

Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðisþjónustu

Ágrip

Rúnar Vilhjálmsson¹

Guðrún V. Sigurðardóttir²

Tilgangur: Á undanförunum árum hefur kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu farið hækkandi í löndum Vestur-Evrópu og Norður-Ameríku um leið og kostnaðarhlutdeild sjúklinga hefur aukist. Þróunin á Íslandi er með svipuðum hætti. Aðgengi og kostnaður eru tengdir þættir og kostnaður heimila bitnar oft á notkun heilbrigðisþjónustunnar. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvort ákveðnir hópar samfélagsins verðu hærri upphæðum til heilbrigðisþjónustu og hefðu hlutfallslega meiri kostnaðarbyrði en aðrir.

Efniviður og aðferðir: Rannsókn þessi byggir á gögnum úr könnuninni Heilbrigði og lífskjör Íslendinga. Tekið var tilviljunarúrtak 18-75 ára einstaklinga úr þjóðskrá. Svarendur voru 1924 talsins og heimtur 69%. Meðalkostnaður heimila vegna heilbrigðisþjónustu í krónum og hlutfall þjónustukostnaðar af heimilistekjum voru borin saman milli þjóðfélagshópa.

Niðurstöður: Stærstu heilbrigðisútgjaldaliðir heimilanna voru tannlæknisþjónusta, lyf, tæki og lyfjabúðarvörur, og lækniþjónusta (í þessari röð). Mestan krónutölukostnaður heimila vegna heilbrigðismála var að finna hjá fólki á miðjum aldri (45-54 ára), giftum og sambúðarfólki, foreldrum ungra barna, stórum heimilum, fólki í fullu starfi, og fólki með háskólamenntun og háar tekjur. Þegar aftur á móti var litið til kostnaðarbyrði í hlutfalli við heimilistekjur skáru konur, eldra fólk (55 ára og eldri) og yngra fólk (18-24 ára), fólk utan vinnumarkaðar, atvinnulausir og lágtekjufólk sig úr.

Ályktun: Verulegur munur er á beinum útgjöldum vegna heilbrigðisþjónustu eftir þjóðfélagshópum. Færa má gild rök fyrir því að útgjöld sjúklinga í íslenska heilbrigðiskerfinu séu þegar komin á varasamt stig og farin að bitna á aðgengi að heilbrigðisþjónustunni.

Inngangur

Kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu á Vesturlöndum jókst jafnt og þétt á síðari hluta 20. aldar, hvort sem miðað er við almennar verðlagsbreytingar, kostnaður á mann á föstu verðlagi eða hlutfall kostnaðar af landsframleiðslu (1). Á Íslandi hefur þróunin verið með svipuðum hætti (1). Ástæður þessarar þróunar eru ýmsar, meðal annars þátttaka hins opinbera í fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar, lög og reglur um þjónustugæði og aðgang að þjónustu, auknar kröfur almennings til heilbrigðiskerfisins um lækningu, hjúkrun og endurhæfingu, hækkad tæknistig og aukin

ENGLISH SUMMARY

Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV

Out-of-pocket health care costs among population groups in Iceland

Læknablaðið 2003; 89: 25-31

Objective: Total health expenditures, and out-of-pocket health care costs have increased in recent years in Western Europe and North America. Developments in Iceland appear to be similar. Access and cost are closely related and direct household health care costs often reduce subsequent use of services. The purpose of the study was to consider whether certain population groups spent more on health care than others both in absolute terms and as percentage of household income.

Material and methods: The study is based on a national health survey titled Health and Living Conditions in Iceland. A random sample of 18-75 year olds was drawn from the National Register, and the response rate was 69% (1924 respondents). Average household out-of-pocket health care costs (in krónur) and out-of-pocket household costs as percentage of household income were compared between sociodemographic groups.

Results: The largest health care expenditure items were dental care, drugs, other drug store items and equipment, and physician care (in this order). The middle aged (45-54), married/cohabiting, parents, large households, full-time employed, and people with high education and income, had the greatest household out-of-pocket costs in absolute terms. However, when considering costs as percentage of household income, women, older individuals (age 55 and older) and the young (age 18-24), the non-employed and unemployed, and low income people were on top.

Conclusions: Household out-of-pocket health care costs differ substantially between sociodemographic groups in Iceland. It can be argued and empirically substantiated that out-of-pocket health care costs in Iceland are already at a risky level, affecting access of individuals and groups to health services.

Key words: out-of-pocket health care costs, use of services, access to care.

Correspondence: Rúnar Vilhjálmsson, runarv@hi.is

sérfræðiþjónusta (2). Á síðustu árum má þó sjá að hægt hefur á kostnaðaraukningu heilbrigðiskerfa OECD-ríkjanna og í sumum ríkjum hefur hlutfall heilbrigðisútgjalda af landsframleiðslu staðið í stað, eða lækkað verulega, svo sem í Svíþjóð og Finnlandi (1).

Samhliða framangreindri þróun hefur hlutur hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum OECD-ríkjanna far-

¹Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og ²Félagsvísindadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Rúnar Vilhjálmsson, Háskóla Íslands, Eirbergi, Eiríksgötu 34, 101 Reykjavík. runarv@hi.is

Lykilorð: bein útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu, þjónustunotkun, aðgengi að þjónustu.

ið vaxandi á undanförunum áratugum, þó dregið hafi úr vexti opinberra útgjalda síðustu árin (1). Vaxandi hlutur heilbrigðisútgjalda í heildarútgjöldum hins opinbera innan OECD var (og er sums staðar enn) mikilvæg ástæða þráláts fjárhagsvanda ríkis og sveitarfélaga sem brugðist hefur verið við með ýmsum aðgerðum, svo sem auknu almennu aðhaldi í fjárveitingum til stofnana, takmörkun á framboði þjónustu (til dæmis rekstri biðlista), og síðast en ekki síst með því að auka beina þátttöku sjúklinga (almennings) í kostnaði heilbrigðisþjónustunnar.

