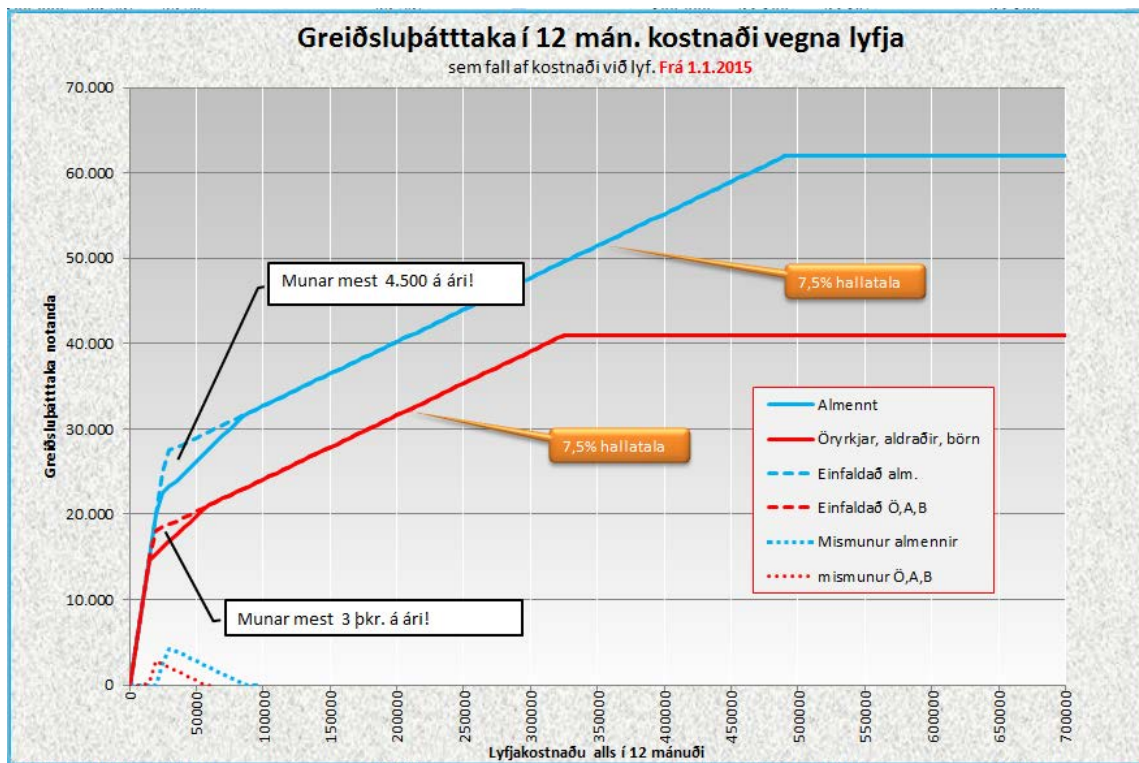
Fram kom hjá starfsmönnum SÍ að rekstur lyfjagreiðslukerfisins hefur gengið hnökralítið og tæknilegir örðugleikar verið vel viðráðanlegir. Útreikningar á hlutdeild sjúkratrygginga og sjúkratryggðra í kostnaði við lyf eru einfaldari en áður og álitamál við afgreiðslu lyfjaskirteina færri. Helstu vandamál við útreikninga tengjast flutningi barna milli fjölskyldna, t.d. við skilnað eða upphaf sambúðar þar sem börn í sömu fjölskyldu greiða gjald sem einn notandi. Einnig eru algengar leiðréttingar vegna breyttrar greiðslustöðu einstaklinga, t.d. að almennur eða öryrki verður aldraður, almennur verður öryrki eða öryrki endurhæfist. Sjúkratryggingar telja þessi atriði þó ekki valda stórvægilegum vanda við rekstur kerfisins.

Í lyfjagreiðslukerfinu eru fjögur þrep og miðast greiðsluþátttaka við 12 mánaða tímabil frá fyrstu lyfjakaupum eftir að síðasta greiðslutímabili lauk. Í töflu 4 koma fram þrep, hlutfallsgreiðslur og þak lyfjakerfisins eins og það er frá 1. janúar 2015.

Tafla 4. Þrep í lyfjagreiðslukerfi almennra notenda og þeirra sem greiða 2/3 sem gilda frá 1. janúar 2015.

Þrep	Greiðsluviðmið almennir	Greiðsluviðmið 2/3 hluti	Hlutfall
1	22.000	14.500	100,0%
2	31.750	20.875	15,0%
3	62.000	41.000	7,5%
4	Eftir 62.000	Eftir 41.000	0,0%

Einstaklingar greiða að fullu fyrir lyf upp að 22.000 kr., þá eru greidd 15% af kostnaði upp að 31.750 kr., þá 7,5% af kostnaði þar til greiðslur ná þakinu eða greiðsluhámarkinu 62.000 kr. og greiðir notandi ekkert eftir það út 12 mánaða tímabilið. Aldraðir, öryrkjar og börn greiða 2/3 af því sem almennir notendur greiða og er hámarksgreiðsla þeirra á ári 41.000 kr. Börn undir 18 ára aldri með sama fjölskyldunúmer samkvæmt skilgreiningu Þjóðskrár Íslands teljast einn einstaklingur. Ungmenni 18–21 árs greiða einnig 2/3 hluta þess sem almennir notendur greiða fyrir lyf.



Mynd 4. Greiðsluþátttaka í 12 mánaða kostnaði v. lyfja.

Á mynd 4 sést að meginþungi greiðslna notenda felst í fullri greiðslu einstaklings upp að 22.000 kr. síðan greiða þeir 15% upp að 31.750 kr. og 7,5% þar til hámarki, kr. 62.000 er náð, sem gerist þegar lyfjakostnaður er kominn í 490.333 kr. á 12 mánaða tímabili. Fyrir lífeyrisþega, ungmenni og börn er greitt að fullu upp að um 14.500 kr. Hámarki greiðsluþátttöku, 41.000 kr., er náð hjá þeim hópum þegar lyfjakostnaður nær 325.333 kr.

### 1.3 Þrepakerfi

Þrepakerfi er annað þeirra greiðsluþátttökukerfa sem nefndin skoðaði. Það er eins uppbyggt og lyfjakerfið en hlutfallsþrep milli fullrar greiðslu og þaks er aðeins eitt í stað tveggja í lyfjakerfi. Hér fyrir neðan eru dæmi um útfærslur sem skila sömu heildargreiðslum einstaklinga eða 8,6 milljörðum kr. á ári eins og núverandi kerfi. Mögulegar útfærslur á greiðslureglum eru óteljandi þar sem hægt er að ná sömu greiðslum notenda með mismunandi samsetningu þrepa, hlutfallsgreiðslna og hámarksgræiðslna. Hér á eftir verða sýnd nokkur dæmi sem lýsa mismunandi útfærslum.

#### 1.3.1 Allir með sömu greiðsluforsendur í þrepakerfi

Í dæmi í töflu 5 greiða allir eftir sömu reglu, þjónusta og lyf eru í einu og sama kerfinu og börn með sama fjölskyldunúmer saman í hópi eins og í lyfjagreiðslukerfinu. Einstaklingur greiðir 100% kostnaðar upp að neðra þrepi (20.000 kr); frá neðra þrepi greiðir hann 21,12% heilbrigðiskostnaðar síns þar til uppsafnaður kostnaður á greiðslutímabili nær efra þrepi eða þaki (75.000 kr). Það sem eftir er kostnaðarárs greiðir hann ekkert í þessu dæmi eins og í lyfjagreiðslukerfinu. Kostnaðarar spannar 12 mánuði frá fyrstu greiðslu fyrir lyf og/eða heilbrigðisþjónustu eftir að síðasta kostnaðarári lauk. Þá fer viðkomandi aftur á byrjunarreit með engan skráðan kostnað.

Áhrif á greiðslu hópanna í heild koma fram í aftasta dálki í töflu 5. Heildargreiðslur almennra notenda lækka um rúman milljarð en greiðslur annarra hópa hækka um sömu fjárhæð alls frá því sem nú er. Í dæmi í töflu 5 færast um 12% af heildargreiðslum almennra notenda (1.070 kr. af 8.613,7) til annarra hópa, aðallega barna en einnig elli- og örorkulífeyrisþega.

Tafla 5. Þrepakerfi þar sem sömu greiðsluforsendur gilda fyrir alla notendur heilbrigðisþj. Núverandi skipting í hópa er: A=almennir, E=aldraðir, O= öryrkjar og U=börn og ungmenni. Hér greiða allir eftir sömu reglu.

Nr. 68	Tví-þrepaskipt grpt.kerfi			
Hópur	NeðraPrep	Grpt%	EfraPrep	BreytÚrNúv
O	0	0,00%	0	0
A	20.000	21,12%	75.000	-1.070
E	20.000	21,12%	75.000	198
O	20.000	21,12%	75.000	81
U	20.000	21,12%	75.000	791
8.613,7	8.613,7	0	Nr. 68	0

Eitt af því sem ákveða þarf við mótun greiðsluþátttökukerfis er hvort sama greiðsluregla skuli gilda fyrir alla einstaklinga eða að greiðslureglur séu mismunandi milli hópa til að stýra greiðslubyrði hvers hóps. Dæmið sem hér er til umræðu sýnir tilflutning á greiðslubyrði frá almennum notendum til annarra hópa. Í nefndinni kom fram það sjónarmið að óásættanlegt sé að stilla upp kerfi þar sem kostnaðarhlutdeild barna eykst jafn mikið og dæmið í töflu 5 sýnir.

Einnig kom fram sú skoðun í nefndinni að þessi tilfærsla milli hópa skipti minna máli miðað við þann ávinning sem felst í að verja alla, óháð hvaða hópi þeir tilheyra, fyrir háum kostnaði. Þar sem aldraðir og öryrkjar þurfa að jafnaði meira á heilbrigðisþjónustu að halda en almennir nýtist vörn gegn háum útgjöldum þeim best. Ljóst er að allir verða fyrir einhverjum en mismiklum áhrifum í breyttu kerfi, annaðhvort til lækkunar eða hækkunar. Sjá nánar áhrif á einstaka hópa í greiningarskýrslu.

Nefndin ræddi ýtarlega hvort þessi skipting í hópa væri málefnaleg hvað varðar greiðslugetu, tekjur og eignir, sérstaklega er aldraða varðar. Sjá nánar síðar í skýrslu þessari í greiningu á tekjum lífeyrisþega (fylgiskjali 4) og í greiningarskýrslu (fylgiskjal 2). Þá var ræddur sá möguleiki að mynda hóp fullorðinna með lágar tekjur í stað skiptingar í almenna og lífeyrisþega.

### 1.3.2 Mismunandi greiðsluforsendur í þrepakerfi

Til að ná því markmiði að greiðslubyrði lækki hjá tilteknum hópum (þ.e. þeim sem nota mikla heilbrigðisþjónustu og lyf) og velta henni yfir á annan hóp innan greiðsluþátttökukerfisins þarf að hafa þrep og hlutfallsgreiðslu mismunandi milli hópa. Í töflu 6. er dæmi um slíka útfærslu. Í dæminu lækkar greiðslubyrði í hópum E, Ö og U en eykst í hópi A um 287 m.kr. Að vísu væri hægt að ná slíkri jöfnun gegnum félagslegt bótakerfi eins og síðar verður vikið að.

Tafla 6. Greiðsluþátttökukerfi með tvískiptum þrepum og lækkuðum kostnaði hjá hópum E, Ö og U.

Nr. 66	Tví-þrepaskipt grpt.kerfi			
Hópur	NeðraPrep	Grpl%	EfraPrep	BreytÚrNúv
Ö	0	0,00%	0	0
A	28.000	28,80%	120.000	287
E	15.000	15,00%	84.000	-54
O	6.400	15,40%	84.000	-85
U	5.000	20,00%	20.000	-146
8.613,7	8.616,6	3	Nr. 66	3

### 1.3.3 Grunnár greiðsluþátttöku í þrepakerfi

Rætt hefur verið um þrjár leiðir varðandi grunnár réttindaútreiknings í þrepakerfi. Almanaksárið, 12 mánuði frá innkomu í kerfið (12 fljótandi mánuðir) og að miða við afmælimánuð einstaklings. Nú er 12 mánaða fljótandi kerfi notað í lyfjakerfi. Vert er að skoða kosti og galla allra leiða.

Kostir þess að miða við almanaksárið eru þeir að það er einfalt í framkvæmd, m.a. hvað varðar breytingar á þrepum og greiðsluhlutfalli. Hins vegar getur mikill kostnaður lent á einstaklingi sem er með há heilbrigðisútgjöld báðum megin við áramót. Ef veikindi hefjast t.d. í nóvember og viðkomandi greiðir þá upp í hámark núllstillist kerfið um áramót og þarf viðkomandi þá að greiða upp í nýtt þak á þriðja mánuði veikinda ef mikill kostnaður fellur til þá. Þetta er ókostur við þrepakerfið yfirleitt. Ef þrepakerfi er miðað við áramót þá greiðir ríkið mjög lítið í upphafi árs þar sem notendur greiða almennt að fullu, en hlutur ríkisins hækkar svo er líður á árið þannig að greiðsludreifing í útgjöldum ríkisins verður ójöfn.

Með 12 mánaða fljótandi grunnári er meiri trygging fyrir notendur gegn háum kostnaði en ef miðað er við almanaksár þar sem alltaf eru 12 mánuðir undir við útreikning á hámarki. Flóknara er að gera breytingar á þrepum og öðrum stuðlum kerfisins en ef miðað er við almanaksár þar sem einstaklingar eru staddir á mismunandi stað á greiðsluári sínu hverju sinni.

Í 12 mánaða fljótandi kerfi er mögulegt að hamstra lyf og lengja þannig greiðslutímabilið, t.d. með því að kaupa þriggja mánaða birgðir við lok greiðslutímabils þegar viðkomandi er kominn upp í hámarkið. Ef miðað er við afmælimánuð er slíkt ekki hægt. Þetta hefur hins vegar ekki verið reynt áður og því ákveðin óvissa um framkvæmdina. Hamstur hefur ekki verið vandamál í nýja lyfjagreiðslukerfinu fram að þessu.

Það var niðurstaða nefndarinnar að ekki væri ástæða til að breyta grunnári frá því sem nú er í lyfjakerfi.

## 1.4 PHB-aðferð

Í þessum hluta verður fjallað um mismunandi útfærslur á aðferð sem er sett var fram af Dr. Pétri H. Blöndal og nefnd hefur verið PHB-aðferð í umfjöllun nefndarinnar.



### 1.4.1 Sama greiðsluregla fyrir alla

Í PHB-kerfi er sett hámark á kostnað notanda í yfirstandandi mánuði og fimm undangengnum mánuðum. Þetta hámark er grunnþáttur kerfisins. Kerfið er stillt af með grunntölu fyrir mánaðarlegan kostnað. Kerfið núlstillist ekki við lok 12 mánaða tímabils eins og í þrepaskiptu aðferðinni sem tryggir jafnari greiðslur notenda.

Mánaðarleg grunntala sem gefur þá heildargreiðslu sem sóst er eftir gæti svo dæmi sé tekið verið 5.000 kr. Hæsta greiðsla þegar fyrst er komið inn í kerfið er sexföld grunntala vegna þess að Sí greiða allan kostnað sem fer umfram sexfalda grunntölu, í þessu dæmi 30.000 kr. Þessi kostnaður sjúklings er svo lækkaður um 5.000 kr. í byrjun næsta mánaðar og verður 25.000 kr. Ef hann er með kostnað þann mánuð, t.d. 9.000 kr. þá greiða Sí 4.000 kr. því það er umfram 30.000 kr. markið en sjúklingsurinn greiðir 5.000 kr. Í töflu 7 hér fyrir neðan er einfalt dæmi um hvernig greiðslur ákvarðast. Dökkir reitir sýna raunverulega greiðslu en þeir ljósu sýna forsendur sem byggt er á við útreikning greiðslunnar fyrir það sex mánaða tímabil sem horft er til hverju sinni. Aftasti dálkurinn sýnir heildargreiðslur á hverju sex mánaða tímabili.

Tafla 7. Ákvörðun greiðslna í PHB-kerfi.

Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Alle greitt per 6 mán.
					30.000								30.000
	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000							30.000
				5.000	5.000	5.000			15.000				30.000

Í dæmi í töflu 8 (nr. 68 í greiningarskýrslu) eru bæði heilbrigðisþjónusta og lyf í einu greiðsluþátttökukerfi. Miðað er við að börn innan fjölskyldu myndi eina einingu og að sama greiðsluregla gildi fyrir alla.

Tafla 8. Öll heilbrigðisþjónusta og lyf sem Sí taka þátt í að greiða eru í sama kerfi, sömu greiðslureglur gilda um alla. Börn eru einn hópur á hverju fjölskyldunúmeri.

PHB-aðferð í grpt. kerfi		
Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv
0	0	0
A	4.138	-747
E	4.138	-10
O	4.138	-64
U	4.138	822
m.v.Fj.mán:	6	1

Einungis grunntalan 4.138 í PHB-kerfinu gefur 8.614 m.kr. notendagreiðslur eins og krafa er gerð um að kerfið skili. Með þeirri tölu er hámarks „högg“ sem notandi getur orðið fyrir eftir að hafa verið kostnaðarlaus í a.m.k. sex mánuði sexföld sú upphæð eða 24.828 kr. Í þessu dæmi minnkar greiðslubyrði allra hópa nema U þar sem hún eykst tilsvarendi á móti. Þetta er óhjákvæmilegt þar sem forsendan var sú að sama greiðsluregla, grunntala, gildi fyrir alla. Í ofangreindu dæmi sést að áhrifin á greiðslubyrði hópanna innbyrðis eru talsvert öðruvísi en með þrepaskiptri aðferð.

### 1.4.2 PHB-aðferð Mismunandi greiðslureglur (grunntala) eftir hópum

PHB-aðferðin felur í sér greiðslujöfnun þar sem tekið er tillit til uppsafnaðs kostnaðar í yfirstandandi mánuði og fimm mánuðum þar á undan og hann borinn saman við sexfalda grunntölu. Dæmi í töflu 9 (dæmi 66 í greingarskýrslu) sýnir mismunandi grunntölu hópa í PHB-aðferðinni. Með því að breyta grunntölunni er hægt að stýra greiðslubyrði milli hópa eins og hægt er í þrepakerfi. Breyting á greiðslubyrði í töflunni er mæld út frá greiðslubyrði í núverandi kerfi.

Tafla 9. Mismunandi greiðsluviðmið (grunntala) eftir hópum í PHB-aðferð.

PHB-aðferð í grpt.kerfi		
Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv
0	0	0
A	5.632	288
E	4.000	-59
O	4.000	-87
U	1.500	-142
m.v.Fj.mán:	6	0

Í dæmi í töflu 9 minnkar greiðslubyrðin í öllum hópum nema A (almennir notendur) þar sem hún eykst tilsvarendi á móti þannig að greiðslubyrði í heild verður óbreytt eða um 8.614 m.kr.

### 1.5 Samanburður á aðferðum

Í töflum 10 og 11 er yfirlit yfir þau dæmi sem tekin voru hér að framan. Tafla 10 er dæmi um útfærslu þar sem allir greiða eftir sömu reglu og tafla 11 lýsir því ef greiðslureglur eru mismunandi. Töflurnar sýna greiðslur notenda í hverjum hópi (gulur dálkur), hlutfallslegar greiðslur hvers hóps (ljósgrænn dálkur) og meðalkostnað á notanda á ári (rauður). Öftustu fjórir dálkarnir lýsa tilfærslu greiðslubyrði milli hópa í hvoru kerfi um sig.

Tafla 10. Sama greiðsluregla fyrir alla innan hvors kerfis um sig, með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð:

Samanburður á greiðslubyrði sjúkratryggðra á ári, vægi og meðalkostnaði á notanda eftir Hópum og Grpt.aðferð (0-kostn.ek) Nr. 68													
m.v. Greiðslubyrði Einstaklinga Nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.													
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			ÞRE-aðf.			PHB-aðf.			Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó			
	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	í mió.kr., í:		í %, í:	
										ÞRE	PHB	ÞRE	PHB
0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0	0	
A	5.379	62,4%	33.368	4.309	50,0%	26.733	4.631	53,8%	28.732	-1.070	-747	-20%	-14%
E	1.594	18,5%	44.812	1.792	20,8%	50.374	1.584	18,4%	44.525	198	-10	12%	-1%
Ö	817	9,5%	47.857	897	10,4%	52.594	753	8,7%	44.132	81	-64	10%	-8%
U	824	9,6%	17.567	1.615	18,8%	34.426	1.646	19,1%	35.090	791	822	96%	100%
Alls	8.614	100,0%	33.034	8.614	100,0%	33.034	8.615	100,0%	33.038	0	1	0%	0%

ÞRE A: Nepr:20000,Grp%:21,1%,Eþr:75000 E:Np.20000,Grp%:21,1%,Ep:75000 Ö:Np.20000,Grp%:21,1%,Op:75000 U:Np.20000,Grp%:21,1%,Up:75000 Hám:75000

PHB A: Grunntala kr:4138, Hám.kr:70346 E: Grlala kr: 4138, Hám:70346 Ö: Grlala 4138, Hám:70346 U: Grlala: 4138, Hám:70346. MánFj:6. Hám.í dæmi kr:59800

Skýringar líta: Í línunum hópa er sýnt lóðrétt sambandi á dálkunum fyrir meðalkostnað á notanda í kr. og í dálkunum Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó

Í dálkunum lengst til hægri fyrir breytingar á heildar-árskostnaði hópa m.v. núv. stöðu: Grænt lækun, annað hækun, dókkraut hæst

Af öftustu dálkunum í töflu 10 sést að breyting á greiðslubyrði eftir hópum yrði minni með PHB-aðferð.

