



BÆTT AÐGENGI BETRI HORFUR

Þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris

Útdráttur / Abstract

Lykilniðurstöður skýrslunnar eru þær að síðastliðin ár hefur nýgengi örorku farið lækkandi ef tekið er tillit til mannfjölda. Frá innleiðingu nýs greiðsluþátttökukerfis Sjúkratrygginga árið 2017 hefur nýgengi örorku vegna stoðkerfissjúkdóma lækkað mun meira heldur en af öðrum ástæðum, og hefur lækkunin verið mest hjá þeim sem eru eldri en 50 ára (mynd 8 / bls 10).

Raunfækkun allra einstaklinga sem nýskrást á örorku milli árana 2014 og 2022 útskýrist af mikilli lækkun nýgengis vegna stoðkerfissjúkdóma (mynd 9 / bls 11). Aðrir þættir eins og geðraskanir og allir aðrir sjúkdómar hafa ekki lækkað með sama móti.

Er það mat skýrsluhöfunda að mikið bætt aðgengi að þjónustu sjúkraþjálfara í kjölfar breytinga á greiðsluþátttökukerfi Sjúkratrygginga, sé stór þáttur í jákvæðri þróun á nýgengi örorku vegna stoðkerfissjúkdóma.



Efnisyfirlit:	bls.
Ástæða skýrslugerðar	2
Gögn og aðferðarfræði	3
Nýgengi örorku	3 - 6
Nýgengi örorku eftir aldri og orsökum	7 - 11
Nýgengi endurhæfingarlífeyris	12 - 14
Nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris	15 - 17
Áhrif óbreytts ástands	18 - 20
Greiðslubyrði einstaklinga	21 - 24
Aðrar breytur og áhrif	25 - 27
Niðurstöður skýrslunar	28 - 29



Þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris

Ástæða skýrslugerðar

Félag sjúkraþjálfara leggur áherslu á að við skipulag heilbrigðiskerfisins og við ráðstöfun opinberra fjármuna séu ákvarðanir rökstuddar og teknar eftir greiningu á tiltækum gögnum. Ísland stendur nokkuð vel er kemur að gagnaskráningu opinberra stofnana. Því er mögulegt að móta áherslur út frá fyrirliggjandi gögnum á meðan leitast er við að afla frekari gagna, og efla samnýtingu gagna og rannsókna á áhrifum aðgerða í heilbrigðiskerfinu.

Við teljum mjög mikilvægt að skoða og reyna að meta áhrif þeirra miklu kerfisbreytinga sem urðu í heilbrigðiskerfinu þegar greiðsluþáttökukerfi Sjúkratrygginga var breytt með samþykkt laga í júní 2016, sem komu til fullnustu 1.maí 2017. Markmið laganna var að lækka kostnað þeirra sem mesta þjónustu þurfa og jafna kostnað þeirra sem nota þjónustu heilbrigðiskerfisins almennt. Gerðar hafa verið skýrslur á vegum Sjúkratrygginga sem greina frá kostnaðarbreytingum og breytingum í notkun þjónustunnar.

Nýtt greiðsluþáttökukerfi nær yfir stóran hluta heilbrigðiskerfisins og innifelur í sér þjónustu sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara, talmeinafræðinga, sérgreinalækna, tilgreinda þjónusta á sjúkrahúsum, heilsugæslum og öðrum heilbrigðisstofnunum. Kerfið nær einnig til geisla- og myndgreininga, ljósabaða og sálfræðiþjónustu barna. Kostnaður einstaklings fyrir eina þjónustu getur því haft áhrif til lækkunar á kostnaði fyrir aðra þjónustu, þar sem hámark er á mánaðargreiðslum sem og ársgreiðslum innan greiðsluþáttökukerfisins.

Til að átta sig á þeirri þörf sem hefur verið eftir þjónustu sjúkraþjálfara er mikilvægt að greina þann fjölda sem sækir þjónustuna og þær breytingar sem nýtt greiðsluþáttökukerfi hafði í för með sér. Hlutfall einstaklinga af heildar íbúafjölda sem sóttu þjónustu sjúkraþjálfara hækkaði lítillega í kjölfar innleiðingar nýs greiðsluþáttökukerfis, eða úr 14% í 15% og hefur haldist nánast óbreytt síðan. Þetta bendir sterklega til þess að með breytingunni og lækkun kostnaðar samhliða því hafi aðgengi fjölmargra einstaklinga að þjónustu aukist og færa má fyrir því rök að það sé sá hópur sem veikast standi og þurfti að neita sér um þjónustu áður fyrr. Enda urðu verulegar breytingar á greiðsluþáttöku einstaklinga sérstaklega vegna sjúkraþjálfunar þar sem kostnaður lækkaði umfram ýmsa aðra þætti kerfisins og má rekja hluta þess til uppbyggingar kerfisins er varðar röð veittrar þjónustu. Meðalútgjöld einstaklinga vegna sjúkraþjálfunar lækkuðu t.a.m. um 56% frá árinu 2016 til samsetts árs 2018/2019 eða úr 42.270 kr í 18.508 kr. Lækkunin var þó mest hjá þeim sem flokkast sem almennir eða um 59% þar sem kostnaður fór úr 53.148 kr. árið 2016 niður í 21.698 kr. árið 2018/2019. Flokkurinn almennir eru allir þeir sem eru sjúkratryggðir og ekki með sérstaka réttindastöðu vegna ellilífeyris, örorku eða eru börn.

Heildarbreyting kerfisins birtist hvað skýrast í hámarksgreiðslum einstaklinga þar sem fyrir breytingu kerfisins, árið 2016, voru 18.898 einstaklingar sem greiddu meira en 70.000 kr. á ári í kostnað vegna þeirrar þjónustu sem fellur undir greiðsluþáttökukerfið og var meðalgreiðsla einstaklinga 23.429 kr. Árið 2018/2019 voru eingöngu 376 einstaklingar sem greiddu yfir 70.000 kr og hafði meðalgreiðslan lækkað um 22% eða úr 23.429 kr. í 18.227 kr.

Nánar verður farið í útlistun á tölulegum breytingum sem urðu í kjölfar þessarar kerfisbreytingar síðar í þessari skýrslu en einnig má nálgast ítarlegri upplýsingar þess efnis meðal annars í skýrslu



Sjúkratrygginga Íslands – *Reynsla og áhrif greiðsluþátttökukerfisins á greiðslur sjúkratryggðra - Úttekt tveimur árum eftir gildisdöku.*

Gögn og aðferðarfræði

Félag sjúkrapjálfa notaði gögn frá Tryggingastofnun um nýgengi 75% örorku og endurhæfingarlífeyris við gerð skýrslunar. Gögnin eru flokkuð eftir orsök þess að einstaklingur þurfi að fara á örorku og/eða endurhæfingarlífeyri eftir flokkunum „Stoðkerfissjúkdómar“, „Geðraskanir“ og svo „Allir aðrir sjúkdómar“. Flokkurinn „Allir aðrir sjúkdómar“ nær yfir mjög breitt svið og var ekki farið sérstaklega í staka þætti þess flokks við greiningar þessarar skýrslu. Gögnin voru einnig flokkuð eftir aldurshópnum 18 – 29 ára, 30 – 50 ára og 51 – 67 ára. Þessi gögn voru borin saman við þróun mannfjölda og aldursamsetningu þeirra hópa sem greiningin nær til, þ.e.a.s.18-67 ára.

Þegar vísað er til örorku í texta skýrslunar er átt við 75% örorku.

Gögn varðandi þróun mannfjölda á Íslandi og þróun einstakra aldurshópa koma frá Hagstofu Íslands.

Kostnaðargögn koma úr skýrslum Sjúkratrygginga og gögn er varðar tölfræði tengdri þjónustu sjúkrapjálfa er vinna utan sjúkrahúsa og heilbrigðisstofnana koma frá Félagi sjúkrapjálfa.

Mikilvægt er að gögn ólíkra opinberra stofnana séu skoðuð í samræmi og heildstætt, óháð þeim málaflokkum og ráðuneytum sem þau tilheyra.

Vert er að hafa í huga að árið 2007 voru innleidd ný lög um almannatryggingar, þannig að tölur frá tímabilunum fyrir 2007 og eftir eru ekki að öllu leiti sambærilegar vegna ólíkra skilgreininga. Því mun samanburður gagna að mestu vera miðaður við eftir 2007.

Nýgengi örorku

Umræddar upplýsingar eiga við um einstaklinga á aldursbilinu 18-67 ára sem hafa verið nýskráðir með örorku. Einstaklingar sem hljóta slíkt mat og skráningu eiga rétt á örorkubótum frá Tryggingastofnun og teljast með fulla örorku.

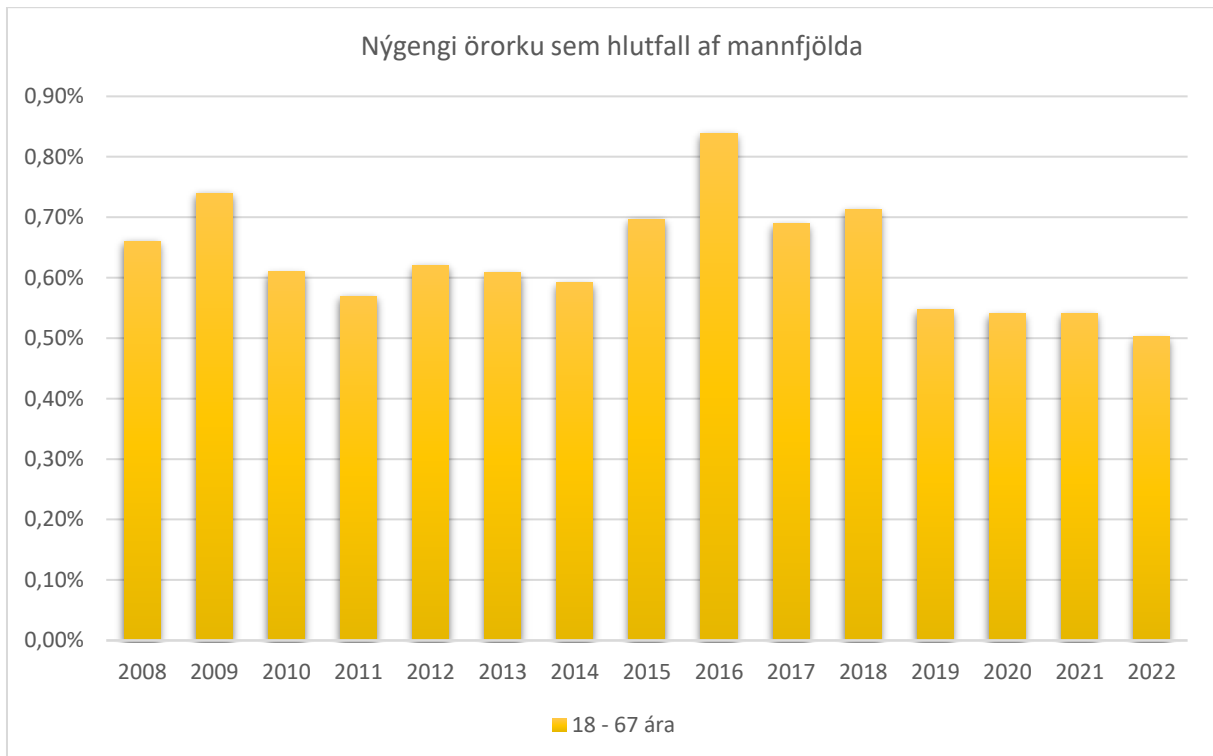
Áhersla var lögð á að rýna ítarlega þróun á nýgengi örorku og athuga hvort breytingar hefðu orðið á slíkri þróun, ekki síst eftir bætt aðgengi að þjálfun í kjölfar breytinga á greiðsluþátttökukerfinu sem tók gildi í maí 2017. Skýrsluhöfundar töldu mikilvægt að meta áhrif þessara umfangsmiklu kerfisbreytinga og bættis aðgengis að heilbrigðisþjónustu og ekki síst þeirri þjónustu sem fellur undir þjálfun. Sá flokkur kemur að miklu leiti einnig að forvörnum og endurhæfingu sem núverandi ráðherra hefur talað sterkt fyrir að þurfi að efla til að mæta þjónustubörfum framtíðarinnar.

Ef heildarþróun á nýgengi örorku sem hlutfall af mannfjölda (**Mynd 1**) er tekin til skoðunar þá sjáum við að nýgengi örorku frá árinu 2016 hefur lækkað eftir nokkuð miklar hækkningar á árunum 2014 – 2016. En árin 2010 – 2014 var hlutfallið nokkuð stöðugt.



Frá árinu 2016 þegar hámarki var náð, þar sem 0,84% einstaklinga á aldrinum 18 – 67 ára nýskráðust á örorku, þá hefur fækkun nýskráninga verið umtalsverð. Nýgengi örorku var komið niður í 0,50% árið 2022. Það er sögulega lágt sé litið til hlutfalls nýskráninga allt aftur til ársins 2000, en ekki voru gögn fyrir lengra tímabil til að byggja á.

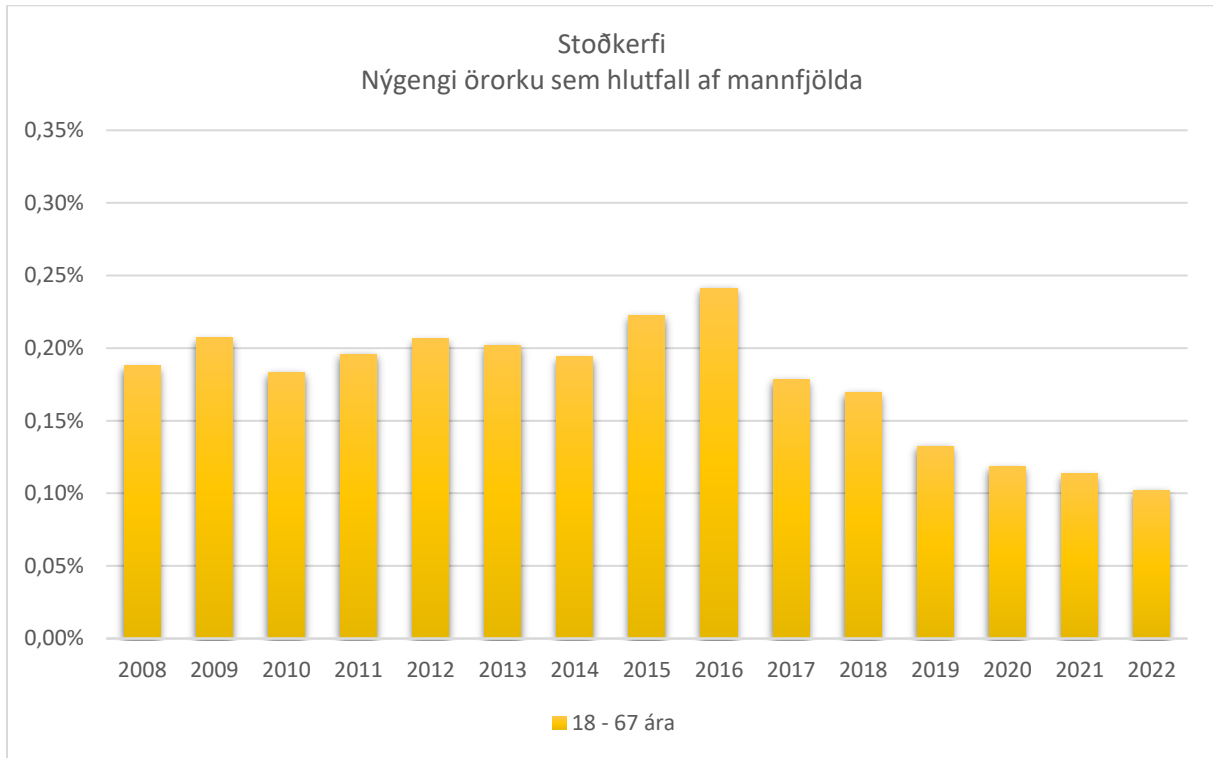
Til þess að meta og greina þessa þróun betur þá óskuðu skýrsluhöfundar eftir upplýsingum um ástæður þess að einstaklingar þyrftu að fara á örorku eða endurhæfingarlífeyri. Þau gögn sem þessi skýrsla er unnin út frá miðast við þrjár meginástæður: vegna stoðkerfissjúkdóma, vegna geðraskana og vegna allra annarra sjúkdóma.