Heilbrigðiskerfi Vestur-Evrópu, hvort sem um er að ræða svokölluð félagsleg kerfi (socialized health system) eða skyldutryggingakerfi (decentralized national health system), byggja á því meginmarkmiði að þegnarnir hafi jafnan og greiðan aðgang að þjónustunni (3). Í 1. grein laga um heilbrigðisþjónustu á Íslandi frá 1990 stendur meðal annars að „allir landsmenn skuli eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“ (4). Samstaða er um það hér á landi að heilbrigðisþjónustan sé að mestu leyti kostuð af almannafé og bein útgjöld fólks megi ekki verða það mikil að það komi í veg fyrir að fólk leiti sér þeirrar þjónustu sem það þarfnast (5).

Samkvæmt nógildandi reglum um greiðslur sjúklinga fyrir lækniþjónustu og heilsugæslu frá 1. febrúar 2002 eru almenn komugjöld sjúklinga vegna heimisóknna til sérfræðinga 1600 krónur + 40% umframkostnaðar, og almenn komugjöld á heilsugæslustöðvar og til heimilislækna eru 400 krónur (lífeyrisþegar og börn bera lægri komugjöld). Sjúklingar sem safna upp komugjöldum frá upphafi árs geta fengið útgefin sérstök afsláttarkort sem lækka gjöld fyrir hverja komu út árið. Þann 1. júlí 2001 hækkuðu stjórnvöld almenn mörk til útgáfu afsláttarkortanna úr 12.000 krónum í 18.000 krónur (mörkin fyrir lífeyrisþega eru 4500 krónur og börn undir 18 ára 6000 krónur) (6, 7). Loks er að nefna að árið 1999 settu stjórnvöld 6000 króna almennt þak á gjald sjúklings fyrir hverja komu til lækni (áður höfðu ekki gilt sérstakar reglur um hámarksgræiðslur). Þann 1. júlí 2000 hækkuðu stjórnvöld síðan þakið í 18.000 krónur (7). Rétt er að hafa í huga að gjöld sjúklinga vegna sérfræðingsheimisóknna ráðast að miklu leyti af áður nefndum „umframkostnaði“, en hann hefur hækkað verulega á undanförunum árum vegna hækkana á umsömdu einingarverði fyrir þjónustu sérfræðinga.

Þátttaka sjúkratrygginga í lyfjakostnaði sjúklinga miðast við fjórflokkun lyfja: *-merkt lyf (til dæmis sykursýki- og krabbameinslyf, og sterk geðlyf) sem sjúkratryggingar greiða að fullu, B-merkt lyf (til dæmis asmalyf, hjarta- og æðasjúkdómalyf, og geðdeyfðarlyf) þar sem sjúklingar greiða nú fyrstu 1700 krónurnar, auk 65% af umframkostnaði (en þó ekki meira en 3400 krónur), E-merkt lyf (til dæmis floga-

veikilyf, þvagfæralyf og augnlyf) þar sem sjúklingar greiða nú fyrstu 1700 krónurnar auk 80% af umframkostnaði (en þó ekki meira en 4950 krónur), og 0-merkt lyf (til dæmis vítamín, sýkla- og sveppalyf, algeng verkjalyf, svefnlyf og róandi lyf) sem sjúklingar greiða að fullu (8). Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið breytir í sífellu reglum um greiðsluflokkun lyfja, og fastagjald, greiðslupak, og hlutfallskostnað sjúklings (í B- og E-flokki). Almenn stefna þessar breytingar í átt til aukinnar hlutdeildar sjúklinga í lyfjakostnaði. Rétt er þó að geta þess að sjúklingar sem taka lífsnauðsynleg lyf, taka lyf að staðalri, eða taka mörg lyf samtímis, geta fengið útgefin tímabundin, endurnýjanleg lyfjaskírteini sem lækka lyfjakostnað þeirra (8).

Sjúkratryggingar taka þátt í kostnaði við almennar tannlækningar barna undir 18 ára, sem og tannlækningar elli- og örorkulífeyrisþega. Aðrir fullorðnir eru almennt ekki tryggðir fyrir tannlækningakostnaði og þurfa að greiða hann að fullu nema um sé að ræða tannaðgerðir vegna fæðingargalla, slysa og sjúkdóma (9).

Þá greiða sjúkratryggingar 75% af þjálfunarkostnaði barna og lífeyrisþega fyrstu 15 skiptin á ári, en eftir það allan þjálfunarkostnað út árið gegn framvísun sérstaks skírteinis. Sjúkratryggingar greiða einnig 50% af þjálfunarkostnaði annarra fullorðinna fyrstu 24 skiptin á ári, en eftir það 75% þjálfunarkostnaðar vegna annarra skipta út árið gegn framvísun skírteinis (10).

