

Hið ófullkomna jöfnunartæki: Afsláttarkort og komugjöld í íslenska heilbrigðiskerfinu

Ágrip

Rúnar Vilhjálmsson¹
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Guðrún V.
Sigurðardóttir²
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Inngangur: Athuganir benda til að bein útgjöld sjúklinga hérlendis og í öðrum löndum Vestur-Evrópu hafi aukist á undanföllum árum og að nokkurs ójöfnuðar gæti í aðgengi að þjónustu. Í því skyni að halda niðri beinum útgjöldum sjúklinga og jafna aðgengi að lækniþjónustu hafa íslensk heilbrigðisyfirvöld um árabíl gefið sjúklingum kost á afslætti af komugjöldum með útgáfu afsláttarkorts.

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna dreifingu komugjalda og afsláttarkorts, og í hvaða mæli afsláttarkortið ratar til þeirra sem rétt eiga á því. **Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin byggir á gögnum úr könnunum Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II. Tekið var tilviljunarúrtak 18-75 ára einstaklinga úr þjóðskrá. Svarendur í fyrri könnuninni voru 1924 (69% heimtur) en af þeim svöruðu 1592 (83%) einnig þeirri síðari. Krosstöflugreining var notuð til að kanna tengsl komugjalda og afsláttarkorts við bakgrunnspætti.

Niðurstöður: Tæp 20% þátttakenda höfðu safnað upp komugjöldum frá upphafi árs sem gáfu rétt á afsláttarkorti, en talsverður munur var á hlutfallinu milli þjóðfélagshópa. Afsláttarkortið kemst illa til skila eins og sést á því að einungis 45,7% þeirra sem rétt áttu á kortinu höfðu það undir höndum. Þessi vanhöld voru mest meðal yngra fólks, foreldra ungra barna, einstaklinga á stærri heimilum, fólks í fullu starfi og þeirra sem höfðu meiri menntun og tekjur.

Ályktun: Tilgangur afsláttarkorts vegna komugjalda er að halda niðri og jafna útlagðan kostnað sjúklinga vegna lækniþjónustu og auðvelda aðgengi að þjónustu. Tilgangnum er aðeins að takmörkuðu leyti náð vegna þess að minnihluti þeirra sem rétt eiga á afsláttarkorti hefur það undir höndum. Þetta skýrist að miklu leyti af því að stjórnvöld hafa gert lítið til að kynna kortið og gera sjúklingum erfitt að nálgast það.

Inngangur

Í félagslegum heilbrigðiskerfum (socialized health system), svo sem á Norðurlöndum og Bretlandseyjum, er heilbrigðisþjónustan skipulögð, fjármögnuð og rekin að stærstum hluta af hinu opinbera sem almenningþjónusta (1). Félagsleg heilbrigðiskerfi byggja á því megin markmiði að þegnarnir hafi jafnan og greiðan aðgang að þjónustunni. Þetta er undirstrikað í 1. grein laga um heilbrigðisþjónustu á Íslandi

ENGLISH SUMMARY

Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV

The imperfect equalizing device: Physician care discount cards and physician care out-of-pocket costs in Iceland

Læknablaðið 2003; 89: 387-92

Introduction: Research shows that out-of-pocket health care costs in Iceland and other Western European countries have increased in recent years, and unequal access to health services has been documented. In an attempt to contain out-of-pocket-costs and avoid service inequities, Icelandic health authorities have for a number of years issued health care discount cards.

Objective: The purpose of the study was to investigate the distribution of out-of-pocket physician costs and discount cards, and the extent to which the cards reach those who are entitled to them.

Material and methods: The study is based on a national panel survey titled Health and Living Conditions in Iceland. A random sample of 18-75 year olds was drawn from the National Register. 1924 respondents participated in the first wave (69% response rate) and 1592 of them (83%) in the second wave. Cross-tabular analysis was used to investigate variations in out-of-pocket physician costs and discount card status across sociodemographic groups.

Results: 19.9% of the respondents had accumulated out-of-pocket costs that made them eligible for a discount card. Furthermore, there was considerable variation in the percentage of eligible individuals across population groups. The discount card was poorly distributed, as only 45.7% of eligible individuals had actually obtained a card. This lack of coverage was greatest among younger individuals, parents of young children, individuals in larger households, the full-time employed, and those who had more education and income.