Mynd.1

Ef horft er til nýgengis örorku miðað við mannfjölda vegna stoðkerfissjúkdóma má sjá verulega jákvæða þróun á síðastliðnum árum (Mynd 2). Nýgengi örorku hjá einstaklingum á aldrinum 18-67 ára vegna stoðkerfissjúkdóma náði hámarki árið 2016 í 0,24% en hafði verið frá 0,18 – 0,22% á árunum 2008 – 2015. Frá upptöku nýs greiðsluþátttökukerfis hefur verið stöðug lækkun á nýgengi örorku vegna stoðkerfissjúkdóma ár frá ári og var hún komin niður í 0,10% árið 2022.

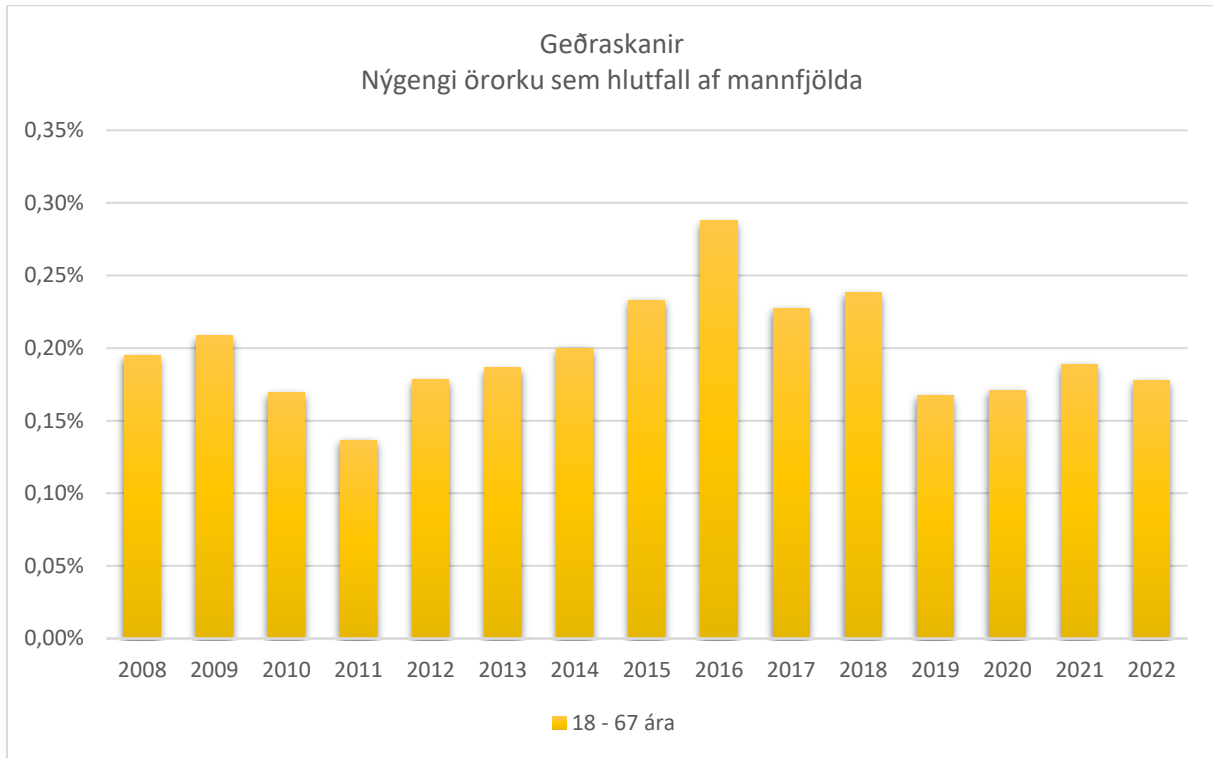
Það vekur sérstaka athygli að þessi þróun á nýgengi örorku vegna stoðkerfissjúkdóma er umtalsvert frábrugðin þróun á nýgengi örorku vegna geðraskana og allra annarra sjúkdóma.



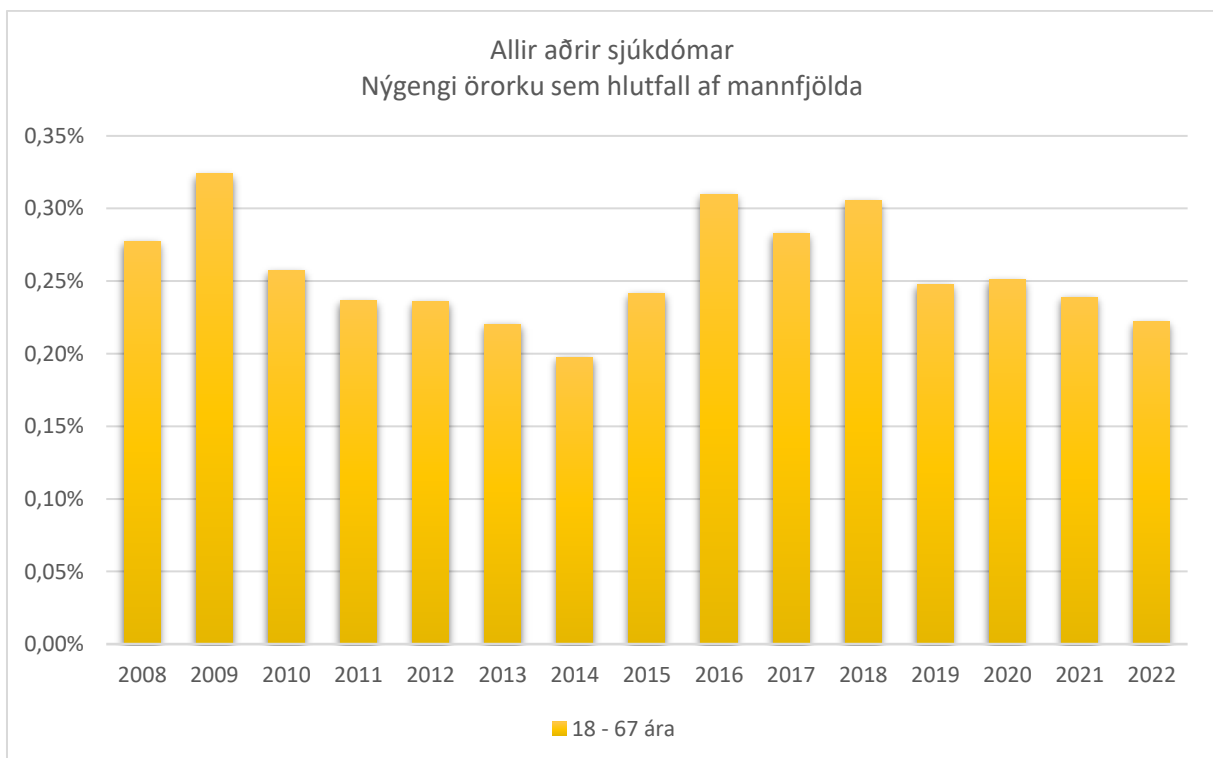
Mynd 2.

Þegar horft er til sambærilegs hlutfalls þeirra sem hafa þurft að fara á örorku vegna geðraskana (**mynd 3**) sést að hlutfallið er nánast það sama árið 2022 og það var árið 2008 eða 0,18% og 0,19%, sem er nokkuð lágt hlutfall miðað við tímabilið 2008 – 2022. Hámark þessa tímabils var árið 2016 þar sem hlutfallið var 0,29%. Meðaltalshlutfall nýgengis örorku vegna geðraskana fyrir árin 2015 – 2018 var 0,25%.

Þegar horft er til nýgengis örorku vegna allra annarra sjúkdóma þá sést nokkur lækkun þar sem hámarki var náð árið 2009 með 0,32% hlutfalli sem lækkaði nokkuð fram til ársins 2016 þegar hlutfallið fór í 0,31% og var það sambærilegt við árið 2018 (**mynd 4**). Frá 2018 hefur hlutfallið lækkað og var árið 2022 0,22%. Þessi flokkur myndar hæsta hlutfall nýskráninga á örorku á umræddu tímabili frá 2008 – 2022 en innan hans er samanlagður fjöldi margra sjúkdóma.



Mynd 3.

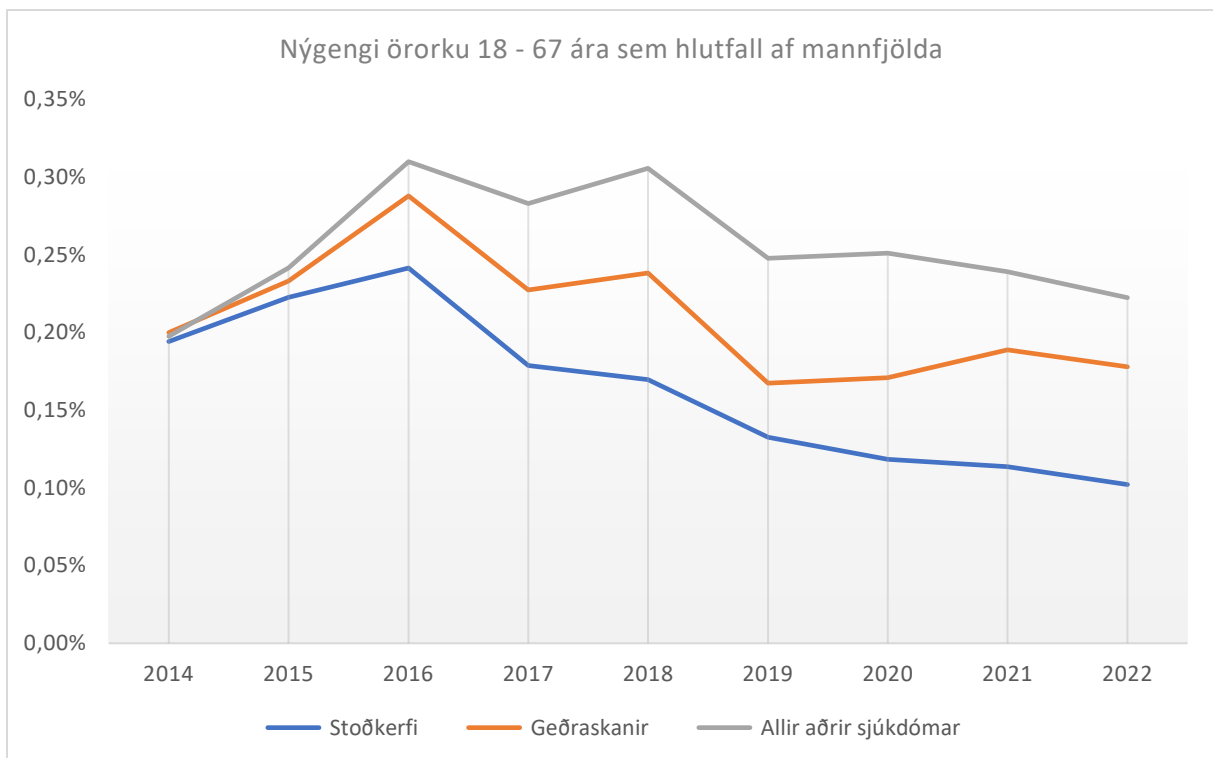


Mynd 4.



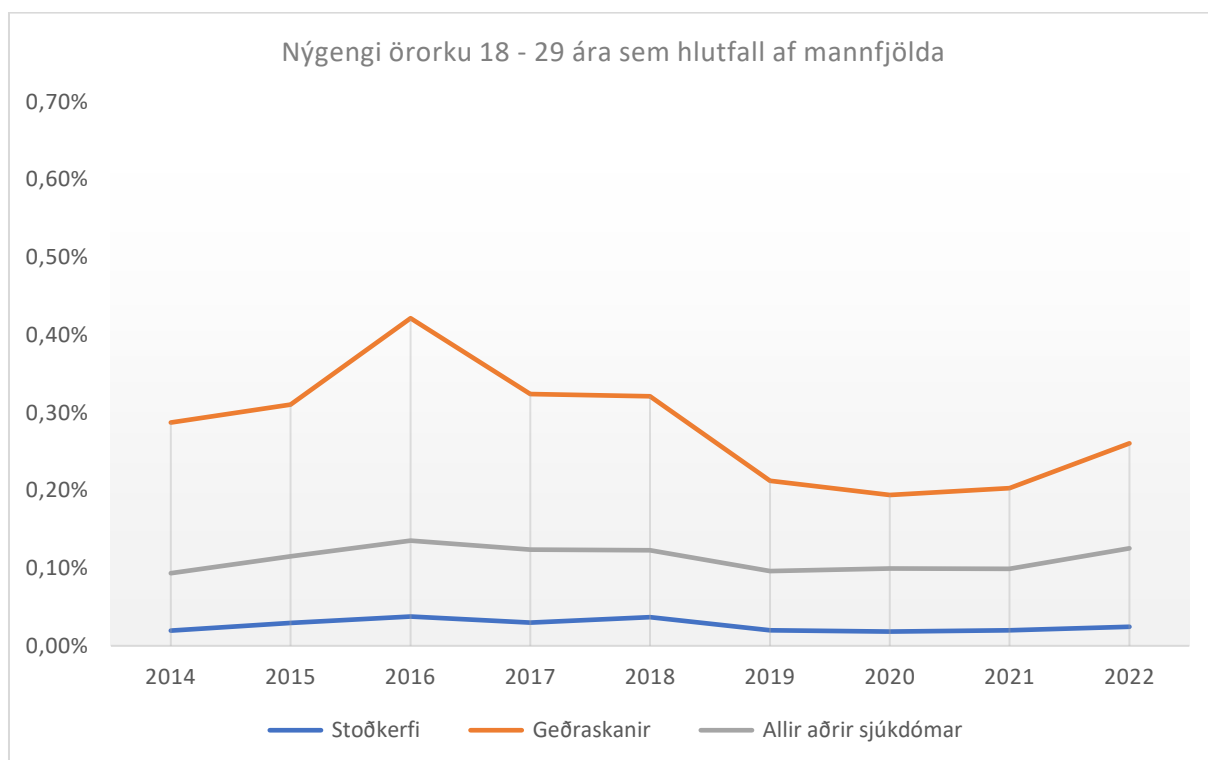
Nýgengi örorku eftir aldri og orsökum 2014 – 2022

Þegar litið er á þróun á nýgengi örorku frá 2014 og fram til 2022, sjáum við að nýgengi örorku sem hlutfall af mannfjölda vegna allra þriggja flokkanna var hér um bil það sama árið 2014 eða rétt um 0,20% einstaklinga á aldrinum 18-67 ára. Frá þeim tíma þá hefur þróun nýgengis verið ólík milli flokka. Hlutfall nýgengis örorku vegna stoðkerfissjúkdóma hefur lækkað mikið á meðan nýgengi vegna geðraskana eða annarra sjúkdóma hefur staðið í stað eða hækkað. Hámarki var náð í öllum flokkunum árið 2016 þar sem nýgengi vegna stoðkerfissjúkdóma var 0,24%, vegna geðraskana 0,29% og vegna allra annara sjúkdóma 0,31%. Árið 2022 hafði hlutfallið lækkað vegna stoðkerfissjúkdóma niður í 0,10%, vegna geðraskana í 0,18% og vegna allra annara sjúkdóma í 0,22% (mynd 5).



Mynd 5.