Loks er að nefna að sjúklingar sem orðið hafa fyrir miklum útgjöldum vegna læknishjálpar, lyfja og þjálfunar geta átt rétt á endurgreiðslu samanlagðs kostnaðar að hluta. Er þá miðað við að þessi útgjöld fjölskyldu nemi yfir 0,7% af fjölskyldutekjum. Sjúkratryggingar endurgreiða 60-90% af þeim útgjöldum fjölskyldna sem eru umfram 0,7% af fjölskyldutekjum og er endurgreiðslan hærrí í lægri tekjuhópnum. Þó er ekkert endurgreitt í fjölskyldum sem hafa tekjur yfir 3530 þúsund (7).

Undanfarin ár hafa bein útgjöld Íslendinga vegna heilbrigðisþjónustu aukist jafnt og þétt. Samkvæmt tölum frá Þjóðhagsstofnun vörðu heimilin 2,1 milljarði, eða sem svarar 1,0% af vergri landsframleiðslu, til heilbrigðisþjónustu árið 1987, en árið 2000 var þessi tala komin í 10,7 milljarða, eða sem svarar 1,6% af vergri landsframleiðslu (11). Þegar nánar er rýnt í samsetningu kostnaðar íslenskra heimila vegna heilbrigðismála fyrir árið 2000 sést að stærsti útgjaldaliðurinn er tannlækningakostnaður (3,5 milljarðar eða 33,0%), þá kemur lyfjakostnaður (3,2 milljarðar eða 29,6%) og í þriðja sæti eru komugjöld vegna lækniþjónustu (2,4 milljarðar eða 22,0%) (11).

Útlagður kostnaður einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu getur haft veruleg áhrif á áframhaldandi notkun þjónustu. Erlendar rannsóknir benda til að aukin kostnaðarhlutdeild sjúklinga og lakari tryggingastaða fækki læknaheimsóknnum og spítalainnlögn-

um, þó svo að þörf sé talin á þjónustunni (12-14). Í nýlegri innlendri rannsókn meðal 18-75 ára Íslendinga kom í ljós að heildarútgjöld heimila vegna heilbrigðisþjónustu og hlutfall heildarútgjalda af heimilistekjum tengdust frestun eða niðurfellingu á heimisókn til læknis (6). Þessar niðurstöður benda til að kostnaður margra heimila vegna heilbrigðisþjónustu bitni á áframhaldandi notkun heimilismanna á heilbrigðisþjónustunni.

Erlendar rannsóknir, einkum bandarískar, benda til að beinum útgjöldum heimilanna vegna heilbrigðisþjónustu sé misjafnlega deilt. Útgjaldaupphæðir virðast hæstar hjá eldra fólki, giftum, útívinandi, og fólki með meiri menntun og tekjur. Séu útgjöldin skoðuð sem hlutfall af heimilistekjum virðist kostnaðarbyrðin mest hjá eldra fólki, giftum, barnafjölskyldum, þeim sem ekki eru á vinnuþéttum, og þeim sem hafa minnsta menntun og tekjur (15-21).

Lítið er vitað um bein útgjöld almennings á Íslandi til heilbrigðismála og mun á útgjöldum eftir þjóðfélagsþópum. Í þessari rannsókn er ætlunin að varpa nokkru ljósi á þessi útgjöld. Athuguð eru útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu í heild, og vegna einstakra þjónustuþátta, svo sem lækniþjónustu, lyfja og tannlækniþjónustu. Útgjöld eru metin í krónum og sem hlutfall af heimilistekjum. Við samanburð milli hópa er úrtaki rannsóknarinnar skipt eftir kynferði, aldri, hjúskaparstöðu, foreldrastöðu, heimilisstærð, atvinnustöðu, námsstöðu, atvinnuleysi, búsetu, menntun og heimilistekjum.

Efniviður og aðferðir

Byggt er á gögnum úr heilbrigðiskönnuninni Heilbrigði og lífskjör Íslendinga. Könnunin var samstarfsverkefni aðila innan Háskóla Íslands og landlæknisembættisins. Að henni stóðu dr. Rúnar Vilhjálmsson, prófessor, sem var verkefnisstjóri, Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir, dr. Jóhann Á. Sigurðsson, prófessor, og dr. Tryggvi Þór Herbertsson, dósent. Tölvunefnd (nú Persónuvernd) og Vísindasiðanefnd veittu leyfi fyrir framkvæmd könnunarinnar.

Þátttakendur voru íslenskir ríkisborgarar, búsettir á Íslandi, á aldrinum 18-75 ára, sem voru valdir með tilviljunaraðferð úr Þjóðskrá. Alls skiluðu 1924 einstaklingar útfylltum spurningalista og voru heimtur í heild 69%. Lýðfræðileg samsetning svariðahóps og þýðis reyndist mjög áþekkt sem bendir til þess að svariðahópurinn endurspeglar þýðið almennt vel. Svörin voru þó hærri meðal kvenna en karla og íbúa á landsbyggðinni en íbúa á höfuðborgarsvæðinu. Svör þátttakenda voru því vegin eftir búsetu og kynferði svo svariðahópurinn endurspeglar þýðið betur (22).