Tafla 11. Mismunandi greiðsluviðmið eftir hópum innan hvors kerfis um sig, með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð:

Samanburður á greiðslubyrði sjúkratryggðra á ári, vægi og meðalkostnaði á notanda eftir hópum og grpt.aðferð (0-kostn.ekk Nr. 66 m.v. Greiðslubyrði Einstaklinga Nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.														
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			ÞRE-aðf.			PHB-aðf.			Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó				
	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	í mió.kr., í:		í %, í:		
										ÞRE	PHB	ÞRE	PHB	
0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0	0	0%	0%
A	5.379	62,4%	33.368	5.666	65,8%	35.151	5.666	65,8%	35.152	287	288	5%	5%	
E	1.594	18,5%	44.812	1.540	17,9%	43.299	1.536	17,8%	43.165	-54	-59	-3%	-4%	
Ö	817	9,5%	47.857	732	8,5%	42.901	730	8,5%	42.782	-85	-87	-10%	-11%	
U	824	9,6%	17.567	678	7,9%	14.453	682	7,9%	14.540	-146	-142	-18%	-17%	
Alls	8.614	100,0%	33.034	8.617	100,0%	33.045	8.614	100,0%	33.036	3	0	0%	0%	

ÞRE A: Neþr:28000,Grþ%:28,8%,Eþr:120000 E:Nþ:15000,Grþ%:15,0%,Eþ:84000 O:Nþ:6400,Grþ%:15,4%,Eþ:84000 U:Nþ:5000,Grþ%:20,0%,Eþ:20000 Hám:120000  
 PHB A: Gruntala kr:5632, Hám.kr:95744; E: Grlala kr: 4000, Hám:68000; Ö: Grlala 4000, Hám:68000; U: Grlala: 1500, Hám:25500. MánFj:6. Hám í dæmi kr:80569

Skýringar líta: Í línunum héra er sýnt lórétt samhengi á dálkum fyrir meðalkostnað á notanda í kr. og í dálknum Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó  
 Í dálkum lengst til hægri fyrir breytingar á heildar-árskostnaði hópa m.v. núv. stöðu: Grænt lækun, annað hækun, dókkraut hæst.

Af töflu 11 sést að með því að hafa greiðsluviðmið (grunntölu í PHB-aðferð) mismunandi eftir hópum er hægt að stjórna breytingu greiðslubyrði eftir hópum. Í þessu dæmi var leitast við að finna greiðslustuðla sem leiddu til lækkunar greiðslubyrði í öllum hópum nema A (almennir notendur).

## 1.6 Fleiri útfærslur

Í greiningarskýrslu í fylgiskjali 2 má sjá fleiri útfærslur, t.d. þar sem lyf og þjónusta eru í aðskildum kerfum og börn í sömu fjölskyldu mynda hóp með öðru foreldri sínu.

## 1.7 Kostir og gallar greiðslukerfanna

Í þessum kafla verða dregnir saman helstu kostir og gallar þrepakerfis og PHB-kerfis. Kostir og gallar sem hér koma fram byggja m.a. á niðurstöðum úr greiningarskýrslu.

### 1.7.1 PHB-kerfi

#### Kostir

- Hefur þann kost umfram þrepakerfi að kostnaður notenda jafnast meira út þannig að greiðslubyrði þeirra sem nota mikið af lyfjum og heilbrigðisþjónustu verður léttari. Árlegur kostnaður notanda til lengri tíma og hámarksgræiðsla við innkomu í kerfið verða ávallt lægri en í þrepakerfi.
- PHB-aðferðin er einfaldari þegar breyta þarf greiðsluviðmiðum, t.d. vegna nýrra fjárlaga eða reglugerðarbreytinga. Aðlögun er auðveldari en í þrepaskiptu kerfi og kallar ekki á umfangsmiklar leiðréttingar eftir á. Skiptir þá ekki máli hvort greiðsluviðmið eru eins fyrir alla eða mismunandi eftir hópum.
- Auðvelt að hafa mismunandi stuðla fyrir hvern hóp.
- Aðeins ein breyta (stuðull, grunntala) sem reiknuð er út.
- Hlutfallslega færri notendur lenda í árshámarki heldur en í þrepaskiptri aðferð en í henni greiða margir árshámarkið.
- Notendur greiða alltaf eitthvað í hverjum mánuði sem viðheldur kostnaðarvitund og gæti dregið úr sóun.
- Langveikir með samfelldan háan heilbrigðiskostnað munu eftir nokkurn tíma ekki greiða meira en sem nemur grunntölunni í hverjum mánuði og verða því greiðslur eins jafnar og fyrirsjáanlegar og mögulegt er.

## Gallar

- Hefur ekki verið reynt áður og því meiri áhætta samfara því að taka aðferðina upp en þrepakerfi.
- Mögulega getur fyrsta upphæð orðið há eða sexföld mánaðargreiðsla ef ekki er tekið tillit til sögu einstaklings þegar kerfið tekur gildi. Því er mikilvægt að tekið verði tillit til greiðslusögu undanfarna fimm mánuði við upphaf kerfisins. Það var gert í öllum dæmum með PHB-aðferðinni sem vísað er til í skýrslunni.
- Breyta þarf meginforsendu í útreikningi greiðsluþátttöku frá því sem nú er í lyfjakerfi.
- Eitthvað flóknara í framkvæmd en þrepakerfi enda í raun bæði greiðsluþátttöku- og greiðslujöfnunarkerfi.

### 1.7.2 Þrepakerfi

#### Kostir

- Mikil reynsla komin á þetta fyrirkomulag bæði í lyfjakerfi hér á landi og á hinum Norðurlöndunum.
- Ekki þarf að breyta einni af meginforsendum í uppbyggingu gjaldtöku í heilbrigðisþjónustu sem komin er á með lyfjakerfinu.

#### Gallar

- Leiðréttingar eru flóknari í framkvæmd en í PHB-kerfi. Sí hefur þó gengið vel að gera viðeigandi leiðréttingar í lyfjakerfi.
- Greiðslujöfnunarhrif minni en í PHB-aðferð.
- Ef einstaklingur lendir í óverulegum kostnaði, t.d. í júní en síðan í verulegum kostnaði í maí og júní næsta ár, getur hann lent í tvöföldum kostnaði þá tvo mánuði því annar lokar 12 mánaða tímabilinu en hinn er í byrjun næsta tímabils.
- Sú skoðun kom fram að heildarkostnaður fjölskyldu gæti verið meiri en í PHB-kerfi ef sú staða kæmi upp að öll fjölskyldan þyrfti að nota heilbrigðisþjónustu samtímis, t.d. vegna smits eða slyss. Gæti þá þurft að greiða upp í hámark fyrir þrjár einingar eða tvöfalt hámark fyrir almenna og eitt hámark fyrir barn/börn.
- Venjulegir notendur, bæði þeir sem nota mikið og lítið af lyfjum, lenda í því á 12 mánaða fresti, við upphaf nýs tímabils, að greiða þjónustu/lyf að fullu áður en kemur að þrepi.
- Mögulegt er fyrir notendur sem fara upp í hámark að búa til bil á milli tímabila, t.d. með því að hamstra lyf við lok tímabils. Hjá Sí kom þó fram að hamstur lyfja er ekki stórt vandamál.
- Þegar notandi er kominn upp í hámark, t.d. á miðju 12 mánaða tímabili, kosta lyf og þjónusta ekki neitt og þá dregur úr kostnaðarvitund sem getur skapað hættu á sóun.

### 1.8 Niðurstaða atkvæðagreiðslu

Niðurstaða nefndarinnar var að leggja til PHB-kerfi sem grunnþátt nýs greiðsluþátttökukerfis, einn nefndarmanna tók þá afstöðu að PHB-kerfið gildi fyrir heilbrigðisþjónustu en lyfjakerfi væri óbreytt.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Allir nefndarmenn töldu að byggja ætti nýtt greiðsluþátttökukerfi á PHB-kerfi. Álfheiður kaus að PHB-kerfið gildi fyrir heilbrigðisþjónustu en lyfjakerfi væri óbreytt.

## 2 Eitt kerfi eða tvö

Í nefndinni hefur verið rætt um hvort lyf og annar heilbrigðiskostnaður skuli vera í aðskildum kerfum eða í einu kerfi. Nefndinni var falið að móta eitt greiðslukerfi en kostir geta fylgt því að hafa tvö aðskilin kerfi eins og er á Norðurlöndunum. Einnig gæti það verið þáttur í innleiðingu að byrja á tveimur kerfum sem síðar sameinuðust í eitt þegar búið væri að slípa vankanta af sérstöku kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu. Meginniðurstaða greiningar er að það fari eftir skiptingu útgjalda milli lyfja og heilbrigðisþjónustu hvort kerfið er betra fyrir hvern einstakling, sbr. töflur 12–14.

Töflur 12–14 sýna mun milli eins og tveggja kerfa miðað við að stuðlar séu ákveðnir þannig að engar tilfærslur á kostnaði séu milli hópanna. Til að ná því fram þurfa greiðslustuðlar að vera mismunandi eftir hópum. Í töflu 12 eru heilbrigðisþjónusta og lyf í einu kerfi, í töflum 13 og 14 eru lyf og heilbrigðisþjónusta aðskilin.

Í þessum dæmum er hámarksgreiðsla fyrir almennan notanda í sameiginlegu kerfi 120.000, en 84+64.000 eða 148.000 kr. í tveimur kerfum. Sá sem notar svo mikið af lyfjum og þjónustu að hann greiðir hámark í báðum kerfum myndi þannig greiða nokkru meira ef kerfin væru tvö. Ef einstaklingur notar nær eingöngu lyf eða nær eingöngu þjónustu væri hámarksfjárhæð 84.000 vegna þjónustu og 64.000 vegna lyfja. Fyrir þá einstaklinga er betra að hafa tvö kerfi.

Hvað þrepaskiptu aðferðina varðar væri hægt að finna nánast ótölulegan fjölda knippa af greiðslustuðlum fyrir hvern hóp sem einnig leiddu til þess að nettó breyting á greiðslubyrði í hópnum yrði engin.

Í neðra horni taflna 12–14 vinstra megin sést heildarupphæð greiðslubyrði sjúkratryggðra í milljónum kr. í hverri útfærslu.

Tafla 12. Heilbrigðisþjónusta og lyf í einu sameinuðu greiðsluþáttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa.

Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Börn og foreldri sér einingar, öll börn í fjölsk. ein eining.											
Mismunandi reiknuðuðlar eftir hópum sjúkratryggðra innan sama grpt.kerfis.											
Nr. 69	Tvi-prepaskipt grpt.kerfi				PHB-aðferð í grpt.kerfi			Breyting frá núv.kerfi			
Hópur	NeðraPrep	Grpt%	EfraPrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv	ÞRE	PHB	PHB-Hámark	
0	0	0,00%	0	0	0	0	0			A í 6 mán	31.110
A	26.192	26,00%	120.000	1	A	5.185	-1	0,0%	0,0%	Hámarks-	88.145
E	14.160	16,00%	90.000	0	E	4.168	0	0,0%	0,0%	hluti	70.856
O	11.000	16,00%	90.000	0	O	4.520	0	0,0%	-0,1%	einstakl-	76.840
U	12.690	10,00%	24.000	0	U	1.843	0	0,0%	0,1%	inga 17 mán	31.331
8.613,7	8.614,3	1	Nr. 69	1	m.v.Fj.mán:	6	-1	0,0%	0,0%	Hám.í dæmi:	74.383

Tafla 13. Heilbrigðisþjónusta í sér greiðsluþáttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa.

Heilbrigðisþjónusta sér. Börn og foreldri sér einingar, öll börn í fjölsk. ein eining.											
Mismunandi reiknuðuðlar eftir hópum sjúkratryggðra innan sama grpt.kerfis.											
Nr. 84	Tvi-prepaskipt grpt.kerfi				PHB-aðferð í grpt.kerfi			Breyting frá núv.kerfi			
Hópur	NeðraPrep	Grpt%	EfraPrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv	ÞRE	PHB	PHB-Hámark	
0	0	0,00%	0	0	0	0	0			A í 6 mán	24.726
A	25.000	19,67%	84.000	0	A	4.121	0	0,0%	0,0%	Hámarks-	70.057
E	10.000	11,44%	60.000	0	E	2.335	0	0,0%	0,0%	hluti	39.695
O	10.000	12,09%	60.000	0	O	2.660	0	0,0%	0,0%	einstakl-	45.220
U	5.000	7,06%	30.000	0	U	1.164	0	0,0%	0,0%	inga 17 mán	19.788
5.286,1		0	Nr. 84	0	m.v.Fj.mán:	6	0	0,0%	0,0%	Hám.í dæmi:	59.604

Tafla 14. Lyf í sér greiðsluþátttökukerfi. Engar millifærslur milli hópa.

Lyf m/grþt. Börn og foreldri sér einingar, öll börn í fjölsk. ein eining.											
Mismunandi reiknistuðlar eftir hópum sjúkratryggðra innan sama grþt.kerfis.											
Nr. 77	Tví-þrepaskipt grþt.kerfi				PHB-aðferð í grþt.kerfi			Breyting frá núv.kerfi			
Hópur	Neðraþrep	Grþt%	Efraþrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunnlata	BreytÚrNúv	PRE	PHB	PHB-Hámark	
0	0	0,00%	0	0	0	0	0			A í 6 mán	15.660
A	20.000	14,70%	64.000	0	A	2.610	0	0,0%	0,0%	Hámarks-	44.370
E	12.000	15,31%	48.000	0	E	2.274	0	0,0%	0,0%	hluti	38.658
O	12.000	13,13%	48.000	0	O	2.494	0	0,0%	0,0%	einstakl-	42.398
U	11.467	16,85%	36.000	0	U	1.844	0	-0,1%	0,0%	inga 17 mán	31.348
3.327,1	0	0	Nr. 77	-1	m.v.Fj.mán:	6	0	0,0%	0,0%	Hám.í dæmi:	37.664

## 2.1 Kostir og gallar við eitt kerfi eða tvö

Það sem kemur fram undir kostum og göllum eru þau sjónarmið sem fram komu í nefndinni. Vakin var athygli á því í nefndinni að ef ákveðið verður að hafa tvö kerfi til að byrja með og bæði eru með þrepakerfi verði rökfræðilega mjög erfitt að sameina kerfin seinna því hver einstaklingur er þá væntanlega með tvö tímabil, hvort í sínu kerfi (nema valið verði tímabil sem er almanaksár eða byrjar á fæðingarmánuði), og ekki ljóst hvort tímabilið eigi að víkja og hvernig sameiningin geti farið fram

### 2.1.1 Eitt kerfi

#### Kostir

- Almennt betri trygging fyrir hvern og einn. Fólk veit ekki fyrirfram hvort það þarf mikið af lyfjum eða þjónustu eða hvoru tveggja. Eitt kerfi tryggir alltaf betur en tvö eða fleiri kerfi.
- Ef tekin verða upp tvö kerfi þá er summan af hámarki hvors um sig ætíð hærri en hámark í sameinuðu kerfi. Sá sem þarf mikil lyf og jafnframt mikla þjónustu lendir væntanlega í hámarki beggja kerfa og er því alltaf verr tryggður en í einu kerfi.
- Einvaldara í umsýslu til lengri tíma litið.
- Stundum er val um lyf eða þjónustu til að ráða bót á meini, t.d. hreyfiseðlar og lyfseðlar, sálfræðimeðferð og geðlyf. Æskilegt er að sama kerfið taki á kostnaðinum.

#### Gallar

- Minni trygging fyrir notanda ef kostnaður er nær allur í annaðhvort lyfjum eða þjónustu.
- Eðlismunur er á lyfjum (hilluvöru) og heilbrigðisþjónustu. Með einu kerfi er ekki mögulegt að taka tillit til sérstöðu hvors um sig. Són í lyfjum sem eru ekki notuð og hamstur til að spila á greiðsluþátttökukerfið eru t.d. vandamál sem eingöngu varða lyf.
- Börn sem eru á lyfjum kæmu illa út í einu kerfi þar sem börn greiða yfirleitt lægri gjöld í heilbrigðiskerfinu og myndu því borga meira í einu kerfi en tveimur.
- Lyf eru vara á alþjóðlegum markaði og lúta öðrum lögmálum en heilbrigðisþjónusta, t.d. að því er verðþróun varðar og þar með niðurgreiðslur hins opinbera. Þessi röksemd er m.a. forsenda fyrir því að á Norðurlöndunum séu greiðslukerfi lyfja og heilbrigðisþjónustu aðskilin.

## 2.1.2 Tvö kerfi

### Kostir

- Með tveimur kerfum í byrjun má draga úr áhættu við innleiðingu kerfisbreytinga. Þegar reynsla er komin á sér kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu verði metið hvort sameining í eitt kerfi sé eftirsóknarverð.
- Meiri áhætta felst í því að fara strax í eitt kerfi þegar horft er til fyrri reynslu af innleiðingu nýrra, flókinna tölvukerfa.
- Þök verða lægri fyrir hvorn kostnaðarpátt um sig og því meiri trygging fyrir þá sem eru aðallega með kostnað í annaðhvort lyfjum eða þjónustu.
- Lyf lúta öðrum lögmálum á markaði en heilbrigðisþjónusta. Tvö kerfi geta tekið mið af sérstöðu hvors um sig.
- Hægt er að sníða kerfin betur að sértækum markmiðum eins og t.d. að hafa heilbrigðisþjónustu ókeypis fyrir börn en halda greiðsluþátttöku vegna lyfja.
- Hægt er að slípa vankanta af heilbrigðisþjónustuhlutanum áður en greiðsluþátttökukerfum yrði steipt saman í eitt.

### Gallar

- Minni trygging ef mikill kostnaður er bæði vegna lyfja og heilbrigðisþjónustu.
- Umsýsla gæti orðið umfangsmeiri þegar reka þarf tvö kerfi.
- Kerfin verða flóknari fyrir almenning þar sem venjuleg fjölskylda (hjón með börn) þarf að henda reiður á stöðu sína í sex atriðum, mismunandi tímabil eða uppsafnaðan kostnað fyrir hvort hjónanna í tveimur kerfum og svo barnið/börnin í tveimur kerfum. Þetta eru þó mun færri atriði en nú er þar sem fjöldi núverandi greiðsluþátttökukerfa á heilbrigðissviði skiptir tugum. Einnig verður hægt eins og í lyfjakerfi að sjá lifandi gögn í réttindagátt notenda á vef SÍ og því auðvelt að fletta upp stöðunni hverju sinni.

## 2.2 Nánari umfjöllun

Nokkrir nefndarmanna töluðu fyrir því að hafa tvö kerfi og lagði einn nefndarmanna fram minnisblað þar að lútandi.<sup>3</sup> Helstu atriði þess koma fram hér.

Á hinum Norðurlöndunum eru lyfin í aðskildu kerfi. Slíkt er einnig algengt í öðrum löndum Evrópu. Meginrök fyrir tveimur kerfum eru þau að eðlismunur er á lyfjum og þjónustu sem betur má taka tillit til með tveimur kerfum.

Verð lyfja hér á landi sveiflast í samræmi við lyfjaverð í heildsölu í viðmiðunarlöndum lyfjaverðs (Norðurlönd) og mánaðarlegt meðalgengi viðmiðunargjaldmiðla. Sveiflurnar geta verið umtalsverðar og eru m.a. tilkomnar vegna samkeppni í viðmiðunarlöndunum. Þá getur gengispróun aukið sveiflurnar. Hins vegar ræðst verð heilbrigðisþjónustu aðallega af launakostnaði hér á landi. Með tveimur greiðslukerfum má betur taka tillit til sérstöðu í verðmyndun lyfja.

Lyf eru vara á markaði sem safna má og neyta síðar eða deila með öðrum. Hvorugt á við um heilbrigðisþjónustu. Hægt er að skammta minna magni af lyfi í hvert sinn og dreifa þannig kostnaði og auka nýtingu.

<sup>3</sup> Rúna Hauksdóttir Hvannberg, forstjóri Lyfjastofnunar.

Verðsamkeppni er á lyfjamarkaði eftir að einkaleyfi rennur út og bjóða má samheitalyf í staðinn. Þetta má hagnýta betur ef sér kerfi er fyrir lyf. Útbúa má greiðslureglur vegna lyfja sem ýta undir að notendur kaupi hagstæðustu lyfin. Slíkt væri flóknara í einu kerfi.

