

130. löggjafarþing 2003 - 2004.  
Þskj. 788 - 516. mál.

## Svar

heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra  
við fyrirspurn Jóhönnu Sigurðardóttur  
um kostnaðarhlutdeild sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni á þskj. 788.

1. *Telur ráðherra að kostnaðarhlutdeild sjúklinga í sjúkratryggingum hafi aukist um 70% á sl. 15 árum, sbr. niðurstöðu Rúnars Vilhjálmssonar, prófessors í heilsufélagsfræði við Háskóla Íslands?*

Virðulegur forseti.

Kostnaðarhlutdeild sjúklinga hefur almennt talað aukist frá því fyrir 15 árum. Það er rétt hjá ágætum fræðimanni, Rúnari Vilhjálmsyni, prófessor, við Háskóla Íslands. Hins vegar verður að hafa allan varann á þegar um er að ræða athuganir yfir svo langt tímabil sem hér um ræðir. Samanburðarár eru í þessu tilliti tekin út úr svo mismunandi landslagi, að það er næstum svo að borin séu saman epli og appelsínur. Í þessu sambandi verður einnig að hafa hugfast að hlutur sjúklinga í greiðslum vegna lækniþjónustu breytist mjög mismunandi eftir því hvaða þjónustu við erum að ræða um. Á mælikvarða neysluverðsvístitölu sem hækkaði frá mars 1997 og til desember 2003 um tæplega 29% þá lækkaði til að mynda tilkostnaður sjúklinga við heimsókn til heimilislæknis og var þá 94% af því sem hann var í mars 1997. Hlutur sjúklings í greiðslum fyrir heilsugæslu almennt hafði hins vegar aukist á sama tímabili um rúmlega 31% samkvæmt tölum Hagstofu Íslands og eins og fram hefur komið opinberlega áður hækkaði hlutur sjúklinga í kostnaði við heimsókn til sérfræðilækna mun meira á sama tímabili.

Virðulegur forseti.

Annar mælikvarði á að meta útgjöld sjúklinga er að skoða hlutfallslega skiptingu útgjalda við komu til sérfræðilækna milli sjúklings og Tryggingastofnunar ríkisins.

Árið 1998 greiddi sjúklingurinn að meðaltali 40,8% af kostnaði við komu til sérfræðilæknis en Tryggingastofnun 59,2%. Á árinu 1999 var skiptingin 33,3% á sjúkling en 66,7% á TR, á árinu 2000 hafði hlutfallstala sjúklingsins lækkað í 29,9% en hlutur TR að sama skapi aukist í rúmlega 70 af hundraði, hlutfallsgreiðsla sjúklings í meðalkomunni lækkaði enn á árinu 2001 í 29,4% og á árinu 2002 hækkaði hlutur sjúklings svo aftur og varð að meðaltali 31,4% við komu til sérfræðilæknis en hlutur TR 68,6%.

Þetta þýðir að á sama tíma og meðalkostnaður við komu til sérfræðilæknis fór samtals úr 4.594 í tæplega 6000 kr., þá lækkaði hlutur sjúklings í krónum talið. Tryggingastofnun ríkisins var með öðrum orðum látin bera aukningu kostnaðarins.

Virðulegur forseti.

Hér er miðað við árið 1997 og til dagsins í dag til að gefa vísbendingu um breytingar á kostnaði sjúklings þar sem aðstæður nú og fyrir 15 árum eru mjög ólíkar. Almennt má segja um samanburð kostnaðar sjúklinga við heilbrigðisþjónustu að þegar talað er um mismunandi landslag í samanburði til svo langs tíma eins og hér um ræðir, þá er átt við að læknisfræðin og sú þjónusta sem þar er veitt er gjörbreytt frá því sem áður var og fólk er í stórum stíl farið að taka kostnaðarlegan þátt í læknisaðgerðum á stofum lækna sem áður voru einungis framkvæmdar á