Framkvæmd könnunarinnar byggðist á svonefndri heildaraðferð, en sú aðferð hefur reynt betri en eldri aðferðir og hafa heimtur almennt verið góðar (23, 24). Aðferðin byggist á því að fyrst er sendur út spurn-

ingalisti ásamt fylgibréfi þar sem fjallað er um ástæður og mikilvægi rannsóknarinnar og innihald spurningalistans. Einnig er fólki bent á nafnleynd, rétt sinn að hafna þátttöku, og hvert það geti beint spurningum ef einhverjar eru. Viku eftir að spurningalistarnir eru sendir út er öllum þátttakendum sent póstkort þar sem þeim sem þegar hafa sent listann er þökkþakkið þátttakan en hinir hvattir til að taka þátt. Að þremur vikum liðnum er þeim sem ekki hafa svarað eða neitað þátttöku sendur spurningalisti í annað sinn ásamt nýju fylgibréfi. Þegar sjö vikur eru liðnar frá fyrstu póstsendingu er þeim sem þá hafa ekki svarað eða neitað þátttöku sent nýtt fylgibréf og spurningalisti í þriðja sinn. Að loknum póstsendingum er hringt í þá sem ekki hafa skilað spurningalista eða neitað þátttöku og þeir spurðir hvort þeir vilji skila útfylltum spurningalista (22).

Háðar breytur þessa rannsóknarverkefnis varða kostnað vegna heilbrigðisþjónustu. Spurningarnar voru eftirfarandi:

Hver áætla þú að sé samanlagður kostnaður vegna notkunar þinnar og heimilismanna þinna (svo sem maka, barna og foreldra á heimili þínu) á eftirfarandi þáttum það sem af er þessu ári (1998)?: a) Komur til lækna, komur á göngu- og slysadeild og bráðamatöku, húsvitjanir lækna (ekki lyf), b) Lyf samkvæmt lyfseðli, c) Lyf án lyfseðils, d) Tannlækniþjónusta, e) Sjúkraþjálfun, f) Sálfræðiþjónusta, g) Hjálpartæki (svo sem hækjur, hjólastóll, hálskragi, spelkur, gerviútlímur), h) Gleraugu (kaup á nýjum eða viðhald), i) Heyrnartæki (kaup á nýjum eða viðhald), j) Sjúkra- og hjúkrunarvörur (til dæmis sjúkrakassi, plástur, teygjubindi, mælur af ýmsu tagi, bleyjur fyrir full-orðna), k) „Óhefðbundin“ lækniþjónusta (svo sem hnykkþæklingar, svæðanudd, náttúruylf og -lækningar, huglækningar, nálástungur, jóga).

Í rannsókninni voru könnuð tengsl kostnaðarþátta við eftirfarandi bakgrunnsbreytur: Kynferði (karl, kona), aldur (í sex árabílum), hjúskaparstöðu (gift(ur)/ í sambúð, í föstu sambandi/einhleyp(ur), fráskilin(n),

Tafla 1. Sundurlíðuð meðalútgjöld heimila vegna heilbrigðisþjónustu á ársgrundvelli (1998).

Heilbrigðisþjónustuþættir	Krónur	Hlutfall af heildarútgjöldum ¹
Heildarkostnaður	57.499	100,0%
Formleg heilbrigðisþjónusta	55.569	96,6%
Par af:		
Tannlækniþjónusta	16.405	28,5%
Heildarlyfjakostnaður	14.840	25,8%
Lyfseðilskyld lyf	11.089	19,3%
Ekki lyfseðilskyld lyf	3.878	6,7%
Tæki og lyfjábúðarvörur	11.592	20,2%
Lækniþjónusta	9.623	16,7%
Sjúkraþjálfun	2.966	5,2%
Sálfræðiþjónusta	841	1,5%
Annars konar heilbrigðisþjónusta	2.011	3,5%

¹Samtala líða er ekki nákvæmlega 100% vegna námundunar og þess að fjöldi svaraenda í hverjum lið er ekki allveg sá sami.

Tafla II. Útgjöld heimila í krónum vegna helstu heilbrigðisþjónustubátta á ársgrundvelli (1998)¹.