Verðlagning og ákvörðun á greiðsluþátttöku lyfja fellur undir Evrópulöggjöf eða *Directive 89/105/EEC* en ekki heilbrigðisþjónusta.

Á Norðurlöndunum hefur verið bent á að ef notað væri eitt kerfi þá væru þeir sem fara í eina dýra aðgerð/inngríp, t.d. glasaftrjónungun á fríum lyfjum eftir það út greiðsluárið. Langveikir hins vegar sem ekki fara í stóra aðgerð en nota lyf að staðaldri borga miklu meira en ef kerfin væru tvö. Þetta á við um marga langveika sem greiða þá hærri lyfjakostnað ár eftir ár.

Þó svo að lyf verði áfram í sér kerfi er hægt að breyta reiknireglum þess úr þrepaskiptri aðferð, sem nú er notuð, í PHB-aðferð ef það þykir henta.

### 2.3 Niðurstaða atkvæðagreiðslu á fundi

Borið var undir atkvæði hvort nefndarmenn vildu sameignlegt kerfi fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu eða eitt kerfi fyrir lyf og annað fyrir heilbrigðisþjónustu. Meirihluti nefndarmanna vildi byrja á tveimur kerfum og leysa byrjunarerfiðleika við innleiðingu þess áður en hugað væri að sameiningu kerfanna. Fram kom að tæknilega á að vera mögulegt að fara beint í eitt kerfi. Rifjað var upp að þeir sem annast lyfjakerfið hjá Sí töldu ákjósanlegt að hafa kerfin tvö.

Niðurstaðan var þessi: Nefndin samþykkti að taka upp tvö kerfi; nýtt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu og óbreytt lyfjakerfi. Nefndarmenn skiptust síðan í þrjá hópa varðandi framtíðarfyrirkomulag. Þrír nefndarmanna kusu afdráttarlaust eitt kerfi til framtíðar, fjórir kusu tvö kerfi til frambúðar og hluti nefndarmanna vildi að metið yrði eftir reynslutíma með tveimur kerfum hvort sameining kerfanna væri fýsileg.<sup>4</sup> Þannig er í raun engin skýr niðurstaða í nefndinni varðandi þennan þátt – niðurstaðan ræðst af fýsileika samninga eftir að reynslutímabili lýkur.

---

<sup>4</sup> Eitt kerfi: Pétur H. Blöndal, Ragnheiður Ríkarðsdóttir og Ingibjörg Þorsteinsdóttir.

Tvö kerfi meðan heilbrigðishlutinn er í þróun. Kerfin verði síðan sameinuð í eitt ef sýnt verður fram á að það sé betri kostur: Sigurður Jónas Eggertsson, Viðar Helgason og Kristinn Snævar Jónsson. Tvö kerfi til frambúðar: Rúna Hauksdóttir, Margrét Björk Svavarsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Álfheiðar Ingadóttir.



## 3 Trygging barna

Í þessum kafla verður fjallað um hvort heilbrigðisþjónusta fyrir börn skuli vera gjaldfrjálss og hvort álitlegt sé að flokka börn með öðrum hætti en nú er gert í lyfjagreiðslukerfinu.

### 3.1 Börn greiði hvorki fyrir lyf né heilbrigðisþjónustu

Nefndin skoðaði hvernig það kæmi út kostnaðarlega að foreldrar barna greiddu hvorki fyrir heilbrigðisþjónustu þeirra né lyf og ef þeir greiddu eingöngu fyrir lyf. Minnt skal á að vegna barna er nú hvorki greitt fyrir komur í heilsugæslu né á göngudeildir sjúkrahúsa þannig að greiðslur vegna þeirra eru þegar takmarkaðar. Velferðarvaktin hefur lagt mikla áherslu á að halda gjalddöku vegna barna sem lægstri. Kom þetta sjónarmið fram á fundi nefndarinnar með Velferðarvaktinni og í nýlegri skýrslu frá vaktinni. Í umræðum kom fram stuðningur við að heilbrigðisþjónusta fyrir börn yrði gjaldfrjálss en að greitt væri áfram fyrir lyf sem börn nota.

Nú er sérstakt kerfi í gangi vegna tannlækninga barna sem öll börn undir 18 ára verða þátttakendur í árið 2018. Í því er greitt 2500 kr. gjald á hverju 12 mánaða tímabili sem standa skal undir öllum tannlæknaþjónuðum utan tannréttunga. Kerfið felur einnig í sér að skipa verður barninu heimilistannlækni sem tekur ákveðna ábyrgð á tannheilsu viðkomandi barns. Nefndarmenn voru sammála um að það kerfi skuli halda sjálfstæði sínu meðan það er í uppbyggingu og ekki verða hluti af nýju greiðsluþáttökukerfi. Þegar innleiðingu lýkur mætti skoða hvort það ætti að vera hluti af stærra kerfi.

Í töflu 15 sjást áhrif af dreifingu greiðslubyrði ef ekkert er greitt fyrir börn og ungmenni, hvorki fyrir heilbrigðisþjónustu né lyf. Þetta dæmi sýnir áhrif breytinga miðað við ákveðnar forsendur. Ef þjónusta við börn og ungmenni (hópur U) væri gjaldfrjálss myndi núverandi greiðslubyrði vegna þess hóps, 824 m.kr, færast yfir á aðra. Mynd 15 sýnir dreifingu miðað við ákveðna reiknireglu þannig að dreifing upphæða á aðra hópa yrði háð því í hvaða hópi foreldri hvers notanda í hópi U er nú. Síðar í kaflanum verða skoðuð dæmi þar sem aðeins heilbrigðisþjónusta er ókeypis fyrir börn sem er sú leið sem nefndarmenn studdu almennt.

Tafla 15. Lyf og heilbrigðisþjónusta ókeypis fyrir börn og ungmenni og greiðslubyrði færð á aðra hópa eftir stöðu foreldis.

M.v. tilfærslu hóps U í A,E,Ö skv. hóp foreldris			
Hópur	Breyti %	Grbyrð Nú	Breyt mió.kr
A	14,3%	5.379	767
E	0,1%	1.594	2
Ö	6,7%	817	55
U	-100,0%	824	-824
Alls	0	8.614	0

Í töflu 16 eru dæmi um greiðslustuðla notenda með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð sem myndu leiða til sömu niðurstöðu um greiðslubyrði alls í hverjum hópi og í töflu 15 en það krefst þess að stuðlarnir séu mismunandi eftir hópum.

Tafla 16. Lyf og heilbrigðisþjónusta ókeypis fyrir börn. Áhrif þrepaskiptrar aðferðar og PHB-aðferðar.

Heilbrigðisþj. Og Lyf m/grþt. Börn og foreldri Sér einingar, öll börn í fjölsk. ein eining.										
Mismunandi reiknistuðlar eftir hópum innan sama grþt. kerfis.										
Nr. 74	Tví-þrepaskipt grþt. kerfi				PHB-aðferð í grþt. kerfi			Breyting frá núv. kerfi		
Hópur	NeðraPrep	Grþt%	EfraPrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv	PRE	PHB	PHB-Hámark
0	0	0,00%	0	0	0	0	0			A í 6 mán 38.592
A	30.000	32,20%	144.000	767	A	6.432	768	14,3%	14,3%	Hámarks- 109.344
E	12.000	16,37%	100.000	2	E	4.172	2	0,1%	0,1%	hluti 70.924
O	12.000	16,50%	100.000	55	O	4.860	55	6,8%	6,7%	einstakl- 82.620
U	0	0,00%	0	-824	U	0	-824	-100,0%	-100,0%	inga 17 mán 0
8.613,7	8.614,2	0	Nr. 74	0	m.v. Fj.mán:	6	0	0,0%	0,0%	Hám. í dæmi: 93.188

Tafla 17. Ókeypis lyf og heilbrigðisþjónusta fyrir börn. Niðurstaðan eftir aðferðum.

Samanburður á greiðslubyrði sjúkratryggðra á ári, vægi og meðalkostnaði á notanda eftir hópum og grþt. aðferð (0-kostn. ekk Nr. 74 m.v. Greiðslubyrði Einstaklinga Nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grþt. Öll börn fjölsk. ein eining.													
Hópar notanda	GrNot-NÚV, Nettó			PRE-aðf.			PHB-aðf.			Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó			
	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðlkostn á not. í kr	í mió.kr., í:		í %, í:	
0										PRE	PHB	PRE	PHB
0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0	0		
A	5.379	62,4%	33.368	6.146	71,3%	38.126	6.147	71,4%	38.132	767	768	14,3%	14,3%
E	1.594	18,5%	44.812	1.596	18,5%	44.873	1.596	18,5%	44.859	2	2	0,1%	0,1%
Ö	817	9,5%	47.857	872	10,1%	51.108	871	10,1%	51.066	55	55	6,8%	6,7%
U	824	9,6%	17.567	0	0,0%	0	0	0,0%	0	-824	-824	-100%	-100%
Alls	8.614	100,0%	33.034	8.614	100,0%	33.036	8.614	100,0%	33.035	0	0	0%	0%

PRE A: Neþr: 30000, Grþt%: 32,2%, Efr: 144000; E: Nþ: 12000, Grþt%: 16,4%, Eþ: 100000; O: Nþ: 12000, Grþt%: 16,5%, Eþ: 100000; U: Nþ: 0, Grþt%: 0,0%, Eþ: 0; Hám: 144000

PHB A: Grunnatala kr: 6432, Hám. kr: 109344; E: Grtala kr: 4172, Hám: 70924; O: Grtala 4860, Hám: 82620; U: Grtala: 0, Hám: 0, MánFj: 6, Hám. í dæmi kr: 93188

Skýringar líta: Í línunum hópa er sýnt löðrétt samhengi á dálkunum fyrir meðalkostnað á notanda í kr. og í dálkunum Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó

Í dálkunum lengst til hægri fyrir breytingar á heildar-árskostnaði hópa m.v. núv. stöðu: Grænt lækkan, annað hækkan, dökkraut hæst.

Í töflu 17 sést að miðað við ofangreindar forsendur myndi greiðslubyrði í hópi A aukast um 14,3% eða 767 m.kr. og í hópi Ö um 6,8% eða 55 m.kr. Greiðslubyrði í hópi E myndi aukast sáralítið. Á dálkunum fyrir meðalkostnað sést að hann hækkar þá um ca. 38.100 – 33.400 = 4.700 kr. á notanda í hópi A en um ca. 51.100 – 47.900 = 3.200 kr. í hópi Ö. Í núverandi kerfi var meðalkostnaðurinn 17.567 kr. á notanda í hópi U, sem fer í 0 kr. ef U hópurinn er undanþeginn greiðslu.

Á þessu sést enn fremur að við það að U hópur greiðir ekkert þá lækkar greiðslubyrðin á notanda í þeim hópi um 17.567 kr. að meðaltali en hækkar á móti aðeins um ca. 3–5.000 kr. að meðaltali í hópnum sem foreldrar barnanna tilheyra. Ástæðan er sú að við þetta dreifist greiðslubyrðin á alla notendur í hópnum í staðinn (aðallega í hópi A) en ekki einungis barnafjölskyldur.

Greiðsluhlutfall í hópi A færi þá úr 40,2% í 46% og í hópi Ö úr 14,4% í 14,7%.

### 3.2 Börn greiði fyrir lyf en ekki heilbrigðisþjónustu

Í töflum hér neðar eru nokkrar meginniðurstöður úr dæmi þar sem börn og ungmenni eru undanþegin greiðslu fyrir heilbrigðisþjónustu en greiða tiltölulega lágt hlutfall af lyfjakostnaði sínum.

Árskostnaður vegna barna og ungmenna var alls um 488 m.kr. fyrir heilbrigðisþjónustu á viðmiðunartímabilinu og um 336 m.kr. fyrir lyf eða alls um 824 m.kr. Ef heilbrigðisþjónusta hópsins verður gjaldfrjálslækkaður kostnaður hans um 488 m.kr. sem flytjast yfir í hóp nr. 0 í dæminu (greiðslur barna og ungmenna fyrir heilbrigðisþjónustu). Í hópi U verður nú eingöngu lyfjakostnaður, (sem var 336 m.kr). Í dæminu í töflu 18 og 19 er greiðslubyrði í hóp U nokkur, þ.e. 99 m.kr, eða samkvæmt þeirri tiltölulega „lágu“ greiðslureglu sem fram kemur í töflu 18. Þar af leiðandi yrði tilfærsla á greiðslubyrði yfir á aðra hópa, hér hóp A, um 238 m.kr., þ.e. um 336 – 99 m.kr.

Auk þess er hér miðað við að greiðslubyrði alls í hópum E og Ö verði óbreytt frá því sem nú er (breyt. úr núv = 0) en það er óháð breytingum tengdum hópum U og o. Lækkun á greiðslubyrði barna og unglunga í dæminu leiðir því til tilsvarendi aukningar hjá hópi A einvörðungu, eða alls um  $488 + 238 = 726$  m.kr.

Eftir sem áður leiðir fundin lausn til þess að heildargreiðslubyrði notenda yrði um 8.614 m.kr. á ári, eins og miðað er við í öðrum dæmum.

Í töflu 18 eru dæmi um greiðslustuðla notenda með þrepaskiptri aðferð og PHB-aðferð sem myndu leiða til ofangreindrar niðurstöðu um greiðslubyrði alls í hverjum hópi, en það krefst þess að stuðlarnir séu mismunandi eftir hópum.

Tafla 18. Ókeypis heilbrigðisþjónusta og lyf að hluta til fyrir börn, niðurstaðan eftir aðferðum. Hópur o tekur einvörðungu til heilbrigðisþjónustu barna og ungmenna og hópur U til lyfja.

Heilbrigðisþj. Og Lyf m/grpt. Börn og foreldri Sér einingar, öll börn í fjölsk. ein eining.											
Hópar barna og ungmenna: Nr.0: Heilbrigðisþjónusta; U: Lyf m/grpt.											
Nr. 96	Tvi-þrepaskipt grpt.kerfi				PHB-aðferð í grpt.kerfi				Breyting frá núv.kerfi		
Hópur	NeðraPrep	Grpt%	EfraPrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv	ÞRE	PHB	PHB-Hámark	
0	0	0,00%	0	-488	0	0	-488	-100%	-100%	A í 6 mán 38.154	
A	30.000	31,57%	144.000	726	A	6.359	726	13,5%	13,5%	Hámarks- 108.103	
E	12.000	16,59%	96.000	0	E	4.167	0	0,0%	0,0%	hluti 70.839	
O	12.000	14,75%	96.000	0	O	4.522	0	0,0%	0,0%	einstakl- 76.874	
U	1.000	10,00%	12.000	-238	U	357	-238	-70,7%	-70,7%	inga 17 mán 6.069	
8.613,7	8.614,4	1	Nr. 96	1	m.v.Fj.mán:	6	0	0,0%	0,0%	Hám.í dæmi: 92.179	

Tafla 19. Ókeypis heilbrigðisþjónusta (hópur o) og lyf að hluta til (hópur U) fyrir börn og ungmenni, nánari sundurliðun.

Sbr. á ársgreiðslubyrði sjúkratryggðra, vægi og meðalkostn á notanda eftir hópum og grpt.aðferð. Hþj.barna gjaldfrjáls,hóp 0. Nr. 96 m.v. greiðslubyrði einstaklinga nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.													
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			ÞRE-aðf.			PHB-aðf.			Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó			
	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðalkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðalkostn á not. í kr	Alls mió.kr	Vægi hópa	Meðalkostn á not. í kr	í mió.kr., í:		í %, í:	
										ÞRE	PHB	ÞRE	PHB
0	488	5,7%	11.061	0	0,0%	0	0	0,0%	0	-488	-488	-100%	-100%
A	5.379	62,4%	33.368	6.105	70,9%	37.873	6.105	70,9%	37.872	726	726	14%	13%
E	1.594	18,5%	44.812	1.594	18,5%	44.810	1.594	18,5%	44.810	0	0	0%	0%
Ö	817	9,5%	47.857	817	9,5%	47.864	816	9,5%	47.847	0	0	0%	0%
U	336	3,9%	10.889	99	1,1%	3.192	99	1,1%	3.196	-238	-238	-71%	-71%
Alls	8.614	100,0%	29.823	8.614	100,0%	29.826	8.614	100,0%	29.824	1	0	0%	0%
ÞRE A: Neþr:30000,Grp%:31,6%,Eþr:144000: E:Nþ.12000,Grp%:16,6%,Ep:96000: Ö:Nþ.12000,Grp%:14,8%,Ep:96000: U:Nþ.1000,Grp%:10,0%,Ep:12000. Hám:144000													
PHB A: Grunntala kr:6359, Hám.kr:108103: E: Grtala kr: 4167, Hám:70839: Ö: Grtala 4522, Hám:76874: U: Grtala: 357, Hám:6069. MánFj:6. Hám.í dæmi kr:92179													
Skýringar líla: Í línunum hópa er sýnt löðrétt sambengi á dálkunum fyrir meðalkostnað á notanda í kr. og í dálkunum Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó													
Í dálkunum lengst til hægri fyrir breytingar á heildar-árskostnaði hópa m.v. núv. stöðu: Grænt lækkun, annað hækkun, dókrautt hæst.													

Á töflu 19 sést að miðað við ofangreindar forsendur myndi greiðslubyrði í hópi A aukast um 13,5% eða 726 m.kr. en vera óbreytt í hópi E og Ö. Í dálkunum fyrir meðalkostnað sést að hann hækkar þá um  $37.872 - 33.368 = 4.504$  kr. á notanda í hópi A. Í núverandi kerfi var meðalkostnaðurinn í barnahópunum o og U í kringum 11.000 kr á notanda, en fer nú í o kr í hópi o (H.þj) og lækkar í tæpar 3.200 kr í hópi U (lyf m/grpt).

Í töflu 20 er sýnt í rauðleitum dálkunum hvernig greiðslubyrði hópa er fyrir og eftir þessa breytingu.

Tafla 20. Ókeypis heilbrigðisþjónusta (hópur 0) og lyf að hluta til (hópur U) fyrir börn og ungmenni, breyting á greiðsluhluta og -hlutfalli hópa frá því sem nú er.

Sbr. á greiðsluhlutdeild sjúkratryggðra á ári eftir hópum og grpt.aðferð. Hþj. barna gjaldfrjáls (Hópur 0) Nr. 96									
M.v. Greiðslubyrði Einstaklinga Nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.									
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			PRE-aðf.			PHB-aðf.		
	Kostn.all s í mió.kr	Greiðsluhluti notenda	Greiðslu% notenda	Kostn.all s í mió.kr	Greiðsluhluti notenda	Greiðslu% notenda	Kostn.all s í mió.kr	Greiðsluhluti notenda	Greiðslu% notenda
0	4.700	488	10,4%	4.700	0	0,0%	4.700	0	0,0%
A	13.374	5.379	40,2%	13.374	6.105	45,6%	13.374	6.105	45,6%
E	8.621	1.594	18,5%	8.621	1.594	18,5%	8.621	1.594	18,5%
Ö	5.923	817	13,8%	5.923	817	13,8%	5.923	816	13,8%
U	1.041	336	32,3%	1.041	99	9,5%	1.041	99	9,5%
Alls	33.660	8.614	25,6%	33.660	8.614	25,6%	33.660	8.614	25,6%

PRE A: Nepr:30000,Grp%:31,6%,Efr:144000: E:Np.12000,Grp%:16,6%,Ep:96000: Ö:Np.12000,Grp%:14,8%,Ep:96000: U:Np.1000,Grp%:10,0%,Ep:12000: Hám:144000  
 PHB A: Gruntala kr:6359, Hám.kr:108103: E: Gr.tala kr: 4167, Hám:70839: Ö: Gr.tala 4522, Hám:76874: U: Gr.tala: 357, Hám:6069. MánFj:6. Hám.í dæmi kr:92179

Hópar barna og ungmenna: 0: Heilbrigðisþjónusta, U: Lyf m/grpt.

Í eftirfarandi töflum er samanburður á fjölda notenda eftir árskostnaðarbilum hópa í núverandi kerfi (tafla 21) og með PHB-aðferð (tafla 22).

Tafla 21. Heilbrigðisþjónusta ókeypis og lyf að hluta til fyrir börn og ungmenni. Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbilum hópa í núverandi kerfi.

Fjöldi notenda í hóp eftir árskostnaðarbilum okt. 2013 - sept. 2014							Nr. 96	
Kostn frá k0 - að kr	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000	∞	Samtals	Hlutfall
	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000	∞	1	hópa
0	38.372	2.842	1.329	482	318	775	44.118	15,3%
A	75.782	37.038	21.375	11.918	6.350	8.734	161.197	55,8%
E	7.050	11.196	8.768	4.359	2.150	2.050	35.573	12,3%
O	3.883	4.568	3.682	2.273	1.271	1.387	17.064	5,9%
U	26.595	3.657	579	38	3	0	30.872	10,7%
Alls	151.682	59.301	35.733	19.070	10.092	12.946	288.824	100,0%
Uppsafn	53%	73%	85%	92%	96%	100%	0	0

Skýringar lita: Línur hópa í kostnaðarbilum sem ein heild.