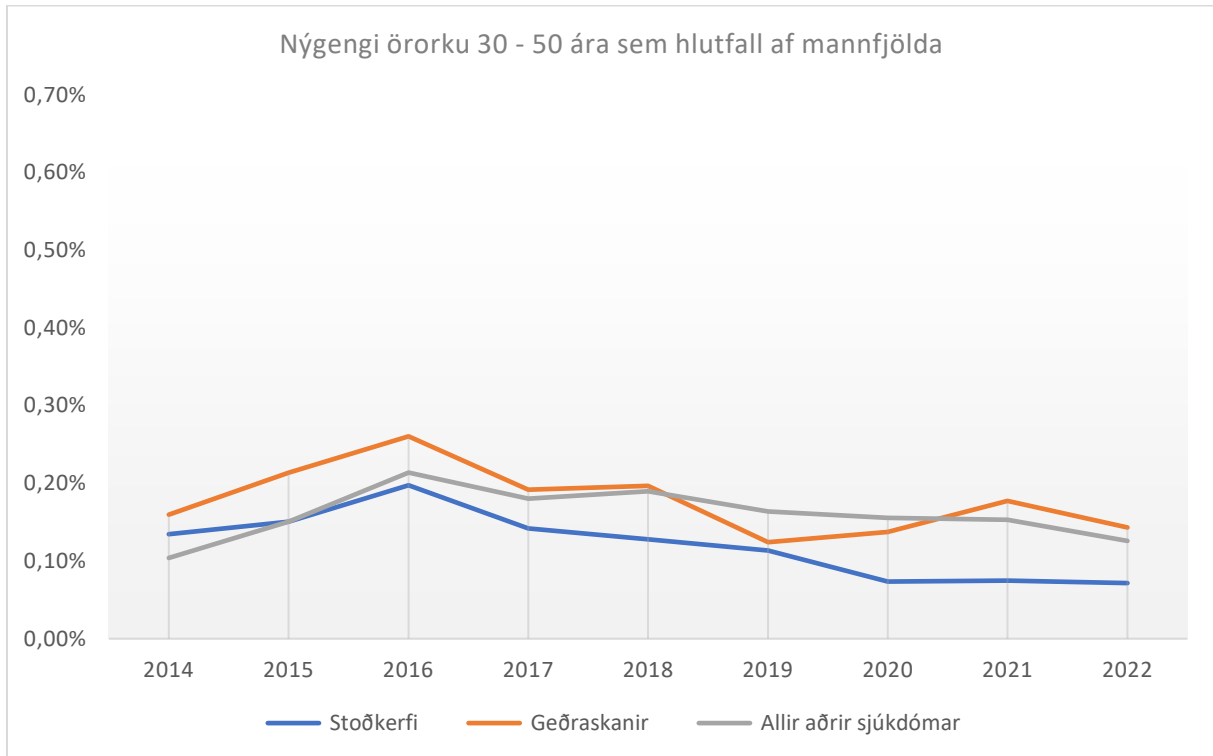
Þegar þróun er skoðuð eftir ólíkum aldurshópum sjáum við að hjá yngsta hópnum sem er 18 – 29 ára (**mynd 6**) eru geðraskanir algengasta ástæða nýgengis örorku. Þar var hlutfallið 0,29% árið 2014 og náði hámarki árið 2016 þegar 0,42% einstaklinga á því aldursbili nýskráðust á örorku vegna geðraskana. Eftir það lækkaði hlutfallið og fór niður í 0,19% árið 2020. Síðan hækkaði nýgengi vegna geðraskana hjá þessum aldurshópi og árið 2022 var hlutfallið komið í 0,26%. Ekki hafa orðið miklar breytingar á nýgengi örorku hjá þessi aldurshópi vegna stoðkerfissjúkdóma eða vegna allra annarra sjúkdóma. Nýgengi vegna stoðkerfissjúkdóma var hlutfallslega það sama árin 2014 og 2022 eða 0,02%. Hlutfallslegt nýgengi örorku vegna allra annarra sjúkdóma var 0,09% árið 2014 en 0,13% árið 2022. Örorkubyrði vegna þessara flokka liggur í eðli sínu samkvæmt meira hjá eldri einstaklingum.



Mynd 6.



Hjá aldurshópnum 30 – 50 ára þróaðist nýgengi með öðrum hætti en hjá yngsta aldurshópnum (**mynd 7**). Árið 2014 var nýgengi vegna geðraskana 0,16% af mannfjölda í þessum tiltekna aldurshópi, 0,13% vegna stoðkerfissjúkdóma og 0,10% vegna allra annara sjúkdóma. Töluverð aukning varð í nýgengi vegna allra flokkana fram til ársins 2016 en frá þeim tíma hefur orðið lækkun í öllum flokkum. Sú þróun er þó mest áberandi í flokknum vegna stoðkerfissjúkdóma þar sem orðið hefur stöðug lækkun frá árinu 2016 og var hlutfall nýgengis árið 2022 0,07%. Á meðan voru töluverðar sveiflur í nýgengi vegna geðraskana en árið 2022 var hlutfallið 0,14% og vegna allra annarra sjúkdóma 0,13%.

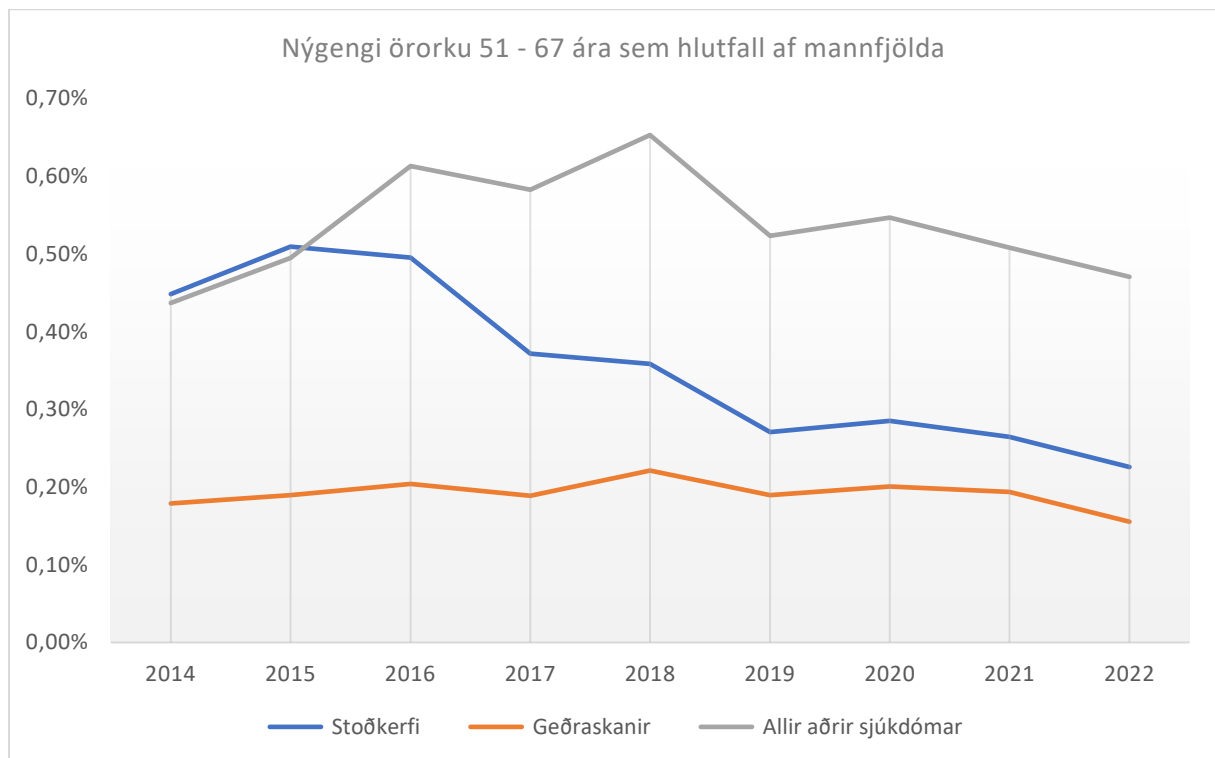


Mynd 7.



Nýgengi örorku hjá elsta aldurshópnum, 51 – 67 ára, sem er sá hópur þar sem flestir nýskrást á örorku, þróaðist með mjög mismunandi hætti eftir orsökum örorkunnar. Árið 2014 var nýgengi vegna stoðkerfissjúkdóma og allra annarra sjúkdóma svipað eða 0,44 % og 0,45% af einstaklingum í þessum aldurshópi (**mynd 8**). Nýgengi örorku vegna allra annarra sjúkdóma jókst jafnt og þétt fram til ársins 2018 þegar hámarki var náð í 0,65%. Eftir það lækkaði hlutfallið og var árið 2022 komið aftur niður í 0,47%. Mjög mikil breyting sést hins vegar á þróun nýgengis örorku vegna stoðkerfissjúkdóma en þar reis hlutfallið úr 0,45% árið 2014 og náði hámarki í 0,50% árið 2016. Síðan þá hefur hlutfall einstaklinga sem nýskrást á fulla örorku vegna stoðkerfissjúkdóma lækkað verulega og var árið 2022 komið niður í einungis 0,23% einstaklinga á aldrinum 51 – 67 ára. Hlutfall nýgengis örorku vegna geðraskana er heldur lægra hjá þessum aldurshópi og helst hlutfallið nokkuð stöðugt á umræddu tímabili þar sem hlutfallið var 0,18% árið 2014 og 0,16% árið 2022.

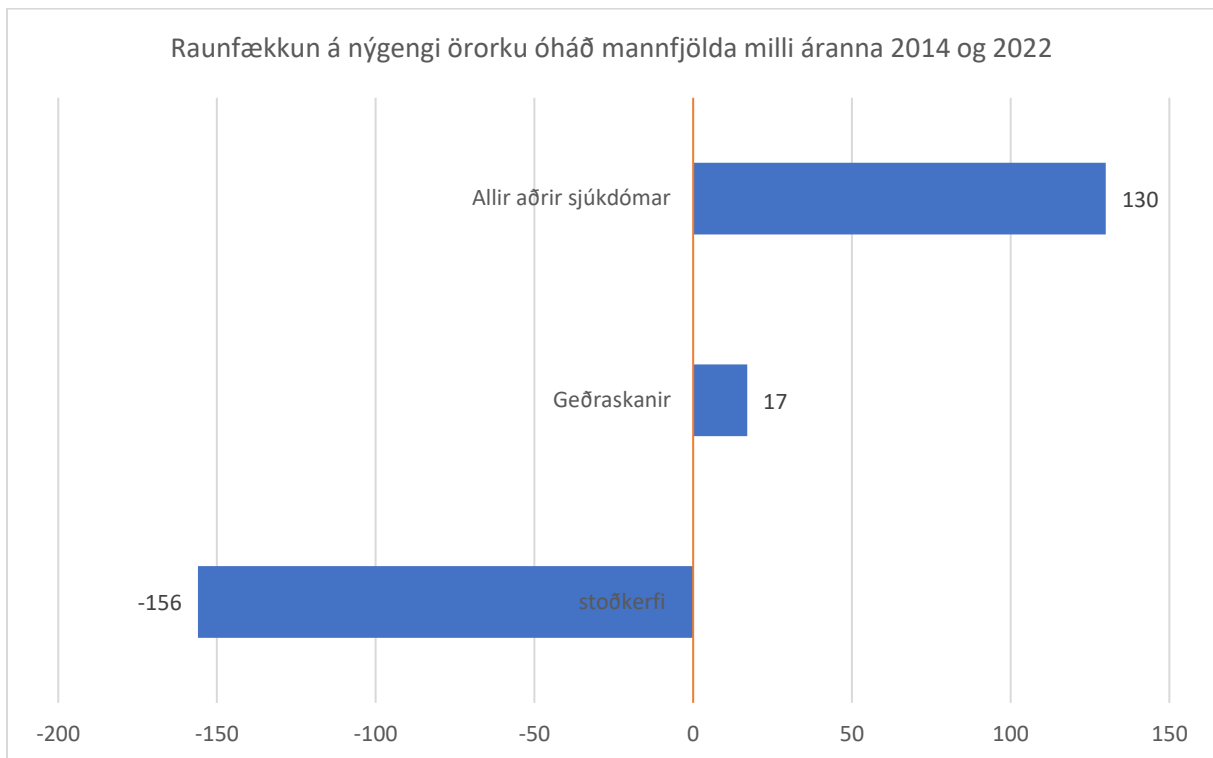
Þegar þessi þróun er skoðuð er mikilvægt að taka tillit til þess að nýtt greiðsluþátttökukerfi tók gildi í maí árið 2017, og möguleg áhrif þessa á langtíma þróun á nýgengi örorku sem við sjáum hér á myndum 6, 7 og 8.



Mynd 8.



Þegar fjöldatölur yfir nýgengi örorku eru skoðaðar fyrir árin 2014 og 2022 þá sést athyglisverð þróun. Heildarfjöldi þeirra sem nýskráðust á örorku á milli þessara ára lækkaði um níu einstaklinga eða úr 1.234 árið 2014 og niður í 1.225 árið 2022. Þróunin var þó verulega ólík milli flokka og skar þróunin vegna stoðkerfissjúkdóma sig úr. Á árinu 2022 nýskráðust 156 færri einstaklingar á örorku vegna stoðkerfissjúkdóma en árið 2014. Lítilleg aukning varð á nýgengi örorku vegna geðraskanana eða 17 einstaklingar. Töluverð fjölgun var þó vegna allra annarra sjúkdóma eða sem nemur 130 einstaklingum (Mynd 9). Mesta breytingin var í aldursflokknum 51-67 ára en þar voru 117 færri einstaklingar sem nýskráðust vegna stoðkerfissjúkdóma og í aldurshópnum 30-50 ára voru 44 færri einstaklingar. Jafnari hækkun var í flokknum allir aðrir sjúkdómar en flestir þó hjá elsta aldurshópnum.

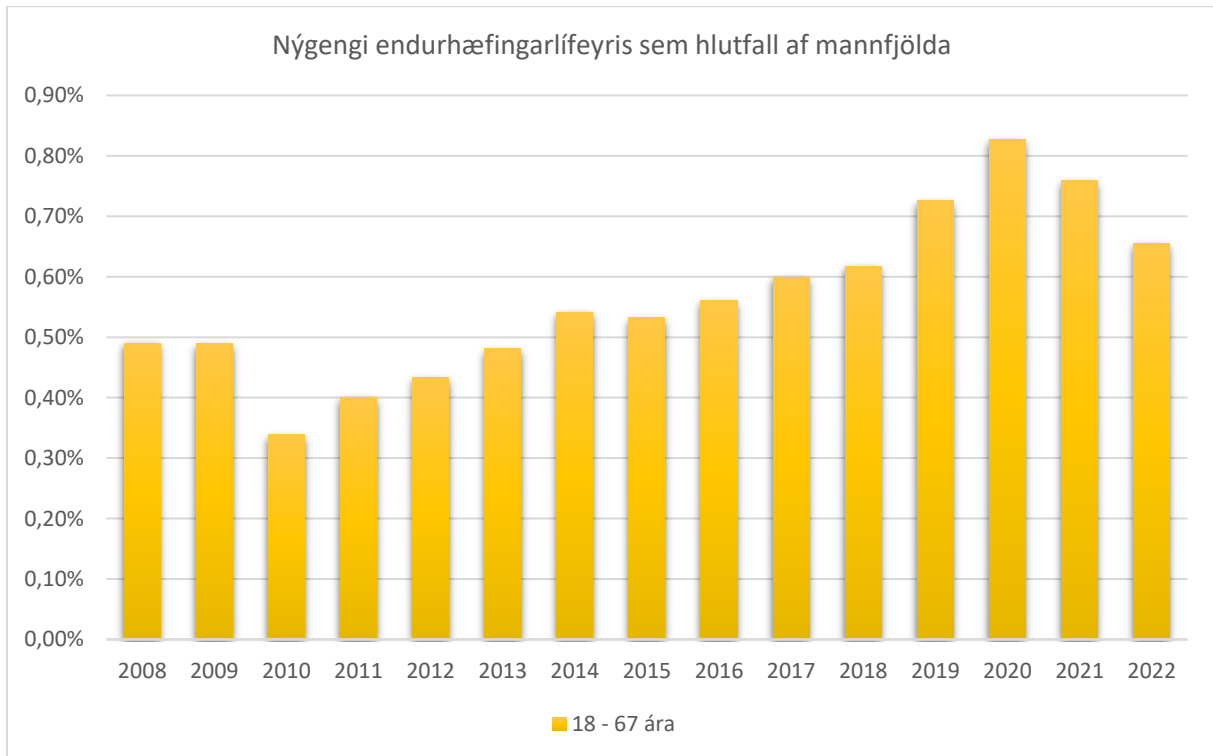


Mynd 9.



Nýgengi endurhæfingarlífeyris

Þegar horft er á þróun á nýgengi á endurhæfingarlífeyri (**mynd 10**) þá sjáum við umtalsverða aukningu frá árinu 2010 þar sem hlutfallið var 0,34% en árið 2020 náði nýskráning hámarki og var orðin 0,83% sem hlutfall af mannfjölda í aldurshópnum 18-67 ára. Árið 2022 hafði hlutfallið lækkað aftur niður í sem nemur 0,65%.