	Tannlæknisþjónusta			Lyf			Tæki og lyfjabúðarvörur			Læknisþjónusta		
	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
Kynferði												
Karl	16.562	12.259	872	15.411	13.195	831	12.211	14.645	853	9.667	9.267	876
Kona	16.246	12.150	857	14.237	11.259	787	10.955	14.276	828	9.578	8.993	843
Aldur												
18-24	14.954	12.025	310	13.654	12.537	306	11.186	14.429	313	8.474	9.108	311
25-34	15.924	11.937	411	13.074	11.076	400	8.970	12.759	412	9.646	9.439	414
35-44	19.865	11.375	388	15.764	12.341	371	11.918	15.123	382	10.370	8.925	385
45-54	18.605***	12.192	291	17.127***	12.497	261	15.536***	15.288	273	9.908	8.642	284
55-64	13.224	11.840	178	16.623	13.245	153	12.308	15.065	161	10.002	9.566	174
65 og eldri	11.342	12.579	151	13.696	12.659	127	10.836	13.610	140	9.049	9.109	150
Hjúskaparstaða												
Gift(ur)/Sambúð	17.945	11.965	1187	16.201	12.070	1097	12.492	14.909	1141	10.766	9.152	1175
Einhleyp(ur)	13.582	11.927	414	11.868	12.050	402	9.970	13.483	417	7.485	8.826	417
Fráskilin(n)	12.123***	12.768	74	11.836***	11.618	72	7.078***	11.590	71	6.626***	8.021	74
Ekkja/Ekkill	7.440	10.445	39	10.195	12.958	33	8.632	12.654	37	3.902	5.181	38
Foreldrastaða												
Barn ≤ 5 ára	18.429	11.904	412	15.993	11.588	403	10.652	14.241	410	11.676	9.433	414
Ekki barn ≤ 5 ára	15.820***	12.237	1308	14.472*	12.517	1208	11.931	14.562	1264	8.963***	8.961	1296
Fjöldi heimilismanna												
1	10.042	11.677	147	7.924	9.808	139	7.380	11.874	143	3.967	5.682	147
2	12.911	12.267	406	14.530	12.453	364	10.072	13.123	390	9.016	8.997	403
3-4	17.359***	11.789	786	15.505***	11.780	744	12.215***	14.983	766	10.361***	9.170	775
5 eða fleiri	20.522	11.239	390	16.401	13.169	371	13.475	15.207	382	10.898	9.433	395
Atvinnustaða												
Ekki í starfi	12.730	12.057	213	14.812	12.149	197	10.451	13.242	208	8.833	8.713	216
Hlutastarf	15.885***	11.868	423	12.842***	10.680	396	10.466	13.920	411	8.930*	8.931	414
Fullt starf	17.321	12.223	1094	15.618	12.830	1025	12.252	14.881	1062	10.044	9.268	1089
Námsstaða												
Í skóla	16.303	12.263	281	13.039	11.339	272	11.138	14.281	279	8.705	9.245	282
Ekki í skóla	16.500	12.175	1.344	15.158**	12.408	1258	11.837	14.619	1314	9.923*	9.136	1332
Atvinnuleysi												
Atvinnulaus nú	14.815	13.801	65	15.489	12.722	65	13.388	16.490	67	10.465	9.490	70
Ekki atvinnulaus nú	16.585	12.087	1529	14.722	12.216	1436	11.621	14.453	1498	9.665	9.134	1514
Búseta												
Höfuðborgarsvæði	16.500	12.209	1093	14.414	11.849	1026	12.076	14.800	1060	9.866	9.208	1087
Landsbyggð	16.243	12.200	636	15.579	13.030	592	10.766	13.872	621	9.207	8.989	633
Menntun												
Grunnsk.-/gagnfr.- eða landspróf	13.506	11.894	447	13.645	11.929	424	8.268	12.031	438	8.403	8.741	450
Sérskóla- eða stúdentspróf	17.311***	12.257	923	15.215	12.212	857	12.091***	15.079	894	9.971**	9.042	915
Háskólastigspróf	18.179	11.759	319	15.301	12.700	300	14.579	15.089	311	10.401	9.744	314
Heildartekjur heimilis												
0-1499 þús.	12.345	12.511	203	12.383	11.887	189	7.500	11.796	199	7.290	8.341	203
1,5-3,2 millj.	16.155***	12.260	650	14.840***	12.157	607	11.412***	14.112	638	9.597***	8.868	640
3,3+ millj.	19.179	11.435	602	16.641	12.610	574	13.833	15.884	584	11.229	9.584	605

* p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

¹Hóþamunur á útgjöldum var metinn með t-prófi þegar hópar voru tveir og með F-prófi þegar hópar voru þrír eða fleiri.

ekkja/ekkill), foreldrastöðu (barn yngra en 5 ára, ekki barn yngra en 5 ára), fjölda heimilismanna, atvinnustöðu (ekki í starfi, í hlutastarfi, í fullu starfi), námsstöðu (í skóla, ekki í skóla), atvinnuleysi (atvinnulaus nú, ekki atvinnulaus nú), búsetu (höfuðborgarsvæði, landsbyggð), menntun (grunnskóla-, gagnfræða-, eða landspróf, sérskóla- eða stúdentspróf, háskólastigspróf), og heimilistekjur (árstekjur heimilismanna í krónum árið 1997) (0-1499 þúsund, 1,5-3,2 milljónir, 3,3 milljónir eða meira).

Við úrvinnslu gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS. Útgjaldataölur voru reiknaðar á ársgrundvelli (1998) samkvæmt formúlunni $Y=(X/k-1)*365$, þar

sem Y eru framreiknuð ársútgjöld, X eru útgjöldin til þess dags þegar könnuninni er svarað, k er raðnúmer dagsins (frá áramótum) þegar viðkomandi spurningalisti er móttækinn og l er áætlaður dagafjöldi milli útfyllingar og móttöku lista (l er áætlað 3 dagar ef listi er móttækinn á mánudegi, en annars 2 dagar). Meðaltals- og prósentutöflur voru settar upp til að kanna meðalútgjöld vegna þjónustubátta, og hlutfall útgjalda af heimilistekjum. Hóþamunur á útgjöldum í krónum var metinn með t-prófi þegar hópar voru tveir og með F-prófi þegar hópar voru þrír eða fleiri. Hóþamunur á útgjöldum sem hlutfalli af heimilistekjum var metinn með kí-kvaðrat prófi.

Niðurstöður

Að meðaltali voru heimilisútgjöld vegna heilbrigðismála á ársgrundvelli alls 57.499 krónur. Lægst voru útgjöldin 0 krónur en fóru hæst í tæplega 258 þúsund krónur. Tafla I sýnir nánar hve miklu heimilin vörðu í einstaka heilbrigðisþjónustuþætti og hvert hlutfall hvers þáttar var af heildarútgjöldunum. Sjá má að tannlæknisþjónusta var stærsti kostnaðarliðurinn (28,5%). Þar á eftir komu lyf (25,8%), tæki og lyfjabúðarvörur (20,2%) og lækniþjónusta (16,7%). Minnstu fé var varið í annars konar („óhefðbundna“) heilbrigðisþjónustu (3,5%) og sálfræðiþjónustu (1,5%).