Tafla 22. Heilbrigðisþjónusta ókeypis og lyf að hluta fyrir börn og ungmenni. Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbilum hópa með PHB-aðferð.

Fjöldi notenda í hóp eftir kostnaðarbilum á ári (Okt.2013-Sept.2014). PHB-aðf							Nr. 96	
Kostn frá k0 - að kr	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000	∞	Samtals	Hlutfall
	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000	∞	1	hópa
0	44.118	0	0	0	0	0	44.118	15,3%
A	62.268	26.891	21.951	48.764	1.323	0	161.197	55,8%
E	2.602	3.575	29.396	0	0	0	35.573	12,3%
O	1.479	1.454	14.086	45	0	0	17.064	5,9%
U	30.872	0	0	0	0	0	30.872	10,7%
Alls	141.339	31.920	65.433	48.809	1.323	0	288.824	100,0%

Skýringar lita: Línur hópa í kostnaðarbilum sem ein heild.

Hópar barna og ungmenna: 0: Heilbrigðisþjónusta, U: Lyf m/grpt.

Á töflunum sést að með PHB-aðferð yrði enginn notandi með hærri árskostnað en á bilinu 80–100.000 kr. (92.179 kr. í dæmi 96), en það er eingöngu í hóp A og þar fjölgar þeim sem greiða meira en 60.000 kr. Sárafair í hópum E og Ö greiða yfir 60.000 kr. Á móti kemur að nokkuð færri en nú yrðu

Í neðsta bilinu nema í hópum o og U; vel að merkja í samræmi við hin tilteknu greiðsluviðmið hópa í dæminu.

Í töflunum kemur fram að heildarfjöldi „notenda“ er 288.824 sem er hærri tala en í öðrum dæmum þar sem hún er 260.749. Það skýrist af því að í þessu dæmi eru sömu einstaklingar að hluta til tvítaldir í hópum U og o, þ.e. þeir sem eru bæði með kostnað vegna heilbrigðisþjónustu og lyfja og þess vegna meðal notenda í báðum þessum hópum.

Við samanburð á greiðsluviðmiðunum fyrir hóp A í dæmum 74 og 96 í töflum 16 og 17 ásamt tilsvarendi upphæð greiðslubyrði hópsins sést að lækkun á greiðsluþátttökuhlutfallinu úr 32,2% í 31,57% leiðir til lækkunar á greiðslubyrði hópsins um 40 m.kr., þ.e. úr 767 m.kr. í 727 m.kr. Neðri og efri mörk í hópi A voru samtímis eins í báðum dæmum.

Ef greiðslubyrði barna og ungmenna vegna lyfja væri hins vegar höfð óbreytt frá því sem nú er, 336 m.kr., gætu greiðsluviðmið í hópi A verið eitthvað lægri en þau eru í dæmi 96 og sem næmi þeirri upphæð þannig að aukning á greiðslubyrði í hópi A væri ekki nema 488 m.kr. í staðinn fyrir 726 m.kr. ef hann einn væri látinn bera kostnaðinn af þeirri tilfærslu.

Greiðsluviðmiðin fyrir hóp A á þeim forsendum yrðu þá til dæmis eftirfarandi samkvæmt dæmi nr. 99, þ.e. miðað við að börn og ungmenni væru undanþegin greiðslu fyrir heilbrigðisþjónustu (488 m.kr.) en væru með sömu greiðslubyrði og nú er vegna lyfja (336 m.kr.), og greiðslubyrði í hópum E og Ö væri óbreytt frá því sem nú er.

Samanburður á forsendunum við dæmi 96 leiðir í ljós hvernig greiðsluviðmið hópanna A og U þurfa t.d. að breytast til að ná þeirri lausn fram.

Tafla 23. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U). Dæmi nr. 99.

Nr. 99	Tvi-þrepaskipt grpt.kerfi				PHB-aðferð í grpt.kerfi			Breyting frá núv.kerfi		PHB-Hámark	Nr. 99
	Hópur	NeðraPrep	Grpt%	EfraPrep	BreytÚrNúv	Hópur	Grunntala	BreytÚrNúv	PRE		
0	0	0,00%	0	-488	0	0	-488	-100%	-100%	A í 6 mán	35.742
A	30.000	28,04%	144.000	488	A	5.957	488	9,1%	9,1%	Hámarks-	101.269
E	12.000	16,59%	96.000	0	E	4.167	0	0,0%	0,0%	hluti	70.839
O	12.000	14,75%	96.000	0	O	4.522	0	0,0%	0,0%	einstakl-	76.874
U	12.000	13,01%	48.000	0	U	1.839	0	0,0%	-0,1%	inga 17 mán	31.263
8.613,7	8.614,1	0	Nr. 99	0	m.v.Fj.mán:	6	-1	0,0%	0,0%	Hám.i dæmi:	86.192

Í þessu dæmi var einungis greiðsluþátttökuprósentunni í hópi A breytt, þ.e. lækkuð úr 31,57% í 28,04% og greiðslustuðlarnir þrír hækkaðir í hópi U. Tilsvarendi breytingar voru gerðar á grunntölum í PHB-aðferð í hópum A og U. Samandregnar niðurstöður í dæmi nr. 99 sýna eftirfarandi:

Tafla 24. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U) : Greiðslubyrði hópa.

Sbr. á greiðslubyrði sjúkratryggðra á ári, vægi og meðalkostn á notanda eftir hópum og grpt.aðferð. Hbj. barna gjaldfrjáls, hóp Nr. 99 m.v. greiðslubyrði einstaklinga nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.													
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			ÞRE-aðf.			PHB-aðf.			Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó			
	Alls	Vægi	Meðalkostn	Alls	Vægi	Meðalkostn	Alls	Vægi	Meðalkostn	í mió.kr., í:		í %, í:	
	mió.kr	hópa	á not. í kr	mió.kr	hópa	á not. í kr	mió.kr	hópa	á not. í kr	ÞRE	PHB	ÞRE	PHB
0	488	5,7%	11.061	0	0,0%	0	0	0,0%	0	-488	-488	-100%	-100%
A	5.379	62,4%	33.368	5.867	68,1%	36.398	5.867	68,1%	36.396	488	488	9%	9%
E	1.594	18,5%	44.812	1.594	18,5%	44.810	1.594	18,5%	44.810	0	0	0%	0%
Ö	817	9,5%	47.857	817	9,5%	47.864	816	9,5%	47.847	0	0	0%	0%
U	336	3,9%	10.889	336	3,9%	10.887	336	3,9%	10.873	0	0	0%	0%
Alls	8.614	100,0%	29.823	8.614	100,0%	29.825	8.613	100,0%	29.821	0	-1	0%	0%

ÞRE A: Nepr:30000,Grp%:28,0%,Efr:144000; E:Np.12000,Grp%:16,6%,Ep:96000; Ö:Np.12000,Grp%:14,8%,Ep:96000; U:Np.12000,Grp%:13,0%,Ep:48000; Hám:144000  
 PHB A: Gruntala kr:5957, Hám.kr:101269; E: Grtala kr: 4167, Hám:70839; Ö: Grtala 4522, Hám:76874; U: Grtala: 1839, Hám:31263. MánFj:6. Hám.í dæmi kr:86192  
 Skýringar líta: Í línun hópa er sýnt lóðrétt samhengi á dálkunum fyrir meðalkostnað á notanda í kr. og í dálkunum Breyting frá GrNot-NÚV, Nettó  
 Í dálkunum lengst til hægri fyrir breytingar á heildar-árskostnaði hópa m.v. núv. stöðu: Grænt lækkun, annað hækkun, dökkraut hæst.

Greiðslubyrði og -hlutfall hópa háð aðferð kemur fram í eftirfarandi töflu:

Tafla 25. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U) : Greiðsluhlutfall hópa.

Samanburður á greiðsluhlutfeld sjúkratryggðra á ári eftir hópum og grpt.aðferð. Hbj. barna gjaldfrjáls (H Nr. 99 m.v. greiðslubyrði einstaklinga nettó, okt. 2013 - sept. 2014. Kostnaðarsvið: Heilbrigðisþj. og Lyf m/grpt. Öll börn fjölsk. ein eining.									
Hópar notenda	GrNot-NÚV, Nettó			ÞRE-aðf.			PHB-aðf.		
	Kostn.all	Greiðsluhluti	Greiðslu%	Kostn.all	Greiðsluhluti	Greiðslu%	Kostn.all	Greiðsluhluti	Greiðslu%
	í mió.kr	notenda	notenda	í mió.kr	notenda	notenda	í mió.kr	notenda	notenda
0	4.700	488	10,4%	4.700	0	0,0%	4.700	0	0,0%
A	13.374	5.379	40,2%	13.374	5.867	43,9%	13.374	5.867	43,9%
E	8.621	1.594	18,5%	8.621	1.594	18,5%	8.621	1.594	18,5%
Ö	5.923	817	13,8%	5.923	817	13,8%	5.923	816	13,8%
U	1.041	336	32,3%	1.041	336	32,3%	1.041	336	32,2%
Alls	33.660	8.614	25,6%	33.660	8.614	25,6%	33.660	8.613	25,6%

ÞRE A: Nepr:30000,Grp%:28,0%,Efr:144000; E:Np.12000,Grp%:16,6%,Ep:96000; Ö:Np.12000,Grp%:14,8%,Ep:96000; U:Np.12000,Grp%:13,0%,Ep:48000; Hám:144000  
 PHB A: Gruntala kr:5957, Hám.kr:101269; E: Gr. tala kr: 4167, Hám:70839; Ö: Gr. tala 4522, Hám:76874; U: Grtala: 1839, Hám:31263. MánFj:6. Hám.í dæmi kr:86192

Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbílum hópa með PHB-aðferð yrði þá eftirfarandi:

Tafla 26. Börn og ungmenni með gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu (hópur o) en með óbreytta greiðsluþátttöku í lyfjum (hópur U): Fjöldi notenda eftir árskostnaðarbílum.

Fjöldi notenda í hóp eftir kostnaðarbílum á ári (Okt.2013-Sept.2014). PHB-aðf Nr. 99									
Kostn frá k	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000,01	Samtals	Hlutfall		
- að kr	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000	∞	1 hópa		
0	44.118	0	0	0	0	0	15,3%		
A	62.268	27.390	23.674	47.627	238	0	55,8%		
E	2.602	3.575	29.396	0	0	0	12,3%		
O	1.479	1.454	14.086	45	0	0	5,9%		
U	24.168	6.704	0	0	0	0	10,7%		
Alls	134.635	39.123	67.156	47.672	238	0	288.824 100,0%		

Skýringar líta: Línur hópa í kostnaðarbílum sem ein heild.

Nokkur munur er á fjölda notenda eftir bilum í hópum A og U í þessu dæmi og nr. 96 í töflu 22. Til dæmis yrðu nú færri notendur í hópi A með árskostnað á efsta upphæðabilinu en aftur á móti fleiri í hópi U á herra bili en í dæmi 96.

### 3.2.1 Rök fyrir að greitt sé fyrir þjónustu við börn

- Getur aukið kostnaðarvitund sem sumir nefndarmenn telja að geti fækkað óþörfum heimsóknnum í heilbrigðiskerfið.
- Ef þjónustan er gjaldfrjáls er hætta á soun þar sem fólk átti sig ekki á þeim verðmætum sem um er að ræða. Gæti t.d. komið þannig fram að það mæti ekki í bókaða tíma.

### 3.2.2 Rök fyrir að ekki sé greitt fyrir þjónustu við börn

- Það sjónarmið kom fram að kostnaðarvitund væri ekki afgerandi þáttur við ákvörðun um að sækja heilbrigðisþjónustu þar sem fólk færi ekki með börn til læknis að óþörfu.
- Einfaldar framkvæmd þar sem ýmsar sérlausnir greiðsluþátttökukerfisins sem rætt hefur verið um snúa að börnum (t.d. hvort börn myndi sérhóp eða hóp með öðru foreldri).
- Samkvæmt upplýsingum frá nefndarmanni var skoðað hvernig notkun þjónustu breyttist við það að hún varð gjaldfrjáls fyrir börn á bráðamóttöku Landspítala (LSH). Niðurstaðan var að það hafði engin áhrif.
- Barnafjölskyldur á að verja fyrir kostnaði.
- Ungt barnafólk og einstæðar mæður með börn standa oft það illa fjárhagslega að þeir hópar eiga erfitt með að greiða fyrir heilbrigðisþjónustu.

### 3.2.3 Niðurstaða atkvæðagreiðslu

Nefndin kaus um það hvort foreldrar barna skyldu njóta ókeypis heilbrigðisþjónustu vegna barna. Varðandi þennan þátt skiptist nefndin í tvo næstum jafnstóra hópa; meirihluti samþykkti gjaldtöku vegna barna fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu í nýju greiðsluþátttökukerfi. Einnig var mikill stuðningur við að heilbrigðisþjónusta barna væri gjaldfrjáls en að greitt væri fyrir lyf þeirra með sama hætti og verið hefur þannig að öll börn í sömu fjölskyldu verði talin sem eitt og greiði 2/3 hluta af almennum kostnaði eins og öryrkjar, aldraðir og ungmenni yngri en 21 árs.<sup>5</sup> Nefndin taldi að nýtt kerfi um tannlækningar barna ætti að vera óbreytt, a.m.k. meðan á uppbyggingu þess stendur. Einnig var skoðaður sá möguleiki að börn mynduðu hóp með öðru foreldri í stað þess að börn myndi sérhóp eins og í lyfjakerfi. Sú tillaga var felld.

## 3.3 Börn sérhópur eða í hópi með öðru foreldri

Ræddar voru tvær útfærslur á því hvernig börn mynduðu hóp. Annars vegar að þau verði sérhópur eins og í lyfjakerfi og hins vegar að börn myndi hóp með öðru foreldri. Seinni leiðin er ný og er ætlað að tryggja vernd barnafjölskyldna betur.

### 3.3.1 Rök með því að börn í fjölskyldu myndi hóp með öðru foreldri

- Trygging verður meiri þar sem hámark gildir fyrir öll börn og annað foreldri. Fjölskylda getur borgað hámark þrisvar við það kerfi sem er í lyfjakerfi en aðeins tvisvar ef barn myndar hóp með öðru foreldri og einu sinni ef um einstæða foreldra er að ræða.

<sup>5</sup> Miðað við tvö kerfi þá verði öll heilbrigðisþjónusta gjaldfrjáls fyrir börn, en börn greiði lægra gjald en almennir fyrir lyf eins og nú er: Sigurður, Rúna, Sigrún og Álfheiður.

Einhver greiðsluþátttaka barna í lyfjum og þjónustu: Margrét Björk, Ingibjörg, Pétur, Viðar og Kristinn og Ragnheiður.

### 3.3.2 Rök á móti því að börn myndi einn hóp með foreldri

- Freistnivandi fyrir lækna sem felst í að allur kostnaður fjölskyldu verði færður á foreldri og barn saman í hóp þegar þau hafa komist í hámarkið.
- Getur jafnvel skapað úlfuð milli foreldra þegar ákveða skal hvoru þeirra barnið skuli tilheyra í greiðsluþáttökukerfinu ef foreldrar eru ekki í sömu fjölskyldu þar sem það getur snúist um fjárhagslega hagsmuni.
- Ekki sama fyrirkomulag og í lyfjakerfi.
- Úfærsla getur verið flókin eða ósanngjörn eftir því hvernig börn mynda hóp með foreldri. Ekki réttlátt að börn myndi alltaf hóp með eldra foreldri og ef þau eiga að vera í hóp með því foreldri sem gefur hagstæðari niðurstöðu er það flókið og forsendur síbreytilegar.

### 3.3.3 Rök með og móti því að börn í fjölskyldu myndi sér hóp

Rök með:

- Sama og nú er notað í lyfjakerfi og hefur reynst vel.

Rök á móti:

- Ekki eins góð trygging og ef börn eru með öðru foreldri.

### 3.3.4 Niðurstaða atkvæðagreiðslu

Niðurstaða atkvæðagreiðslu var að börn mynduðu sérhóp eins og nú er í lyfjakerfi.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Pétur H. Blöndal vildi að börn fylgdu öðru foreldri, en Rúna, Sigurður, Sigrún, Álfheiður, Ingibjörg, Kristinn, Viðar, Margrét Björk og Ragnheiður vildu að börn væru sér hópur eins og í lyfjakerfi.



---

## 4 Á gjaldtaka að byggja á stöðu?

---

Samkvæmt lögum skal gjald fyrir heilbrigðisþjónustustu og lyf vera lægra hjá öldruðum, öryrkjum og börnum (foreldrum þeirra), sbr. 1. tölulið 29. gr. laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar. Í 6. tölulið 29. gr. kemur fram að gjald fyrir lyf hjá öldruðum, öryrkjum, börnum og ungmennum á aldrinum 18–21 árs skuli ekki vera hærra en 2/3 af gjaldi annarra sjúkratryggðra.

Fram kom það sjónarmið að flokkun sjúkratryggðra í almenna og lífeyrisþega sé ekki málefnaleg og endurspegli greiðslugetu ekki nægilega vel og því ætti ekki að byggja greiðsluþátttökukerfið á henni. Lagðar voru fyrir nefndina upplýsingar um tekjur elli- og örorkulífeyrisþega samkvæmt tekjuáætlun fyrir árið 2015 (*sjá fylgiskjal 4.*). Talsmenn þessa sjónarmiðs telja að stuðningur gegnum þetta kerfi nái ekki til alls fólks með lág laun og einnig renni hann að einhverjum hluta til fólks sem ekki þurfi á honum að halda. Einnig kom fram það sjónarmið að verja þyrfti lífeyrisþega fyrir fullri greiðsluþátttöku þar sem fjárhagsleg staða margra í hópi aldgraða og öryrkja væri veik og því skyldi halda hópaskiptingu.

Þeir sem töluðu fyrir því að allir fullorðnir greiði sama gjald telja að með því móti verði greiðsluþátttökukerfið einfaldara í framkvæmd. Félagslegur stuðningur við fólk með lág laun komi í staðinn sem sé mun markvissari leið til að ná til þeirra sem höllum fæti standa fjárhagslega og þurfa í raun á stuðningi að halda.

Hugsanlega mætti taka upp nýja merkingu, L-merkt, í stað Ö-merkt eða E-merkt. Það væru einstaklingar með lágar ráðstöfunartekjur á síðasta ári. Þó yrði að telja námslán með ráðstöfunartekjum því þar er verið að lána fyrir framfærslu á meðan viðkomandi er að fjárfesta í menntun. Þeir sem væru L-merktir fengju stuðning sjálfkrafa frá almannatryggingum ef greiðsluþátttakan yrði þeim ofviða. Í tengslum við þessa umræðu komu upp sjónarmið sem varða skattsvik.

Samkvæmt reglugerð um endurgreiðslu á umtalsverðum kostnaði við læknishjálpi, lyf og þjálfun (nr. 318/2013) er veittur fjárstuðningur til einstaklinga undir ákveðnum tekjumörkum sem sækja þarf um. Nefndarmenn töldu þá leið óásættanlega til að koma leiðréttingu á félagslegum forsendum til skila. Ef slíkur stuðningur kæmi í stað núverandi hópaskiptingar yrði að veita hann með rafrænum hætti um leið og greitt væri fyrir þjónustu eða lyf þar sem annars væri hætt á að viðkomandi gæti ekki lagt út fyrir þjónustunni.

### 4.1 Tvenns konar hópaskipting í gildi

Í núverandi reglugerð um kostnaðarhlutdeild í heilbrigðisþjónustu er mjög flókin útfærsla á hópaskiptingu byggð á stöðu þar sem mismunandi gjaldtaka er fyrir hvern neðangreindra hópa:

1. Sjúkratryggðir almennt.
2. Aldraðir 67 til og með 69 ára.
3. Aldraðir 70 ára og eldri, öryrkjar, aldraðir 67 til og með 69 ára sem nutu örorkulífeyris fram til 67 ára aldurs og þeir 60 til og með 69 ára sem njóta óskerts ellilífeyris.
4. Börn yngri en 18 ára og börn með umönnunarkort.

Í lyfjakerfi hefur verið komið á einfaldari flokkun sem stenst framangreind skilyrði laga með tveimur greiðsluhópum. Síðari hópurinn greiðir 2/3 af því sem almennir greiða með því að þrep eru lægri sem því nemur. Hópaskiptingin er:

1. Almennir.

## 2. Aldraðir, börn, ungmenni og öryrkjar.

Í umræðum í nefndinni kom fram að flestir vildu að aldraðir og lífeyrisþegar greiddu minna en almennir notendur og hölluðust flestir að því að færa hópaskiptingu að því sem er í lyfjakerfi. Ekki kom fram vilji til þess að hverfa frá sérstakri meðhöndlun barna enda hafa þau almennt ekki tekjur og heilbrigðiskostnaður vegna þeirra að jafnaði greiddur af foreldrum/aðstandendum sem eru í margs konar stöðu. Einnig kom fram tillaga að nýrri hópaskiptingu.<sup>7</sup>

### 4.2 Rök með því að sleppa hópaskiptingu

Hér koma fram helstu rök sem talsmenn þess að leggja af hópaskiptingu lögðu fram á fundum nefndarinnar.