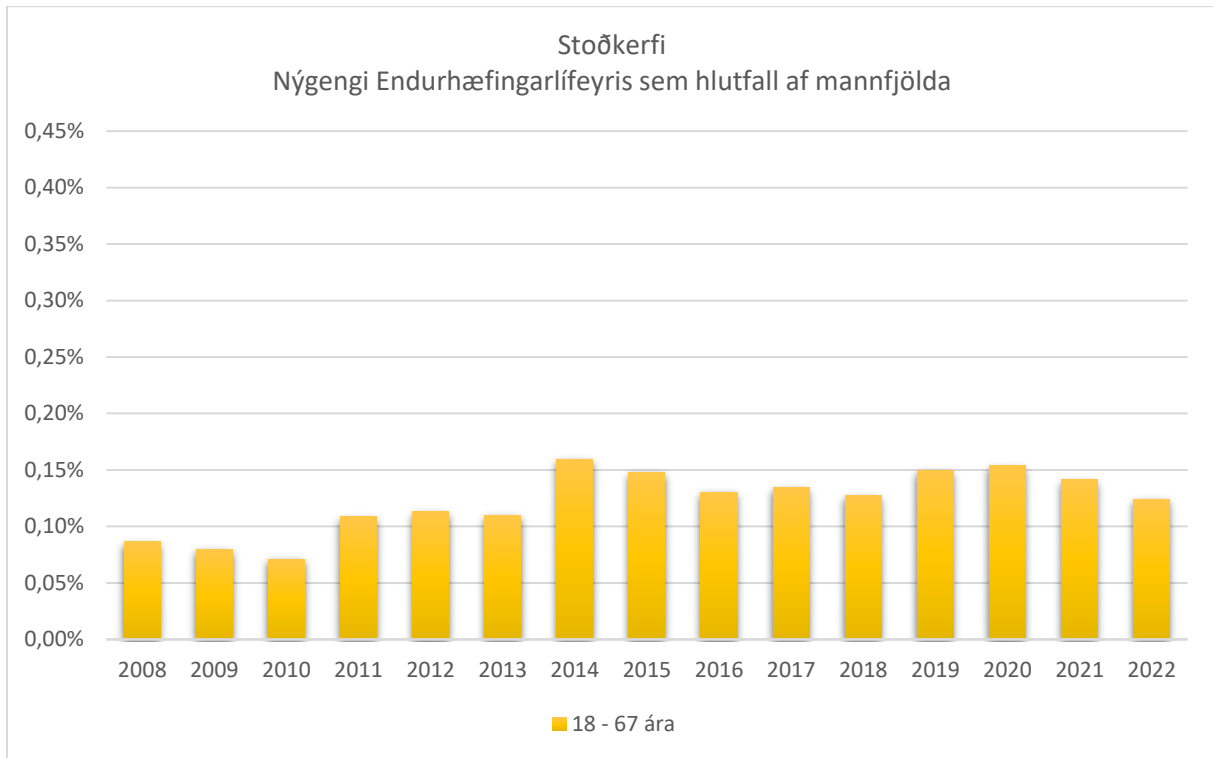


Mynd 10.

Ef horft er á mismun á nýskráningum á endurhæfingarlífeyri eftir sjúkdómsflokkum þá sést að mesta aukningin hefur verið í flokknum vegna geðraskana (**mynd 12**) þar sem hlutfallið var 0,18% árið 2008. Hlutfallið náði hámarki árið 2019 eða 0,40% sem hefur svo lækkað miðað við tölur ársins 2022 niður í 0,31%.

Á meðan hefur þróun nýskráninga á endurhæfingarlífeyri vegna stoðkerfissjúkdóma (**mynd 11**) verið með þeim hætti að árið var 2008 hlutfallið einungis 0,09%. Nýskráningarnar fór hæst árið 2014 í 0,16% og voru komnar í 0,12% árið 2022. Þar sem hlutfallið er svo lágt þá er það næmt fyrir fáum breytingum í nýskráningum.

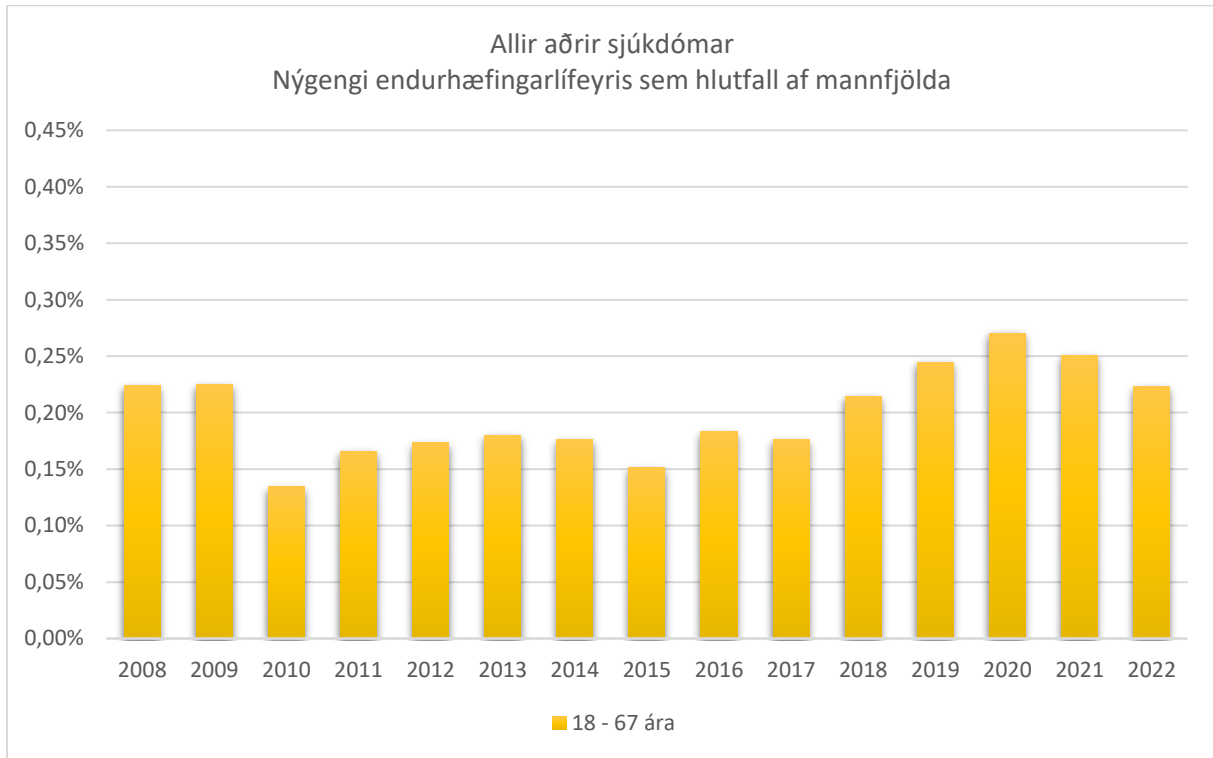
Hlutfallsleg nýskráning á endurhæfingarlífeyri vegna allra annarra sjúkdóma (**mynd 13**) var sögulega lág árið 2010 eða 0,13%. Hlutfallið hækkaði svo umtalsvert og náði hámarki árið 2020 í 0,27% en lækkaðisvo niður í 0,22% árið 2022.



Mynd 11.



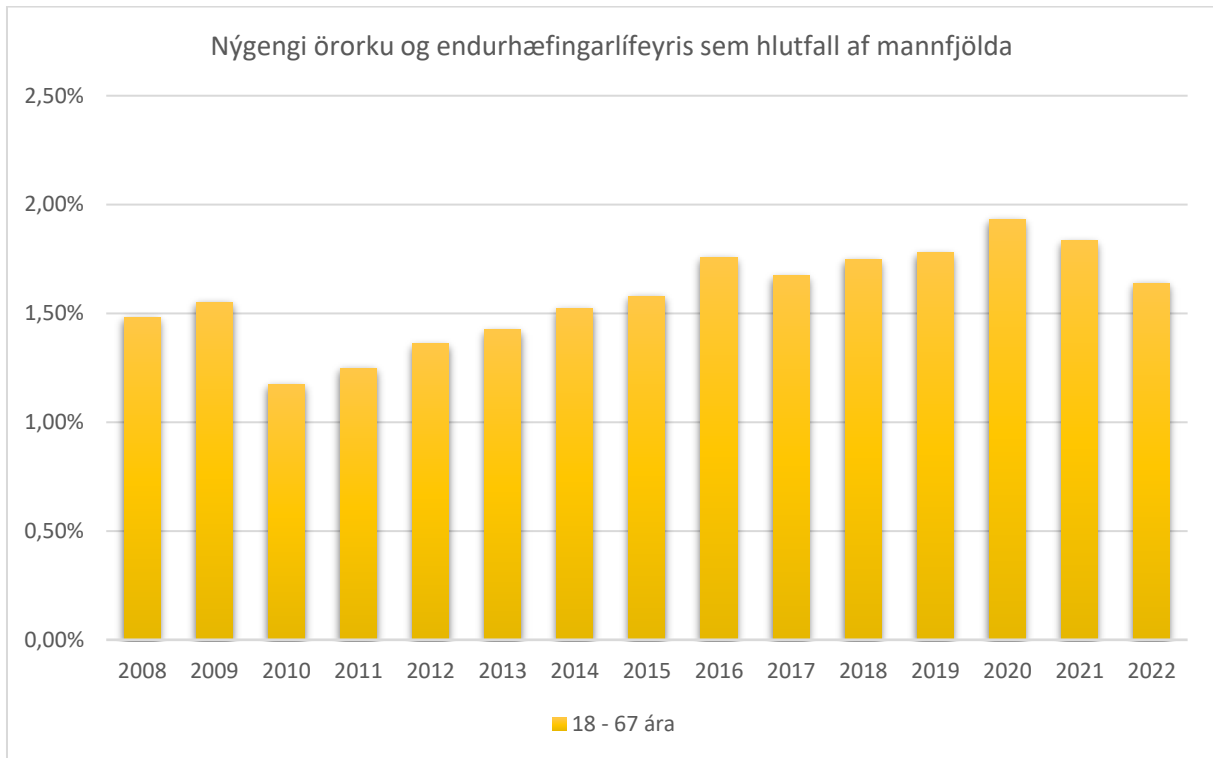
Mynd 12.



Mynd 13.

Nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris

Til að glöggva sig betur á samspili þeirra sem þurfa að fara á örorku og þeirra sem fara á endurhæfingarlífeyri ákváðu skýrsluhöfundar að skoða þessa tvo þætti saman í samræmi við hlutfall af mannfjölda (**mynd 14**). Frá 2010 hækkaði nýgengi örorku og hlutfall einstaklinga sem nýskráðust á endurhæfingarlífeyri úr 1,17% af heildarfjölda 18-67 ára í 1,93% árið 2020. Þetta hlutfall lækkaði svo í 1,64% árið 2022.

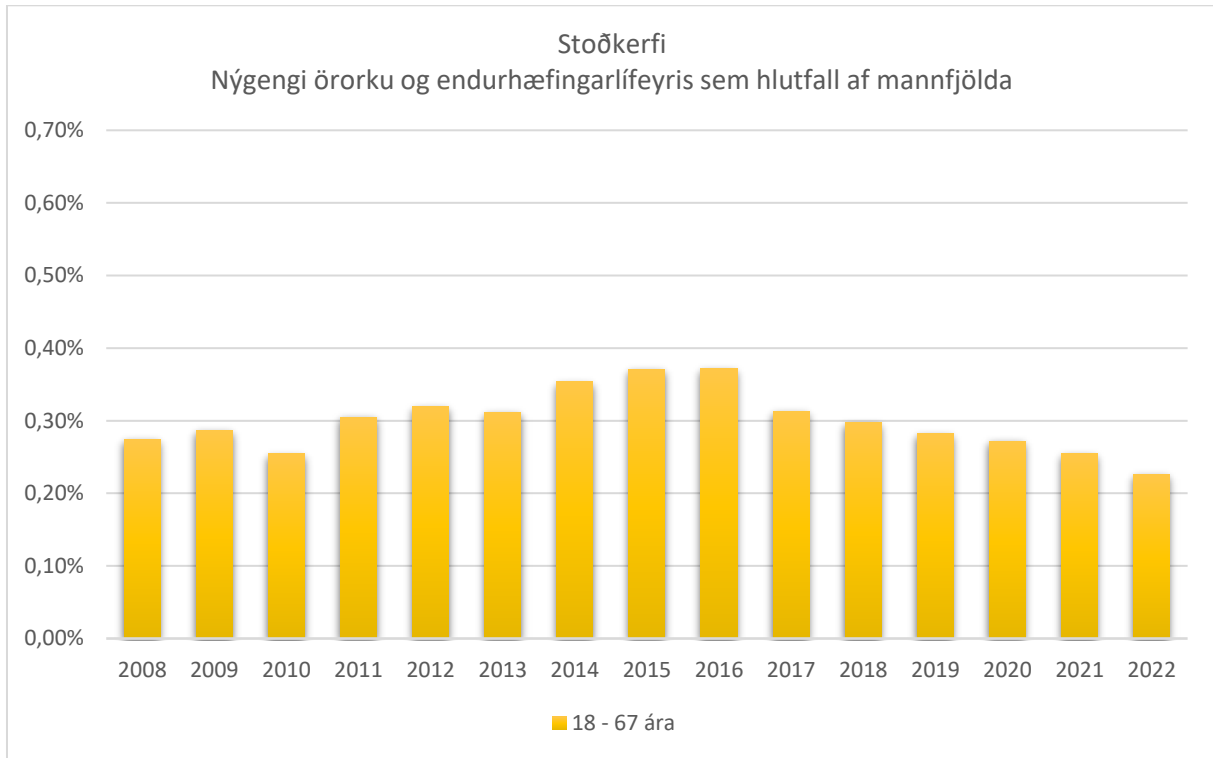


Mynd 14.

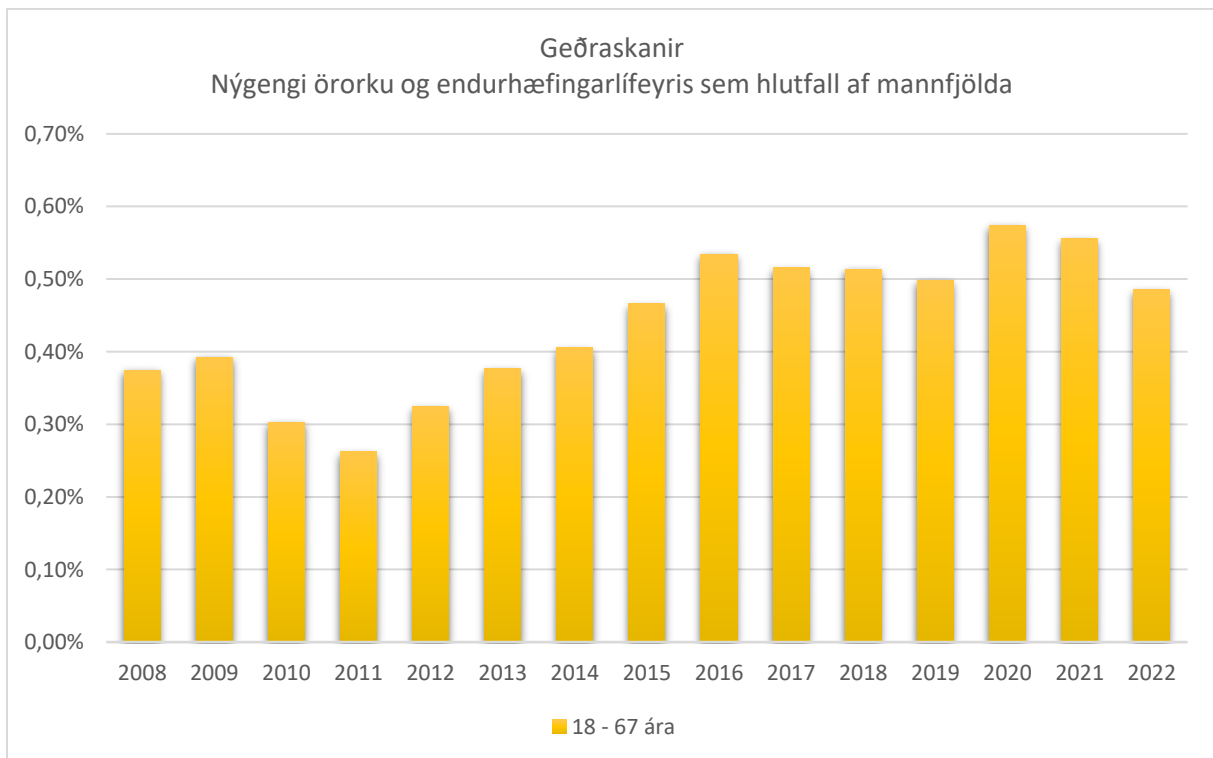
Nýgengi vegna samanlagðar nýskráningar örorku og endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfissjúkdóma (**mynd 15**) hefur ekki tekið stórum breytingum á tímabilinu 2008-2022, en árið 2008 var hlutfallið 0,27% sem náði svo hámarki árin 2015 og 2016 þegar hlutfallið fór upp í 0,37%. Frá 2016 hefur hlutfallið lækkað ár frá ári og var komið niður í 0,23% árið 2022.