sjúkrahúsum. Tæknilegar framfarir í læknisfræði hafa það í för með sér að aðgerðir flytjast út af sjúkrahúsunum í miklum mæli, þannig að sjúklingarnir eiga kost á miklu fjölbreyttari þjónustu en áður var, án þess að þurfa að leggjast á sjúkrahús. Það segir sig sjálfst að kostnaður sjúklinga eykst í kjölfarið, því samfara læknisaðgerðunum sjálfum er boðið upp á sífellt flóknari og nákvæmari röntgen- og rannsóknargreiningu heldur en áður var, sem áður voru að stórum hluta einungis mögulegar á sjúkrahúsum. Þá er ógetið um ný og sífellt dýrari lyf, sem valda sífelldri útgjaldabenslu svo sem sjúklingar verða varir við.

Þegar litið er á tímabilið 1987 - 2001 sést að heilbrigðisútgjöld hafa hækkað um 276%, meðan heilbrigðisútgjöld heimilanna hafa hækkað á sama tímabili um 316 %. Verg landsframleiðsla hækkaði á tímabilinu um 258%, sem segir að hlutur heilbrigðisútgjaldanna þar af hafi hækkað á tímabilinu eða um tæp 5%.

Heilbrigðisútgjöld heimilanna sem hluti af heildarútgjöldum til heilbrigðismála hækkuðu um 36%, sem er svipað og hækkun heilbrigðisútgjalda á föstu verðlagi á þessu tímabili.

Þegar tekið er tillit til fjölgunar þjóðarinnar sést hins vegar að hækkun heilbrigðisútgjalda á mann nemur tæplega 20%.

Samanburður á þessu sviði til lengri tíma ber eins og áður sagði að taka með öllum fyrirvörum þar sem margs er að gæta og ytri breytingar verða til þess að ekki er hægt að rýna í tölur einar og sér.

2. *Telur ráðherra rétt að gild rök megi færa fyrir því að útgjöld sjúklinga hér á landi séu þegar komin á varasamt stig og farin að bitna á aðgengi að heilbrigðisþjónustunni, sbr. niðurstöðu greinar Rúnars Vihjálmssonar og Guðrúnar V. Sigurðardóttur um bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðisþjónustu í 1. tbl. Læknablaðsins 2003?*

Virðulegur forseti.

Það verður að segjast, að niðurstöður greinarhöfunda þess efnis að útgjöld sjúklinga séu komin á varasamt stig og farin að bitna á aðgengi að þjónustunni, koma nokkuð á óvart miðað við (1) þær almennu rannsóknarniðurstöður sem birtast annars í greininni, og svo (2) þær nýlegu niðurstöður í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá september 2002, sem sýnir stóru aukna aðsókn til allra þátta heilbrigðisþjónustunnar á tímabilinu 1997-2001.

Í grein Rúnars og Guðrúnar er greint frá rannsóknarniðurstöðum varðandi hamlandi áhrif á aðsókn til heilbrigðisþjónustu hjá nokkrum þjóðfélagshópum, en sú grein er byggð á rannsókn Landlæknisembættisins frá 2001 varðandi aðgang að heilbrigðisþjónustu eftir Rúnar, Ólaf Ólafsson, Jóhann Ágúst Sigurðsson og Tryggva Þór Herbertsson. Þar kemur í ljós að meðalútgjöld heimilanna til heilbrigðisþjónustu er u.þ.b. 2,3% af tekjum, en fer í 5,3% hjá láglaunafólki, sem er langhæsta útgjaldahlutfall allra þjóðfélagshópa.

Hér er um fólk að ræða, sem hefur undir 1500 þús. kr. í heimilistekjur. Sérstakar ráðstafanir hafa verið gerðar til að þetta tekjulága fólk geti notið endurgreiðslna kostnaðar frá Tryggingastofnun, sem nemur allt að 90% af heilbrigðisútgjöldum

Þess. Úrræðin eru því fyrir hendi og hafa verið til í meira en áratug. Fram hefur komið í rannsóknum Dr. Rúnars Vilhjálmssonar að sjúklingar nýta sér þessi úrræði, svo sem afsláttarkortin, sérstöku greiðslureglurnar og aðrar ívilnandi reglur afar mismunandi eftir félagslegri stöðu. Þetta gerist þrátt fyrir að sé nánast regla að heilbrigðisstarfsmenn vekji athygli sjúklinga á réttinum til afsláttarkorta og þótt greiðslureglur og aðrar ívilnandi reglur hafi margsinnis hafi verið kynntar fyrir einstaklingum og samtökum sem hafa innan sinna vébanda tekjulægri hópa samfélagsins. Ráðuneytið fór til dæmis í samvinnu við ASÍ fyrir u.þ.b. tveimur árum til að gera átak til að kynna þennan endurgreiðslumöguleika, en því miður varð lítil breyting á. Ef til vill verður þessi umræða til að vekja enn athygli á þessum möguleika, en sennilega má betur ef duga skal.

Rétt er að taka fram að skv. skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2002 um rekstur heilsugæslunnar í Reykjavík kemur fram, að aðsókn á alla þætti heilbrigðisþjónustunnar á tímabilinu 1997-2001 hefur aukist svo um munar. Skv. skýrslunni jókst aðsókn

- til hgst. í Reykjavík um 9%
- til sérfræðilækna um 16%
- til bráðamóttöku LSH 25%
- til Læknavaktar um 100%

Virðulegur forseti.

Þessar tölur um aðsókn til heilbrigðisþjónustunnar sýna að vart sé nokkur sá afgerandi áhrifaþáttur sem valdi því að hægt sé að tala um að það "bitni" á aðgengi að þjónustunni.

Annað mál er það, að hin gagnmerka rannsókn sem lýst var í grein Rúnars og Guðrúnar, hefur sýnt fram á ýmsa þætti sem varða einstaka þjóðfélagshópa sem hamlar eðlilegri aðsókn þeirra til heilbrigðisþjónustu. Þar kemur greinilega ýmislegt annað til en kostnaðarástæður, eins og greinin ber með sér.

Virðulegur forseti.

Ég þakka háttvirtum fyrirspyrjanda fyrir að vekja athygli á því almennt talað, að útgjöld tiltekinna hópa vegna heilbrigðisþjónustunnar hafa áhrif á aðgengið að þjónustunni, en ég undirstrika að áhrifin eru bundin við tiltekna hópa. Skólafólk fellir oft niður heimsóknir til læknis, sama gildir um fráskilda. Þeir sem eiga í fjárhagserfiðleikum, eru bundnir af vinnu á, eða utan heimilis, fresta líka oft heimsókn til lækna. Langveikir fresta oft læknisheimsóknum, en annars gildir að þeir sem njóta afsláttarkorta fresta síður læknisheimsóknum. Þetta eru hinar almennu niðurstöður úr nýjstu rannsóknunum á þessu sviði.

Heilbrigðismálaráðuneytið hefur með eftirfarandi hætti reynt að koma til móts við þá hópa sem hugsanlega fella niður heimsóknir til lækna af fjárhagsástæðum:

- gjöld fyrir læknisþjónustu barna er haldið mjög lágum
- gjöld fyrir aldraða og öryrkja er haldið mjög lágum
- afsláttarþökum fyrir þessa hópa er haldið mjög lágum
- afsláttarþökum hefur almennt verið haldið lágum
- sérstakar ívilnandi greiðslureglur vegna umtalsverðs kostnaðar við læknishjálp, lyf og þjálfunarkostnað, sem

skilyrtar eru af fjölskyldumtekjum, hafa verið rýmkaðar verulega -  
nú síðast um nýliðin áramót.

Virðulegur forseti.

Það er von mín að spurningum háttvirts þingmanns sé svarað svo  
sem hægt er.

(Talað orð gildir)