- Hópaskiptingin er ekki málefnalegur grundvöllur til að gera upp á milli einstaklinga. Einhver hluti öryrkja og stærri hluti aldraðra er vel stæður með góðar tekjur og eignir og þarf ekki að njóta sérkjara í greiðslukerfinu (sjá fylgiskjal 4). Láglaunafólk sem þarf á stuðningi að halda verður útundan.
- Flækjustig er mikið vegna hópaskiptinga, sérstaklega þegar þegar leiðrétt þarf vegna breyttrar stöðu aftur í tímann. Almennur verður öryrki eða aldraður og öryrki endurhæfist og verður almennur.
- Hægt er að styðja lágtekjufólk með mun markvissari hætti með því að horfa á tekjur.
- Hægt er að veita fólki sem er undir ákveðnu tekjuviðmiði sjálfkrafa endurgreiðslu þegar greitt er fyrir þjónustu svo kostnaður verði viðráðanlegur fyrir þennan hóp. Gegn þessu mæla skattsvik.
- Hafa ber í huga að sameining á greiðslubáttökukerfum með þaki nýtist öldruðum og öryrkjum best þar sem flestir sem greitt hafa mjög mikið eru úr þessum hópum.
- Veita mætti félagslegan stuðning gegnum reglugerð um endurgreiðslu á umtalsverðum kostnaði við læknishjálp, lyf og þjálfun (nr. 318/2013) sem er leiðrétting eftir á.
- Hópaskipting er almennt ekki til staðar á Norðurlöndunum sem við berum okkur oftast saman við.

### 4.3 Rök með skiptingu í hópa

Hér koma fram helstu rök sem talsmenn þess að halda hópaskiptingu lögðu fram á fundum nefndarinnar.

- Með hópaskiptingu er mögulegt að styðja tiltekna hópa með því að hlífa þeim við fullri greiðslubáttöku. Annars vegar börnum (barnafjölskyldum) og hins vegar hópum sem hafa minni fjárráð en almennt gerist.
- Ekki er hægt að treysta á að félagslega kerfið komi til móts við þá sem á þurfa að halda verði hópaskiptingin lögð af. Til þess er félagslega kerfið of veikt. Þeir hópar sem nú njóta sérkjara hafa almennt ekki bætt stöðu sína nægilega til að standa jafnfætis öðrum og því mega þeir ekki við að missa þennan stuðning. Sem dæmi má nefna að hópar eldri kvenna eru með mjög takmörkuð lífeyrisréttindi.
- Reglugerð um endurgreiðslu á umtalsverðum kostnaði við læknishjálp, lyf og þjálfun (nr. 318/2013) á að styðja þá sem verða fyrir miklum heilbrigðiskostnaði en reglugerðin hefur ekki virkað. Hún getur því ekki komið í stað jöfnunarhlutverks hópaskiptingar.

<sup>7</sup> Fram kom tillaga um afsláttarhóp sem kom ekki til atkvæðagreiðslu. Samkvæmt tillögunni skulu þeir sem greiða hámark eða nálægt því í PHB-aðferðinni fá afslátt, þ.e. lægri grunntölu árið á eftir. Þetta væri því breytilegur hópur einstaklinga sem greiði hámark eða mjög nálægt hámarki til langframa. Með þessu móti væri komið betur til móts við þá sem greiða mikið fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu að staðaldri.

- Ekki er rétt að miða við framtaldar tekjur þar sem uppgefnar tekjur gefa ekki alltaf rétta mynd af fjárhagsstöðu viðkomandi, t.d. vegna skattsvika.
- Engin vandamál eru við að halda utan um mismunandi hópa og leiðréttingar vegna færslu milli hópa.
- Ekki kom fram vilji til þess að hverfa frá sérstakri meðhöndlun barna enda hafa þau almennt ekki tekjur og heilbrigðiskostnaður vegna þeirra er að jafnaði greiddur af foreldrum sem eru í margs konar stöðu.

#### 4.4 Niðurstaða atkvæðagreiðslu um hópaskiptingu

Margir nefndarmenn voru mótfallnir því að leggja af hópaskiptingu. Töldu þeir viðkomandi hópa enn þurfa stuðning og treystu ekki á að stuðningur félagskerfisins kæmi í staðinn, t.d. vegna þess að tölvakerfi væru ekki tilbúin undir slíka framkvæmd. Þeir sem lögðu til að hópaskipting væri lögð af og aðeins börn greiddu lægra studdu mál sitt þeim rökum hópaskipting endurspeglaði ekki greiðslugetu og án hópaskiptingar væri framkvæmd einfaldari.

Ekki var stuðningur við þá útfærslu sem er á hópaskiptingu í reglugerð um kostnaðarpáttöku í heilbrigðisþjónustu, en þess í stað horft á hópaskiptingu í lyfjakerfi. Ljóst er að með þeirri hópaskiptingu einfaldast umsýsla og einnig er það til bóta að hópaskiptingin sé eins, en það er m.a. ein forsenda þess að sameina kerfin síðar.

Niðurstaðan varð eftirfarandi: Nefndin samþykkti að halda skiptingu í almenna, öryrkja og aldraða auk barna og ungmenna varðandi greiðslupáttöku í heilbrigðiskerfi. Þannig verði hópaskipting hin sama þar og í lyfjakerfi.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Hópaskipting eins og í lyfjakerfi, þ.e. almennir annars vegar og aldraðir, börn, ungmenni og öryrkjar hins vegar, kusu Ingibjörg, Margrét Björk, Kristinn, Sigrún og Álfheiður. Einn hóp fyrir fullorðna og börn sér: Pétur og Sigurður völdu þann kost (sjá jafnframt neðanmálgrein á bls 31. varðandi afstöðu Sigurðar).

## 5 Greiðslupátttaka og notkun þjónustu

Breytingar sem verða á greiðslum notenda fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu í nýju greiðslupátttökukerfi geta haft áhrif ánotkunina. Eftirspurn eftir heilbrigðisþjónusta lýtur að einhverju leyti sömu lögmálum og eftirspurn eftir annarri þjónustu þannig að verð hefur áhrif á notkun. Fulltrúi fjármála- og efnahagsráðuneytisins lýsti yfir áhyggjum af að eftir að hámarksverð er náð og ekki þarf að greiða fyrir þjónustuna gæti notkun og þar með kostnaður ríkissjóðs aukist. Lagði hann fram minnisblað þar að lútandi (sjá fylgiskjal 5). Ráðuneytið leggur áherslu á að jafnhliða nýju greiðslupátttökukerfi verði gerðar ráðstafanir svo tryggja megi að fjárhagsrammi sem greiðslupátttöku ríkissjóðs í heilbrigðisþjónustu er settur á hverjum tíma haldi. Gagnrýni kom fram á þessa afstöðu þar sem hún fæli í sér strangara aðhald að niðurgreiðslu á þessari þjónustu en ýmsum öðrum þáttum í rekstri ríkissjóðs. Sveigjanleiki til að grípa til ráðstafana ef kostnaður stefndi í að fara fram úr fjárheimildum myndi fela í sér yfirgripsmikið reglugerðarvald. Það kallar aftur á skammtíma lausnir og „geðþótta“ ákvarðanir og eyðileggur alla tryggingarvernd hins sjúkratryggðra. Þetta þurfi allt að vera bundið í lög. Vegna þessarar gagnrýni vildi fulltrúi fjármála- og efnahagsráðuneytisins að fram kæmi að afstaða ráðuneytisins væri í samræmi við t.d. 49. gr. laga nr. 88/1997, um fjárreiður ríkisins, þess efnis að „Forstöðumenn og stjórnir ríkisaðila bera ábyrgð á því að fjárhagsráðstafanir þeirra séu í samræmi við heimildir.“ Nánar er fjallað um þessi atriði í reglugerð nr. 1061/2004 um framkvæmd fjárlaga og ábyrgð á fjárreiðum ríkisstofnana í A-hluta, s.s. í 6. gr. um að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma sé í samræmi við fjárheimildir, 14. og 15. gr. um skyldur forstöðumanna og 12. gr. um eftirlit með ársáætlunum, en þar er bæði fjallað um skyldur forstöðumanna og ráðuneyta til að tryggja að samræmi sé milli útgjalda og áætlunar – sem byggja á þeim fjárveitingum sem úthlutað sé af Alþingi á fjárlögum á hverjum tíma.

Fram kom sú skoðun að mánaðarlegar greiðslur í PHB-kerfi gætu stuðlað að betri kostnaðarvitund notenda og þannig dregið úr notkun umfram það sem nauðsynlegt er. Einnig kom fram sú skoðun að fjárhæð sem greidd væri í PHB-kerfi gæti verið of lág til þess að kostnaðarvitund skapaðist. Í þrepakerfi geta komið mánuðir án þess að nokkuð þurfi að greiða sem gæti haft áhrif til aukningar á notkun.

Í nefndinni var talsverð umræða um vandamál vegna mikils upphafskostnaðar notenda í heilbrigðis-kerfinu sem verður væntanlega enn meiri í nýju kerfi. Við upphaf greiðslutímabils þegar greiða skal 100% gætu einstaklingar þurft að borga fjárhæðir sem þeir gætu ekki eða veigruðu sé við að leggja út fyrir, sjá t.d. umfjöllun í *Læknablaðinu* um þennan vanda.<sup>9</sup> Þar með væri hætta á að einstaklingar sæktu ekki nauðsynlega þjónustu sem gæti bæði skapað hættu fyrir viðkomandi einstakling og valdið meiri kostnaði síðar. Í umræðum var þetta sérstaklega nefnt í sambandi við sjúkráþjálfun þar sem notendur greiða fyrstu skipti að fullu. Þetta gæti leitt til þess að fólk nýtti sér ekki þjónustuna sem aftur gæti leitt til meiri heilbrigðiskostnaðar síðar.

### 5.1 Þjónustustýring og hlutverk heilsugæslu

Fjallað var nokkuð um samspil greiðslupátttökukerfis og þjónustustýringar (valkvætt tilvísanakerfi). Með því er m.a. átt við að verðlagningu sé beitt til þess að beina fólki til heilsugæslu sem fyrsta viðkomustaðar í heilbrigðiskerfinu. Ef greiða skal fullt verð fyrir þjónustu heilsugæslu gæti dregið úr mikilvægi heilsugæslunnar sem fyrsta viðkomustaðar. Margir nefndarmenn lögðu áherslu á að heilsugæsla verði eflað sem fyrsti viðkomustaður heilbrigðisþjónustunnar og að gjöld fyrir þá þjónustu hennar verði áfram lág.

<sup>9</sup> Sjá <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2011/10/nr/4335>

Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar kemur fram að mikilvægt sé að efla heilsugæsluna og tryggja stöðu hennar sem fyrsta viðkomustaðar sjúklinga. Heilbrigðisráðherra leggur áherslu á að vinna því máli brautargengi, en einn þáttur þess er að ávallt verði hagkvæmasti kosturinn að leita fyrst til heilsugæslunnar.

Margir nefndarmanna lögðu áherslu á að í nýju greiðslufyrirkomulagi verði tryggt að gjald fyrir komu á heilsugæslustöð verði áfram lágt, einkum til að tryggja stefnu yfirvalda um að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu.

---

## 6 Bókanir nefndarmanna

---

### 6.1 Bókun Katrínar Júlíusdóttur

Bókun við skýrslu nefndar um nýtt greiðslupátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu.

Þegar nefndin tók til starfa var mikið rætt um forsendur þær sem störf nefndarinnar byggðust á. Sem fulltrúi Samfylkingarinnar – Jafnaðarmannaflokks Íslands hélt ég ásamt fleiri nefndarmönnum fram þeim sjónarmiðum að ótækt væri að leggja upp með kerfisbreytingar sem hefðu það eitt að markmiði að flytja kostnað frá einum hópi til annars. Mikilvægt væri að horfa opið á kerfisbreytingar þannig að ráðleggingar hópsins fælu í sér bestu mögulegu niðurstöðu fyrir notendur heilbrigðisþjónustu.

Eins og fram kemur í meðfylgjandi skýrslu var þetta sjónarmið ekki tekið til greina og ítrekað að lítið sé á það sem verkefni nefndarinnar að endurdreifa kostnaði þeim sem fellur á notendur heilbrigðisþjónustu, innan notendahópsins. Sökum þessa tel ég ekki að störf nefndarinnar hafi getað skilað niðurstöðu sem ásættanleg væri fyrir alla notendur heilbrigðisþjónustu. Enda kemur það í ljós að nefndarmenn náðu ekki saman um kerfisbreytingar og því er þessi skýrsla reifun á ýmsum leiðum án samstöðu um meginleiðirnar. Meiri líkur hefðu verið á samstöðu ef fengist hefði að ræða verkefnið með alla möguleika opna. Greidd voru atkvæði um einstaka liði þeirra kerfisbreytinga sem nefndin ræddi og sat undirrituð hjá við þær sökum þeirra sjónarmiða sem reifuð eru í þessari bókun.

Við jafnaðarmenn teljum mjög mikilvægt að draga úr kostnaði einstaklinga við heilbrigðisþjónustu, sem er orðinn mun meiri en í nágrannalöndunum. Eins og skýrslan dregur ágætlega fram þá er hópur notenda sem er að greiða óásættanlegar upphæðir fyrir þjónustu þá sem þeim er veitt vegna erfiðra veikinda. Því þarf að breyta. Við teljum hins vegar ekki rétt að ríkisstjórnin varpi ábyrgðinni á fjörmögnun þessa þaks á aðra notendur heilbrigðisþjónustu. Hætt er við að það skapi ný vandamál hjá hópum sem nú þegar eiga erfitt með að mæta kostnaði við heilbrigðisþjónustu þó þeir noti kerfið sjaldan. Hætt er við að aukin gjaldtaka valdi því í auknum mæli að fólk veigri sér við að sækja sér heilbrigðisþjónustu sem skerðir lífsgæði þessara einstaklinga og veldur auknu álagi á heilbrigðiskerfið síðar meir.

Gjaldtaka hefur aukist verulega fyrir heilbrigðisþjónustu það sem af er þessu kjörtímabili. Brýnt verkefni er því að ná þeim kostnaði niður svo að heilbrigðiskerfið standi öllum landsmönnum opið óháð efnahag. Athugasemdir eru því gerðar við það að sjónarmið nefndarinnar skuli einskorðast við það að fjármagna breytingar í greiðslupátttöku með aukinni kostnaðarpátttöku notendanna sjálfra.

Við lýsum okkur enn reiðubúin til samstarfs um að finna leiðir til að lækka kostnaðarpátttöku fólksins í landinu í heilbrigðisþjónustu – en á því þarf ríkisvaldið að bera ábyrgð og forgangsraða fjármunum sínum þannig að svo megi verða.

Katrín Júlíusdóttir

## 6.2 Bókun Álfheiðar Ingadóttur

Bókun frá Álfheiði Ingadóttur, fltr. Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs.

Ég styð eindregið tillögur nefndarinnar um að setja hámarkspak á greiðslur sjúklinga fyrir heilbrigðisþjónustu eins og gert var með lyfjagreiðslur vorið 2013. Sérstaklega fagna ég tillögu um að heilbrigðisþjónusta við börn verði án endurgjalds eins og á hinum Norðurlöndunum.

Eins og fram kemur í skipunarbréfi nefndarinnar frá 28. ágúst 2013 og í skýrslunni var forsenda verkefnisins af hálfu ráðherra sú að kostnaður Sjúkratrygginga Íslands v. greiðsluþátttöku í lyfjum og heilbrigðisþjónustu mætti ekki hækka og þar með að hlutdeild sjúkratryggðra lækki ekki. Af því leiðir að þegar kostnaður eins hóps lækkar, þá hækkar hann hjá öðrum! Þetta er að mínu mati röng stefna. Nýtt endurgreiðslukerfi fyrir heilbrigðisþjónustu mun skila verulegri hagræðingu sem heilbrigðisráðherra ber að nýta til að lækka kostnaðarhlutdeild sjúklinga almennt og taka fleiri þætti inn í greiðsluþátttöku sjúkratrygginga, svo sem sálfræðiþjónustu og sýklalyf fyrir fullorðna.

Ég tel eðlilegt að lækka hlutdeild sjúklinga með nýju greiðslukerfi af eftirtöldum ástæðum:

1. Núverandi ríkisstjórn hækkaði hlutdeild sjúklinga í heilbrigðiskostnaði verulega í ársbyrjun 2014; komugjöld í heilsugæslu t.d. um 15–20% og mun meira til sérgreinalækna. Þannig var „forsendum“ ráðherrans breytt til óhagræðis fyrir sjúklinga á starfstíma nefndarinnar og á viðmiðunartímanum.

2. Ríkissjóður hefur einn notið hagræðingarinnar sem varð við upptöku nýs lyfjagreiðslukerfis, en hún nam hundruðum milljóna króna á árunum 2013 og 2014. Svigrúm sem þannig skapaðist til að lækka beinar greiðslur sjúklinga var ekki notað eins og eðlilegt hefði verið og ef forsenda nýs kerfis á að vera óbreytt hlutdeild sjúklinga, verður áfram gengið á þeirra hlut.

3. Núgildandi innheimtukerfi fyrir greiðslur sjúklinga í heilbrigðiskerfinu eru flókin og skipta tugum. Tillögur nefndarinnar um nýtt kerfi byggja á einfaldari hópaskiptingu eins og er í lyfjaendurgreiðslukerfinu, en hagkvæmari greiðsludreifingu fyrir hinn sjúkratryggða. Slíkt kerfi mun hafa í för með sér mikla hagræðingu og sparnað sem eðlilegt er að bæði ríkissjóður og sjúklingar njóti.

Af framansögðu er ljóst að engar forsendur eru til þess að halda kostnaðarhlutdeild sjúklinga í heilbrigðisþjónustu og lyfjum óbreyttri á næstu árum, enda er hún þegar of há. Ákvörðun um gjaldfrjálsa heilbrigðisþjónustu fyrir börn þarf því ekki að leiða til hækkunar á heilbrigðiskostnaði annarra hópa.

---

# Fylgiskjal 1. Hvað er ókeypis í heilbrigðiskerfinu, samantekt

---

## Heilbrigðisþjónusta

### *Þjónusta sjúkrahúsa*

Öll þjónusta sem veitt er þegar sjúklingur liggur á sjúkrahúsi er ókeypis.

### *Ókeypis þjónusta við börn.*

- Komur, vitjanir og önnur þjónusta heilsugæslu, bæði á dag og síðdegisvakt.
- Komur á göngudeildir sjúkrahúsa.
- Komur og endurkomur á slysadeild og bráðamóttöku sjúkrahúsa.
- Rannsóknir og myndgreining eftir að afsláttarkort tekur gildi (fæst þegar kostnaður barna í fjölskyldu nær 9800 kr.).
- Börn með umönnunarkort greiða að auki hvorki fyrir þjónustu sérgreinalækna né fyrir rannsóknir, geisla- og myndgreiningar og beinþéttimælingar.

Ekkert gjald er greitt fyrir mæðra- og ungbarnavernd, heilsugæslu í skólum og heimahjúkrun. Aðstoð ljósmóður við fæðingu í heimahúsum og heimþjónusta ljósmæðra sem veitt er á grundvelli þjónustusamninga SÍ er einnig án greiðsluþátttöku notenda.

## Lyf

Ákveðnir sjúklingahópar njóta ókeypis lyfja annars vegar til að tryggja almannahag og hins vegar á grundvelli mannúðarsjónarmiða varðandi sjúklinga á síðustu stigum alvarlegra sjúkdóma. Eftirfarandi sjúklingahópar fá lyf ókeypis:

- Sjúklingar sem fá lyf á grundvelli sóttvarnalaga til að hefta útbreiðslu sjúkdóma.
- Sjúklingar með alvarlega geðsjúkdóma.
- Sjúklingar í líknandi meðferð á síðustu stigum ólæknandi sjúkdóma.
- S-merkt lyf. S-merkt lyf eru m.a. sérhæfð, dýr og vandmeðfarin lyf, gefin við sjúkdómum sem komnir eru á alvarlegt stig, á borð við krabbamein, nýrnabilun, gigt o.fl., oftast á sjúkrahúsum. Dýrustu lyfin í þessum flokki eru leyfisskyld lyf. Nú er unnið að því að færa S-merkt lyf sem keypt eru út á lyfseðil í apóteki inn í greiðsluþátttökukerfi lyfja.

## Tannlæknisþjónusta

Sjúkratryggingar Íslands greiða að fullu kostnað vegna allra tannlækninga barna og unglunga yngri en 18 ára, sem veitt er á grundvelli samninga milli Sjúkratrygginga Íslands og tannlækna, sbr. IV. kafla laga um sjúkratryggingar, **að frádregnu gjaldi sem nemur 2.500 kr.** í upphafi hvers 12 mánaða tímabils.



Sjúkratryggingum Íslands er heimilt, að undangenginni umsókn, að greiða að fullu samkvæmt **samningum eða gjaldskrá** kostnað við tannlækningar sem eru nauðsynlegar til þess að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar sýkinga í tönnum og tannvegi á heilsu ónæmisbæðra sjúklinga, svo sem sjúklinga með hvítblæði eða krabbamein á höfuð- eða hálssvæði, væntanlegra líffæraþega, sjúklinga sem þurfa mergskipti og sjúklinga með aðra sambærilega sjúkdóma.