Vegna geðraskana (**mynd 16**) var hlutfallið 0,37% árið 2008. Nokkur lækkun var árin 2010 og 2011 þar sem hlutfallið fór niður í 0,26% en hefur svo hækkað nokkuð stöðugt fram til 2016 þar sem hlutfallið var 0,53%. Hlutfallið náði hámarki árið 2020 í 0,57% en hafði svo lækkað aftur árið 2022 niður í 0,49%.

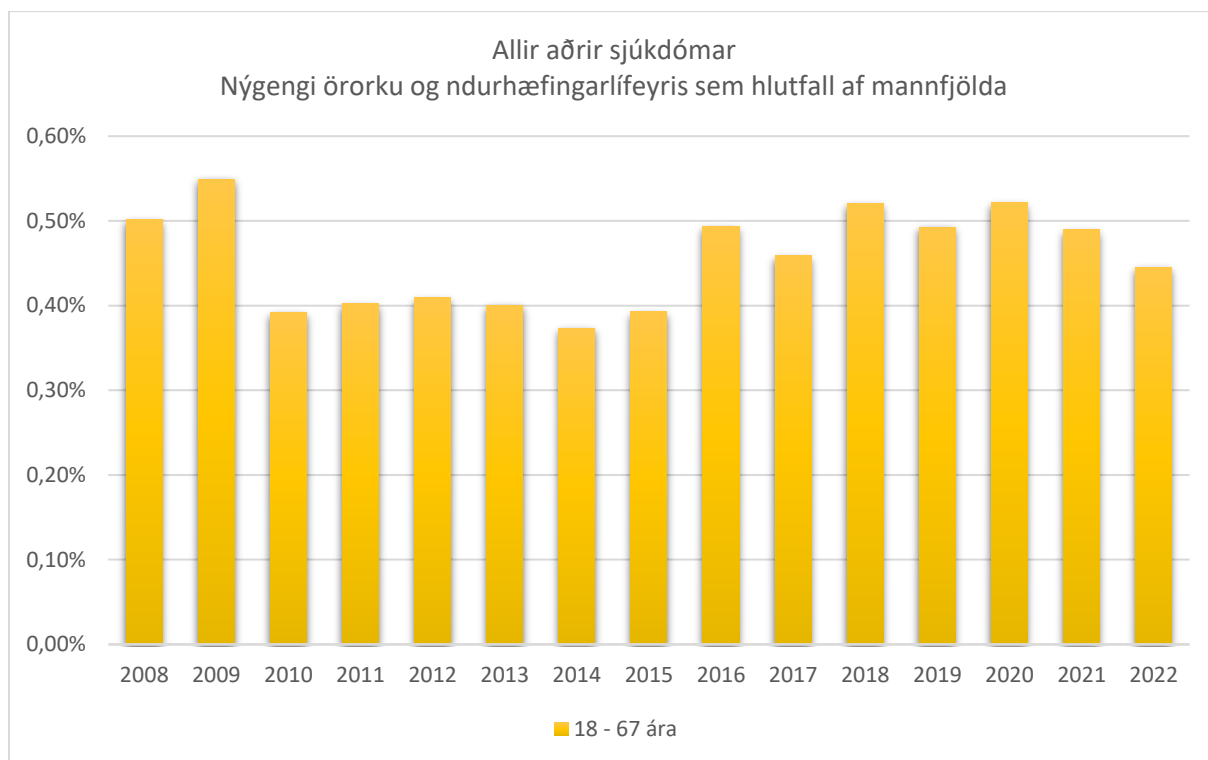
Vegna allra annarra sjúkdóma (**mynd 17**) hefur hlutfallið þróast með þeim hætti að nokkuð hátt hlutfall var árin 2008 og 2009 eða sem nemur 0,50% og 0,55%. Nokkur lækkun var þá árið 2010 niður í 0,39% sem hélst nánast óbreytt fram til 2015. Hámarki var náð árin 2018 og 2020 í 0,52% sem hefur svo lækkað aftur niður í 0,45% árið 2022.



Mynd 15.



Mynd 16.



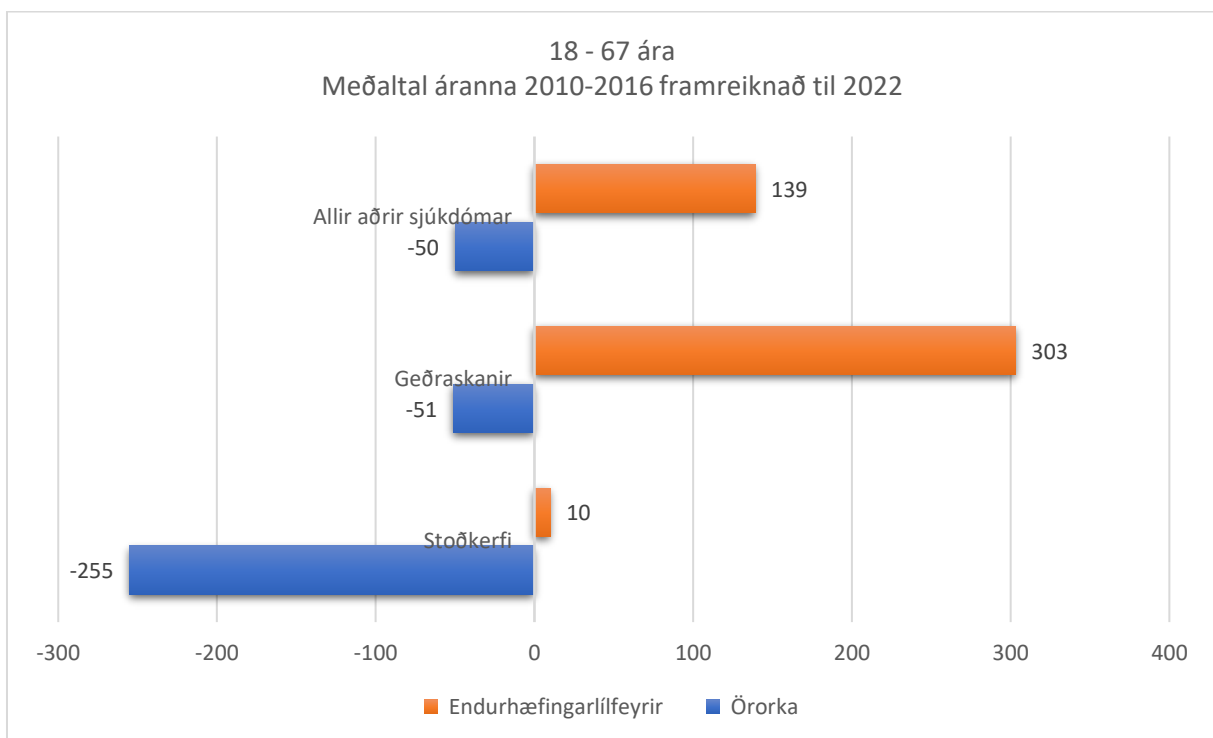
Mynd 17.

Áhrif óbreytts ástands á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyri

Við töldum mikilvægt til þess að átta sig enn betur þróun umræddra þátta, þ.e. nýgengis örorku og endurhæfingarlífeyris, að meta hvaða breytingar og áhrif hafa orðið í síðan nýja greiðsluþátttökukerfið tók í gildi ári 2017

Því var ákveðið að bera saman þá meðaltalsþróun í nýgengi sem hafði verið árin á undan innleiðingu nýja greiðsluþátttökukerfisins og hver áhrifin hefðu verið ef sambærilegt hlutfall einstaklinga hefði nýskráðst árið 2022. Meðaltalshlutfall árána 2010 – 2016 var haft til viðmiðunar.

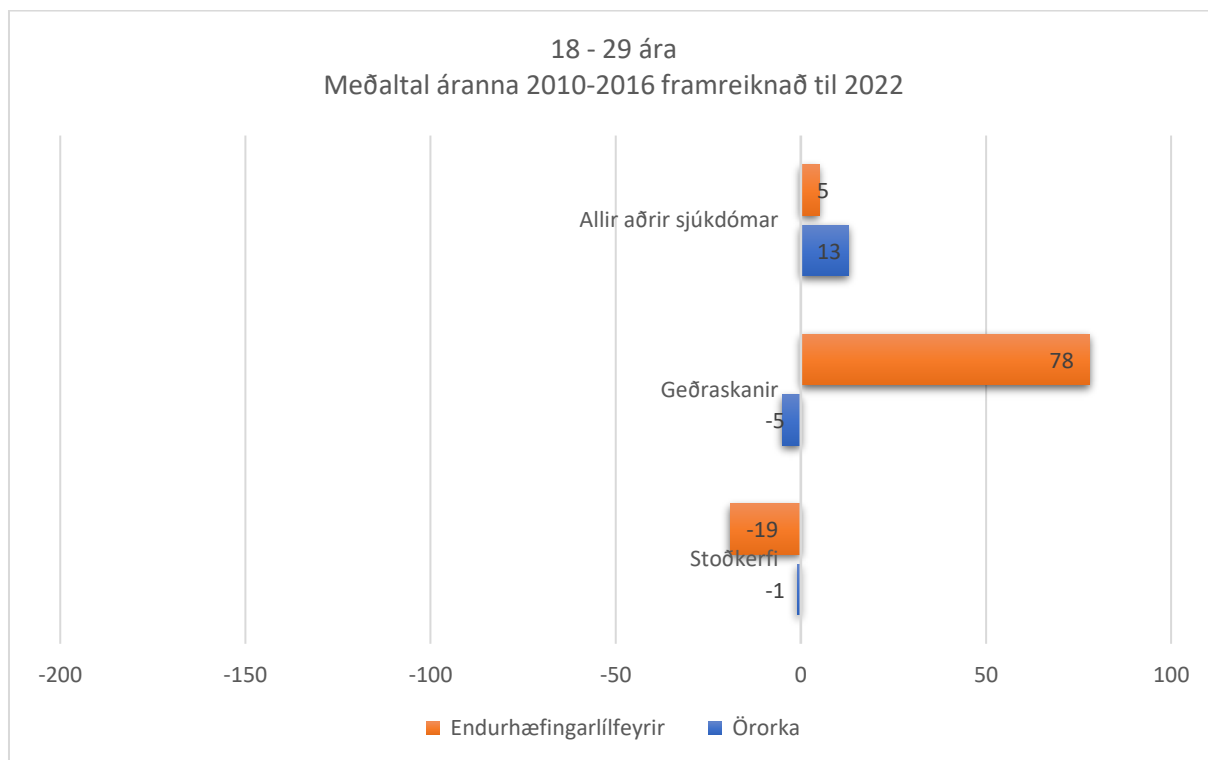
Ef horft er á heildar aldurshópin 18 - 67 ára (**mynd 18**) og gert ráð fyrir að sambærilegt hlutfall einstaklinga hefðu nýskráðst annaðhvort á örorku eða endurhæfingarlífeyri árið 2022 og meðaltals hlutfall árána 2010 – 2016 sjáum við athyglisverðar niðurstöður. Ætla má að það séu 255 færri einstaklingar sem hafi nýskráðst á örorku árið 2022 heldur en hefðu gert ef ekki hefði orðið lækkun á nýgengi örorku. Um 50 færri vegna bæði geðraskana og allra annara sjúkdóma. Á sama tíma eru nú árið 2022 hlutfallslega mun fleiri sem nýskrást á endurhæfingarlífeyri heldur en hefðu gert í óbreyttu ástandi, eða 303 fleiri vegna geðraskana og 139 vegna allra annara sjúkdóma. Lítil aukning hefur orðið vegna stoðkerfissjúkdóma.



Mynd 18.

Þegar þróunin er skoðuð eftir aldurshópum sjáum við með gleggri hætti þá þróun sem verið hefur á umræddu tímabili. Í yngsta aldurshópnum 18 – 29 ára (**mynd 19**) sjáum við óverulegar breytingar er kemur að nýgengi örorku í öllum flokkum. Nokkur fjölgun hefur verið í nýskráningum á endurhæfingarlífeyri vegna geðraskana eða sem nemur að 78 fleiri einstaklingar á umræddu aldursbili

hafi nýskráðst 2022 en miðað við meðaltalshlutfall 2010 – 2016. Lítilsháttar breyting var í öðrum flokkum en nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfissjúkdóma er lítið í yngsta aldurshópnum.

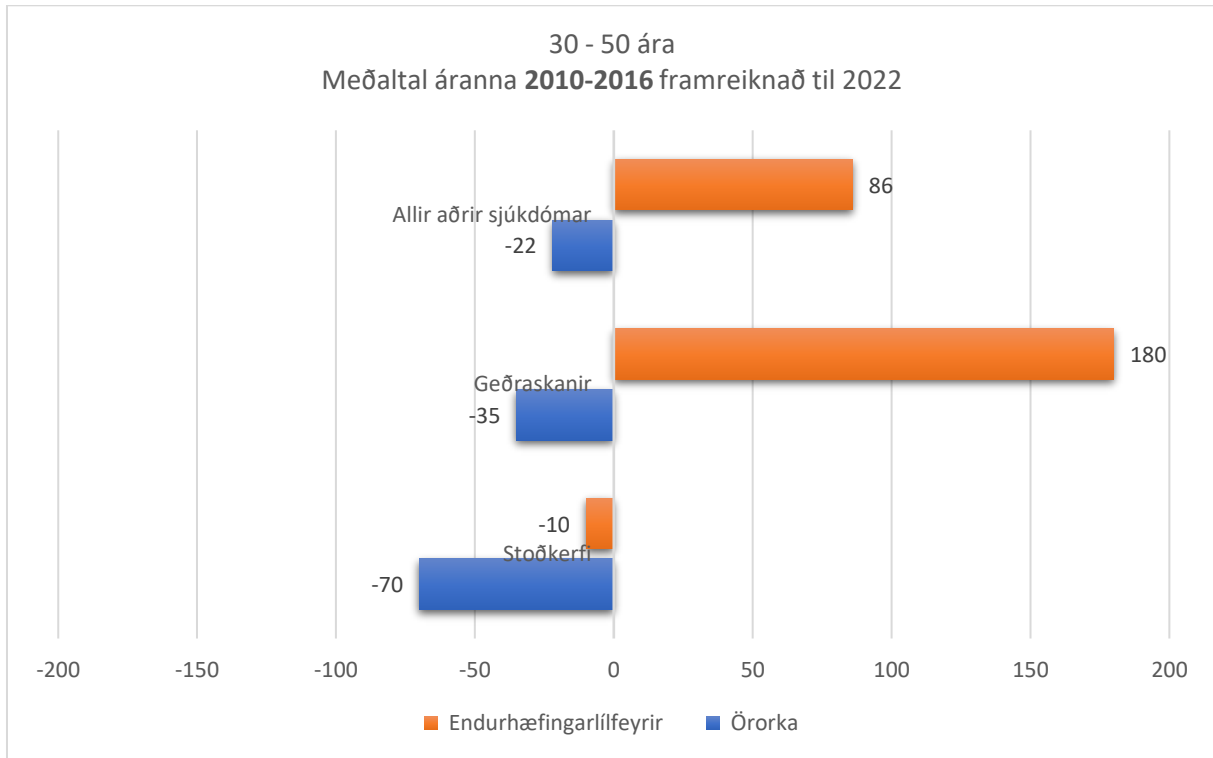


Mynd 19.