Conclusions: The purpose of the discount card is to even out and contain out-of-pocket physician care costs, and sustain equal access to physician services. The purpose is no more than partially reached, as only a minority of eligible individuals are actual cardholders. This can be largely explained by the fact that health authorities have done little to promote the card, and make it cumbersome for patients to obtain it.

Key words: discount card, out-of-pocket physician costs, access to services.

Correspondence: Rúnar Vilhjálmsson, runarv@hi.is

nr. 97 frá 1990 þar sem segir meðal annars að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita (2).

¹Hjúkrunarfræðideild og
²Félagsvísindadeild Háskóla
Íslands.

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

Lykilord: afsláttarkort, komugjöld, aðgengi að þjónustu.

Jafnframt segir í markmiði 17 í tillögu til þingsályktunar um íslenska heilbrigðisáætlun frá 1988 (3) og í kafla 4.2. í nýlegri heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (4) að þegar samfélagsins skuli hafa „jafnan aðgang“ eða „auðvelt og sem jafnast“ aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Engu að síður hefur þátttaka sjúklinga í kostnaði heilbrigðisþjónustunnar hérlandis og í öðrum löndum Vestur-Evrópu aukist á undanförunum árum (5, 6). Því hafa vaknað spurningar um hvort aðgangur að heilbrigðisþjónustunni sé í reynd jafn eða (í vaxandi mæli) ójafn. Niðurstöður nýlegra erlendra rannsókna benda til nokkurs ójöfnuðar í aðgengi hópa að þjónustu, jafnvel í félagslegu heilbrigðiskerfinum (7). Þá benda aðrar rannsóknir til að aukin kostnaðarhlutdeild sjúklinga og lakari tryggingastaða fækki læknaheimsóknnum og spítalainnlögnnum, og auki líkur á frestun eða niðurfellingu heimsóknar til læknis þó svo að þörf sé talin á heimsókninni (8-11). Nýleg innlend rannsókn á grundvelli landskönnunar sem framkvæmd var í samstarfi Háskóla Íslands og Landlæknisembættisins leiddi í ljós að kostnaður var önnur algengasta ástæða frestana einstaklinga á læknisþjónustu sem þeir töldu þörf á (31% frestana), næst á eftir verkefnabindingu (það er, að hafa ekki tíma til að leita læknis vegna annarra verkefna) (45% frestana). Í sömu rannsókn kom í ljós að það var einkum yngra fólk (18-24 ára), einhleypir og fráskildir, og tekjulágt fólk sem frestaði eða felldi niður ferð til læknis af kostnaðarástæðum (12).

Í samræmi við ákvæði heilbrigðisþjónustulaga og heilbrigðisáætlana um auðvelt og sem jafnast aðgengi landsmanna að heilbrigðisþjónustu hafa íslensk stjórnvöld um árabíl leitast við að halda niðri og jafna kostnað sjúklinga vegna læknisþjónustu með útgáfu afsláttarkorts (afsláttarskírteinis) er veitir sjúklingum afslátt af komugjöldum. Samkvæmt reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu (13) eiga sjúklingar rétt á afsláttarkorti þegar samanlögð komugjöld þeirra frá upphafi árs hafa náð tilteknum mörkum. Almenn mörk afsláttarkorta hækkðu þann 1. júlí 2001 úr 12.000 krónum í 18.000 krónur. Með framvísun afsláttarkorts lækka almenn gjöld sjúklinga í hverri komu og verða sambærileg við gjöld aldraðra og öryrkja án afsláttar. (Sérstakar reglur gilda um afsláttarkort aldraðra, öryrkja og barna.) Þá geta sjúklingar fengið afturvirka endurgreiðslu frá Tryggingastofnun á samanlögðum komugjöldum umfram viðmiðunarmörkin, þótt þeir hafi ekki haft afsláttarkort, en sú endurgreiðsla nemur þó aðeins 2/3 af endurgreiðslu samkvæmt afsláttarkorti (14).