## Hjálpartæki

Mikilvægt er að hafa í huga eftirfarandi skýringar á 100% hlutdeild SÍ í hjálpartækjum:

1. Hjálpartæki sem eru með skilaskyldu eru yfirleitt greidd að fullu af hálfu SÍ. Þetta er til að mismuna ekki þeim notendum sem fá endurnýtt hjálpartæki af lager og þeim sem fá nýkeypt hjálpartæki. Fyrir einhverjum árum sýndi skoðun að ef farið yrði í gjaldheimtu af endurnotudum hjálpartækjum þá yrði heildarkostnaður meiri en að greiða tækin að fullu Langtímaveikindi/varanleg færniskerðing er forsenda þess að notendur fái sum tæki greidd að fullu, t.d. spelkur en í öðrum tilvikum (skammtíma þó meiri þörf en til 3ja mánaða) er hlutur notenda 30% af verði.
2. Oft fer saman 100% hlutdeild sjúkratrygginga og dýr hjálpartæki sem eru til varanlegrar notkunar eða sem eru lífsnauðsynleg, svo sem öndunarhjálpertæki, gervilimir, stómavörur og þvagleggir.
3. Fylgihlutir með tækjum sem greidd eru að fullu eru þó oft með kostnaðarhlutdeild notenda.

Í reglugerð um hjálpartæki er víða kveðið á um ákveðna hlutdeild með hámarksverði t.d. samþykkt 100% þó að hámarki 77.000 kr.

### Hjálpartæki Sjúkratrygginga Íslands sem greidd eru 100%

#### 04 Hjálpartæki til meðferðar og þjálfunar.

##### 0403 Hjálpartæki við öndunarmeðferð.

- |          |   |                   |
|----------|---|-------------------|
| 04 03 12 | Öndunarvélar 100%, þ. á m. CPAP og BIPAP og skiptanlegir fylgihlutir, þjónusta og rekstrarvörur, þó þannig að skiptanlegir fylgihlutir, þjónusta og rekstrarvörur eru ekki greidd að fullu fyrir notendur CPAP, sbr. hér að ofan. |                   |
| 04 03 18 | Súrefnisbúnaður 100%  |                   |
| 04 03 21 | Sogtæki (þ.m.t. hóstavélar) 100%  |                   |
| 04 03 27 | 04 03 30  | Öndunarmælar 100% |
| 04 03 90 | Viðgerðir á öndunartækjum 100%  |                   |
| 04 03 91 | Varahlutir (vegna bilana) í öndunartæki 100%  |                   |
| 04 03 92 | Fylgihlutir v/sogtækja og hóstavéla 100%  |                   |
| 04 03 93 | Fylgihlutir v/öndunarvéla 100%  |                   |
| 04 03 94 | Fylgihlutir v/öndunarmæla 100%  |                   |

##### 0406 Hjálpartæki við blóðrásarmeðferð.

Vegna bruna er þessi búnaður greiddur 100%. Að jafnaði er samþykkt 2 pör af þrýstisokkum á 12 mánaða tímabili en hámark 4 pör á 12 mánaða tímabili.

- |          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| 04 06 03 | Loftfylltur þrýstibúnaður 70/100% |
|----------|-----------------------------------|

- 04 06 06 Þrýstisokkar/þrýstibúnaður fyrir handleggi, fætur og bol 70/90/100%
- 04 06 12 Loftdæla fyrir þrýstibúnað 70/100%

**0412 Kviðslitsbelti.**

Kviðslitsbelti eru greidd 70% ef áætlaður notkunartími er skemmri en 12 mánuðir en 100% ef um alvarlegt langvarandi ástand er að ræða.

- 04 12 09 Kviðslitsbelti 70/100%

**0419 Hjálpartæki til lyfjaskömmunar.**

- 04 19 92 Einnota endaparmsrör til lyfjagjafa 100%
- 04 19 24 Dæla vegna gjafar lyfs eða næringar í æð (útvortis) 100%

**0424 Búnaður (tæki og efni) til mælinga (efnamælinga).**

- 04 24 91 Mælitæki til serum kalsíum mælinga vegna alvarlegs nýrnasjúkdóms 100% (samkvæmt verðkönnun hverju sinni)
- 04 24 92 Efni til serum kalsíum mælinga vegna alvarlegs nýrnasjúkdóms 100% (samkvæmt verðkönnun hverju sinni)
- 04 24 94 Mælitæki til blóðstorkumælinga (INR gildi) 100% þó greiðir umsækjandi upphæð til samræmis við upphæð umsækjenda í blóðsykursmæli
- 04 24 95 Efni til blóðstorkumælinga 100% (miðað er við hámarks mælingu einu sinni í viku og því samþykkt 1pk (með 24 stk.) á 24 vikna fresti)

**0427 Raförvunartæki.**

- 04 27 06 Verkjastillandi raförvunartæki (TNS-tæki, Transcutan Nerve Stimulation) 100%
- 04 27 09 Raförvunartæki til að meðhöndla þvag- og hægðaleka 100%
- 04 27 90 Kónar (rafskaut) fyrir raförvunartæki 70%
- 04 27 91 Raförvunartæki við ökklaðmun 100%

**0433 Hjálpartæki til varnar legusárum.**

- 04 33 09 Sérstakur búnaður til varnar legusárum 100% (t.d. viðvörunarkerfi til varnar legusárum)

**0448 Hreyfi-, kraft- og jafnvægistæki.**

- 04 48 06 Standgrindur og standbretti 100%
- 04 48 90 Fylgihlutir við standgrindur og standbretti 100%
- 04 48 91 Breytingar/viðgerðir á standgrindum 100%

**0603 Hryggspelkur.**

Fyrsta og önnur viðgerð á spelkum á ári eru greiddar 100% en síðari viðgerðir 70%.

Hryggspelkur eru greiddar að fullu við eftirfarandi tilefni: hryggskekkja yfir 20°, eftir hryggbrot, eftir festingu (spondylodesis) sem er ótryggilega gróin, endurteknar spengingar, í tengslum við aðgerð, stífir hálskragar eftir hálsaðgerð eða samsvarandi.

- 06 03 03 Mjadmarspelkur (SIO) 70/100%
- 06 03 06 Mjóhryggjarspelkur (LSO) 70/100%
- 06 03 09 Brjóstakassa- og bolspelkur (TLSO) 70/100%
- 06 03 12 Hálsspelkur (CO) 100%
- 06 03 15 Háls- og brjóstakassaspelkur (CTO) 100%
- 06 03 18 Háls- og bolspelkur (CTLSO) 100%
- 06 03 90 Viðgerðir á hryggspelkum 70/100%

**0606 Spelkur fyrir efri útlími, líkamsbornar.**

Spelkur fyrir fólk með krabbamein, lamanir (t.d. hemiparesis, poliomyelitis) og hrörnunarsjúkdóma í tauga- og vöðvakkerfi (t.d. MS, MND, Guillian Barre sjúkdóm, Parkinsonsjúkdóm) og við aflögun liða vegna liðagigtar (RA) eru greiddar að fullu svo framarlega sem þær tengjast sjúkdómnum.

Fyrsta og önnur viðgerð á spelkum á ári eru greiddar 100%, en síðari viðgerðir 70%.

Greitt er 100% fyrir spelkur við: Dæmi: slitbreytingar í liðum (stig 3), liðagigt (RA) með aflögun liða.

- 06 06 03 Fingurspelkur 70/100%
- 06 06 06 Handarspelkur 70/100%
- 06 06 09 Úlnliðsspelkur 70/100%
- 06 06 12 Úlnliðs- og handarspelkur 70/100%
- 06 06 15 Olnbogaspelkur 70/100%
- 06 06 18 Úlnliðs- og olnbogaspelkur 70/100%
- 06 06 21 Axlarospelkur 70/100%
- 06 06 24 Axlar- og olnbogaspelkur 70/100%
- 06 06 27 Axlar-, olnboga- og úlnliðsspelkur 70/100%
- 06 06 30 Axlar-, olnboga-, úlnliðs- og handarspelkur 70/100%
- 06 06 90 Viðgerð á spelkum fyrir efri útlimi 70/100%

**0609 Spelkur fyrir efri útlimi, sem ekki eru bornar á líkamanum.**

- 06 09 90 Sér mótaður stuðningur/dýnur 100%

**0612 Spelkur fyrir neðri útlimi.**

Við notkun í þrjá til tólf mánuði eru spelkur greiddar 70%. Spelkur fyrir fólk með krabbamein, lamanir (t.d. hemiparesis, poliomyelitis) og hrömunarsjúkdóma í tauga- og vöðvakerfi (t.d. MS, MND, Guillian Barre sjúkdóm, Parkinsonsjúkdóm) og við aflögun liða vegna liðagigtar (RA) eru greiddar að fullu svo framarlega sem þær tengjast sjúkdómnum.

Fyrsta og önnur viðgerð á spelkum á ári eru greiddar að fullu en síðari viðgerðir 70%.

- 06 12 06 Ökklaospelkur (AFO) 70/100%
- 06 12 09 Hnéospelkur (KO) 70/100%
- 06 12 12 Fótleggjarspelkur (hné-, ökkla- og framleistaspelkur) (KAFO) 70/100%
- 06 12 15 Mjaðmarspelkur (HIO) 70/100%
- 06 12 18 Fótleggjarspelkur með mjaðmarstuðningi (hné-, ökkla-, framleista- og mjaðmarspelkur) (HIKAFO) 70/100%
- 06 12 90 Viðgerðir á fótspelkum 70/100%

**0618 Gervihandleggir og -hendur.**

Fyrsta og önnur viðgerð á gervilimum á ári eru greiddar 100% en síðari viðgerðir 70%.

- 06 18 06 Gervihandleggir frá úlnlið 100% (ytri hulsur, án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 09 Gervihandleggir frá framhandlegg 100% (ytri hulsur, tengingar og klæðningar en án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 12 Gervihandleggir frá olnboga 100% (ytri hulsa, tengingar og klæðningar en án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 15 Gervihandleggir frá upphandlegg 100% (ytri hulsa, tengingar og klæðningar en án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 18 Gervihandleggir frá öxl 100% (ytri hulsa, tengingar og klæðningar en án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 21 Gervihandleggir frá bol 100% (ytri hulsa, tengingar og klæðningar en án liða, innri hulsa og handa/króka)
- 06 18 24 Gervihendur 100%
- 06 18 25 Krókar fyrir gervihandleggi 100%
- 06 18 26 Gripáhöld fyrir gervihandleggi 100% (önnur en krókar)
- 06 18 30 Gerviúlnliðir fyrir gervihandleggi 100%
- 06 18 33 Gerviolnbogaliðir fyrir gervihandleggi 100%
- 06 18 36 Gerviaxlarliðir fyrir gervihandleggi 100%
- 06 18 90 Viðgerðir á gervihandleggjum 70/100%
- 06 18 91 Mjúkar hulsur fyrir gervihandleggi (innri hulsur) 100%
- 06 18 92 Harðar hulsur fyrir gervihandleggi (ytri hulsur) 100%

**0624 Gervifótleggir og -fætur.**

Fyrsta og önnur viðgerð á gervilimum á ári eru greiddar 100% en síðari viðgerðir 70%.

- 06 24 06 Gervifótleggir frá ökkjalið 100% (ytri hulsur, án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 09 Gervifótleggir frá kálfa 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 12 Gervifótleggir frá hné 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 15 Gervifótleggir frá læri 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 18 Gervifótleggir frá mjöðm 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 21 Gervifótleggir frá bol 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 24 Gervifótleggir frá hrygg 100% (ytri hulsur, tengingar, e.t.v. klæðningar en án liða, innri hulsu og framleista)
- 06 24 27 Gervifætur (gerviframleistafætur) 100%
- 06 24 30 Gervioökkliðir, snúningsliðir fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 31 Höggdempapar í gerviliði fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 33 Gervihnéliðir fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 36 Gervimjaðmarliðir fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 40 Mjúkar hulsur fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 41 Harðar hulsur fyrir gervifótleggi 100%
- 06 24 90 Viðgerðir á gervifótleggjum 70/100%
- 06 24 91 Stúfsokkar vegna gervifótleggja 100%

#### **0630 Gervihlutar aðrir en gervilimir.**

- 06 30 03 Hárkollur og/eða sérsniðin höfuðföt, gerviaugabrúnir, augnhár eða húðflúr 100%, að hámarki 77.000 kr. á ári, sbr. framangreint
- 06 30 18 Gervibrjóst 100%, sbr. framangreint
- 06 30 24 Gervieyru 100%
- 06 30 27 Gervinef 100%
- 06 30 30 Gerviandlitshlutar (utan á eða innanvert í andlit) 100%
- 06 30 39 Gervihlutar til að dekkja sjáanleg lýti á húð 100%
- 06 30 97 Gervibrjóstafleygar 100%, sbr. framangreint
- 06 30 98 Brjóstahöld sérstyrkt vegna uppbyggingar 100%, sbr. framangreint

#### **0903 Fatnaður.**

- 09 03 02 Hjólastóla- og kerrupokar 100%
- 09 03 03 Útislá/regnslá í hjólastóla/kerrur 100%
- 09 03 36 Varnarbuxur við böðun 100%
- 09 03 90 Snið fyrir sérsaumaðan fatnað 100%, að hámarki sbr. að ofan

#### **0906 Hlífðartæki.**

- 09 06 03 Hjálmar og höfuðhlífar 100%
- 09 06 12 Olnbogahlífar 100%
- 09 06 15 Hlífðarhanskar og hlífðarvettlingar 100%.
- 09 06 18 Hnéhlífar 100%
- 09 06 21 Hæhlífar 100%
- 09 06 24 Belti, ólar og vesti 100%
- 09 06 27 Öndunarhlíf (t.d. rykgríma, heygríma) 70%

#### **0909 Hjálpartæki til að klæða sig í og úr.**

- 09 09 03 Sokkaífarur 100%
- 09 09 09 Fatahaldarar 100%
- 09 09 12 Klæðnaðarpinnar/krókar 100%
- 09 09 15 Rennilásahjálpartæki 100%
- 09 09 18 Hnappakrókar 100%

**0912 Hjálpartæki við salernisferðir.**

- 09 12 03 Salernisstólar með/án hjóla 100%
- 09 12 06 Salerni (kemisk) 50%
- 09 12 09 Salernissæti 100%
- 09 12 12 Salernisupphækkanir, frítt standandi 100%
- 09 12 15 Salernisupphækkanir, lausar 100%
- 09 12 18 Salernisupphækkanir, fastar 100%
- 09 12 27 Salernispappírstangir 100%
- 09 12 30 Salernispappírshaldarar 100%
- 09 12 33 Bekken 100%
- 09 12 36 Skol- og þurrkbúnaður á salerni 100% (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)
- 09 12 90 Aukahlutir á salernishjálpartæki 100%
- 09 12 91 Uppsetning á skol- og þurrkbúnaði á salerni 100% (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)

**0915 Hjálpartæki vegna barkaskurðar.**

- 09 15 03 Barkarennur 100%
- 09 15 06 Barkastómahlífar 100%
- 09 15 90 Barkastómasíur 100%
- 09 15 91 Barkastómaventlar 100%

**0918 Stómahjálpartæki.**

- 09 18 04 Colostómapokar samfelldir (í einum hluta), lokaðir 100%, hámark pr. stk. 675 kr. fyrir almenna poka/poka með filter og hámark pr. stk. 1.270 kr. fyrir poka með convexhring
- 09 18 05 Colostómapokar samsettir, lokaðir 100%, hámark pr. stk. 345 kr. fyrir almenna poka og poka með filter, hámark pr. stk. 390 kr. fyrir poka með lokunarbúnaði og með límingu fyrir plötu og hámark pr. stk. 430 kr. fyrir poka með innbyggðum lokunarbúnaði og með límingu fyrir plötu fyrir stórar stómíur
- 09 18 07 Þvagstómapokar samfelldir (í einum hluta) 100%, hámark pr. stk. 1.080 kr. fyrir almenna poka og hámark pr. stk. 2.360 kr. fyrir poka með convexhring
- 09 18 08 Þvagstómapokar samsettir 100%, hámark pr. stk. 720 kr.
- 09 18 13 Stómafestibúnaður (s.s. belti) 100%
- 09 18 14 Stómaplötur, álímdar 100%, hámark pr. stk. 860 kr. fyrir almennar plötur, hámark pr. stk. 1.400 kr. fyrir plötur með auka lími og rakadrægni, hámark pr. stk. 1.270 kr. fyrir plötur þar sem poki límist á plötu, hámark pr. stk. 2.550 kr. fyrir plötur m/innbyggðum convexhring, hámark pr. stk. 1.400 kr. fyrir tveggja laga plötur og hámark pr. stk. 2.790 kr. fyrir tveggja laga plötur með innbyggðum convexhring
- 09 18 15 Stómaklemmur 100%
- 09 18 18 Lyktheyðandi efni (t.d. sett í poka) 100%
- 09 18 30 Stómaþéttibúnaður (s.s. kítta, þéttihringir) 100%
- 09 18 39 09 18 42 Ileostómapokar samsettir, tæmanlegir 100%, 09 18 90
- 09 18 91 Næturlþvagpoki vegna stóma fyrir mikinn útskilnað 100%, hámark pr. stk. 1.090 kr.

**0921 Efni til húðvarnar og húðhreinsunar.**

- 09 21 18 Húðvarnarkrem 100%

**0924 Þvagleggir.**

- 09 24 03 Þvagleggir, langtíma 100%
- 09 24 06 Þvagleggir, einnota 100%
- 09 24 09 Þvagsafnarar (uridom) 100%
- 09 24 90 Þvagklemmur 100%
- 09 24 93 Festibúnaður vegna þvagsafnara 100%
- 09 24 95 Ventlar/tappar á þvagleggi 100%

**0927 Þvagpokar.**

- 09 27 04 Þvagpokar, líkamsbornir, lokaðir 100%
- 09 27 05 Þvagpokar, líkamsbornir, opnir 100%
- 09 27 07 Þvagpokar, rúmpokar, lokaðir 100%
- 09 27 08 Þvagpokar, rúmpokar, opnir 100%
- 09 27 90 Festibúnaður fyrir þvagpoka 100%

**0931 Hjálpartæki vegna hægdaleka.**

- 09 31 90 Endaþarmsrör (rectalrör) 100%, að hámarki 2.230 kr. á mánuði

**0933 Hjálpartæki við snyrtingu og böðun.**

- 09 33 03 Bað/sturtustólar með eða án hjóla 100% (þ.m.t. baðkersbretti og baðkerssæti)
- 09 33 12 Sturtuborð og skiptiborð 100%
- 09 33 98 Aukahlutir á baðhjálpartæki 100%
- 09 33 99 Breytingar á baðhjálpartækjum 100%

**1203 Stafir/hækjur.**

- 12 03 03 Stafir 100%
- 12 03 06 Olnbogahækjur 100%
- 12 03 09 Gigtarhækjur 100%
- 12 03 12 Axlarhækjur 100%
- 12 03 16 Þrí- eða fjórfótastafir 100%

**1206 Göngugrindur.**

- 12 06 03 Göngugrindur án hjóla 100%
- 12 06 06 Göngugrindur á hjólum 100%
- 12 06 09 Göngustólar á hjólum með setstuðningi 100%
- 12 06 12 Háar göngugrindur á hjólum með framhandleggsstuðningi 100%
- 12 06 90 Viðgerðir á göngugrindum 100%
- 12 06 91 Breytingar á göngugrindum 100%

**1207 Fylgihlutir við gönguhjálpartæki.**

- 12 07 90 Aukahlutir á göngugrind (s.s. karfa, bakki) 100%
- 12 07 91 Stafa-/hækjuhaldarar 100%
- 12 07 92 Gúmmí t.d. á stafi/hækjur 100%
- 12 07 93 Ísbroddar t.d. á stafi/hækjur 100%

**1212 Hjálpartæki í bifreið.**

- 12 12 04 Aðlögun á stýribúnaði bifvéla. Til að stjórna bremsum og bensínjölf 100%, að hámarki 70.000 kr.
- 12 12 08 Aðlögun bifreiða til að geta nýtt aukastjórnubúnað, s.s. spegla, læsingar, þurrkur, miðstöð og ljós 100%
- 12 12 09 Belti og ólar í bifreiðar 100%
  - 12 12 12 Bílsæti og púðar með sérstökum eiginleikum 100%, sbr. að ofan. Sleðar fyrir sæti bifreiða 100% (fyrir snúning og fram/aftur færslu)
- 12 12 15 Lyftur til að lyfta einstaklingum inn í bifreiðar 100%
- 12 12 18 Lyftur og fastar skábrautir til að koma hjólastólum með notendur inn í bifreiðar 100%
- 12 12 21 Lyftur til að setja hjólastóla á eða inn í bifreiðar 100%
- 12 12 24 Útbúnaður til að festa hjólastóla í bifreiðar 100%
- 12 12 90 Ísetning tækja í/úr bifreiðum 100%
- 12 12 91 Viðgerðir á hjálpartækjum í bifreiðar 100%
- 12 12 92 Flutningur á hjálpartækjum milli bifreiða 100%, flutningur á stýribúnaði bifvéla milli bifreiða 100%, að hámarki 55.000 kr.
- 12 12 94 Sjálfvirkir dyraopnarar fyrir bifreiðar 100%
- 12 12 95 Vinkiljárn á hurðir bifreiða 100%