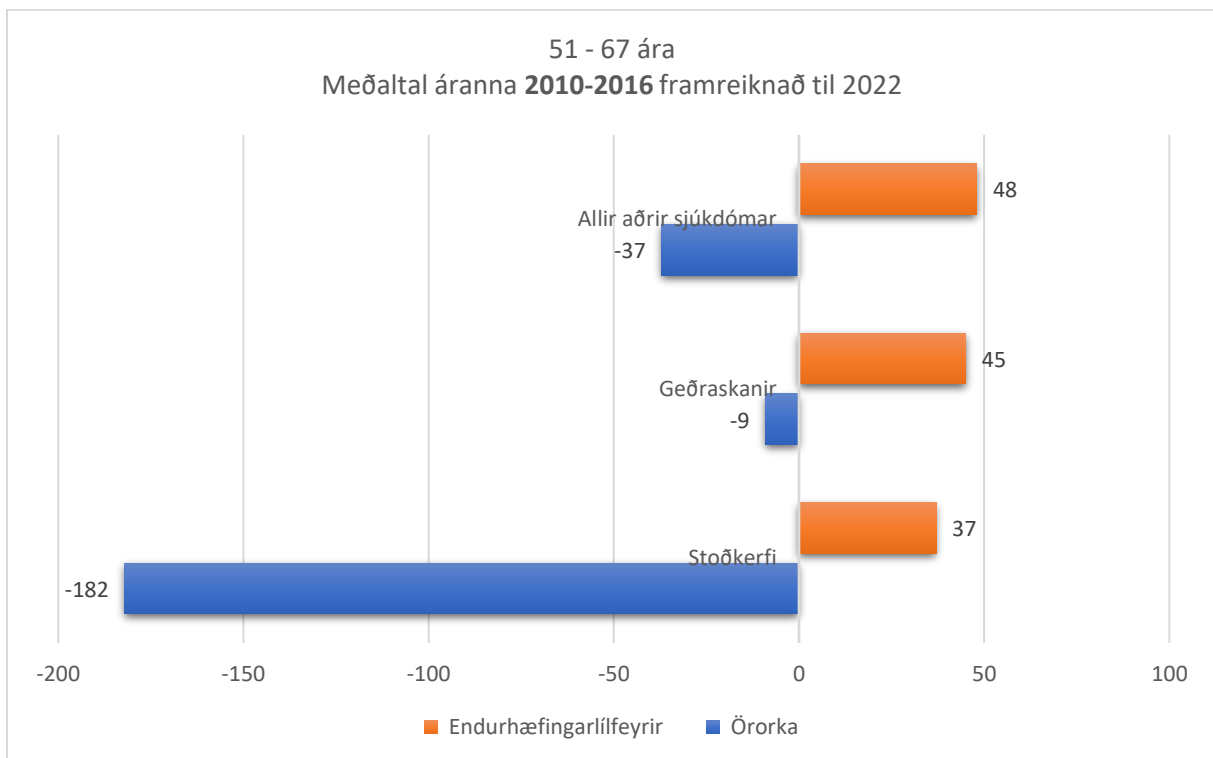
Hjá aldurshópnum 30 – 50 ára (**mynd 20**) sjáum við að nokkuð færri einstaklingar eru að nýskrást á örorku árið 2022 miðað við meðaltalshlutfall árána 2010 – 2016 og er lækkun í öllum flokkum. Mest breyting er þó vegna stoðkerfissjúkdóma þar sem 70 færri einstaklingar nýskrást 2022 en vænta mátti miðað við hlutfall árána 2010-2016, 35 færri vegna geðraskana og 22 færri vegna allra annarra sjúkdóma.

Mikill munur er þó á þróuninni eftir flokkum er kemur að nýskráningum á endurhæfingarlífeyri, þar sem ætla má að það séu 180 fleiri einstaklingar sem hafi nýskráðst á endurhæfingarlífeyri árið 2022 heldur en hefði verið ef meðaltalshlutfall 2010 – 2016 hefði verið áfram, og 86 fleiri ef horft er til nýskráninga vegna allra annarra sjúkdóma.

Hjá elsta aldurshópnum 51-67 ára (**mynd 21**) eru flestar nýskráningar örorku. Ef horft er til þeirra áhrifa sem þróun síðastliðinna ára hefur haft þá sjáum við að miðað við meðaltalshlutfall árána 2010 – 2016 eru 182 færri einstaklingar sem nýskrást á örorku árið 2022 vegna stoðkerfissjúkdóma heldur en hefði verið ef hlutfallið hefði haldist óbreytt. Minni fækkun er vegna annara flokka en það voru 9 færri sem nýskráðust vegna geðraskana og 37 færri vegna allra annarra sjúkdóma. Í elsta aldurshópnum var nokkur hlutfallsleg hækkun á nýskráningum á endurhæfingarlífeyri í öllum flokkum, eða sem nemur 48 fleiri einstaklingum vegna allra annar sjúkdóma, 45 vegna geðraskana og 37 vegna stoðkerfissjúkdóma.



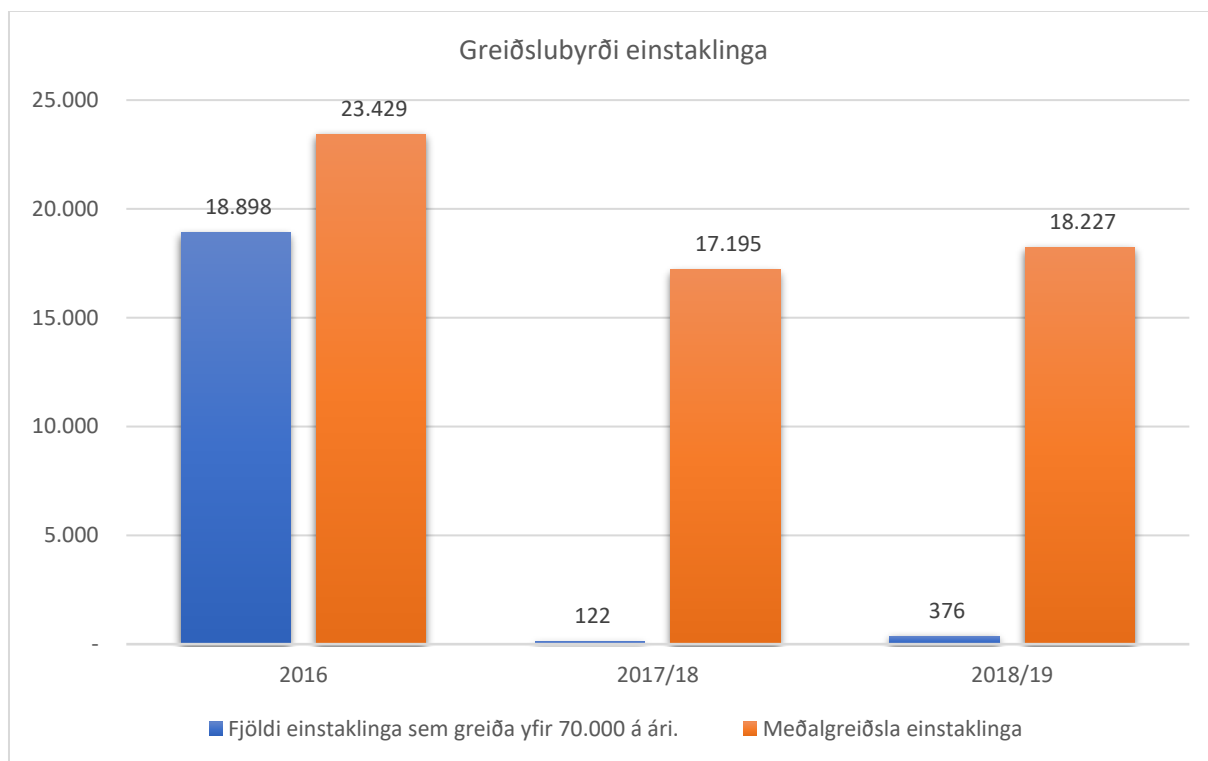
Mynd 20



Mynd 21

Greiðslubyrði einstaklinga

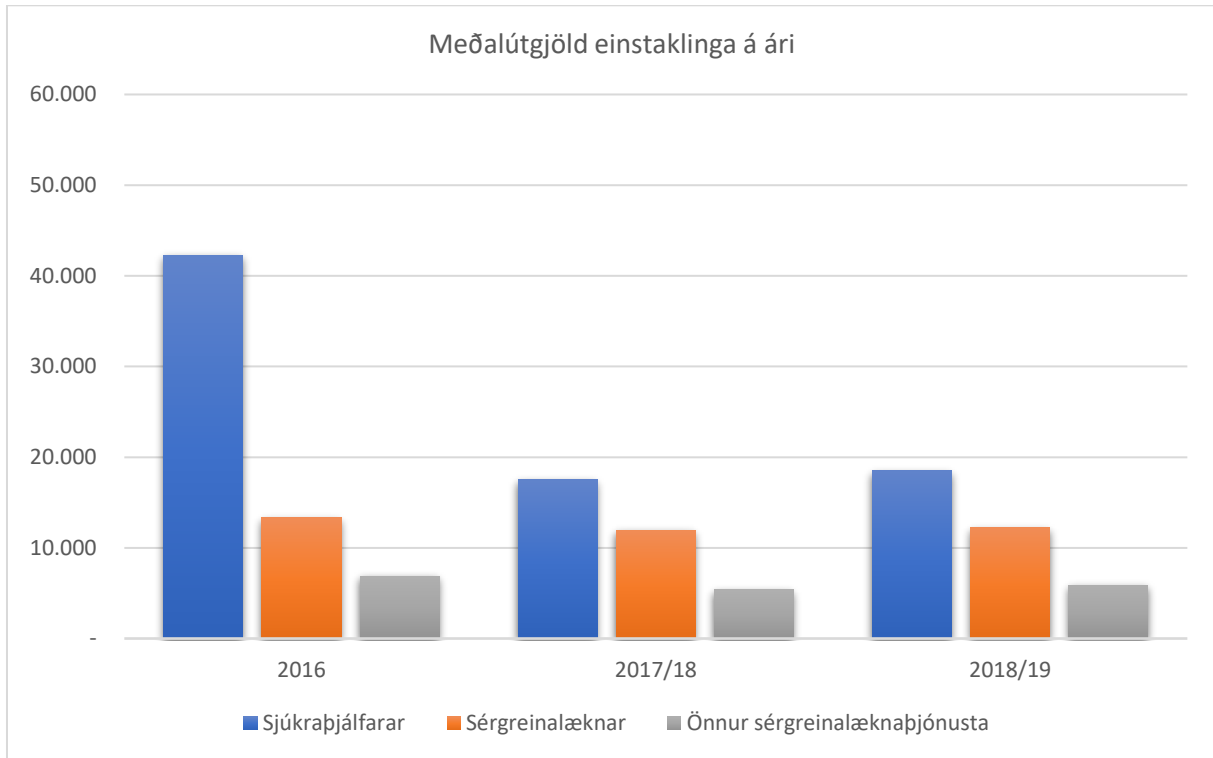
Pung greiðslubyrði þeirra sem þurfa að nýta sér þjónustu heilbrigðiskerfisins var stór ástæða þess að ráðist var í gerð nýs greiðslupátttökukerfis. Eins og sést glögglega hér að neðan (**mynd 22**), þá hefur þeim einstaklingum sem greiða háar upphæðir árlega fyrir þá þjónustu sem fellur undir greiðslupátttökukerfið fækkað verulega eftir gildistöku 2017. Árið 2016 voru 18.898 einstaklingar sem greiddu meira heldur en 70.000 kr. á ári fyrir umrædda þjónustu en ekki nema 376 einstaklingar á samsettu ári 2018/2019. Samhliða hefur meðal kostnaður einstaklinga einnig lækkað. Hefur þetta jafnað aðgengi sjúkratryggðra verulega og létt einna mest undir hjá þeim sem mesta þjónustu þurfa.



Mynd 22.

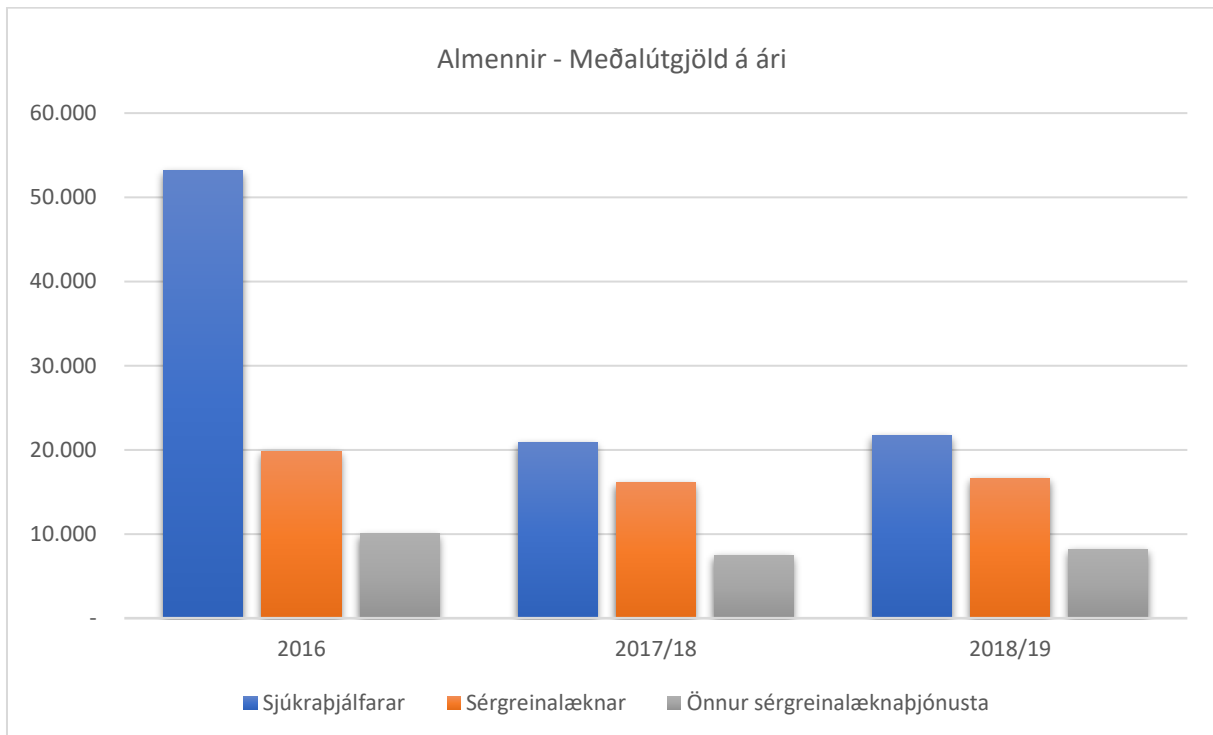
Þegar meðalútgjöld einstaklinga eru skoðuð (**mynd 23**) eftir flokkum sjúkráþjálfnar, sérgreinalækna og annar sérgreinalæknaþjónustu sést að núverandi greiðslupátttökukerfi hafði verulega ólík áhrif á kostnaðarþátttöku einstaklinga fyrir tiltekna þjónustupætti. Hærra greiðsluhlutfall og þátttaka Sjúkratrygginga hefur haft þau áhrif að aðgengi einstaklinga að þjónustu hefur batnað umtalsvert óháð efnahag. Greiðslubyrði einstaklinga vegna sjúkráþjálfnar lækkaði lang mest og voru meðalútgjöld allra einstakling sem nýttu þjónustuna árið 2016, fyrir breytinguna, 41.270 kr. á ári. Eftir breytinguna voru meðalútgjöld 17.505 kr. og hækkuðu svo í samræmi við almennar hækkanir í 18.508 kr. á samsettu ári 2018/2019.

Hluti þessarar skýringar getur legið í röð þjónustu sem veitt er innan kerfisins og þar af leiðandi að einhverjir greiði sinn kostnaðarhluta áður en þeir koma í þjónustu sjúkráþjálfnar. Einnig er eðli þeirrar þjónustu sem sjúkráþjálfnar veita með þeim hætti að einstaklingar þurfa oft að koma oftar en einu sinni til að fá farsæla lausn sinna mála til lengri tíma. mörg vandamál þarfnast fleiri en einnar komu til að leysast



Mynd 23.