Lítið er vitað um nýtingu afsláttarkortsins hérlandis eða áhrif þess á notkun læknisþjónustu. Upplýsingar frá Tryggingastofnun ríkisins benda þó til slakrar nýtingar kortsins. Á árinu 1998 nam endurgreiðsla stofnunarinnar vegna afsláttarkortsins aðeins 83 milljónum, lækkaði í 63 milljónir árið 2000, en fór í 75 milljónir 2001 (15). Í nýlegri rannsókn Rúnars

Vilhjálmssonar og fleiri á aðgengi fullorðinna Íslendinga að læknisþjónustu kom í ljós að þeir sem höfðu afsláttarkort undir höndum frestuðu síður ferð til læknis en aðrir (16). Að því marki sem menn hafa afsláttarkortið undir höndum virðist það virka í þá átt sem stjórnvöld gera ráð fyrir.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna í hvaða mæli fullorðnir Íslendingar hefðu uppsöfnuð komugjöld vegna læknisþjónustu yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts, hve margir hefðu afsláttarkort, og hve margir ættu rétt á afsláttarkorti en hefðu ekki. Athygli var sérstaklega beint að muni á komugjöldum og nýtingu afsláttarkorts eftir þjóðfélagsþópum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er byggð á gögnum úr heilbrigðiskönnunum Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II. Fyrri könnunin fór fram á tímabilinu frá september til nóvember árið 1998 og sú síðari á sama tíma ári síðar (12). Kannanirnar fóru fram undir stjórn dr. Rúnars Vilhjálmssonar, prófessors, í samstarfi við Ólaf Ólafsson, fyrrverandi landlækni, dr. Jóhann Á. Sigurðsson, prófessor, og dr. Tryggva Þór Herbertsson, dósent. Þátttakendur voru íslenskir ríkisborgarar, búsettir á Íslandi, á aldrinum 18-75 ára sem voru valdir með tilviljunaraðferð úr þjóðskrá. Framkvæmd kannananna byggðist á svonefndri heildaraðferð (Total Design Method), er tekur til hönnunar spurningalista, bréfa og umslaga, og útsendingar og innheimtu spurningalista. Aðferðin hefur reynst mun betri en eldri aðferðir og hafa heimtur almennt verið góðar (12, 17-20).

Alls skiluðu 1924 útfylltum spurningalista í fyrri könnuninni og voru heimtur í heild 69%. 1592 (83%) af svarendum fyrri könnunarinnar svöruðu einnig þeirri síðari. Lýðfræðileg samsetning svarendahóps og þýðis reyndist mjög áþekkt sem bendir til þess að svarendahópurinn endurspeglar þýðið almennt vel. Svörin var þó hærra meðal kvenna en karla, og íbúa á landsbyggðinni en íbúa á höfuðborgarsvæðinu. Svör þátttakenda voru því vegin eftir búsetu og kynferði svo svarendahópurinn endurspeglar þýðið betur (17). Tölvunefnd (nú Persónuvernd) og Vísindasíðanefnd veittu leyfi fyrir framkvæmd kannananna.

Háðar breytur rannsóknarinnar varða afsláttarkort og uppsöfnuð komugjöld og bygga á eftirfarandi spurningum sem lagðar voru fyrir í seinni könnuninni (1999): *Hefur þú fengið afsláttarkort frá Tryggingastofnun vegna kostnaðar við notkun þína á læknisþjónustu á þessu ári (1999)?* (já, nei). *Hver áætlast þú að hafi verið kostnaður vegna notkunar þinnar á læknisþjónustu það sem af er þessu ári (1999)?* Út frá svörum við seinni spurningunni var greint milli þeirra sem safnað höfðu upp komugjöldum sem gáfu rétt á afsláttarkorti á þeim tíma er könnunin fór fram

haustið 1999, og hinna sem greitt höfðu minna vegna lækniþjónustu (viðmiðunarmörk afsláttarkorts voru 12.000 krónur hjá fullorðnum almennt, en 3000 krónur hjá lífeyrisþegum).