Tafla II sýnir hvernig heimilisútgjöld vegna fjögurra stærstu útgjaldaþáttanna skiptust eftir hópum. Meðal aldurshópa voru útgjöld vegna tannlæknisþjónustu hæst hjá 35-44 ára einstaklingum og minnst meðal 65 ára og eldri. Hæstu gjöld vegna lyfja og tækja og lyfjabúðarvara var að finna hjá 45-54 ára og lægst hjá 25-34 ára.

Giftir/sambúðarfólk höfðu hæst heimilisútgjöld allra hjúskaparstétta í öllum útgjaldaliðum, en ekkjufólk hafði lægst útgjöld. Þá höfðu foreldrar ungra barna meiri útgjöld en aðrir fullorðnir vegna tannlæknisþjónustu, lyfja og lækniþjónustu. Eins og við var að búast var afgerandi samband milli fjölda heimilismanna og heimilisútgjalda í öllum útgjaldaliðum. Einstaklingar í fullu starfi vörðu meira fé í tannlæknisþjónustu, lyf og lækniþjónustu en aðrir atvinnuleysis, lyf og lækniþjónustu en aðrir atvinnuleysis hópar. Skólafólk varði minna fé í lyf og lækniþjónustu en þeir sem voru ekki í skóla. Loks sýnir taflan að einstaklingar með háskólastigsmenntun og hátekjufólk höfðu hæst heimilisútgjöld í einstökum útgjaldaliðum. Ekki reyndist munur á útgjaldaupphæðum í einstökum liðum með tilliti til kynferðis, atvinnuleysis eða búsetu.

Tafla III sýnir heildarútgjöld heimila vegna formlegrar heilbrigðisþjónustu og er þá átt við aðra þjónustu en annars konar („óhefðbundna“) heilbrigðisþjónustu. Taflan sýnir mest heimilisútgjöld hjá fólki á aldrinum 45-54 ára en minnst hjá þeim sem voru 65 ára eða eldri. Af hjúskaparstéttum voru heimilisútgjöld giftra/sambúðarfólks hæst, en ekkjufólks lægst. Þeir sem áttu barn yngra en fimm ára höfðu hærri heimilisútgjöld en þeir sem ekki áttu svo ungt barn. Útgjöld vegna heilbrigðismála jukust með fjölgun heimilismanna eins og gefur að skilja. Munur var einnig á útgjöldum eftir atvinnustöðu. Þeir sem voru í fullu starfi höfðu hærri heimilisútgjöld en þeir sem voru í hlutastarfi eða voru ekki í vinnu. Heimili háskólastigsmenntaðra vörðu mestu fé í heilbrigðisþjónustu, en heimili hinna minnst skólagengnu vörðu minnstu. Af einstökum tekjuhópum vörðu heimili tekjulægsta fólksins minnstu fé en tekjuhæsta hópsins mestu. Ekki var munur á krónutölu heildarútgjalda heimila vegna heilbrigðisþjónustu með tilliti til kynferðis, námsstöðu, atvinnuleysis eða búsetu.

Kostnaðarbyrði heimila ákvarðast ekki einungis

Tafla III. Heildarútgjöld heimila vegna formlegrar heilbrigðisþjónustu á ársgrundvelli (1998)¹.

Breyta	Útgjöld í krónum			Hlutfall útgjalda af heimilistekjum	
	\bar{x}	SD	n	%	n
Kynferði					
Karl	56.396	37.065	780	2,22	702
Kona	54.685	35.136	731	2,57*	595
Aldur					
18-24	51.759	37.695	295	2,50	233
25-34	50.072	31.074	385	2,20	351
35-44	61.591	36.481	347	2,34	312
45-54	65.900***	35.799	236	2,01*	209
55-64	54.621	40.996	132	2,93	115
65 og eldri	45.396	34.392	115	3,14	78
Hjúskaparstaða					
Gift(ur)/Sambúð	61.263	35.243	1017	2,34	919
Einhleyp(ur)	45.352	35.739	385	2,35	301
Fráskilin(n)	39.379***	31.990	67	2,57	52
Ekkja/Ekkill	28.375	24.172	31	4,22	19
Foreldrastaða					
Barn < 5 ára	60.347	34.017	387	2,53	353
Ekki barn < 5 ára	54.061**	36.764	1118	2,32	941
Fjöldi heimilismanna					
1	29.239	25.577	131	2,57	95
2	48.325	32.361	331	2,52	285
3-4	58.972***	34.939	697	2,18	619
5 eða fleiri	65.461	39.285	352	2,58	298
Atvinnustaða					
Ekki í starfi	50.707	33.448	180	3,46	125
Hlutastarf	49.954***	32.849	368	2,13***	322
Fullt starf	58.626	37.483	963	2,31	850
Námsstaða					
Í skóla	52.342	35.988	263	2,40	209
Ekki í skóla	56.683	36.302	1180	2,37	1047
Atvinnuleysi					
Atvinnulaus nú	59.538	40.325	63	3,28	53
Ekki atvinnulaus nú	55.735	36.065	1355	2,32*	1189
Búseta					
Höfuðborgarsvæði	56.240	36.126	958	2,37	827
Landsbyggð	54.406	36.176	553	2,39	470
Menntun					
Grunnsk./gagnfr. eða landspróf	46.336	31.408	393	2,43	327
Sérskóla- eða stúdentspróf	57.948***	36.402	803	2,48	709
Háskólastigspróf	61.627	39.388	283	2,02	257
Heildartekjur heimilis					
0-1499 þús.	40.706	31.793	176	5,26	176
1,5-3,2 milj.	54.749***	33.320	571	2,34***	571
3,3+ milj.	65.068	38.376	543	1,52	543