12 12 97 Fjarstýring á hjálpartækjum í bifreiðar 100%

### **1218 Hjól.**

12 18 06 Þríhjól með fótstigi 100%  
12 18 09 Þríhjól, handknúin 100%  
12 18 12 Þríhjól, sparkhjól 100%  
12 18 21 Fylgihlutir á hjól 100% (sérstakir hnakkar, fótabönd, fótstig o.fl.)  
12 18 90 Viðgerðir á þríhjólum 100%  
12 18 91 Breytingar á þríhjólum 100%

### **1221 Hjólastólar.**

12 21 03 Handknúnir hjólastólar, stjórnað af aðstoðarmanni 100%  
12 21 06 Handknúnir afturhjóladrifnir hjólastólar 100%  
12 21 09 Handknúnir framhjóladrifnir hjólastólar 100%  
12 21 12 Handknúnir vogarstangadrifnir hjólastólar 100%  
12 21 15 Handknúnir hjólastólar, drifnir öðrum megin 100%  
12 21 18 Handknúnir lágir hjólastólar 100%  
12 21 24 Rafknúnir hjólastólar með handstýringu (stýri) 100%  
12 21 27 Rafknúnir hjólastólar með mótorstýringu (pinna) 100%

### **1224 Aukahlutir fyrir hjólastóla.**

12 24 03 Stýrikerfi fyrir hjólastóla 100% (innifalið er stjórnbox og stjórnstöð fyrir hjólastóla)  
12 24 09 Aflbúnaður fyrir hjólastóla 100% (innifaldir eru mótorar í rafknúna hjólastóla og hjálparmótorar á handknúna hjólastóla)  
12 24 12 Ljós á hjólastóla 100%  
12 24 15 Hjólastólaborð sem fest er á hjólastóla 100%  
12 24 18 Bremsur fyrir hjólastóla 100%  
12 24 21 Hjól og dekk fyrir hjólastóla 100%  
12 24 24 Rafgeymar og hleðslutæki 100%  
12 24 30 Belti í hjólastóla 100%  
12 24 90 Viðgerðir á hjólastólum 100%  
12 24 91 Breytingar á hjólastólum 100%  
12 24 92 Töskur fyrir hjólastóla 100%  
12 24 93 Hnakkapúðar fyrir hjólastóla 100%  
12 24 95 Hliðarstuðningur í hjólastóla 100%  
12 24 96 Ýmsir fylgihlutir í hjólastóla 100% (s.s. armar, fótafjalir, handhringir, hliðarhlífar, hækappar, hjólastólaþrengjarar)  
12 24 97 Ýmsir varahlutir í hjólastóla 100% (s.s. setur, bök)

### **1227 Önnur farartæki.**

12 27 03 Kerrur (sem krefjast aðstoðarmanns) 100%  
12 27 90 Viðgerðir á kerrum 100%  
12 27 91 Breytingar á kerrum 100%  
12 27 92 Aukahlutir á kerrur 100% (s.s. borð, fótabönd)  
12 27 97 Belti í kerrur 100%  
12 27 98 Skíði undir kerrur 50%

### **1230 Hjálpartæki við flutning fólks.**

12 30 03 Flutningsbretti og rennimottur 100%  
12 30 06 Snúningsskífur 100%  
12 30 09 Frístandandi rúmgálgar 100%  
12 30 12 Rúmstigar og léttar 100%  
12 30 15 Flutningsbelti (belti og/eða vesti með lyftihandfangi) 100%  
12 30 90 Breytingar á flutningsbrettum 100%

### **1233 Snúningshjálpartæki.**

12 33 06 Snúningslök og snúningsmottur 100%

### **1236 Tæki til að lyfta fólki.**

12 36 03 Hreyfanlegir lyftarar með seglum 100%  
12 36 04 Hreyfanlegir lyftarar fyrir standandi stöðu 100%  
12 36 06 Hreyfanlegir lyftarar með föstum sætum 100%  
12 36 09 Lyftivagnar á hjólum 100%  
12 36 12 Fastir lyftarar, loft-, gólf- eða veggfastir 100%  
12 36 15 Fastir lyftarar sem festast á aðra hluti 100%  
12 36 18 Frístandandi lyftarar 100%  
12 36 21 Lyftisegl, sæti og börur 100%  
12 36 90 Viðgerðir á lyfturum 100%  
12 36 91 Breytingar á lyfturum 100%  
12 36 92 Uppsetning á lyfturum 100%  
12 36 93 Varahlutir í lyftara 100%

## **18**

### **1803 Borð.**

18 03 15 Rúmborð 100%  
18 03 90 Viðgerðir á borðum 100%  
18 03 91 Breytingar á borðum 100%  
18 03 99 Hilluborð 100% fyrir lífsnauðsynleg hjálpartæki (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)

### **1809 Stólar.**

18 09 03 Vinnustólar 100%  
18 09 06 Standstólar 100%  
18 09 09 Gigtarstólar („arthrodesustólar“) 100%  
(stólar með skiptri setu, framhluti stillanlegur í einu eða tvennu lagi)  
18 09 21 Sérstakir stólar (m.a. stólar fyrir börn, gólfsæti) 100%  
18 09 27 Fótскеmlar/fótstuðningur 100%  
18 09 31 Sérsmíðað sæti, setur og/eða bök (með áklæði) (í hjólastóla) 100%  
18 09 39 Tilbúin setkerfi (í hjólastóla) 100%  
18 09 42 Sætispúðar/undirlag 100%  
(innifelur einnig púða og undirlag til varnar legusárum)  
18 09 45 Bakpúðar/undirlag 100%  
18 09 90 Viðgerðir á stólum 100%  
Sjúkratryggingar Íslands greiða ekki endurnýjun áklæðis á lyftistólum  
18 09 91 Breytingar á stólum 100%  
18 09 92 Mótorar í stóla 100%  
18 09 93 Ver með sérstökum eiginleikum utan um púða sérstaklega í hjólastóla 100%  
18 09 94 Aukahlutir á stóla 100%

### **1812 Rúm.**

18 12 10 Sjúkrarúm (innifalin eru rúmbotnar, rúmgrindur og rúmlyftur) 100%  
18 12 18 Rúmdýnur 100%, hámark 36.000 kr.  
(innifalið er einnig leguundirlag/yfirdýnur til varnar legusárum 100%)  
18 12 24 Stillanlegt höfða- og/eða fótag 100%  
18 12 27 Rúmgálgar 100%  
18 12 90 Viðgerðir á rúmum 100%  
18 12 91 Breytingar á rúmum 100%  
18 12 93 Skápúðar í rúm 100%  
18 12 94 Mótorar í rúm 100%  
18 12 98 Hliðargrindur og/eða stuðningshandföng á rúm 100%  
18 12 99 Ver með sérstökum eiginleikum utan um rúmdýnur 100%



**1815 Aukabúnaður fyrir húsgögn.**

- 18 15 03 Upphækkunarklossar/-fætur 100%  
(vegna slysaþættu eru einungis greiddir klossar undir rúm og sófa ef fætur mynda 90° horn við gólf)
- 18 15 06 Hjólabúnaður 100%

**1818 Stuðningsbúnaður.**

- 18 18 03 Handrið/stuðningsgrip 100%
- 18 18 09 Stoðir 100%
- 18 18 90 Uppsetning á handriðum/stoðum 100%
- 18 18 91 Aukahlutir á stoðir 100%

**1821 Dyra- og gluggaopnarar/-lokarar.**

að heimili.

- 18 21 03 Dyraopnarar/-lokarar 100%
- 18 21 06 Gluggaopnarar/-lokarar 100%
- 18 21 90 Bílskúrsdyraopnarar/-lokarar 50%
- 18 21 91 Uppsetning/taka niður dyra- og gluggaopnara/-lokara 100%
- 18 21 92 Viðgerðir á dyra- og gluggaopnurum/-lokurum 100%

**1830 Stokkalyftur, hjólastólalyftur, sætislyftur í stiga og skábrautir.**

- 18 30 03 Stokkalyftur í hús (ákveðið hámark) 100%
- 18 30 06 Hjólastólalyftur í stiga/tröppur (ákveðið hámark) 100%
- 18 30 09 Sætislyftur í stiga (ákveðið hámark) 100%
- 18 30 12 Stigaklifrarar 100%
- 18 30 15 Skábrautir, flytjanlegar 100%
- 18 30 18 Skábrautir, fastar 100%
- 18 30 90 Uppsetning á lyftum 90%
- 18 30 91 Varahlutir í lyftum 100%
- 18 30 92 Viðgerðir á lyftum 90%
- 18 30 93 Eftirlit á lyftum (lögbundið) 100%
- 18 30 99 Taka niður lyftu 100%

**21 Hjálpartæki til tjáskipta, upplýsinga og viðvörunar.**

**2110 Úttaksbúnaður fyrir tölvur.**

- 21 10 09 Útbúnaður fyrir tölvutal (talgevill) 100% (hámarksstyrkur skv. verðkönnun hverju sinni)

**2112 Tölvur.**

- 21 12 03 Tölvur 100% (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)
- 21 12 91 Viðgerðir á tölvubúnaði 100%
- 21 12 93 Tölvutjáskiptabúnaður í rafknúna hjólastóla 100% (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)
- 21 12 94 Vinna vegna tölvubúnaðar 100% (hámarksstyrkur samkvæmt verðkönnun hverju sinni)

**2127 Lestrarhjálpertæki.**

- 21 27 03 Blaðflettarar 100%
- 21 27 90 Viðgerðir á blaðfletturum 100%

**2142 Samtalshjálpertæki.**

- 21 42 03 Bókstafa- og táknsett 100%
- 21 42 06 Bókstafa- og táknöflur 100%
- 21 42 09 Samtalstæki, flytjanleg 100%

21 42 24 Forrit fyrir samtöl 100%

**2148 Viðvörunarhjálpartæki.**

21 48 18 Merkibúnaður 100%  
(t.d. bjöllur og blikkljós)  
21 48 24 Rafstýrð dagatöl og minnishjálpartæki 100%

**2409 Stjórnartæki.**

24 09 18 Rofar 100%  
24 09 90 Viðgerðir á rofum 100%  
24 09 91 Breytingar á rofum 100%  
24 09 92 Varahlutir í rofa 100%

**2410 Inntaksbúnaður fyrir tölvur.**

24 10 06 Músatæki 100% (s.s. stýristautar (stýripinnar), snertiskjáiir og stýrikúlur)

**2412 Hjálpartæki til stjórnunar á umhverfi.**

24 12 03 Fjarstýrikerfi 100%  
24 12 06 Forrit fyrir fjarstýrikerfi 100%  
24 12 90 Uppsetning á fjarstýrikerfi 100%  
24 12 91 Breytingar á fjarstýrikerfi 100%  
24 12 92 Viðgerðir á fjarstýrikerfi 100%

**2418 Hjálpartæki vegna skertrar færni í höndum/fingrum.**

24 18 09 Haldarar, líkamsbornir, fyrir ennis-, höku- og munnpinna 100%  
24 18 12 Statíf (t.d. vökvastatíf vegna næringar um slöngu eða í æð) 100%  
24 18 15 Stýripinnar (s.s. ennis-, höku- og munnpinnar) 100%  
24 18 18 Bendiljós 100%  
24 18 27 Framhandleddsstuðningur 100%  
24 18 90 Lyklaborðshlíf 100%

**2421 Tæki til framlengingar.**

24 21 03 Griptangir 100%  
24 21 09 Framlengingar án grips 100%

---

## Fylgiskjal 2. Greiningarskýrsla KSJ.

---

- [Útfærslur á sameiningu greiðsluþáttökukerfa á heilbrigðissviði KSJ/31.3.2015 Forsendur og niðurstöður nokkurra sviðsmynda \(Hþj. og Lyf m/grþt\) - PDF](#)

Kristinn Snævar Jónsson cand.merc. hefur unnið skýrslu þessa og þær greiningar sem hún byggir á. Umfangsmikil töluleg gögn til grundvallar eru frá Sjúkratryggingum Íslands og velferðarráðuneytinu.

---

## Fylgiskjal 3. Greiðsluþátttökukerfi á Norðurlöndum

---

Á hinum Norðurlöndunum eru greiðsluþátttökukerfi fyrir lyf og heilbrigðisþjónustu aðskilin. Í Noregi eru kerfin þó tengd saman þannig að lyfjakaup (samkvæmt s.k. bláu resepti) falla undir almennt kostnaðarhámark.

### Heilbrigðisþjónusta

Í Noregi og Svíþjóð greiða notendur fasta krónutölu fyrir heilbrigðisþjónustu á grundvelli einfaldrar gjaldskrár með þaki á heildarkostnaði á hverju ári. Í Finnlandi er svipað fyrirkomulag og í framangreindum löndum en greitt er hlutfallsgjald af þjónustu sjálfstæðra sérfræðinga. Í Danmörku er almenn heilbrigðisþjónusta ókeypis en greiða þarf t.d. fyrir sérfræðiþjónustu ef hún er án tilvísunar. Í þessum kafla verður kerfum með gjaldtöku fyrir heilbrigðisþjónustu lýst stuttlega.

Íslenska greiðsluþátttökukerfið í heilbrigðisþjónustu er mun flóknara og ógagnsærra en önnur norræn kerfi. Í íslenska kerfinu eru fjórir hópar hver með sína greiðslureglu. Greiðslureglur eru svo flókin samsuða af krónutölu og hlutfallsgreiðslum þar sem fyrir ákveðna þjónustu er greitt fast gjald en fyrir aðra fast gjald að viðbætti hlutdeild í heildarkostnaði við þjónustu.

Oft á tíðum liggur ekki ljóst fyrir við hvaða heildarverð skal miða þegar reikna skal út verð sérstaklega þegar sjúkrahús taka gjald fyrir þjónustu sem ekki hefur verið samið um við sérgreinalækna, en samningur SÍ við sérgreinalækna er oftast grundvöllur að greiðslu sem er ákveðið hlutfall af heildarverði. Þegar greiðslur ná ákveðnu marki eru gefin afsláttarkort sem gefa afslátt af almennu verði. Hið flókna kerfi sem hér er gerir allt utanumhald og útreikninga á greiðsluþátttöku flókna í framkvæmd. Eina dæmið um álíka flókið kerfi er á Álandseyjum.

### Noregur

Í Noregi eru tvö greiðsluhámörk vegna heilbrigðisþjónustu. Allir falla sjálfkrafa undir greiðsluhámark 1. Þegar kostnaður notanda hefur náð 2.185 NOK eða um 35 þúsund IKR fær viðkomandi fríkort sem gildir út almanaksárið fyrir þá þjónustu sem undir hámark 1. fellur. Þjónusta sem um ræðir er: læknisheimsóknir, göngudeildarþjónusta, sálfræðiþjónusta, myndgreining, ferðalög vegna heilbrigðisþjónustu, lyf (sem fást skv. svokölluðum bláum lyfseðli) og hjálparkæmi.

Um hámark 2. þarf að sækja en það kerfi nær yfir kostnað vegna iðju- og sjúkrapjálfunar, tannlækniþjónustu og fyrirfram samþykkrar meðferðar erlendis. Þjónusta verður ókeypis eftir að notandi hefur greitt NOK 2.670 (45.000 IKR) á árinu. Í Noregi er heilbrigðisþjónusta ókeypis fyrir börn undir 16 ára en almennt greiða allir aðrir sama verð.

Hér fyrir neðan eru nokkrir liðir úr gjaldskrá fyrir heilbrigðisþjónustu í Noregi teknir sem dæmi. Þessi framsetning gjaldskrár er dæmigerð fyrir gjaldskrár heilbrigðisþjónustu á Norðurlöndum. Almenn er ekki um að ræða hlutfallsgreiðslur af kostnaði við þjónustu. Ástæður þess að gjaldtaka er mismunandi má e.t.v. rekja til þess að ávallt liggur fyrir innkaupsverð á lyfjum en ef ekki liggja fyrir samningsverð á heilbrigðisþjónustu þarf að

beita kostnaðargreiningu til að finna verð þjónustunnar og er þar um marga matsbundna þætti að ræða.

<b>Dæmi um greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustu í Noregi 2015.</b>	
Egenandelstak 1	2 185 kroner
Egenandelstak 2	2 670 kroner

#### **Egenandeler under frikort for egenandelstak 1**

Barn under 16 ár er fritatt fra å betale egenandeler under frikort tak 1-ordningen.

<b>Lege</b>	<b>Egenandel dagtid</b>	<b>Egenandel kveldstid</b>
Konsultasjon hos allmennlege/legevakt	141 kroner	238 kroner
Konsultasjon hos allmennlege/legevakt -llmennmedisin	187 kroner	282 kroner
Sykebesøk fra allmennlege/legevakt	190 kroner	304 kroner
Sykebesøk av allmennlege som er spesialist i allmennmedisin	222 kroner	336 kroner
Konsultasjon hos/eller sykebesøk fra spesialist	320 kroner	
Laboratorieprøver	50 kroner	
Røntgen	227 kroner	

<b>Psykolog</b>	<b>Egenandel</b>
Ordinær egenandel (1/2 eller 1 time)	320 kroner
Sesjon 1,5 time	479 kroner

<b>Sykehus/poliklinikk</b>	<b>Egenandel</b>
Konsultasjon hos spesialist	320 kroner
Røntgen	227 kroner

#### **Egenandeler for frikort egenandelstak 2:**

<b>Fysioterapeut</b>	<b>Egenandel</b>
For vanlig undersøkelse inntil 30 minutter	155 kroner
For 30 minutter øvingsbehandling/bløtdelsbehandling	122 kroner
For 40 minutter øvingsbehandling/bløtdelsbehandling	156 kroner

## Finland

Greitt er fyrir þjónustu á grundvelli gjaldskrár með föstum verðum. Þak er á kostnaði notenda fyrir heilbrigðisþjónustu sem er 697 EUR (103.000 IKR). Heilsugæsla er verðlögð sérstaklega og má velja hvort greiddar eru €29,50 fyrir allt árið eða 14,7 EUR fyrir hverja heimsókn og er þá aðeins greitt fyrir þrjár heimsóknir á ári. Börn greiða ekki fyrir heilbrigðisþjónustu í Finnlandi.

Vegna þjónustu sjálfstætt starfandi lækna endurgreiða sjúkratryggingar 60% af útlögðum kostnaði miðað við gjaldskrá sjúkratrygginga, en þar sem gjaldskráin hefur ekki verið uppfærð er endurgreiðslan um 28%.

Í Finnlandi er greitt fyrir dvöl á sjúkrahúsi 29,3 EUR á dag. Sveitarfélög hafa leyfi til að taka minna fyrir þjónustuna. Hér er gjaldskrá frá Helsinki<sup>10</sup>

## Svíþjóð

Í Svíþjóð er mismunandi milli sveitarfélaga (Lén) hvað almenningur greiðir fyrir heilbrigðisþjónustu. Allstaðar er greitt eftir gjaldskrá með fastri krónutölu. Heimsókn til heilsugæslulæknis kostar á bilinu 100-200 SEK (1.500-3.000 IKR). Heimsókn til sérfræðings kostar 230 -320 SEK (4-5 þús. IKR) sem lækkar ef komið er með tilvísun.

Sérstakt þak er vegna kostnaðar fyrir heilbrigðisþjónustu oftast um 1100 SEK (18.000 IKR) og annað fyrir lyf (sjá síðar). Kostnaðarþakið miðast við 12 mánuði. Í flestum sveitarfélögum þurfa börn undir 18 ára ekki að greiða fyrir þjónustu.

## Lyf

Lyfjakerfi í Danmörku, Noregi og Svíþjóð eru svipuð lyfjakerfi sem nú er í notkun hér á landi enda er það byggt á danskri fyrirmynd.

### Svíþjóð, Danmörk og Ísland til samanburðar

Í töflum hér fyrir neðan koma fram þrep, stuðlar og þök í lyfjakerfum í Danmörku og Svíþjóð, Íslenska kerfið til samanburðar.

Þrep	Greiðslur einstaklinga IKR	Einstaklingur greiðir	Börn
1	18.500	100%	40%
2	30.500	50%	40%
3	65.600	25%	25%
4	Eftir 65.500	15%	15%
5	Eftir 77.000*	0%	0%

\*Aðeins fyrir langveika

Í Danmörku er greitt 15% eftir að þrepi 4. er náð. Til að fá ókeypis lyf eftir að þrepi 5 er náð þarf að sækja um og er sá möguleiki einkum ætlaður langveikum. Til skoðunar er að allir fái sjálfkrafa ókeypis lyf þegar þaki er náð eins er er í lyfjakerfi hér á landi. Í dálki lengst til hægri koma fram forsendur fyrir greiðsum vegna barna.