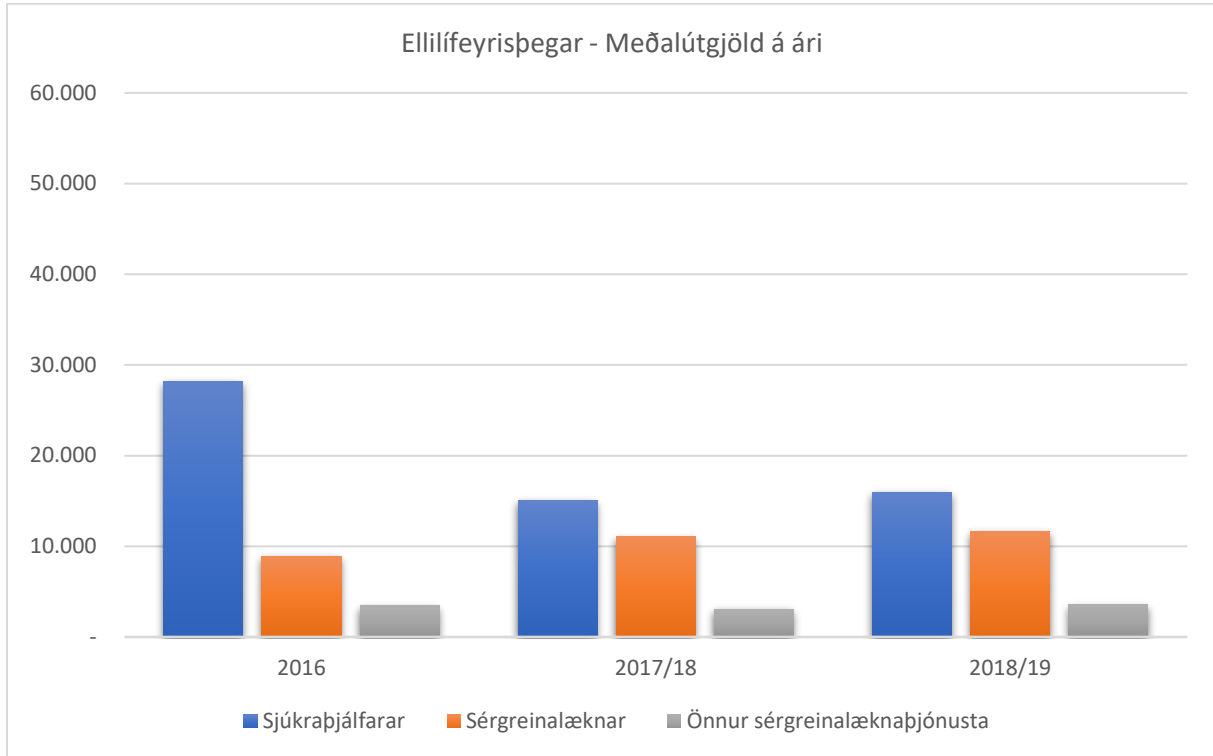
Mest breyting varð hjá hópnum almennir (**mynd 24**) sem í eru einstaklingar sem hafa ekki réttindastöðu sem öryrkjar, lífeyrisþegar eða börn. Í fyrra kerfi var lítil greiðsluþátttaka Sjúkratrygginga fyrir þessa einstaklinga sem hafði áhrif á möguleika þeirra til að sækja sér þjónustu. Mikil breyting varð því á aðgengi með innleiðingu nýja greiðsluþátttökukerfisins fyrir þennan hóp þar sem meðalkostnaður fór úr 53.148 kr árið 2016, niður í 21.698 kr árið 2018/2019.



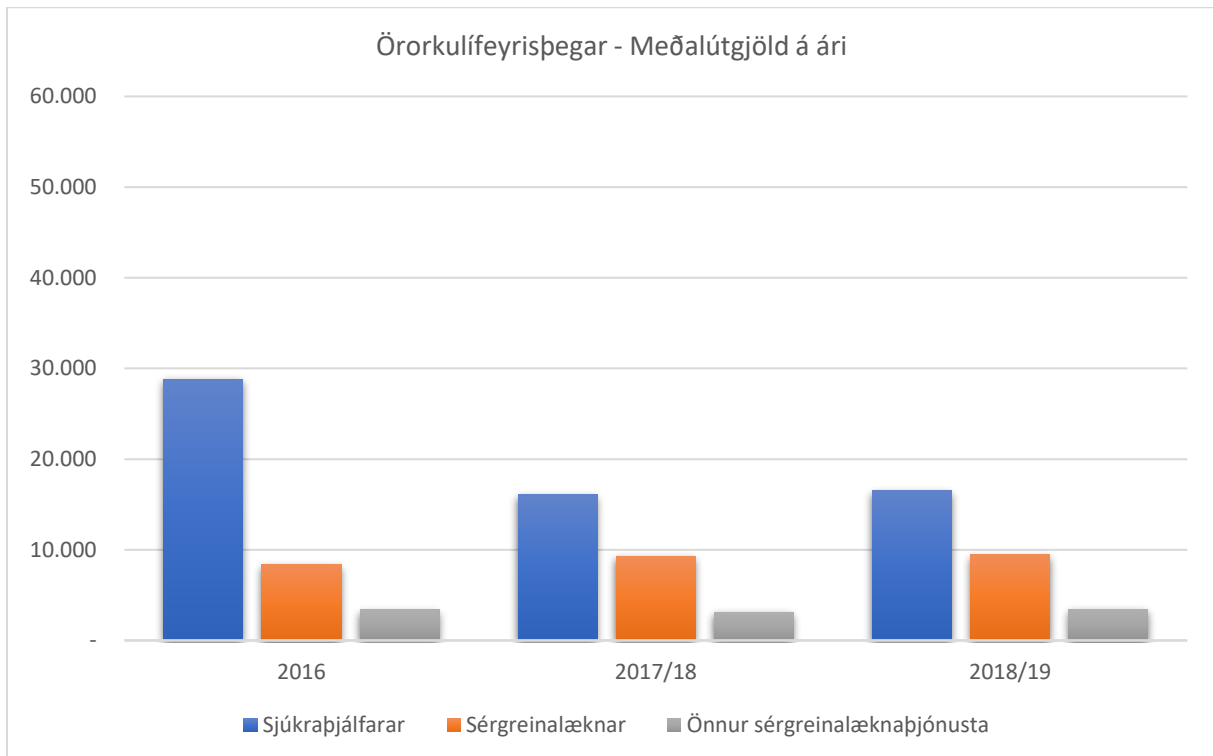
Mynd 24.



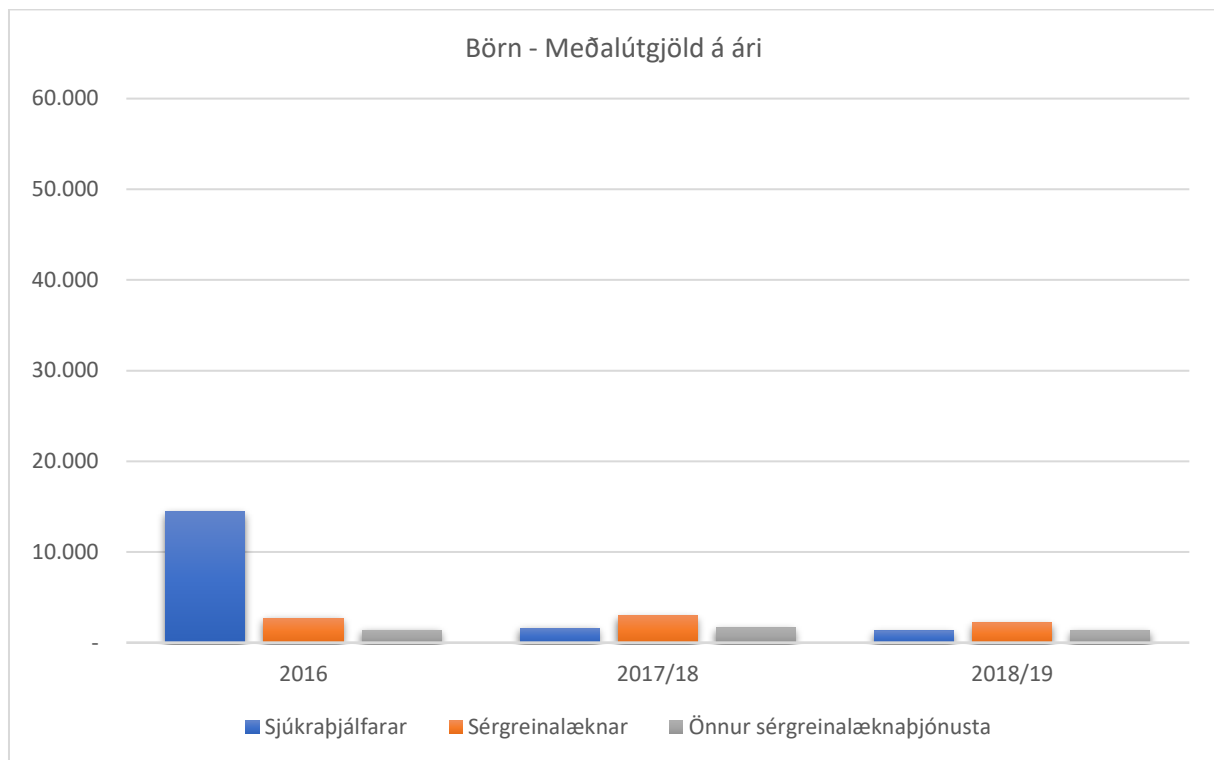
Eins og sjá má þá lækkaði kostnaðarþátttaka allra hópa óháð réttindastöðu mest vegna sjúkraþjálfunar í þessum samanburði (**myndir 25, 26 og 27**). Voru þær breytingar þó ekki eins stórar hjá öryrkjum, ellilífeyrisþegum og börnum samanborið við þá sem flokkast sem almennir, enda kostnaður þeirra almennt lægri fyrir breytinguna.



Mynd 25.



Mynd 26.



Mynd 27.

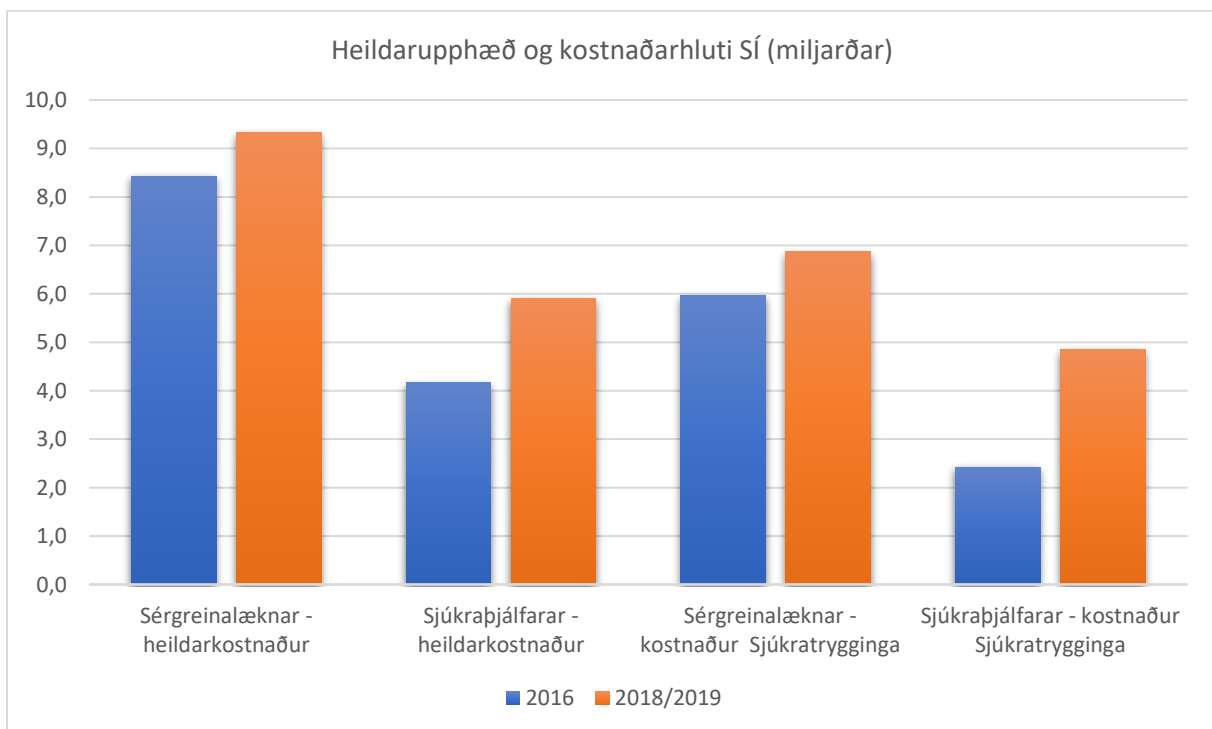


Aðrar breytur og áhrif

Mikilvægt er að skoða fjölbreytt áhrif kerfislegra breytinga eins og þeirra breytingana sem fylgdu innleiðingunni á nýja greiðsluþáttökukerfinu í maí 2017. Ekki er skynsamlegt að horfa eingöngu á afmarkaða þætti í stað þess að meta heildaráhrif, bæði kostnaðarlega en ekki síður samfélagslega. Við ákváðum að bera saman heildarkostnað vegna þjónustu sjúkraþjálfara annars vegar og vegna þjónustu sérgreinalækna hins vegar (mynd 28), og svo eingöngu kostnað Sjúkratrygginga vegna þessarar tilteknu þjónustu. Árin sem borin voru saman voru árið 2016 þ.e. árið fyrir innleiðingu greiðsluþáttökukerfisins og svo annað heila árið eftir gildistöku sem var samsett ár 2018/2019.

Samkvæmt skýrslu Sjúkratrygginga var heildarupphæð, sem er skilgreind sem samanlagður kostnaður Sjúkratrygginga og einstaklinga, vegna sérgreinalækna um 8,4 milljarðar árið 2016 og nam rúmum 9,3 milljörðum á samsettu ári 2018/2019 tveimur árum eftir gildistöku nýja kerfisins. Þar af var kostnaður vegna bæklunarlækna 955 miljónir árið 2016 og 989 miljónir 2018/2019 sem samsvarar 9% hækkun á þeim lið. Hlutur SÍ nam þá árið 2016 tæpum 6 milljörðum og hækkaði upp í tæpa 6,9 milljarða árið 2018/2019.

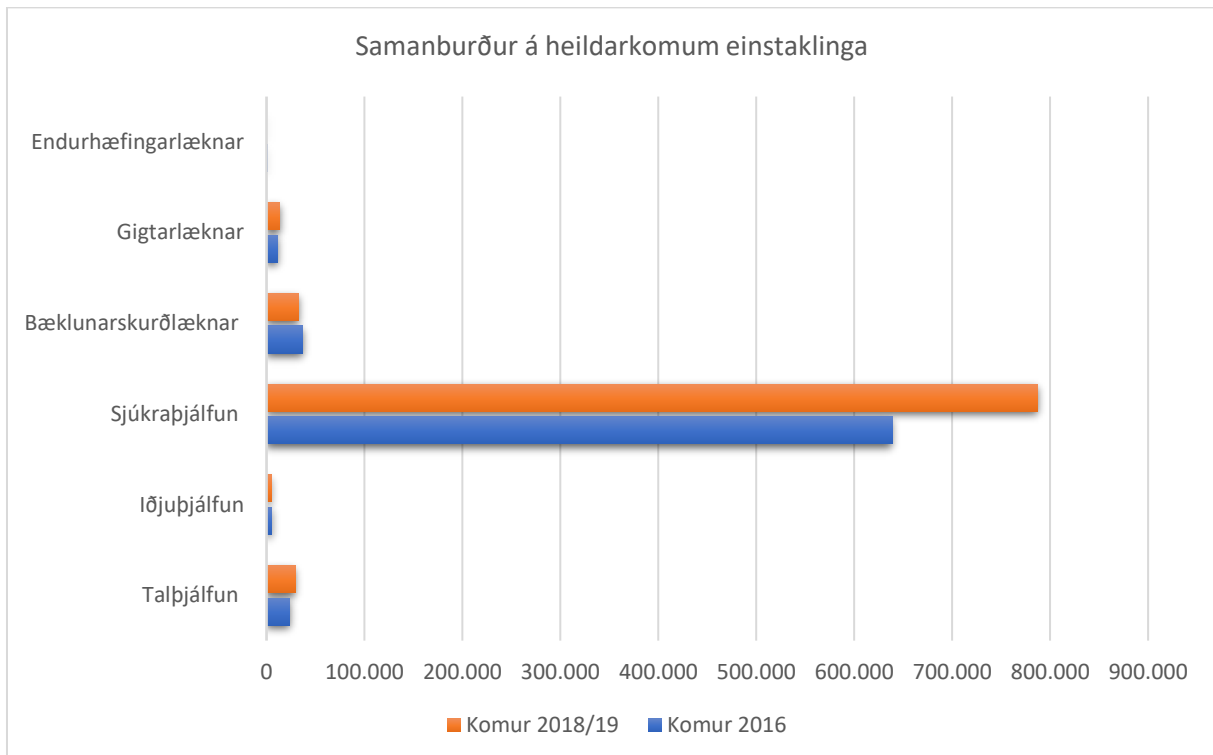
Sambærileg þróun kostnaðar vegna sjúkraþjálfunar var með þeim hætti að heildarupphæð kerfisins var um 4,1 milljarðar árið 2016 en hafði hækkað upp í 5,9 milljarða á samsettu ári 2018/2019. Þar af var hluti SÍ árið 2016 um 2,4 milljarðar en hækkaði upp í 4,9 milljarða árið 2018/2019. Á þessum tíma fjölgaði komum úr 638 þúsund í 777 þúsund sem nemur 22% aukningu en á sama tíma fjölgaði einnig þeim einstaklingum sem sóttu þjónustuna umtalsvert eða úr rúmum 46 þúsund í tæplega 54 þúsund. Má ætla að þessi aukning í þjónustu skýrist að mestu leiti af bættu aðgengi þar sem Sjúkratryggingar greiða stærri hluta af heildarkostnaði einstaklings nú en fyrir kerfis breytinguna.