* p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

¹Hópaunur á útgjöldum í krónum var metinn með t-prófi þegar hópar voru tveir og með F-prófi þegar hópar voru þrjú eða fleiri. Hópaunur á útgjöldum sem hlutfalli af fjölskyldutekjum var metinn með kí-kvarðat prófi.

af krónutölu heilbrigðisútgjalda, heldur ekki síður af hlutfalli útgjalda af heimilistekjum. Tafla III sýnir þetta hlutfall í einstökum þjóðfélagshópum. Samkvæmt töflunni er munur milli kynja. Heimili kvenna vörðu 2,6% af tekjum sínum í formlega heilbrigðisþjónustu, en heimili karla 2,2%. Athygli vekur hátt hlutfall heilbrigðisútgjalda af heimilistekjum eldra fólks, einkum 65 ára og eldri (3,1%), og einnig yngra fólks á aldrinum 18-24 ára (2,5%). Þá vekur einnig athygli að þeir sem voru ekki í vinnu vörðu hlut-

fallslega meiru af heimilistekjum sínum til heilbrigðismála en aðrir atvinnuhópar (3,5%). Einnig sést að atvinnulausir vörðu hærra hlutfalli af heimilistekjum sínum til heilbrigðismála en þeir sem ekki voru atvinnulausir. Loks kemur í ljós að eftir því sem heimilistekjur voru lægri því hærra var hlutfall heilbrigðisútgjalda af tekjunum. Hlutfall heilbrigðisútgjalda í lægsta tekjuhópnum reyndist þannig sérlega hátt (5,3%). Ekki var munur á hlutfalli heilbrigðisútgjalda eftir hjúskapar- eða foreldrastöðu, fjölda heimilismanna, námsstöðu, búsetu eða menntun.

Umráða

Samkvæmt rannsókninni voru stærstu heilbrigðisútgjaldaliðir heimilanna tannlæknisþjónusta, lyf, tæki og lyfjabúðarvörur, og lækniþjónusta (í þessari röð). Mestan krónutölukostnað vegna heilbrigðismála var að finna hjá fólki á miðjum aldri (45-54 ára), giftum og sambúðarfólki, foreldrum ungra barna, stórum fjölskyldum, fólki í fullu starfi, og fólki með háar tekjur og menntun. Þegar aftur á móti var lítið til kostnaðarbyrði í hlutfalli við heimilistekjur skáru konur, fólk eldra en 55 ára eða á aldrinum 18-24 ára, fólk utan vinnumarkaðar, atvinnulausir og lágtekjufólk sig úr. Þessar niðurstöður eru hliðstæðar erlendum niðurstöðum (15-21). Þó vekur athygli lægri útgjaldaupphæð aldraðra en annarra aldurshópa á Íslandi. Aldraðir eru samt með mestu hlutfallslegu kostnaðarbyrðina vegna lágra tekna. Sömuleiðis varði fólk með lægstu heimilistekjurnar fæstum krónum allra tekjuhópa til heilbrigðisþjónustu, en samt hlutfallslega mestu. Raunar er hlutfallsleg kostnaðarbyrði hvergi hærri en meðal lágtekjufólksins (5,3%).

Síðan gögnum þessarar rannsóknar var safnað hefur reglum um komugjöld sjúklinga vegna sérfræðingsþjónustu og rannsókna verið breytt og kostnaðarmörk afsláttarkorta hafa hækkað. Verulegar breytingar hafa einnig verið gerðar á reglum um þátttöku Tryggingastofnunar í lyfjakostnaði. Í heild má reikna með að kostnaður sjúklinga hafi aukist vegna þessara breytinga, en óljóst er hvaða áhrif þær hafa á þann hópamun sem hér hefur verið lýst.

Ákvarðanir stjórnvalda um greiðsluþátttöku sjúklinga eru stórpólítískar í eðli sínu, því þær snerta grundvallarmarkmið íslenska heilbrigðiskerfisins um jafnan aðgang allra landsmanna að heilbrigðisþjónustu. Færa má gild rök fyrir því að kostnaður sjúklinga í íslenska heilbrigðiskerfinu sé þegar kominn á varasamt stig. Nýlegar rannsóknir hérlendis sýna að þeir sem hafa hærri krónutöluútgjöld vegna heilbrigðismála og hærra hlutfall útgjalda af heimilistekjum fresta frekar en aðrir lækniþjónustu, þó þeir telji sig hafa þörf fyrir þjónustuna (6).

Stjórnvaldsákvæðanir er varða hækkanir á komugjöldum og öðrum þjónustukostnaði sjúklinga og takmarkanir á endurgreiðslu vegna lyfja eru iðulega

teknar án þess að fram fari greining á áhrifum breyttrar skipunar, meðal annars með tilliti til kostnaðar sjúklinga og aðgengis að þjónustu. Breytingar innan heilbrigðiskerfisins hafa að verulegu leyti byggst á huglægum forsendum, svo sem þeim að of margir sjúklingar fari til lækni eða taki lyf án þess að þurfa þess, eða að sjúklingar geti vel greitt meira fyrir heilbrigðisþjónustuna án þess að það bitni á þjónustunotkun þeirra, aðgengi að þjónustu eða heilsufari. Slíkar forsendur eru sjaldnast sannreyndar. Íslensk stjórnvöld virðast enn hafa þá opinberu skoðun að aðgengi að heilbrigðisþjónustunni sé auðvelt og tiltölulega jafnt milli hópa (5). Þó benda nýlegar rannsóknir hérlendis til að svo sé ekki og ein af ástæðunum er útlagður kostnaður sjúklinga (22).