Í rannsókninni voru könnuð tengsl afsláttarkorts og uppsafnaðra komugjalda við eftirfarandi bakgrunnsbreytur sem aflað var upplýsinga um í fyrri könnuninni: Kynferði (karl, kona), aldur (í sex árabílum), hjúskaparstöðu (gift(ur)/í sambúð, í föstu sambandi/einhleyp(ur), fráskilin(n), 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 tekjur (heildarstekjur einstaklings 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. Með hjálp krosstafna (cross-tabulation) voru könnuð tengsl hárra komugjalda og afsláttarkorta við bakgrunnspætti. Marktækni var metin með kí-kvaðrat prófi.

Niðurstöður

Í heild reyndust 19,9% úrtaksins hafa safnað upp komugjöldum á árinu (1999) sem gáfu rétt á afsláttarkorti (≥ 12 þúsund krónur fyrir fullorðna og ≥ 3 þúsund krónur fyrir lífeyrisþega). Af þeim sem áttu rétt á afsláttarkorti voru aðeins 45,7% með kortið. Töflur I-III sýna nánar hvernig hlutföll komugjalda og afsláttarkorts skiptust eftir þjóðfélagshópum.

Tafla I sýnir hlutfall einstaklinga í einstökum hópum sem höfðu safnað upp komugjöldum er gáfu rétt á afsláttarkorti. Munur kom fram eftir aldri og var eldra fólk (65 ára og eldra) langoftast yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts (45%), en þeir sem voru í yngstu aldurshópnum (18-34 ára) höfðu lægsta hlutfallið. Einnig reyndist munur eftir hjúskaparstöðu, því einhleypir höfðu sjaldnast komugjöld yfir mörkunum, en ekkjufólk langoftast. Þá var meira um að komugjöld færu yfir mörkin hjá einstaklingum á fámennari heimilum og þeim sem ekki höfðu fyrir ungum börnum að sjá. Fólk sem ekki var á vinnumarkaði var einnig frekar með komugjöld yfir mörkunum en þeir sem höfðu vinnu. Loks sýnir taflan að komugjöld höfuðborgarbúa fóru oftast yfir mörkin en landsbyggðarfólks.

Tafla II sýnir hlutfall einstaklinga sem höfðu afsláttarkort eftir þjóðfélagshópum. Munur reyndist vera milli aldurshópa og var kortið langalgengast meðal eldra fólks (65 ára og eldra) (40,4%), en fátíðast meðal yngstu aldurshópnum (18-34). Hvað hjúskaparstéttir varðar var afsláttarkortið algengast

Tafla I. Hlutfall einstaklinga með komugjöld yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts, eftir þjóðfélagshópum.

Breyta	%	n_i/n_k
Kynferði		
Karl	19,1	147/769
Kona	20,7	158/764
Aldur		
18-24	11,7	29/246
25-34	10,7	36/341
35-44	16,5	57/347
45-54	24,2	63/258**
55-64	26,8	49/182
65 og eldri	44,9	71/158
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	20,3	217/1071
Einhleyp(ur)	14,9	50/336
Fráskilin(n)	28,8	20/69***
Ekkja/Ekkill	45,3	17/38
Foreldrastaða		
Barn < 5 ára	10,8	38/350
Ekki barn < 5 ára	22,7	267/1175***
Fjöldi heimilismanna		
1	28,8	35/121
2	28,6	108/378
3-4	15,3	105/683***
5 eða fleiri	16,2	57/351
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	38,5	76/197
Hlutastarf	16,9	63/376***
Fullt starf	17,2	165/959
Námsstaða		
Í skóla	18,0	43/239
Ekki í skóla	19,1	224/1171
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	25,3	15/59
Ekki atvinnulaus nú	18,0	238/1321
Búseta		
Höfuðborgarsvæðið	21,5	206/956
Landsbyggð	17,2	99/577*
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	20,4	78/383
Sérskóla- eða stúdentspróf	21,2	174/824
Háskólastigspróf	15,8	44/278
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	20,0	132/658
1,5-3,2 milljónir	17,4	93/534
3,3+ milljónir	15,2	19/127

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; kí-kvaðrat próf

meðal ekkjufólks (37,3%), en fátíðast meðal einhleypa (7,1%). Foreldrar ungra barna voru mun sjaldnar en aðrir með kortið (2,2%). Jafnframt var minna um kortahald á stærri heimilum. Þá var samband milli afsláttarkorts og atvinnustöðu. Þeir sem ekki voru á vinnumarkaði voru oftast með kort (29,9%), en þeir sem voru í fullu starfi sjaldnast (6,5%). Jafnframt var munur eftir námsstöðu því skólafólk var síður með afsláttarkort en aðrir (4,6%). Þá voru atvinnulausir mun frekar með afsláttarkort en þeir sem ekki voru atvinnulausir (30,4%). Þeir sem höfðu minnsta menntun voru frekar með afsláttarkort en þeir sem meiri menntun höfðu. Loks voru

Tafla II. Hlutfall einstaklinga með afsláttarkort eftir þjóðfélagshópum.

Breyta	%	n _i /n _k
Kynferði		
Karl	9,8	77/785
Kona	11,4	89/782
Aldur		
18-24	3,3	8/250
25-34	2,1	7/343
35-44	6,9	24/346
45-54	8,1	21/266***
55-64	19,0	36/189
65 og eldri	40,4	70/172
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	10,3	112/1093
Einhleyp(ur)	7,1	24/340
Fráskilin(n)	17,0	12/69***
Ekkja/Ekkill	37,3	17/44
Foreldrastaða		
Börn yngri en 5	2,2	8/348
Ekki börn yngri en 5	13,0	157/1210***
Fjöldi heimilismanna		
1	19,7	25/126
2	20,0	79/396
3-4	5,9	41/689***
5 eða fleiri	6,0	22/356
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	29,9	60/202
Hlutastarf	10,9	42/387***
Fullt starf	6,5	64/978
Námsstaða		
Í skóla	4,6	10/217
Ekki í skóla	10,1	127/1255**
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	30,4	20/67
Ekki atvinnulaus nú	7,9	110/1389***
Búseta		
Höfuðborgarsvæði	11,0	107/976
Landsbyggð	9,9	59/591
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	14,0	55/391
Sérskóla- eða stúdentspróf	9,4	80/844*
Háskólastigspróf	7,4	21/279
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	11,4	76/666
1,5-3,2 milljónir	6,0	32/543**
3,3+ milljónir	6,1	8/131

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; kí-kvaðrat próf

Tafla III. Hlutfall einstaklinga með rétt á afsláttarkorti sem höfðu ekki kort, eftir þjóðfélagshópum.

Breyta	%	n _i /n _k
Kynferði		
Karl	56,7	83/147
Kona	52,0	82/158
Aldur		
18-24	75,2	22/29
25-34	83,1	30/36
35-44	60,4	35/57
45-54	69,5	44/63***
55-64	30,4	15/49
65 og eldri	29,0	21/71
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	55,6	121/217
Einhleyp(ur)	59,4	30/50
Fráskilin(n)	53,7	11/20
Ekkja/Ekkill	23,5	4/17
Foreldrastaða		
Börn yngri en 5	79,6	30/38
Ekki börn yngri en 5	50,7	135/267***
Fjöldi heimilismanna		
1	44,1	15/35
2	38,8	42/108
3-4	64,9	68/105**
5 eða fleiri	70,3	40/57
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	32,1	24/76
Hlutastarf	46,4	29/63***
Fullt starf	67,5	112/165
Námsstaða		
Í skóla	68,2	29/43
Ekki í skóla	55,0	123/224
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	53,8	8/15
Ekki atvinnulaus nú	58,6	140/238
Búseta		
Höfuðborgarsvæði	54,7	112/206
Landsbyggð	53,3	53/99
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	43,3	34/78
Sérskóla- eða stúdentspróf	60,2	105/174*
Háskólastigspróf	55,4	24/44
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	48,1	63/132
1,5-3,2 milljónir	72,5	67/93**
3,3-5,1 milljónir	65,2	13/19

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; kí-kvaðrat próf

þeir tekjulægstu frekar með afsláttarkort en hinir tekjuhærrí.

Tafla III sýnir hve vel eða illa afsláttarkort vegna komugjalda komust til skila eftir þjóðfélagshópum. Nánar tiltekið sýnir taflan hve hátt hlutfall einstaklinga höfðu ekki afsláttarkort þó þeir ættu rétt á því (það er, hefðu komugjöld yfir viðmiðunarmörkum). Sérstaka athygli vekur að í langflestum hópum var meirihlutinn án afsláttarkorts. Jafnframt var talsverður munur milli hópa. Yngri einstaklingar (18-34 ára) voru oftast án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir viðmiðunarmörkum (75-83% án korts). Munur var einnig eftir hjúskaparstöðu.

Einhleypir voru oftast án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir mörkunum (59,4%), en ekkjar og ekkjar sjaldnast. Þá voru foreldrar ungra barna mun frekar en aðrir án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir mörkunum (79,6%). Vanhöld af þessu tagi voru meiri eftir því sem heimilin voru stærri. Þá kom í ljós að kortið skilaði sér lakar til einstaklinga í fullu starfi (67,5% án korts) en þeirra sem voru í hlutastarfi eða utan vinnumarkaðar. Loks sýnir taflan að vanhöldin voru meiri hjá þeim sem höfðu hærrí tekjur eða einhverja framhaldsmenntun, en hinum minna menntuðu og tekjulægri.

Umræða

Útgáfa afsláttarkorta er mikilvægur liður í viðleitni stjórnvalda til að halda niðri og jafna útlagðan kostnað sjúklinga vegna lækniþjónustu og auðvelda aðgengi að þjónustu óháð félags- eða efnahagslegri stöðu (2-4). Rannsóknin leiðir í ljós talsverðan mun á komugjöldum og rétti til afsláttarkorts milli þjóðfélagshópa. Mest var um að komugjöld væru yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts hjá eldra fólki og ekkjufólki, enda viðmiðunarmörk almennt lægri hjá þeim en öðrum fullorðnum og læknaheimsóknir fleiri. Þá var meira um að komugjöld væru yfir mörkunum hjá þeim sem ekki annast ung börn, eru á minni heimilum, eru ekki á vinnumarkaði, eða búa á höfuðborgarsvæðinu. Afsláttarkortið kemst illa til skila eins og sést á því að einungis 45,7% þeirra sem rétt áttu á kortinu höfðu það undir höndum. Vanhöldin voru mest meðal yngra fólks (<35 ára), foreldra ungra barna, einstaklinga á stærri heimilum, einstaklinga í fullu starfi, og einstaklinga með meiri menntun og tekjur. Þessar niðurstöður eru í samræmi við þá staðreynd að endurgreiðslur Tryggingastofnunar vegna afsláttarkorta námu einungis 75 milljónum á árinu 2001, eða 8 milljónum króna lægri upphæð en árið 1998, þrátt fyrir hækkanir á komugjöldum sjúklinga á tímabilinu (6, 15). Misbrestur á notkun afsláttarkorts er áhyggjuefni þar eð kostnaður sjúklinga hérlendis vegna heilbrigðisþjónustu er orðinn verulegur (20), kostnaður er önnur algengasta ástæðan sem Íslendingar nefna fyrir frestun á læknaheimsókn (12) og þeir sem ekki hafa afsláttarkort undir höndum fresta frekar för til lækni en aðrir (16). Það er þó dálítill bót í máli að afsláttarkortið skilar sér til meirihluta eldra fólks og tekjulágra sem rétt eiga á því.

Eins og áður var greint frá geta sjúklingar fengið afturvirka endurgreiðslu frá Tryggingastofnun á sam- anlögðum komugjöldum sínum umfram viðmiðunarmörk, þótt þeir hafi ekki útvegað sér afsláttarkort. Gera má þá athugasemd við þessa ráðstöfun að endurgreiðslan nemur aðeins 2/3 af endurgreiðslu samkvæmt afsláttarkorti (14). Sanngarnt og eðlilegt má telja að endurgreiðsla komugjalda sé með sama hætti gagnvart öllum sem sannarlega hafa safnað upp komugjöldum umfram viðmiðunarmörk. Með núverandi fyrirkomulagi stenst ekki að viðmiðunarmörkin – áður 12.000 krónur, nú 18.000 krónur – séu „hámarksupphæð án afsláttar“, eins og heilbrigðis- yfirvöld sjálf orða það. Þá má benda á að viðmiðunarmörk og gildistími afsláttarkorta miðast við almanaksár, en ekki ákveðið tímabil sem kæmi réttlátar niður. Þannig gæti til dæmis einstaklingur í lok mars 2003 verið með komugjöld á sex mánaða tímabili (frá október 2002) sem væru langt yfir viðmiðunarmörkunum, án þess að hafa átt rétt á afsláttarkorti 2002, eða eiga (enn að minnsta kosti) rétt á korti 2003.

Ástæður fyrir slakri nýtingu afsláttarkorts í íslenska

heilbrigðiskerfinu geta verið ýmsar. Vera kann að ýms- um sem fara yfir viðmiðunarmörk í komugjöldum seint á almanaksárinu finnst ekki taka því að útvega sér kort, því hvert kort er aðeins í gildi út almanaksár- ið. Þá vegur þungt að heilbrigðisyfirvöld hafa lítið gert til að kynna sjúklingum kortið og gera það aðgengi- legt. Lesa má texta um afsláttarkort í 3. kafla Hand- bókar Tryggingastofnunar sem meðal annars er að finna á netinu (14) og einnig má lesa setningar um af- sláttarkort á upplýsingablaði stofnunarinnar um kostnað sjúklinga vegna lækniþjónustu sem liggur frammi á ýmsum þjónustustöðum, en stopular útgáfur upplýsingablaðsins úreldast fljótt vegna tíðra breyt- inga á upphæðum. Bæta má upplýsingaflæðið með sér- stakri tilkynningu um afsláttarkort á heimasíðum Tryggingastofnunar og heilbrigðisstofnana, með út- gáfu sérstaks upplýsingablaðs um afsláttarkort sem væri endurskoðað eftir þörfum og lægi frammi vítt og breitt á þjónustustöðum heilbrigðiskerfisins og með sérstakri kynningu á afsláttarkortinu með reglulegu millibili í helstu fjölmiðlum. Mestu skiptir þó vafalaust að sjúklingar hafa mikið fyrir því að fá kortið. Þeir þurfa að halda saman öllum kvittunum frá upphafi almanaksársins og þegar tiltekinni upphæð er náð (sem er nú almennt 18.000 krónur fyrir fullorðna, en 4500 fyrir líffeyrisþega) fæst afsláttarkortið gegn fram- visun kvittana í þjónustumiðstöð Tryggingastofnunar á Laugavegi 114 og hjá umboðsmönnum utan Reykja- víkur (14). Vandinn er einkum sá að flestum er ókunn- ugt um hvaða kostnað þeir muni hafa af komugjöldum á árinu, reikna með þökkalegri heilsu og halda ekki kvittunum saman. Þetta fyrirkomulag er tæplega ásettanlegt á tölvuöld. Nær væri að Tryggingastofnun hefði heimildir til að afla tölvutækra upplýsinga um uppsöfnuð komugjöld sjúklinga og sendi afsláttarkort í pósti til viðkomandi þegar viðmiðunarmörkum væri náð. Að lágmarki ættu sjúklingar að geta fengið greið- ar upplýsingar frá stofnuninni um uppsöfnuð komu- gjöld sín og sótt afsláttarkort til hennar þegar þeir eiga rétt á því. Þá gegna lækna og aðrir heilbrigðisstarfs- menn nokkru hlutverki í þessu sambandi með því að spyrja skjólstæðinga sína hvort þeir hafi afsláttarkort og miðla upplýsingum um kortið til þeirra. Loks væri ástæða til að beina upplýsingum um afsláttarkortið sérstaklega að hópum sem kortið nær illa til (þótt þjónustugjöld þeirra séu yfir viðmiðunarmörkum), ekki síst unga fólksins í gegnum framhalds- og háskól- ana, fólks í fullu starfi í gegnum vinnustaðina, og for- eldra ungra barna í gegnum heilsugæsluna/mæðra- og ungbarnaverndina. Með samstilltu átaki heilbrigðis- yfirvalda, heilbrigðisstarfsmanna, og jafnvel aðila vinnumarkaðar og skóla, mætti án vafa stórauka og jafna útbreiðslu afsláttarkortsins. Um leið myndi gjald hlutaðeigandi fyrir hverja læknaheimsókn lækka verulega og aðgengi að þjónustunni ætti þar með að batna (8-10) (endurgreiðsla eða niðurgreiðsla Tryg- gingastofnunar ykist að sama skapi).

Ástæða er til að gera frekari athuganir á nýtingu afsláttarkortsins hérlandis. Gögnunum sem hér er greint frá var safnað 1998 og 1999. Síðan þá hefur reglum um kostnað sjúklunga vegna læknishjálpar verið breytt og viðmiðunarmörk afsláttarkortsins hafa hækkað úr 12.000 krónum í 18.000 krónur fyrir fullorðna almennt og úr 3000 krónum í 4500 krónur fyrir líffeyrisþega. Því er ástæða til að skoða þróun komugjalda og nýtingar afsláttarkortsins síðustu ár í einstökum þjóðfélagshópum. Þá væri einnig þörf að skoða nánar en gert hefur verið tengsl kostnaðar og afsláttarkortahalds við frestun lækniþjónustu í einstökum þjóðfélagshópum. Eru tilteknir hópar líklegri til að fresta eða fella niður lækniheimsókn ef upp-safnaður þjónustukostnaður eða komugjöld eru orðin há eða ef afsláttarkort vantar? Er slík frestun breytileg eftir tilefnum þjónustunotkunar eða tegund lækniþjónustu? Svör við þessum spurningum gæfu frekari upplýsingar um áhrif komugjalda og afsláttarkorts á aðgengi að heilbrigðisþjónustunni. Slíkar upplýsingar eru þýðingarmiklar í heilbrigðiskerfi eins og því íslenska sem hefur að megin markmiði gott aðgengi einstaklinga og hópa að heilbrigðisþjónustunni.

Þakkir

Heilbrigðiskannanirnar Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II sem greinin byggir á hlutu 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. Cockerham WC. Medical Sociology, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.
2. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.
3. Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðisáætlun. Lögð fyrir Alþingi á 111. löggjafarþingi 1988-1989.
4. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; 2001.
5. OECD Health Data 2001. Frakkland: OÉCD; 2002.
6. Þjóðhagsstofnun. Útgjöld heimila til heilbrigðismála 1987-2000. Reykjavík: Þjóðhagsstofnun; 2002.
7. Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen, F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 1997; 315: 1006-9.
8. 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 Aff* 1995; 14: 139-46.
9. 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.
10. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981; 305: 1501-7.
11. Rask KJ, Williams, MV, Parker RM, McNaghy SE. Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital. *JAMA* 1994; 271: 1931-3.
12. Vilhjálmsson R, Ólafsson Ó, Sigurðsson JÁ, Herbertsson TP. Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Reykjavík: Landlækniseimbættið; 2001.
13. Reglugerð nr. 218/2002 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu.
14. Tryggingastofnun ríkisins. Handbók Tryggingastofnunar ríkisins. 3. kafli – Sjúkratryggingar. Sótt 27. janúar 2003 á vefslóðina: <http://www.tr.is>.
15. Tryggingastofnun ríkisins. Staðtölur almannatrygginga 2001, Tafla 24. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins; 2002.
16. Vilhjálmsson R, Jörundsdóttir E, Sigurðardóttir H, Jóhannsdóttir ÞB. Þættir tengdir aðgengi að lækniþjónustu á Íslandi. Í: Sveinsdóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilbrigðisgæsluhjúkrunar. Reykjavík: Háskólaútgáfan; 2001.
17. Vilhjálmsson R. Hverjir leita til hjúkrunarfræðinga í heilbrigðisgæslunni? Niðurstöður úr nýlegri heilbrigðiskönnun meðal Íslendinga. Í: Sveinsdóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilbrigðisgæsluhjúkrunar. Reykjavík: Háskólaútgáfan; 2001.
18. Dillman DA. Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method. New York: Wiley; 1978.
19. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Annu Rev Sociol* 1991; 17: 225-49.
20. Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV. Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðisþjónustu. *Læknablaðið* 2003; 89: 25-31.