Mynd 28.



Þar sem niðurstöður þessarar skýrslu sýna að mestar breytingar á nýgengi örorku séu í flokknum vegna stoðkerfissjúkdóma þá töldum við æskilegt að meta hvert umfangsvægi þeirra sem byggja upp þunga af þjónustu þessa hóps væri (mynd 29). Fjöldi koma til viðkomandi fagaðila var borinn saman auk talþjálfunar þar sem það er hluti af flokknum þjálfun ásamt sjúkraþjálfun og iðjuþjálfun innan greiðslupátttökukerfisins. Vert er að hafa í huga að vissulega komi fleiri fagaðilar og stig heilbrigðisþjónustu að einstaklingum með fjölþætt vandamál. Við mat á umfangi þeirrar þjónustu sem veitt er sjáum við þó að komur til sjúkraþjálfara eru umfangsmesti hluti þjónustu við þessa einstaklinga eða sem nam 787.440 komum á samsettu ári 2018/2019 og voru komur árið 2022 um 839.000.



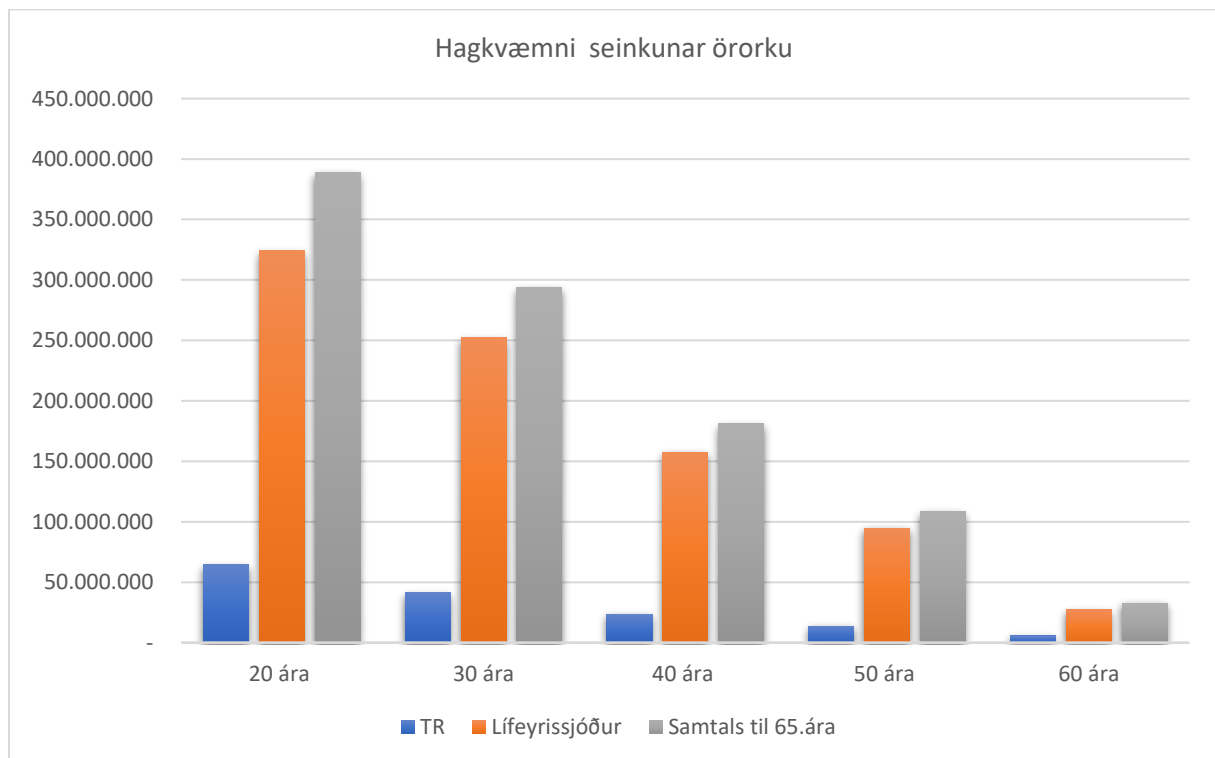
Mynd 29.



Þegar horft er á áhrif kerfisbreytinga, ber að horfa á þau frá ólíkum sjónarhornum. Eitt af þeim atriðum sem mikilvægt er að meta, er hver mögulegur fjárhagsávinningur þess að veita þjónustu getur verið en einnig þarf að taka inn í myndina áhrif breytinga á lífsgæði og möguleika til samfélagslegrar þátttöku. Að missa starfsgetu varanlega er bæði flókið og erfitt ferli sama af hvaða orsökum. Grundvöllur samfélagsmyndar okkar á byggja á breiðri samtryggingu og kerfi sem styður í aðstæðum sem slíkum.

Við gerð þessarar skýrslu hafa höfundar reynt að rýna möguleg áhrif af bættu aðgengi að þjónustu, sem leiddi af meiri fjármagni til ákveðinna málaflokka. Með þessari breytingu batnaði aðgengi einstaklinga, sérstaklega að ódýrari þjónustu innan heilbrigðiskerfisins, sem tengist áherslum um aukna þjónustu á sviði forvarna og endurhæfingar líkt og að sjúkraþjálfun og öðrum þáttum er falla undir flokkinn þjálfun innan greiðsluþáttökukerfisins. Skýrsluhöfundar töldu mikilvægt til að setja í samhengi mögulegan fjárhagslegan ávinning að reyna að meta einnig umfang samtryggingakerfis okkar miðað við ákveðnar forsendur, sem í þessu tilviki byggir fyrst og fremst á greiðslum frá Tryggingastofnun sem og Lífeyrissjóðum, en ólík samsetning og útfærsla getur verið eftir hverjum einstaklingi.

Hér sést dæmi um mögulegan ávinning (**mynd 30**) þess að veita þjónustu sem getur komið í veg fyrir eða seinkað því að einstaklingur þurfi að fara á örorku eftir ólíkum aldursbilum. Viðmiðunar forsendur þessara útreikninga miða við einstakling sem hefur verið í a.m.k. þrjú ár á vinnumarkaði við nýskráningu á örorku og hafi haft 750.000 kr. í mánaðartekjur á þeim tíma sem hann missti starfsgetu. Niðurstöðurnar sýna hversu mikilvægt er að tryggja fjármögnun þjónustu sem stuðlar að minni líkum þess að fólk missi starfsgetu og þurfi að fara á örorku en einnig hvað þjónusta sem getur seinkað slíku ferli getur verið fjárhagslega hagkvæm. Mikilvægast en erfiðast er þó að sýna fram á þau töpuðu lífsgæði sem einstaklingar þurfa að takast á við í tengslum við aðstæður sem slíkar.



Mynd 30.



Niðurstaða skýrslunar

Í þessari skýrslu var leitast við að varpa ljósi á áhrif og breytingar sem bætt aðgengi að heilbrigðisþjónustu getur haft. Þar sem gagnaöflun og utanumhald er gott hér á landi var talið æskilegt og rétt að meta þær breytingar í stærra samhengi sem urðu í kjölfar á innleiðingu nýs greiðslupátttökukerfis sjúkratrygginga árið 2017. Mikilvægt væri að bera saman áhrif milli ráðuneyta og opinberra stofnana til að átta sig betur á heildarmyndinni.

Breytingin sem varð á greiðslupátttökukerfinu virðist hafa náð þeim meginmarkmiðum sem lagt var upp með þegar breytingin var gerð. Má þar nefna að jafna kostnað þeirra sem nota þjónustuna og samhliða lækka byrði þeirra sem þurfa að nota þjónustuna hvað mest. Við greiningu gagnana teljum við að það hafi ekki verið óviðbúið að kostnaður hins opinbera í gegnum Sjúkratryggingar myndi aukast og eðlilegt sé að kerfi eins og þessi þróist og taki mið af breytingum. Það sé hins vegar jákvætt að heildarkostnaður kerfisins miðað við reynslu fyrstu tveggja árana hafi þó verið með þeim hætti að ekki hafi verið um hækkun heildarkostnaðar umfram almennan vöxt milli ára fyrir breytinguna. Þegar talað er um heildarkostnað er það kostnaður Sjúkratrygginga auk kostnaðar einstaklings fyrir umrædda þjónustu. Hins vegar hafi tilfærsla orðið þar sem hið opinbera stendur kost af stærra hlutfalli þessa heildarkostnaðar sem hefur þá lækkað kostnað einstaklinga og aukið þar með aðgengi þeirra að því að nýta ýmsa þjónustu innan kerfisins.

Lykilniðurstöðurnar eru þær að síðastliðin ár hefur almenn þróun á nýgengi örorku farið lækandi ef tekið er tillit til mannfjölda og var lægst árið 2022 miðað við viðmiðunartímabilið 2008-2022. Hámarki var náð árið fyrir gildistöku nýja greiðslupátttökukerfisins, eða 2016. Það sem vekur einnig verulega athygli er hvernig þróun nýgengis hefur orðið bæði milli aldurshópa sem og milli flokkana stoðkerfissjúkdóma, geðraskana og allra annara sjúkdóma. Nýgengi örorku vegna stoðkerfissjúkdóma hefur lækkað stöðugt frá innleiðingu kerfisins, sem hafði einna mest áhrif að bættu aðgengi að þjónustu sjúkraþjálfara. Eftir aldurshópum þá var nýgengi örorku hjá yngsta aldurshópnum hæst vegna geðraskana á meðan stoðkerfissjúkdómar og allir aðrir sjúkdómar voru mun algengari ástæða örorku seinna á lífsleiðinni. Einnig er vert að horfa til þess að raunfækkun einstaklinga sem nýskráðust á örorku hefur orðið undanfarin ár sem sést í því að árið 2022 voru 9 færri einstaklingar sem skráðust á örorku heldur en árið 2014. Þær tölur sem liggja þarna að baki sýna þó að langmest fækkun var vegna stoðkerfissjúkdóma eða um 156 á meðan aukning um 17 var vegna geðraskana og 130 vegna allra annarra sjúkdóma. Því má ætla að það bættu aðgengi einstaklinga að heilbrigðisþjónustu innan kerfisins og þá sérstaklega að sjúkraþjálfun sé að hafa jákvæð áhrif á þessa þróun en kostnaður einstaklinga vegna sjúkraþjálfara lækkaði hvað mest við breytinguna á greiðslupátttökukerfinu.

Út frá niðurstöðum þessarar skýrslu er það mat okkar að kerfisbreytingin á greiðslupátttöku, sem fól í sér bætt aðgengi og lægri kostnaðarpátttöku einstaklinga hafi verið verulega hagkvæm fjárhagslega fyrir hið opinbera. Þetta er gott dæmi um skynsamlega ráðstöfun opinbers fjárs. Stjórnvöld hafa lagt aukna áherslu á endurhæfingu og forvarnir í orðum sýnum og eru þetta niðurstöður og reynsla sem vert er að horfa til, þegar kemur að enn frekari skrefum í þá átt. Því fyrr sem hægt er að veita rétta þjónustu innan kerfisins, þeim mun minna álag ætti að vera á þeim stigum heilbrigðiskerfisins sem tilheyra bráðaþjónustu og dýrari stigum heilbrigðiskerfisins.



Niðurstöður þessarar skýrslu taka einungis til lítils hluta þeirra áhrifa sem bætt aðgengi getur haft. Þar sem niðurstöðurnar benda sterklega til áhrifa milli bættis aðgengis að þjónustu vegna stoðkerfissjúkdóma og lækkaðs nýgengis örorku af þeirri ástæðu þá töldum við mikilvægt að varpa ljósi á önnur möguleg áhrif slíks aðgengis. Þar sem sjúkráþjálfun er sá þáttur sem vegur einna þyngst í þjónustumagni þessa hóps, og varð fyrir hvað mestum áhrifum í lækun meðalkostnaðar einstaklinga, verða önnur áhrif þessara breytinga sérstaklega skoðuð út frá þeirri þjónustu þó ávallt séu fleiri fagstéttir og teymi sem komi að vinnu með þessum hópi sem og öðrum. Aðrir þættir sem ætla má að verði fyrir áhrifum að þessu mikið bættu aðgengi eru fjölmargir enda er aðgengi að heilbrigðisþjónustu lykilþáttur í sterku velferðarkerfi.

Stór hluti þeirra sem sækja þjónustu sjúkráþjálfara eru í hættu á að missa einhverja starfs- og/eða námsgetu til skemmri eða lengri tíma. Því hefur gott aðgengi að þjónustu bein áhrif á fjölda þeirra fjarvistadaga sem einstaklingar geta þurft að nýta sér hverju sinni. Ekki eru til nákvæmar tölur um ætlaðan kostnað samfélagsins vegna fjarvistadaga hér á landi en ætla má að sá kostnaður geti hlaupið á tugum milljarða á ári hverju.

Veigamikill þáttur og markmið næstu áratuga er að tryggja að einstaklingar geti búið sem allra lengst í sjálfstæðri búsetu. Meðalaldur Íslendinga er lágur í alþjóðlegum samanburði og er gert ráð fyrir að hlutfall einstaklinga yfir 65 ára aldri muni aukast mikið á næstu árum og áratugum og sömu sögu með hlutfall þeirra sem verða eldri en 80 ára. Að óbreyttu geti þetta valdið gríðarlega miklum kostnaðarauka fyrir samfélagið. Seinkun þess að einstaklingar þurfi að flytja á hjúkrunarheimili eða önnur úrræði er því gríðarlega mikilvægt bæði fjárhagslega sem og samfélagslega. Enda er sjálfstæð búseta bæði gríðarlega hagkvæm sem og að því fylgir almennt aukin lífsgæði að vera með getu til að búa sjálfstætt.

Lyfjakostnaður er annar þáttur sem ætla má að endurhæfing og gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu geti haft áhrif á til lækunar. Við gerð þessarar skýrslu voru ekki til taks nákvæmar tölur um lyfjakostnað hins opinbera en ætla má að kostnaðurinn hlaupi á tugum milljarða, þar sem umræddur kostnaður skv. skýrslu Öryrkjabandalagsins frá árinu 2009 sé sá að kostnaðurinn hafi verið rúmum 10 milljarðar eingöngu hjá Sjúkratryggingum Íslands.

Álag á heilbrigðiskerfið er stöðugt í umræðu. Það hefur sýnt sig að því fyrr sem einstaklingar fá viðeigandi sérfræðiþjónustu þeim mun líklegri er að mögulegt sé að hjálpa viðkomandi með minni tilkostnaði. Því var það jákvætt skref þegar heilbrigðisráðherra veitti aftur heimild fyrir aðgengi að þjónustu sjúkráþjáflara án sérstakrar beiðni frá lækni. Með þeirri breytingu var álagi létt á þjónustu heilsugæslunar og einstaklingum veitt aðgengi að viðeigandi þjónustu með styttri biðtíma. Markmiðið ætti alltaf að vera að veita rétta þjónustu með sem hagkvæmustum hætti.

Lífsgæði er sá þáttur sem er mögulega erfiðast að meta en er mjög mikilvægur fyrir samfélagið ekki síst við veitingu heilbrigðisþjónustu. Lífsgæði sem mögulegt er að hljóta, auka eða viðhalda eru dýrmæt og þurfum við að horfa til aðgengis að þjónustu sem bætir lífsgæði, jafnvel þó erfitt geti verið að sýna fram á beinan fjárhagslegan ávinning.

Að lokum þá er mikilvægt að rýna gögn heildstætt, á sama tíma og fjármunum er ráðstafað á ábyrgan og skynsamlegan hátt. Því hvetja skýrsluhöfundar stjórnvöld til að horfa á heildarmyndina með greiningu á gögnum við að marka framtíðaráherslur og skipulag innan heilbrigðiskerfisins.