Þörf er á frekari rannsóknum á þáttum er áhrif hafa á heilbrigðisútgjöld einstakra þjóðfélagshópa eftir útgjaldaliðum og áhrifum útgjaldanna á notkun og aðgengi að heilbrigðisþjónustunni. Þá skiptir miklu að komið verði á fót hérlendis skipulegri gagnasöfnun og gagnaúrvinnslu um veikindi og sjúkdóma, þjónustukostnað og notkun heilbrigðisþjónustu, bæði almennt og í einstökum þjóðfélagshópum. Þessi gagnasöfnun og úrvinnsla þarf að vera reglubundin svo rannsaka megi afleiðingar stjórnvaldsaðgerða og annarra áhrifaþátta og fylgjast með breytingum á kostnaði, þjónustunotkun og aðgengi að þjónustu yfir tíma. Með þeim hætti væri unnt að byggja traustari grundvöll undir heilbrigðismálaumráðu og stjórnvaldsaðgerðir í heilbrigðismálum hérlendis og leggja raunverulegt mat á hvort við nálgumst eða fjarlægjumst þau megin markmið sem íslenska heilbrigðiskerfinu eru sett.

Þakkir

Heilbrigðiskönnunin Heilbrigði og lífskjör Íslendinga sem greinin byggir á hlaut styrk frá Rannsóknarráði Íslands (Vísindasjóði) og Rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

Að auki veitti Rannsóknasjóður Háskóla Íslands sérstakan styrk til gagnaúrvinnslu og skrifa þessarar greinar.

Heimildir

1. OECD Health Data 2001. Frakkland: OECD; 2002.
2. Hollingsworth JR, Hage J, Hanneman RA. State Intervention in Medical Care: Consequences for Britain, France, Sweden, and the United States, 1980-1970. Ithaca, New York: Cornell University Press; 1990.
3. Cockerham WC. Medical Sociology, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.
4. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.
5. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; Langtíamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; 2001.
6. Villhjálmsson R, Jörundsdóttir E, Sigurðardóttir H, Jóhannsdóttir ÞB. Þættir tengdir aðgengi að lækniþjónustu á Íslandi. Í: Sveinsdóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilsgæsluhjúkrunar. Reykjavík: Háskólaútgáfan; 2001.
7. Tryggingastofnun ríkisins. 3.02 Læknishjálp. Sótt 15. október á

- vefslóðina: <http://www.tr.is/main/view.jsp?branch=215536#215558>
8. Tryggingastofnun ríkisins. 3.07 Lyf. Sótt 15. október á vefslóðina: <http://www.tr.is/main/view.jsp?branch=215383#215409>
 9. Tryggingastofnun ríkisins. 3.16 Tannlækningar. Sótt 18. október á vefslóðina: <http://www.tr.is/main/view.jsp?branch=215786#215788>
 10. Tryggingastofnun ríkisins. 3.14. Sjúkra-, iðju- og talþjálfun. Sótt 17. október á vefslóðina: <http://www.tr.is/main/view.jsp?branch=215723#215725>
 11. Þjóðhagsstofnun. Útgjöld heimila til heilbrigðismála 1987-2000. Reykjavík: Þjóðhagsstofnun; 2002.
 12. Berk ML, Schur CL, Cantor JC. Ability to obtain health care: Recent estimates from the Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. *Health Affairs* 1995; 14: 139-46.
 13. Donelan K, Blendon RJ, Hill CA, Hoffman C, Rowland D, Frankel M, et al. Whatever happened to the health insurance crisis in the United States? Voices from a national survey. *JAMA* 1996; 276: 1346-50.
 14. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981; 305: 1501-7.
 15. Acs G, Sabelhaus J. Trends in out-of-pocket spending on health care, 1980-92. *Monthly Labor Review* 1995; 118: 35-45.
 16. Andersen R, Lion J, Anderson OW. Two decades of health services: Social Survey Trends in Use and Expenditure. Cambridge, MA: Ballinger; 1976.
 17. Crystal S, Johnson RW, Harman J, Sambamoorthi U, Kumar R. Out-of-pocket health care costs among older Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2000; 55B: S51-S62.
 18. Hong G, Kim SY. Out-of-pocket health care expenditure patterns and financial burden across the life cycle stages. *The Journal of Consumer Affairs* 2000; 34: 291-313.
 19. Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L, et al. Inequalities in health care use and expenditures: Empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 55-65.
 20. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: An empirical investigation. *Soc Sci Med* 1993; 36: 999-1009.
 21. Rubin RM, Koelln K. Out-of-pocket health expenditure differentials between elderly and non-elderly households. *Gerontologist* 1993; 33: 595-602.
 22. Vilhjálmsson R, Ólafsson Ó, Sigurðsson JÁ, Herbertsson TP. Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Reykjavík: Landlæknisembættið; 2001.
 23. Dillman DA. *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*. New York: Wiley; 1978.
 24. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Ann Rev Sociol* 1991; 17: 225-49.