<sup>10</sup> <http://www.hel.fi/static/sote/tiedotteet/asiakkaille/MaksutaulukkoEngl2015.pdf>

### Lyfjakerfi Svíþjóð

Prep	Greiðslur einstaklinga IKR	Einstaklingur greiðir
1	17.600	100%
2	25.600	50%
3	33.000	25%
4	35.000	10%
5	Eftir 35.000	0%

Greiðsluþátttaka í lyfjum er ákveðin á landsvísu í Svíþjóð ólíkt því sem er um heilbrigðisþjónustu. Í töflu fyrir Svíþjóð sést að þar er lág greiðsluþátttaka miðað við Danmörku. Foreldrar barna eru varðir með því að fyrir öll börn í sömu fjölskyldu er greitt eins og fyrir einn einstakling.

Til samanburðar er hér tafla sem lýsir kerfinu á Íslandi.

### Lyfjakerfi Ísland

Prep	Greiðsluviðmið almennir	Greiðsluviðmið 2/3 hluti	Hlutfall
1	22.000	14.500	100,0%
2	31.750	20.875	15,0%
3	62.000	41.000	7,5%
4	Eftir 62.000	Eftir 41.000	0,0%

### Noregur

Blár lyfseðill (bla resept) er aðallega ætlaður þeim sem eiga við langvinna sjúkdóma að etja og miðast hann við a.m.k. 3 mánaða lyfjameðferð. Þegar læknir skrifar lyfseðil ákvarðar hann hvort lyfjameðferðin falli undir bláan lyfseðil. Fyrir lyf á bláum seðli greiðir notandi 38% af kostnaði að hámarki NOK 520 eða um 9.000 IKR fyrir þriggja mánaða skammt. Þar sem lyf samkvæmt bláum lyfseðli falla undir hámark 1. fær einstaklingur fríkort við 35 þúsund IKR greiðslur á almanaksárinu. Börn, fólk á lægstu bótum (Minstepensjonister og personer med supplerende stønad) einstaklingar með hættulega smitsjúkdóma og fleiri þurfa ekki að greiða sjúklingshluta. Lyf á hvítum lyfseðli greiðir notandi almennt að fullu. Þó er hægt að uppfylltum ákveðnum skilyrðum að fá greiðsluþátttöku vegna lyfja á hvítum lyfseðli.

### Finnland

Lyfjakerfi í Finnlandi er með nokkuð öðrum hætti en á öðrum Norðurlöndum. Þar er greiðsluþátttaka notenda mismunandi eftir því um hvaða lyf er að ræða og greiðir ríkið 35, 65 eða 100% af verði lyfsins eftir því um hvaða lyf er að ræða. Þak er á árlegum lyfjakostnaði upp á 610 EUR (91.000 IKR). Þegar þaki er náð er alltaf þr

Helstu heimildir.

Kafli 5 um notendagreiðslur úr neðangreindri skýrslu

<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:774213/FULLTEXT01.pdf>

Landsumfjöllun um Norðurlöndin úr þessari skýrslu

[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf?la=en)

Lyfjakerfi Danmörk og Svíþjóð

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/tilskud/tilskudsgraenser>

<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/#section-1>



---

## Fylgiskjal 4. Tekjur lífeyrisþega

---

### **Tekjur elli- og örorkulífeyrisþega samkvæmt tekjuáætlun fyrir 2015.**

Þeirra, sem sótt hafa um elli- eða örorkulífeyri hjá Tryggingatofnun ríkissins og fengið úrskurð um lífeyri. Sumir þeirra fá ekki lífeyri vegna hárra tekna en eru taldir með. Þeir aldrei eru ekki taldir með sem hafa ekki sótt um.

Tekjuáætlanir byggja á skattframtölum síðasta árs og fyrirséðum breytingum á tekjum.

- a. vegna lífeyris frá lífeyrissjóði
- b. vegna atvinnutekna
- c. vegna fjármagnstekna
- d. vegna tekna samkvæmt tekjulið 96
- e. vegna mægin bóta almannatrygginga og bóta frá erlendum almannatrygginum:
  - 1. grunnlífeyris
  - 2. tekjutryggingar
  - 3. framfærsluuppbótar
  - 4. heimilisuppbótar
  - 5. aldurstengdrar örorkuuppbótar
  - 6. barnalífeyris
- f. vegna félagsaðstoðar sveitarfélaga

Ekki er tekið mið af því að barnalífeyrir er skattfrjálss og kemur ekki til frádráttar húsaleigubóta né bensín- og ökutækjastyrkjum né öðrum bótum til að mæta kostnaði. Þá er ekki teknar með ýmis konar hlunnindi til lífeyrisþega t.d. leikskólaláss.

			Elilífeyrisþegar			Örorkulífeyrisþegar			Samtals		
Tekju- bil			Fjöldi á hverju tekjubili	Fjöldi upp- safnað neðanfrá	Upp- safnað hlutfall neðanfrá	Fjöldi á hverju tekjubili	Fjöldi upp- safnað neðanfrá	Upp- safnað hlutfall neðanfrá	Fjöldi á hverju tekjubili	Fjöldi upp- safnað neðanfrá	Upp- safnað hlutfall neðanfrá
0	til	25.000	1	31.823	100,00%	5	18.201	100,00%	6	50.024	100,00%
25.001	til	50.000	11	31.822	100,00%	7	18.196	99,97%	18	50.018	99,99%
50.001	til	75.000	17	31.811	99,96%	9	18.189	99,93%	26	50.000	99,95%
75.001	til	100.000	37	31.794	99,91%	20	18.180	99,88%	57	49.974	99,90%
100.001	til	125.000	42	31.757	99,79%	24	18.160	99,77%	66	49.917	99,79%
125.001	til	150.000	58	31.715	99,66%	52	18.136	99,64%	110	49.851	99,65%
150.001	til	175.000	136	31.657	99,48%	133	18.084	99,36%	269	49.741	99,43%
175.001	til	200.000	3.591	31.521	99,05%	3.418	17.951	98,63%	7.009	49.472	98,90%
200.001	til	225.000	3.477	27.930	87,77%	1.944	14.533	79,85%	5.421	42.463	84,89%
225.001	til	250.000	6.431	24.453	76,84%	3.703	12.589	69,17%	10.134	37.042	74,05%
250.001	til	275.000	4.308	18.022	56,63%	2.337	8.886	48,82%	6.645	26.908	53,79%
275.001	til	300.000	3.084	13.714	43,09%	1.543	6.549	35,98%	4.627	20.263	40,51%
300.001	til	325.000	2.386	10.630	33,40%	1.237	5.006	27,50%	3.623	15.636	31,26%
325.001	til	350.000	1.904	8.244	25,91%	961	3.769	20,71%	2.865	12.013	24,01%
350.001	til	375.000	1.349	6.340	19,92%	668	2.808	15,43%	2.017	9.148	18,29%
375.001	til	400.000	775	4.991	15,68%	568	2.140	11,76%	1.343	7.131	14,26%
400.001	til	425.000	685	4.216	13,25%	430	1.572	8,64%	1.115	5.788	11,57%
425.001	til	450.000	552	3.531	11,10%	265	1.142	6,27%	817	4.673	9,34%
450.001	til	475.000	417	2.979	9,36%	188	877	4,82%	605	3.856	7,71%
475.001	til	500.000	369	2.562	8,05%	114	689	3,79%	483	3.251	6,50%
500.001	til	525.000	284	2.193	6,89%	99	575	3,16%	383	2.768	5,53%
525.001	til	550.000	245	1.909	6,00%	82	476	2,62%	327	2.385	4,77%
550.001	til	575.000	196	1.664	5,23%	63	394	2,16%	259	2.058	4,11%
575.001	til	600.000	183	1.468	4,61%	48	331	1,82%	231	1.799	3,60%
600.001	til	625.000	175	1.285	4,04%	37	283	1,55%	212	1.568	3,13%
625.001	til	650.000	155	1.110	3,49%	29	246	1,35%	184	1.356	2,71%
650.001	til	675.000	121	955	3,00%	35	217	1,19%	156	1.172	2,34%
675.001	til	700.000	115	834	2,62%	27	182	1,00%	142	1.016	2,03%
700.001	til	725.000	95	719	2,26%	21	155	0,85%	116	874	1,75%
725.001	til	750.000	66	624	1,96%	18	134	0,74%	84	758	1,52%
750.001	til	775.000	82	558	1,75%	13	116	0,64%	95	674	1,35%
775.001	til	800.000	40	476	1,50%	13	103	0,57%	53	579	1,16%
800.001	eða meira		436	436	1,37%	90	90	0,49%	526	526	1,05%
<b>Samtals</b>			<b>31.823</b>			<b>18.201</b>			<b>50.024</b>		

---

## Fylgiskjal 5. Áhrif breytinga á greiðslupátttökukerfum í heilbrigðisþjónustu

---

### **Fjármála- og efnahagsráðuneytið**

16. febrúar 2015.

### **Minnisblað:**

#### **Efni: Áhrif breytinga á greiðslupátttökukerfum í heilbrigðisþjónustu**

**Til: Nefndar um eitt greiðslupátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu.**

**Frá: Viðari Helgasyni.**

---

Þann 28. ágúst 2013 skipaði heilbrigðisráðherra nefnd til að kanna hvort hægt sé að fella lyfja-, rannsóknar-, sjúkraþjálfunar- og annan heilbrigðiskostnað undir eitt niðurgreiðslu og afsláttarfyrirkomulag.

Nefndin átti samkvæmt skipunarbréfi að kanna hvort og með hvaða hætti væri hægt að fella ofangreindan kostnað í eitt greiðslukerfi þannig að þátttaka einstaklinga í heilbrigðiskostnaði verði takmörkuð, án tillits til hvort kostnaðurinn félli til utan eða innan heilbrigðisstofnana.

Frá upphafi hefur meginforsenda vinnu nefndarinnar verið að ekki eigi að verða breyting á hlutfalli kostnaðar sjúkratryggðra í heildarkostnaði heilbrigðisþjónustu, heldur breytt skipting kostnaðar milli notenda. Þeir sem nýti heilbrigðisþjónustu sjaldan greiði stærrí hluta kostnaðar og skapi þannig svigrúm til þess að takmarka kostnað þeirra sem hafa meiri þörf fyrir þjónustu.

#### **Tillögur að breytingu**

Þær hugmyndir sem hafa verið til skoðunar eru annars vegar að taka upp vegna heilbrigðisþjónustu sem er innan sjúkratrygginga, kerfi sem er sambærilegt núverandi lyfjagreiðslukerfi, þ.e. tvískipt þrepakerfi, með lækkandi greiðsluhlutfalli notanda uns hámarki er náð. Hins vegar hefur verið skoðuð aðferð sem fengið hefur heitið PHB-aðferð eftir höfundu hennar, Dr. Pétri H. Blöndal, formanni nefndarinnar. Sú aðferð byggir á kostnaði notandans undangengna fimm mánuði auk yfirstandandi mánaðar, með greiðslupaki samkvæmt ákveðinni grunntölu á mánuði fyrir sama tímabil. Kostur þeirrar aðferðar umfram þrepaskipta aðferð er að greiðslusagan fylgir notanda og því kemur ekki til „núllstillingar“ árlega þegar nýtt greiðslutímabil hefst, með fullri greiðslupátttöku sjúklunga, líkt og í þrepaskiptu aðferðinni.

Starfshópurinn hefur gengið út frá því að kerfið taki til þeirrar þjónustu sem í dag er inni í sjúkratryggingakerfinu. Ef bæta ætti þjónustupáttum við yrði að reikna greiðslupak og fjárhæðarmörk þrepaskiptingar eða grunntölu að nýju.

Ekki hefur verið gengið frá tillögum um hvort nýtt kerfi eigi að taka bæði til heilbrigðisþjónustu og lyfjakostnaðar, eða halda þessum þáttum aðskildum. Kostur við sameiningu felst í því að þannig er ríkari tryggingavernd fyrir þá sem þurfa mikla þjónustu, þar sem líklegt er að þeir færu fyrr í afslátt og upp í hámarksgreiðslu í einu kerfi en í tveimur. Jafnframt verndar það betur þá sem lentu í umtalsverðum kostnaði sem félli til á skömmum tíma, t.d. vegna slyss eða skyndilegra veikinda.

Fulltrúi fjármála- og efnahagsráðuneytis í starfshópnum hefur vikið að því í starfi nefndarinnar nýlega að það er viðbúið að grundvallarbreytingar á borð við þær tillögur sem unnið er með geti leitt til þess að heildarkostnaður aukist vegna þess að neysluhegðun sjúkratryggðra breytist við það að hafa náð greiðsluþaki. Til að fylgja þessum ábendingum eftir var tekin örstutt yfirferð yfir forsendur heilsuhagfræði og stjórnunar heilbrigðisþjónustu varðandi þessi atriði. Fylgir hún með hér.

### **Kostnaðarstýring í heilbrigðisþjónustu.**

Helstu stýribreytur heilbrigðiþjónustu eru fólgnar í að takmarka framboð þjónustu, hvort sem það er gert með því að afköst séu miðuð við fjárveitingar sem eru til ráðstöfunar eða magn sé takmarkað til samræmis við áætluð heildarútgjöld. Hin leiðin er að skapa kostnaðarvitund – og aðhald með því að leggja á notendagjöld, bæði til að skapa verðtilfinningu og til að takmarka eftirspurn og draga úr mögulegri ofneyslu þjónustu. Í sjúkratryggingakerfum (bæði opinberum og einkatrygginga) er ákveðin áhætta fólgin í því að framboð valdi kostnaði, þar sem þriðji aðili er sá sem greiðir þjónustuna – s.k. umboðsvandi/freistnivandi. Sjúklingurinn nýtur góðs af heilbrigðisþjónustu og veitandinn fær greiðslu og er því gagnkvæmur hagur að vissu marki að aukinni þjónustu. Verðstýringu með notendagjöldum er ætlað að sporna að einhverju marki gegn þessu. Því er fólgin ákveðin áhætta af því að gera verulegar breytingar á notendagjöldum í heild, þar sem af því getur skapast nokkur aukning í heildareftirspurn eftir þjónustu og hvati seljenda þjónustu til aukinnar tekjuöflunar.

Rand stofnunin sem er leiðandi í rannsóknum á sviði opinberrar þjónustu, þ.m.t. á sviði heilbrigðisþjónustu hefur gefið út ýmsar skýrslur á því sviði. Í skýrslunni *The Elasticity of Demand for Health Care a review of the Literature and its application to the Military health system*

(2002) [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2005/MR1355.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1355.pdf), kemur fram að: „*Verðlagning heilbrigðisþjónustu er talsvert flókin. Verðið sem notandi greiðir fyrir heilbrigðisþjónustu fer eftir því hvort um sé að ræða kostnaðarhlutdeildarkerfi (samtrygging eða hlutagreiðsla)... Þannig getur verð fyrir heilbrigðisþjónustu farið eftir magni þjónustu sem er nýtt. Þetta gerir að verkum að erfiðara er að áætla verðteygni heilbrigðisþjónustu....Til dæmis er líklegt að einstaklingur sem hefur náð greiðsluhámarki fyrir árið og sé því gjaldfrjáls taki öðruvísi ákvarðanir um notkun heilbrigðisþjónustu en einhver sem ekki hefur náð hámarki eða afsláttarmarki og þurfi að borga þjónustuna fullu verði.*“ (Rand, 2002,bls 24).

Sambærileg sjónarmið er að finna í skýrslu Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands 2003 um Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu [http://hhi.hi.is/sites/hhi.hi.is/files/B-series/Med\\_forsidu/Fjarmognun\\_og\\_rekstur\\_heilbr.pdf](http://hhi.hi.is/sites/hhi.hi.is/files/B-series/Med_forsidu/Fjarmognun_og_rekstur_heilbr.pdf): „*vert að hafa í huga hvað getur valdið því að heilbrigðisþjónusta verði ofnotuð. Fyrst ber að nefna upplýsingavandann. Meginþorra sjúklinga skortir forsendur til að geta tekið vel upplýstar ákvarðanir. Þeir veita þess vegna starfsmönnum heilbrigðisþjónustunnar umboð til að velja heppilegustu þjónustuna (aðgerðir, meðferðir) fyrir sig og slíkt getur leitt til hagsmunaárekstra. Í öðru lagi er freistnivandi til staðar. Hvað eftirspurnarhlið varðar birtist þetta í meiri þörf fyrir þjónustu*

*þar sem einstaklingar þurfa ekki að greiða fyrir þjónustuna að fullu. Hvað framboð varðar getur það t.d. birst í tilhneigingu til að láta af hendi of mikið af heilbrigðisþjónustu þar sem þriðji aðili (ríkið eða tryggingafélag) greiðir stærstan hluta kostnaðarins. Þessi áhrif leiða meðal annars til þess að stjórnvöld þurfa á hverjum tíma að veita heilbrigðisþjónustunni aðhald þannig að útgjöld keyri ekki úr hófi fram.“ (HHÍ, bls. 108)*

### **Kostnaðarhlutdeild sjúkratryggðra í heilbrigðisþjónustu**

Tillögur um breytt greiðsluþátttökukerfi sjúkratryggðra, sem tryggja eigi betri vernd fyrir þá sem þurfa mikið á þjónustu að halda, þurfa einnig að fela í sér stjórn tæki til að stýra kostnaði ríkissjóðs þannig að tryggt verði að kostnaðarþak breytist sjálfvirkt, ef heildarkostnaður hækkar umfram upphafsforsendur til að áætluð kostnaðarhlutdeild sjúkratryggðra náist. Hvað þennan þátt varðar virðist PHB aðferðin henta betur, þar sem hægt væri að endurákveða grunntöluna mánaðarlega ef kostnaðarþróun viki frá þeim áætlunum sem lagðar hefðu verið til grundvallar við ákvörðun tölunnar, hvort sem það er að kostnaður aukist eða við að magn þjónustu aukist.

### **Áhrif greiðslukerfis á heildarkostnað**

Óljóst er hvort og þá að hvað miklu leyti heildarútgjöld heilbrigðisþjónustu gætu vaxið með breyttri eftispurn sjúkratryggðra einstaklinga sem náð hafa greiðsluhámarki. Í vinnu starfshópsins hefur ekki verið lagt mat á þessa hlið. Skoða þarf hvort og hvernig hægt sé að bregðast við þeim áhrifum, þannig að viðbótarkostnaður sem breytt neytendahegðun veldur færist yfir til þeirra notenda sem valda henni.

Ekki hefur verið lagt mat á áhrif verðbreytinga á almenna notendur heilbrigðisþjónustu, sem í einhverju magni gætu valið sér, þegar greiðsluþaki er náð, að nýta sérfræðiþjónustu í meira mæli en almenna þjónustu eða þjónustu sem stendur utan sjúkratryggingakerfisins.

Þannig mætti nefna til dæmis að fólk leitaði frekar til sérfræðilæknis með heilsufarsvanda en heilsugæslulæknis (sem er ódýrari þjónusta) eða leitaði t.d. þjónustu sjúkraþjálfara í stað þess að kaupa þjónustu nuddara. Eins er mögulegt að einstaklingar sem nýtt hafi sálfræðiþjónustu (sem er utan við sjúkratryggingakerfið) ákveði að leita frekar þjónustu geðlækna. Breytt hegðan notenda heilbrigðisþjónustu eins og lýst er hér að framan gæti leitt til viðbótarkostnaðar sjúkratryggingakerfisins.

### **Niðurstöður nefndar og framhald mála**

Á næstunni mun nefndin ljúka tillögum sínum til heilbrigðisráðherra. Skoða þarf hvort víkja eigi frá forsendum um óbreytta hlutfallsskiptingu kostnaðar milli sjúklinga og sjúkratryggingakerfisins ef sýnt væri fram á að þjónustukaup væru að aukast vegna fjölda sjúklinga sem náð hefðu hámarkskostnaðarhlutdeild.

Það er mikilvægt að Sjúkratryggingar Íslands og velferðarráðuneytið láti meta þessa þætti sérstaklega í tengslum við frekari úrvinnslu á tillögum starfshópsins.

Hugsanlegt er að þessu megi mæta með verðstýringu innan mismunandi þjónustuþátta heilbrigðiskerfisins, svo sem með aðgreiningu lyfjakostnaðar frá öðrum heilbrigðiskostnaði í kerfinu, með hlutfallsega hærri hlutdeild sjúklinga í sérfræðiþjónustu en almennri þjónustu o.s.frv. Jafnframt væri mögulegt að vega saman hlutföll mismunandi þjónustuþátta við ákvörðun á fjárhæð hámarksgreiðslna eða grunntölu og breyta hámarksgreiðslu notenda ef veruleg tilfærsla væri milli þátta.

Nauðsynlegt er að áður en heilbrigðisráðuneytið vinni áfram á grundvelli tillagna

nefndarinnar, s.s. með gerð frumvarps um breytingar á hlutaðeigandi lögum, verði áhrif þau sem vikið er að hér að ofan metin og reynt að setja fram aðgerðir sem sporni við þeim óæskilegu kostnaðaráhrifum sem af breytingunni kynni að hljótast, þrátt fyrir að unnið verði að því markmiði að draga úr kostnaðaráhrifum þeirra einstaklinga sem hafi mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu.