

*Jorun Ramm*

**Inntektsforholdene til storbrukere av  
helsetjenester**

---

*Rapporter* I denne serien publiseres statistiske analyser, metode- og modellbeskrivelser fra de enkelte forsknings- og statistikkområder. Også resultater av ulike enkeltundersøkelser publiseres her, oftest med utfyllende kommentarer og analyser.

© Statistisk sentralbyrå, april 2008	<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen, skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	Tall kan ikke forekomme	.
	Oppgave mangler	..
	Oppgave mangler foreløpig	...
ISBN 978-82-537-7359-9 Trykt versjon	Tall kan ikke offentligjøres	:
ISBN 978-82-537-7360-5 Elektronisk versjon	Null	-
ISSN 0806-2056	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
<b>Emne</b>	Foreløpige tall	*
03.01 og 05.01	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Desimalskilletegn	,

## Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Oppdraget omfattet en deskriptiv analyse av grupper med stort forbruk av helsetjenester og medisiner, og dermed med antatt høye utgifter til helse, samt husholdningenes inntektsforhold. Rapporten må ses som en innledende utredning med tanke på en større datainnsamling som gjennomføres høsten 2007 av Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra NTNU, Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne og Sosial- og helsedirektoratet (Avdeling for levekår). Undersøkelsen omfatter blant annet spørsmål om utgifter til behandling og medisiner.

Analysene tar utgangspunkt i data fra Levekårsundersøkelsene 2002 og 2005. Rapporten tar sikte på å kartlegge hvorvidt storbrukere av helsetjenester og medisiner tilhører lavinntektsushold eller hushold som er økonomisk sårbare. Tilnærmingen som er valgt er å avgrense en gruppe med stort forbruk av helsetjenester og medisiner og se på inntektsforholdene til disse gruppene. I analysene av inntektsforhold tar vi utgangspunkt i en relativ tilnærming til lavinntekt og en absolutt tilnærming som sier noe om husholdets økonomiske sårbarhet.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>4</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>5</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Problemstilling og andre undersøkelser</b> .....	<b>8</b>
2.1. Problemstilling – hypoteser .....	8
2.2. SSB's undersøkelse av utgifter til helse- og sosialtjenester .....	8
2.3. Econ-studie av egenandeler til helse- og omsorgstjenester .....	9
2.4. Økonomi og levekår for ulike grupper; mottakere av grunnstønnad .....	10
<b>3. Utgifter til helse- og omsorgstjenester</b> .....	<b>11</b>
3.1. Egenandeler – kort historikk .....	11
3.2. En firedel av befolkningen har frikort .....	12
3.3. Stønader og fradragsordninger .....	12
3.4. Ressurskrevende ordninger for en ressurs svak gruppe .....	13
<b>4. Husholdets økonomiske kår og sårbarhet</b> .....	<b>15</b>
4.1. Relativ grense til lavinntekt .....	15
4.1.1. Ekvivalensskalaer .....	15
4.2. Valg av grense for lavinntekt .....	16
4.2.1. Lavinntektshushold .....	16
4.3. Absolutt grense for lavinntekt .....	17
4.3.1. SIFO's standardbudsjett for forbruksutgifter .....	17
4.3.2. Mål på økonomisk sårbarhet .....	18
<b>5. Data og metode</b> .....	<b>19</b>
5.1. Målgruppe og utvalg .....	19
5.2. Representativitet og frafall .....	19
<b>5.3. Definisjon av gruppen – operasjonalisering</b> .....	<b>20</b>
5.3.1. En av fem er storbrukere av helsetjenester .....	20
5.3.2. Storbrukere av medisiner .....	20
5.4. Inntektsmål .....	21
<b>6. Bruk av helsetjenester og legemidler i befolkningen</b> .....	<b>22</b>
6.1. Tre av fire til allmennlege, en av tre til spesialist .....	22
6.2. Medisinbruk .....	23
6.3. En av ti bruker legetjenester i stor grad .....	24
6.4. Storbruk av helsetjenester .....	25
6.5. Lav inntekt og mindre enn god helse .....	25
6.6. Helsetilstand og tjenestebruk .....	27
6.7. Legemiddelbruk .....	28
<b>7. Inntektsforhold</b> .....	<b>30</b>
7.1. Inntekts sammensetning .....	30
7.2. Trygd og trygdemottak .....	30
7.3. Inntektsregnskap i ulike aldersgrupper .....	31
7.3.1. Inntektsregnskap for personer 18-44 år .....	31
7.3.2. Inntektsregnskap for personer 45-66 år .....	33
7.3.3. Inntektsregnskap for personer 67-79 år .....	35
<b>8. Oppsummering og konklusjoner</b> .....	<b>38</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>41</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>42</b>

## Figurregister

3.1. Utviklingen i antall utstedte frikort i preoden 1998-2007. Befolkningen 6 år + .....	12
6.1. Andel personer 18-79 år som har benyttet ulike helsetjenester siste år og andel som har benyttet tjenestene i stor grad. Aldersgrupper. 2005. Prosent .....	22
6.2. Andel personer 18-79 år som har benyttet ulike legemidler daglig i ukene før intervjuet. 2005. Prosent.....	24
6.3. Storbruk av ulike helsetjenester i befolkningen 18-79 år og i lavinntekts-hushold. Aldersgrupper. 2005. Prosent.....	26
6.4 Andel personer 18-79 år med mindre enn god helse i befolkningen og blant perosner i lavinntektshushold. 2002, 2005. Prosent.....	26
6.5. Andel personer 18-79 år med mindre enn god helse som har benyttet lege-midler daglig de siste ukene før intervjuet i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold. 2005. Prosent .....	29
7.1. Inntektssammensetning for hushold i befolkningen 18-66 år. Storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester (se avsnitt 5.31. og 5.3.1 for omtale av legemidler og storbruk av helsetjenester). 2005. Prosent .....	30

## Tabellregister

2.1. Gjennomsnittlig årlige utgifter til helse- og omsorgstjenester. 2000 og 2001 Kroner. Befolkningen 16 år og over .....	9
4.1. Ekvivalensskalaer og husholdstørrelse .....	15
4.2. Sammensetning av lavinntektsgruppen og andel personer i ulike husholdstyper med lavinntekt, 2004. Prosent.....	16
4.3. Differanse mellom husholdningens samlede inntekt og kostnader i henhold til SIFO's budsjett for forbruksutgifter. 2005-kroner.....	18
5.1. Fordeling av frafall etter alder. 2002 og 2005. Antall og prosent .....	20
6.1. Fordeling av kjennetegn på storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester. 18-79 år. Ikke studenter. 2002, 2005. Prosent .....	24
6.2. Andel i alderen 18-79 år og blant personer i lavinntektshushold med diagnoser i de mest utbredte sykdomsgruppene. Prosent 2005.....	27
6.3. Personer med mindre enn god helse etter bruk og storbruk av helsetjenester. Befolkningen og blant personer i lavinntektshushold 2005. Prosent .....	28
7.1. Storbrukere av ulike helsetjenester eller medisiner etter om husholdet mottar ulike ytelser fra folketrygden. 18-79 år. 2002 og 2005. Ikke studenter. Prosent.....	31
7.2. Andel i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 18- 44 år. 2005. Prosent.....	31
7.3. Andel som bor alene, er sysselsatt og som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold etter helsetilstand. Ikke studenter. Personer 18-44 år. 2005. Prosent.....	32
7.4. Inntektsregnskap for personer 18-44 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent .....	33
7.5. Andel i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 45- 66 år. 2005. Prosent.....	34
7.6. Andel som bor alene, er sysselsatt og som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer som bor i lavinntektshushold etter helse- tilstand. Ikke studenter. Personer 45-66 år. 2005. Prosent .....	34
7.7. Inntektsregnskap for personer 45-66 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent .....	35
7.8. Andel med i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 67-79 år. 2005. Prosent.....	36
7.9. Andel som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer som bor i lavinntektshushold etter helsetilstand. Ikke studenter. Personer 67-79 år. 2005. Prosent.....	36
7.10. Inntektsregnskap for personer 67-79 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent .....	37
 <b>Vedleggstabeller</b>	
A1. Andel med mindre enn god helse og storbruk av ulike helsetjenester. Aldersgrupper. Personer 18-79 år. (Ikke studenter.) 2005.....	42
A2. Fordeling på kjennemerker for personer med mindre enn god helse i befolkningen og i lavinntektshushold. 18-79 år EU-definisjonen. (Ikke studenter). 2005 .....	42

## 1. Innledning

Det er kjent fra andre studier at sykdom rammer skjevt, og at de minst bemidlede har mest sykdomsplager. Dette kommer også frem i denne rapporten, men er det slik at de minst bemidlede også er de som bruker helsetjenester i stor grad eller setter økonomien begrensninger på bruk? Dette er blant spørsmålene den herværende rapporten skal bidra til kaste lys over.

Omtalen her begrenses til å omfatte utvalgte helsetjenester utenfor institusjon. Det gjelder kontakter med allmennlege eller legespesialist, samt helsetjenester som fysioterapi-, kiropraktor- og psykologtjenester. En femdel av befolkningen bruker disse helsetjenestene i stort omfang. Dette er tjenester som omfattes av egenandelsordningene og andre skjermingsordninger beskrevet i Lov om folketrygd. I utgangspunktet skal storbrukere av denne typen tjenester være godt skjermet mot store utgifter i forbindelse med sykdom. Likevel viser studier som er gjennomført at det finnes grupper som opplever at de må redusere på andre utgifter for å få behandling som er nødvendig (bl.a. Holmøy og Høstmark 2000). Med datagrunnlaget som er tilgjengelig i denne studien har vi ikke anledning til å se forbruk av helsetjenester og legemidler i relasjon til *behovet* for behandling. Det vi kan si noe om er hvem som er storbrukere av ulike helsetjenester, og i noen grad trekke inn egenvurdert helse som en grov indikator på behov.

Dataene som benyttes i rapporten er hentet fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2002 og 2005. Ved hjelp av data fra disse undersøkelsene vil vi se på kjennetegn ved personer som er storbrukere av helsetjenester og medisiner. Fra andre sammenhenger er det kjent at kvinner bruker helsetjenester i større grad enn menn, og at eldre kvinner er storbrukere av helsetjenester. Dette bildet vil vi forsøke å nyansere ved å se på flere grupper og tjenester. Videre ønsker vi å se på inntektsforholdene for storbrukere av legetjenester og andre helsetjenester. Ut fra kjennskap om at lavinntektsgrupper har høyere sykkelighet stiller vi spørsmål om det også er slik at det er en overvekt av storbrukere av helsetjenester i lavinntektsgruppen sammenlignet med andre grupper.

## 2. Problemstilling og andre undersøkelser

I Sosial- og helsedirektoratets publikasjon "Utviklingstrekk i helsesektoren" kan man lese at "Mange personer med nedsatt helse eller nedsatt funksjonsevne har store utgifter til medisiner, helse- og sosialtjenester" (Shdir 2006). Det er de senere årene gjort flere studier av utgifter til medisinsk behandling og legemidler. Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte blant annet en undersøkelse om utgifter til helse- og omsorgstjenester på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2000. Econ gjennomførte senere en studie av egenandeler og utgifter blant medlemmer i ulike pasientorganisasjoner. I tillegg har Borgeraas et al. (2005) gjort en studie blant kreftframmede som har søkt Kreftforeningen om særskilt støtte til dekning av utgifter. Alle disse undersøkelsene påviser grupper som på grunn av sykdom eller funksjonshemming har vesentlig høyere kostnader til helse- og omsorgstjenester enn andre, og viser at mange i disse gruppene også har det vanskelig økonomisk.

### 2.1. Problemstilling – hypoteser

Det herværende prosjektet tar utgangspunkt i et representativt befolkningsutvalg. Med data fra levekårsundersøkelsene om helse tar vi sikte på å avdekke hvorvidt personer med stort helsetjenesteforbruk og/eller medisinbruk, og dermed med antatte høye helseutgifter, er overrepresentert i lavinntektsgrupper. Vi vil se nærmere på gruppen som bruker helsetjenester og/eller medisiner i stor grad, om de tilhører hushold som ligger under grensen for lavinntekt, og om de tilhører hushold som på annen måte er økonomisk sårbare.

Hvis det er slik at storbrukere av helsetjenester og medisiner tilhører hushold med god økonomi, er det fordi de, i større grad enn grupper som er dårligere økonomisk stilt, har anledning til å velge mellom og å bruke tjenestetilbud uavhengig av kostnader? Dersom det er lavere bruk av helsetjenester i lavinntektsgruppen, kan dette skyldes at de ikke ser at de kan ta seg råd til nødvendig eller ønsket behandling? Dette er relevante spørsmål, og vi vil bare i noen grad kunne antyde sammenhenger og svar på disse spørsmålene.

Vi vil se på helsetjenestebruk og medisinbruk etter kjennetegn og økonomiske forhold i husholdene intervjupersonen bor i. Videre ser vi på helsetjenestekonsum kontrollert for helsetilstand. Helsetilstanden kan ses som en indikator på behovet for behandling. Når vi har valgt egenvurdert helse som mål på nedsatt helsetilstand vil ikke alle grupper, som også kan ha vesentlige utgifter til behandling, hjelp eller medisiner, favnes. Dette vil gjelde mange som har nedsatt funksjonsevne, men ikke nødvendigvis nedsatt helsetilstand.

I studien av inntektsforhold tar vi utgangspunkt i to tilnærminger. Den ene er å se på om storbrukere av helsetjenester og medisiner er overrepresentert i lavinntektsgruppen hvis vi bruker EU's definisjon for lavinntekt. Grensen for lavinntekt settes da ved 60 prosent av medianinntekten i befolkningen. En annen tilnærming er å se på storbrukere av helsetjenester og medisiner i husholdninger som er økonomisk sårbare målt med inntekt sett i forhold til standardbudsjettet for forbruksutgifter (SIFO-budsjettet).

### 2.2. SSB's undersøkelse av utgifter til helse- og sosialtjenester

I 2000 gjennomførte SSB en undersøkelse av utgifter til helse- og sosialtjenester på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet (SSB 2000). Formålet med undersøkelsen var å kartlegge opphopning av utgifter til alle former for helse- og sosialtjenester blant personer med kronisk sykdom. Populasjonen til denne undersøkelsen var en kombinasjon av et utvalg fra befolkningens generelt, et utvalg personer med forventet høy utgiftsbelastning, og et utvalg av personer med frikort. 40 prosent av totalutvalget var trukket fra folkeregisteret, 30 prosent fra Rikstrygdeverkets (RTV/NAV) registre av grunn- og hjelpestønadmottakere, 30 prosent fra registeret



over mottakere av frikort (RTV/NAV). Svarprosenten i undersøkelsen var på 71 prosent. De uttrukne personene ble bedt om å registrere utgifter til helse- og sosialtjenester i et føringshefte over en periode på 6 uker (fra mars til mai). Opplysningene ble deretter registrert i et telefonintervju. Til sammen ble 1 315 personer 16 år og over intervjuet.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser blant annet at om lag 60 prosent av befolkningen hadde hatt utgifter til helse- og sosialtjenester i 6 ukers perioden. Blant grunn- og hjelpestønadsmottakere hadde 85 prosent hatt slike utgifter, og for mottakere av frikort var andelen 86 prosent. Befolkningsutvalget hadde hatt utgifter ut over tjenester som omfattes av egenandels tak 1, på 3.000 kroner per år i gjennomsnitt, mens mottakere av grunn- og hjelpestønad hadde hatt utgifter i størrelsesorden 8.000 kroner per år. I befolkningsutvalget var det mottakere av sosialstønad og personer med langvarig sykdom eller skade som hadde hatt de høyeste utgiftene. Kvinner hadde utgifter i større grad enn menn. De største utgiftspostene gjaldt tannbehandling, legemidler på hvit resept og reseptfrie legemidler, samt pleie- og omsorgstjenester. Enkelte grupper oppga svært høye utgifter. 2 prosent av befolkningen 16 år og eldre hadde utgifter til helse- og omsorgstjenester på 2.000 kr eller mer per måned (24.000 per år). 12 prosent av grunn- og hjelpestønadsmottakere og 8 prosent av mottakere av frikort hadde utgifter i samme størrelsesorden. I alle utvalgene som undersøkelsen omfattet var det personer som sa at de måtte avstå fra en eller flere tjenester de hadde behov for på grunn av kostnadsnivået. Det var særlig den yngste gruppen som oppga at de hadde avstått fra bruk av tjenester de egentlig hadde bruk for. Tjenestene dette gjaldt var fysioterapi, kiropraktikk, tannlege og logoped.

### 2.3. Econ-studie av egenandeler til helse- og omsorgstjenester

Econ Analyse gjennomførte en studie i 2001 av egenandeler til helse- og omsorgstjenester blant medlemmer i utvalgte pasientorganisasjoner. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at studie-populasjonen hadde mer enn dobbelt så høye utgifter til helse- og omsorgstjenester enn befolkningen for øvrig. I tillegg hadde de lavere inntekt. Utgiftene for funksjonshemmede og kronisk syke var, i henhold til denne undersøkelsen, i størrelsesorden 8.900 kr per år. Av populasjonen undersøkelsen dekket hadde 6 prosent utgifter på over 20.000 per år, mens 19 prosent hadde utgifter mellom 10-20.000 kroner. En andel på 8 prosent svarte i denne undersøkelsen av de måtte avstå fra andre goder for å dekke inn merutgiftene (Econ 2000).

**Tabell 2.1. Gjennomsnittlig årlige utgifter til helse- og omsorgstjenester. 2000 og 2001 Kroner. Befolkningen 16 år og over**

	Gjennomsnittlig utgift i kr. per år	Antall personer i utvalgene	Kilde
Befolkningen 16 år og over	4.100	396	SSB
Mottakere av frikort	9.000	327	SSB
Mottakere av grunn- og hjelpestønad	11.700	539	SSB
Medlemmer i 12 FFO-foreninger <sup>1</sup>	8.900	123	ECON
Medlemmer i LHL	9.800	26	ECON

Kilde: ECON (Egenbetaling i helse- og sosialtjenestene 2001), Holmøy og Høstmark, (SSB 2000) og ECON Egenandeler i helsesektoren, 2002.

Undersøkelsen som ble gjennomført av SSB, viste at befolkningen 16 år og over gjennomsnittlig hadde om lag kr 4.100 i utgifter til egenandeler årlig. Mottakere av frikort hadde kr 9.000 i utgifter årlig, og mottakere av grunn og hjelpestønad hadde kr 11.700 i årlig utgift.

<sup>1</sup> Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Revmatikerforbundet, Diabetesforbundet, Astma- og allergiforbundet, Psoriasisforbundet, Multipel Skleroseforbundet, Mental Helse, Landsforeningen for trafikkskadde, Foreningen for muskelsyke, Forbundet tenner og helse, Foreningen for kroniske smertepasienter, Ryggforeningen og Migreneforebundet.

## 2.4. Økonomi og levekår for ulike grupper – mottakere av grunnstønad

Grunnstønad er i ulike undersøkelser benyttet som mål på høye utgifter i forbindelse med sykdom. I folketrygdloven er det nedfelt bestemmelser om at grunnstønad kan ytes til personer som har varig sykdom når lidelsen medfører varige ekstra-utgifter av betydning (St.prp nr. 1 (1999-2000) Folketrygden). Målet har imidlertid viktige svakheter i det enkelte grupper som har store sykdomsutgifter, men som av ulike grunner ikke har søkt eller blitt tilkjent grunnstønad, ikke blir fanget opp. Mottak av grunnstønad er resultatet av en aktiv søkeprosess. Den enkelte må kunne sannsynliggjøre at utgiftene er av en viss størrelse og til godkjente formål. De som mottar grunnstønad har selv søkt om stønad, og kunnet dokumentere store sykdomsutgifter.

SSB's sosiale rapportering viste at 6 prosent av befolkningen mottok grunnstønad i 2002 og en like stor andel i 2004 (SSB 2005, 2007). Studien viste at det var høyere andeler av grunnstønadmottakere i gruppen som *ikke* bodde i lavinntektshushold i henhold til EU's definisjon av lavinntekt. 7 prosent av personer i ikke-lavinntektshushold var mottakere av grunn- og hjelpestønad, mot 4 prosent i lavinntektshushold. Også i hushold med mottakere av uføretrygd eller attførings-/rehabiliteringspenger var andelene som mottok grunnstønad i ikke-lavinntektshushold høyere sammenlignet med lavinntektshushold. Andelen som mottar grunnstønad blant uførepensjonister var 9 prosentpoeng lavere i lavinntektsgruppen sammenlignet med gruppen som ikke har lavinntekt. Dataene går ikke i dybden og vi kan derfor ikke si noe om hvorfor fordelingen av mottakere av grunnstønad er så vidt skjev for hushold med inntekt over og under lavinntektsgrensen. Det er imidlertid ikke urimelig å tenke seg at ressurser i form av utdanning og inntekt kan gi effekter som fører til at personer som bor i hushold med inntekt over lavinntektsgrensen i større grad tar ut ytelser de har rett på etter loven.

### 3. Utgifter til helse- og omsorgstjenester

Helsevesenet er organisert med fritak for betaling og tak for utgifter til egenandeler for en rekke helsetjenester. For de fleste helsetjenestene der egenbetaling finnes, er det ordninger som skjermer den enkelte mot for stor utgiftsbelastning. Den offentlige finansieringen kan være utformet som en prosentvis andel av kostnadene, som et bestemt beløp, som full utgiftsdekning over et visst nivå eller ved ulike kombinasjoner av dette (NOU 2004:1). Regelverket er, over tid, blitt relativt detaljert jf. angjeldende kapitler og paragrafer i folketrygdloven. Disse er beskrevet i andre kildedokumenter, blant annet Lov om folketrygd og offentlige utredninger (bl.a. St.prp nr. 1 (2000-2001) Folketrygden og NOU 2004:1).

#### 3.1. Egenandeler – kort historikk

I St.prp. nr. 1 (2006-2007) er egenandelsordningene omtalt. Frem til begynnelsen av 1980-tallet var det i hovedsak bare etablert egenandeler for legehjelp ved offentlig poliklinikk, psykologhjelp og fysioterapi. I 1980/81 ble det innført egenandel for syketransport og legemidler på blå resept. Noen grupper var unntatt egenandeler; bl.a. barn under 7 år, eldre og uføre. Fra 1984 ble ordningen med årlig utgiftstak for egenandeler innført.

Folketrygdens frikortordning (egenandelstak 1) omfatter egenandeler for konsultasjoner hos lege og psykolog med rett til trygderefusjon, legemidler og sykepleieartikler på blå resept, radiologisk undersøkelse, laboratorieprøver og reiseutgifter i forbindelse med disse tjenestene. Når taket for utgifter til egenandeler nås i et kalenderår (kr 1.390 i 2002 og kr 1.585 i 2005), utstedes frikort. Med frikort blir alle utgifter til tjenestene ordningen omfatter, refundert resten av kalenderåret.

Gjennom 1980-tallet ble ordningen justert og forenklet. Blant annet ble det innført samme egenandel for alle legekonsultasjoner og alle pasienter. Sent på 1980-tallet ble egenandelen på blå resept omgjort til en prosentdel av reseptbeløpet og maksimalbeløp. I 1997 kom Folketrygdloven som regulerer området i dag (<http://www.lovdata.no/all/nl-19970228-019.html>).

Det er gjort en del grep de senere årene for å skjerme storbrukere av helsetjenester mot uforholdsmessig store utgifter. Blant annet er minstepensjonister fritatt fra å betale egenandel for medisiner på blå resept. I 2003 ble det innført egenandels tak 2 som blant annet omfatter utgifter til fysikalsk behandling. Videre omfatter ordningen opphold ved opptreningsinstitusjon, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak, samt behandlingsreiser til utlandet. Siden innføringen av ordningen er utgiftstaket senket fra kr 4.500 i 2003 til kr 3.500 i 2005, og i 2006 ble taket satt til kr 2.500 per år.

Rettighetene knyttet til tak 2 ordningen omfatter blant annet utgifter til fysikalsk behandling hos kommunalt ansatt fysioterapeut eller fysioterapeut med driftsavtale. Fritaket er knyttet til en sykdomsliste med til sammen ca. 100 diagnoser/sykdommer (jf. sykdomsliste i forskrift til folketrygdlovens § 5-8). De fleste storbrukere av fysioterapi kommer inn under denne fritaksordningen. Det heter imidlertid at en slik liste vanskelig kan bli fullstendig, slik at den omfatter alle pasienter med et betydelig behov for fysikalsk behandling (HOD St. prp. nr. 1 (2000-2001)). Det er likevel slik at behandling for diagnoser som omfattes av denne listen dekkes, mens diagnoser der det er behov for behandling, men som ikke omfattes av listen må dekkes av egen lomme.

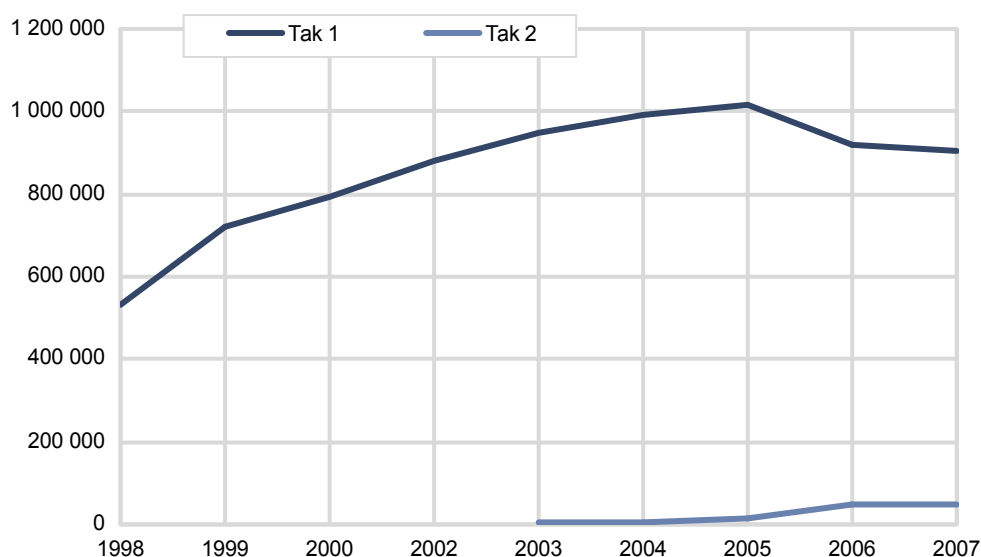
Utgifter til legemidler dekkes etter Folketrygdloven (§ 5-22) og tilhørende forskrift ("Blåreseptforskriften"). Formålet er først og fremst "å dekke utgifter for pasienter med alvorlig, kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling" (St.prp. nr. 1 (2006-2007)). Dette gjelder preparater som er angitt på blåreseptlisten. Diagnoser som krever behandling med preparater som faller utenfor denne listen kan i særlige tilfeller dekkes,

men da etter søknad. Fra og med 1999 er egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept den samme for alle pasienter - 36 prosent av reseptbeløpet, maksimalt 450 kroner i 2005 per utlevering av et kvantum svarende til tre måneders forbruk. Minstepensjonister og barn under 7 år er fritatt for egenandel.

### 3.2. En firedel av befolkningen har frikort

I dag oppnår en firedel av befolkningen frikort etter egenandels tak 1. Totalt ble det utstedt 1 016 000 frikort innenfor tak 1-ordningen og 12 700 frikort innenfor tak 2-ordningen i 2005, det vil si henholdsvis 24 prosent og 0,3 prosent av befolkningen 6 år og over. Årsaken til at så vidt mange får frikort skyldes ikke at alle er storbrukere av helsetjenester, men henger sammen med størrelsen på egenandelene. Nivået på egenandelene har økt over tid, mens taket har ligget mer eller mindre fast (målt i reelle kroner justert for konsumprisindeksen) (St.prp. nr. 1 (2006-2007)).

figur 3.1. Utviklingen i antall utstedte frikort i preoden 1998-2007. Befolkningen 6 år +



Kilde: <http://nav.no>

Praksisen med høye egenandeler og lavt tak for tilkjennelse av frikort er ment å skjerme storbrukere av helsetjenester, mens grupper med mer beskjedent forbruk av helsetjenester ville måtte betale noe mer. Det fører imidlertid til at selv personer med moderat bruk av helsetjenester når grensen for egenandeler i løpet av et år. Vel 40 prosent av personer 70 år og over kvalifiserer for frikort (tak 1). Det er nesten fire ganger så høy frikortandel innenfor tak 1-ordningen blant pensjonister sammenlignet med andre voksne. Dette speiler at pensjonistene har et langt høyere forbruk av helsetjenester. Samtidig har pensjonister gjennomgående et lavere inntektsnivå enn andre grupper i befolkningen (St.prp. nr. 1 (2006-2007)). At kun 0,3 prosent har oppnådd frikort innenfor tak 2-ordningen skyldes i hovedsak at ordningen er så vidt ny (fra 2003) og dermed mindre kjent. Det er høyest andel som når tak 2 i aldersgruppene 40–59 år, og utgiftene knytter seg primært til behandlingsutgifter hos fysioterapeut (Ot.prp. nr. 28 (2005–2006)).

### 3.3. Stønader og fradragordninger

En viktig ordning for grupper med store sykdomsutgifter er grunnstønadsordningen i folketrygden. Denne gir dekning av dokumenterte merutgifter på grunn av kronisk sykdom gradert med seks ulike satser der den laveste er kr 6.636 og den høyeste om lag kr 33.240 per år i 2005. Den skal blant annet dekke ekstra transportutgifter, fordyret kosthold og drift av hjelpemidler. I tillegg kan det søkes om særfradrag i inntekten når sykdom eller annen varig svakhet har medført betydelige utlegg (St.prp. nr. 1 (2006-2007)).

Personer med kronisk sykdom som har særlig høye utgifter til medisiner eller behandling (større enn kr 9.180 inntektsåret 2006) kan søke om særfradrag for å få utgiftene dekket. Også dersom sykdom eller svakhet har ført til at vanlige kostnader er blitt større enn de ellers ville ha vært, kan man føre fradrag for merkostnaden. Det kan være egenandeler til medisiner, fysioterapeut, legehonorar og hjelpemidler, hjelp i huset, ekstra store strømutfgifter, ekstra varme klær mv.

### **3.4. Ressurskrevende ordninger for en ressurs svak gruppe**

Til tross for at en rekke skjermingsordninger hver for seg gir en rimelig skjerming mot høye utgifter til helse- og omsorgstjenester kan personer med funksjonshemming eller kronisk sykdom likevel ha en opphopning av slike utgifter. For en del tjenester og produkter må den enkelte dekke utgiftene selv. Det omfatter utgifter utover hva som dekkes gjennom egenandelsordningen. Det kan være behandling hos helseprofesjoner som ikke har avtale med kommunen, alternativ behandling, samt legemidler som ikke omfattes av egenandelsordningen med videre. I tillegg vil grupper med utgifter i forbindelse med helsemessige problemstillinger som ikke kommer inn under sykdomslisten (stønadsforskrifter § 3) måtte dekke utgiftene selv. Eksempler på grupper som faller utenfor er blant annet pasienter med rygg- og nakkelidelser (NAV 2007).

Det er lite automatikk i skjermingsordningene som er etablert gjennom egenandels-takene, stønader og andre økonomiske støtteordninger. En del av rettighetene gitt gjennom folketrygdloven krever en aktiv søkeprosess og dokumentasjon av utgifter, samt legeerklæring. Selv om helsepersonell skal informere, er det "brukeren" selv som må effektivisere. Det er et tankekors at man som helsemessig redusert egentlig trenger ressurser som en frisk både for å holde styr på rettighetene, for å samle og systematisere dokumentasjon, og søke om ytelser eller kompensasjon for store utlegg man har eller har hatt som følge av sykdom, skade eller funksjonshemming.

Føring av egenandeler på egenandelskortet starter på nytt hvert kalenderår. For enkelte grupper, som ikke er så godt økonomisk stilt, kan konsentrasjonen av egenandeler for ulike konsultasjoner og legemidler i årets begynnelse medføre et kontantproblem før taket nås (St.prp. nr. 1 (2006-2007)). Når egenandeler tilsvarende utgiftstaket er nådd må den enkelte selv søke trygdekontoret (NAV) om å få frikort. Kvitteringer for konsultasjoner eller utlegg for medisiner må samles eller påføres egenandelskortet av lege/apotek. Dette kan for enkelte oppleves som en tilleggsbelastning. Det er imidlertid slik at søker man ikke, får man ikke heller ikke frikortet.

Dersom utgifter til helsetjenester, medisiner eller nødvendig utstyr overstiger et gitt nivå kan utgiftene føres opp i selvangivelsen og gi fradrag i skatten (jf. særfradrag og fradrag for merkostnader). Den enkelte må selv føre opp kravet og størrelsen på merkostnadene, samt vedlegge begrunnelse og dokumentasjon ved bilag og legeerklæring. Dette fordrer at man har tatt vare på aktuelle kvitteringer slik at utgiftene kan dokumenteres i forbindelse med innlevering av selvangivelsen.

Utgifter i forbindelse med sykdom varierer avhengig av hva slags sykdom og funksjonsvansker man har. Det kan dreie seg om utgifter til diett, utskifting av interiør i forbindelse med allergier, transportutgifter osv., men det kan også dreie seg om høyere strømutfgifter, og andre boutgifter. Ikke alle utgiftene kan enkelt settes i sammenheng med og knyttes opp mot en medisinsk diagnose og dokumenteres. Det kan imidlertid være snakk om relativt høye utgifter. Avhengig av bosted kan man tenke seg at tilgang til enkelte helsetjenester enten ligger langt unna hjemmet eller at det finnes en privat praktiker med kontortid på et nærmere sted, men uten avtale med kommunen. I tillegg vil personer som har uklare eller udiagnostiserte plager eller lidelser som ikke omfattes av sykdomslisten falle på siden av

skjermingsordningene. Det er ikke vanskelig å tenke seg tilfeller der personer som på grunn av særskilte helse- eller funksjonsproblemer må gripe til løsninger der dekningen av utgiftene er lav eller ikke finnes.

Også for legemidler er det et relativt detaljert regelverk for i hvilke tilfeller og hvordan utgifter kompenseres. Utgifter til legemidler/utstyr på blå resept dekkes hvis de omfattes av "blåreseptlisten" (da dekkes 36 prosent av reseptbeløpet). Diagnoser som krever behandling med preparater som faller utenfor denne listen dekkes etter søknad. Reseptpliktige legemidler som av ulike grunner foreskrives på hvit resept dekkes ikke, ei heller reseptfrie legemidler. I noen tilfeller forskrives tilleggsmedisiner som skyldes kortvarige plager på hvit resept selv om problemstillingen kanskje er et direkte eller indirekte resultat av en langvarig diagnose, men som likevel ikke anses å falle inn under rettighetene folketrygdloven gir.

## 4. Husholdets økonomiske kår og sårbarhet

Husholdets økonomiske kår og sårbarhet/utsatthet kan fremstilles på ulike måter. I noen studier er minstepensjonen satt som grense for lavinntekt. Andre studier benytter mottak av supplerende ytelser som bostøtte eller sosialhjelp eller begge deler som indikator på husholdets økonomiske utsatthet. Fattigdomslitteraturen skiller mellom relative og absolutte tilnærminger til lavinntekt. Relative tilnærminger handler om ulikhet og fordeling av samfunnets økonomiske ressurser. Den enkeltes velferd blir målt mot velferdsnivået i den øvrige befolkningen. Absolutte tilnærminger til lavinntekt tar utgangspunkt i hva som er et rimelig forbruksnivå i velferdsperspektiv.

En relativ tilnærming trekker grensen for lavinntekt i forhold til det generelle inntektsnivået i befolkningen. Den viser til et inntektsnivå som blir vurdert som tilstrekkelig for å kunne delta som fullverdig medlem i samfunnet. I den sosiale rapporteringen til SSB er dette blant målene som benyttes. Men inntekt alene gir ofte et ensidig bilde av husholdets økonomiske kår. Om et hushold er økonomisk sårbart avhenger ikke av nivået på inntekten alene, men også av nivået på nødvendige utgifter. Dette blir oppsummert i definisjonen referert i Tiltaksplanen mot fattigdom: «Med fattigdom forstås at personer har så lav inntekt, eventuelt i kombinasjon med høye nødvendige utgifter i forbindelse med sykdom, funksjonshemming mv., at de over lengre tid ikke får dekket grunnleggende velferdsbehov.» (St.meld. nr. 6,(2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom).

### 4.1. Relativ grense til lavinntekt

Dersom fokuset er inntektsforhold som indikasjon på velferd, brukes gjerne en relativ tilnærming til definisjon av lavinntekt. Innenfor denne tradisjonen er det det generelle inntektsnivået i landet som brukes som referanse. En ofte benyttet metode er å definere alle personer med inntekt mindre enn 50 prosent av gjennomsnittet eller medianen for alle personer, som tilhørende lavinntektsgruppen (SSB 2007). Ulike studier opererer med ulike grenser. En metode tar utgangspunkt i tilrådninger fra OECD, og benytter 50 prosent av medianinntekten som lavinntektsgrense. En annen mye brukt metode, som er anbefalt av EU, har 60 prosent av medianinntekten som lavinntektsgrense. Med begge metoder korrigeres husholdningsinntekten for ulikheter i husholdningsstørrelse ved hjelp av ekvivalensskalaer.

#### 4.1.1. Ekvivalensskalaer

For å kunne sammenligne den økonomiske velferden til husholdninger med ulik sammensetning og størrelse justeres inntekten med ekvivalensskalaer eller forbruksvekter. En ekvivalensskala er et uttrykk for hvor stor inntekt en husholdning med for eksempel fire personer må ha, for å ha samme levestandard eller økonomiske velferd som en enslig person. Det blir imidlertid ikke korrigert for en eventuell ujevn fordeling av inntekter mellom husholdsmedlemmer (SSB 2007).

Tabell 4.1. Ekvivalensskalaer og husholdsstørrelse

Antall personer i husholdet	Ekvivalensskala <sup>2</sup>	
	OECD-skala	EU-skala
1	1,0	1,0
2	1,7	1,5
3	2,2	1,8
4	2,7	2,1
5	3,2	2,4

Kilde: Inntekts- og formuesundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

I den sosiale rapporteringen til SSB benyttes både OECD- og EU-skalaen. Tabell 4.1 viser begge skalaene med hensyn til den vekt de gir husholdninger av ulik størrelse. OECD-skalaen legger relativ beskjeden vekt på husholdningens stordrifts-

<sup>2</sup> Husholdningsmedlem nummer tre og høyere regnes som barn.

fordeler når flere personer deler på utgiftene. En husholdning med fire personer (to voksne og to barn) vil måtte ha en inntekt som er 2,7 ganger høyere enn enslige for å ha samme velferdsnivå med bruk av OECD skalaen. I henhold til EU-skalaen er det tilstrekkelig med 2,1 ganger så høy inntekt for å ha samme velferdsnivå. Med OECD-skalaen vil første voksne få en vekt lik 1, neste voksne husholdsmedlem en vekt lik 0,7 og hvert barn en vekt lik 0,5. EU-skalaen legger større vekt på at større husholdninger gir stordriftsfordeler når flere personer deler utgiftene og gir første voksne en vekt lik 1, neste voksne en vekt lik 0,5, mens hvert barn får en vekt lik 0,3 (SSB 2007).

## 4.2. Valg av grense for lavinntekt

Grensene som trekkes for lavinntekt har vært kritisert for å være satt relativt vilkårlig (bl.a. Pedersen og Smith 1998, Borgeraas 2002). OECD's og EU's tilnærminger til lavinntekt og grensedragningen på henholdsvis 50 og 60 prosent av medianinntekten gir relativt store utslag med hensyn til hvilke grupper som faller under lavinntektsgrensen. Med OECD-definisjonen<sup>3</sup> har om lag 5 prosent av befolkningen inntekt under lavinntektsgrensen. Den omfatter særlig grupper av unge enslige, småbarnsfamilier, samt enslige forsørgere. Anslagene basert på EU's definisjon<sup>4</sup> gir en betydelig større gruppe under lavinntektsgrensen, om lag 11 prosent. I tillegg til gruppene nevnt over, faller minstepensjonister under EU's grense for lavinntekt (60 prosent av medianen). Det er særlig unge og eldre som bor alene som tilhører denne gruppen. Vel halvparten av alle i lavinntektsgruppen var aleneboere i 2004. I tillegg utgjør barnefamilieene en betydelig gruppe. Andre grupper som er kraftig overrepresentert i lavinntektsgruppen er langtidsledige, mottakere av grunn- og hjelpestønad (langtidssyke) og alders- og uførepensjonister (SSB 2007).

**Tabell 4.2. Sammensetning av lavinntektsgruppen og andel personer i ulike husholdstyper med lavinntekt. 2004. Prosent**

	EU-skala (60 prosent av median inntekt)	
	Fordeling i lavinntektsgruppen	Andel med lavinntekt
Alle	100	11,3
Enslige under 45 år	28	37,0
Enslige 45-64 år	5	13,4
Enslige 65 år +	21	38,9
Par u barn, under 45 år	5	12,2
Par uten barn, 45-64 år	2	2,3
Par uten barn, 65 år +	5	6,3
Par med barn, 0-6 år	14	7,0
Par med barn, 7-17 år	7	3,9
Enslige forsørgere	10	16,4
Andre husholdninger	5	5,2

Kilde: Inntekts- og formuesundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

I henhold til OECD definisjonen vil en enslig måtte ha en inntekt på kr 91.000 etter skatt i 2004, for ikke å falle under 50 prosent av medianinntekten i befolkningen. EU's grense på 60 prosent av medianen, gir en lavinntektsgrense for en enslig på kr 132.000. Til sammenligning var minstepensjonen til en enslig i overkant av kr 104.000 i 2004 (op.cit.).

### 4.2.1. Lavinntektshushold

I henhold til helse- og levekårsundersøkelsen bodde 9 prosent av befolkningen 18-79 år (studenter er ikke omfattet) i et lavinntektshushold i 2002 og en tilsvarende stor andel i 2005. I SSB's sosiale rapportering vises det til en andel på 11,4 prosent

<sup>3</sup> 50 prosent av medianinntekt.

<sup>4</sup> 60 prosent av medianinntekt.



med lavinntekt<sup>5</sup> i 2002 og 11,3 prosent i 2004 (SSB 2007). (Tallene viser til befolkningen 16 år og over, også studenter) (SSB 2007).

Det er en høyere andel kvinner og alderspensjonister som bor i lavinntektshushold sammenlignet med befolkningen for øvrig. At det er mange pensjonister skyldes at EU-definisjonen på lavinntekt skyver enslige minstepensjonister under grensen for lavinntekt. 60 prosent av medianinntekten i befolkningen var kr 124.620 i 2002 og 158.620 i 2005 og minstepensjonen for en enslig kr 95.500 i 2002 og 107.704 kr i 2005. Det er høyest andeler av de yngste og eldste som bor i lavinntektshushold. Sammenlignet med de som ikke bor i lavinntektshushold er det flere med lav utdanning (grunnskole og videregående skole), og en lavere andel som er sysselsatt. I tillegg bor halvparten av personer i lavinntektshushold alene. Det er også høyere andeler som bor i mindre sentrale strøk sammenlignet med befolkningen for øvrig.

### 4.3. Absolutt grense for lavinntekt

Dersom man tar utgangspunkt i det pengebeløpet som kreves for å skaffe seg et utvalg av basisvarer, for eksempel matvarer og klær og andre basisvarer kan det budsjetterte beløpet sammenholdt med, eller balansert mot inntekten, anses som et uttrykk for husholdningens økonomiske sårbarhet.

Det mest kjente eksemplet på en absolutt definisjon av lavinntekt er den amerikanske fattigdomsgrensen som ble utviklet tidlig på 1960-tallet. Denne tok utgangspunkt det gjennomsnittlige inntektsnivået til en husholdning med to barn som brukte 30 prosent eller mer av det totale forbruket på matvarer (Dalaker 1999 i SSB 2006). En slik lavinntektsgrense skal i utgangspunktet være absolutt, det vil si at beløpet bare justeres hvert år for prisstigning. Imidlertid vil varer som ble betraktet som overflodsartikler på ett tidspunkt, kunne bli regnet som nødvendighetsvarer på et senere tidspunkt. Den amerikanske fattigdomsgrensen er kritisert for at den ikke tar hensyn til at forbruksmønsteret endrer seg over tid (SSB 2006). I norsk sammenheng er Standardbudsjettet for forbruksutgifter (SIFO) brukt som en absolutt grense. Dette er et budsjett som angir rimelige forbruksutgifter for ulike typer hushold. Budsjettet oppdateres jevnlig ved at det foretas nye prismålinger av produktene som inngår, og ved at produktutvalget vurderes i henhold til hva som anses som nødvendighetsartikler på måletidspunktet.

#### 4.3.1. SIFOs standardbudsjett for forbruksutgifter

Standardbudsjettet for forbruksutgifter er utviklet sent på åttitallet for å gi en indikasjon på et rimelig forbruk i privathushold. Budsjettet viser hva det koster å leve på et rimelig forbruksnivå for et aktuelt hushold. Standardbudsjettet er bygd opp av en ”standardpakke” av varer og tjenester som inngår i de fleste hjem i det norske samfunn, og som de fleste vil anse det som rimelig at både en selv og andre har tilgang til. Budsjettet gir således en illustrasjon av en kulturelt definert, nasjonal forbruksstandard for personer i inntektsgivende arbeid. Dette er et avgjørende kriterium siden forventninger til forbruksnivå er avhengig av inntektskilder og livsfase (Borgeraas og Øybø 2005).

Standardbudsjettet omfatter tolv forbruksområder: mat og drikkevarer, klær og sko, helse og hygiene, lek og fritid, reisekostnader, spedbarnsutstyr, andre dagligvarer, husholdningsartikler, møbler, telefon og mediebruk, bilkostnader og barnehageutgifter. De seks første forbruksområdene er knyttet til person og varierer etter alder og kjønn. Kostnadene per person i husholdet summeres og summen utgjør husholdets utgifter for disse forbruksområdene. I hushold med flere enn tre personer beregnes en stordriftseffekt. For disse husholdene reduseres de individspesifikke utgiftene med 20 prosent (Borgeraas og Øybø 2003). For de øvrige forbruksområdene er det bygget inn en stordriftsfordel ved at flere personer i husholdningen anvender den samme forbruksgjenstanden. I mange tilfeller øker kostnadene marginalt når antall husholdsmedlemmer øker. Det husholdsspesifikke forbruket omfat-

<sup>5</sup> EU-definisjon (60 prosent av median inntekt)

ter varer og tjenester som kan benyttes av flere personer. Det kan være møbler, kjøkkenutstyr, telefon og aviser. Budsjettet justeres med nye prismålinger hvert tredje år, og fra år til år med konsumprisindeksen for de ulike forbruksområdene.

#### 4.3.2. Mål på økonomisk sårbarhet

Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) har i flere sammenhenger argumentert for at forbruksstandarder er nyttige for å definere minimumsnivåer. Et misforhold eller en ubalanse mellom inntekten og nivået på forbruksutgifter vil gi en indikasjon på husholdets økonomiske sårbarhet. Lav dekning er en indikasjon på at husholdet sannsynligvis vil måtte redusere på andre livsnødvendige poster for å dekke inn utgiftene de har. Hvis de i tillegg forbruker helsetjenester og medisiner i stor grad i forbindelse med sykdom og behandling har de utgifter som ikke omfattes av et normalbudsjett. Ved å korrigere inntekten for rimelig forbruk får vi et uttrykk for merbelastningen husholdet tåler for eksempel gjennom store sykdomsutgifter.

Budsjettet tar imidlertid ikke høyde for boutgifter. Andre studier har vist at grupper med lav inntekt også har høye boutgifter (SSB 2004). Boutgiftene varierer etter husholdsstørrelse, boligens geografiske plassering og om man leier eller eier boligen. En tilnærming til presentasjon av tall for økonomisk sårbarhet er å fremstille dem etter familiefase. Dette kjennetegnet gir en indikasjon på hvor etablert husholdet er, samt størrelsen på husholdet, som kan gi et uttrykk for størrelsen på bokostnadene.

Et oppsett der husholdningens inntekter settes opp mot det som anses for å være et rimelig forbruk i henhold SIFOs budsjett for forbruksutgifter viser at enslige og enslige forsørgere er en svært sårbar gruppe. I lavinntektsgruppen, det vil si de med inntekt under 60 prosent av befolkningens medianinntekt, kommer ut med negative tall dersom de skulle hatt et rimelig forbruk. I dette ligger også at husholdets boutgifter ikke er inkludert i oppsettet.

**Tabell 4.3. Differanse mellom husholdningens samlede inntekt og kostnader i henhold til SIFOs budsjett for forbruksutgifter. 2005-kroner**

	Differanse inntekt/forbruk	
	befolkningen	lavinntekt
Enslig uten barn	192 430	-1 720
Enslig forsørger	143 770	-3 620
Par uten barn	403 900	21 760
Par med barn	415 700	27 160
Personer 67 år+	218 260	33 700

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Oversikten i tabellen viser med all tydelighet at lavinntekts-hushold har liten buffer mot tilleggskostnader. Når bokostnader ikke er omfattet viser oppsettet at hushold med inntekter under lavinntektsgrensen, 60 prosent av medianinntekten, må ha et forbruk langt under de såkalte rimelige forbruksutgiftene som inngår i budsjettet.

## 5. Data og metode

Dataene til denne studien er hentet fra Levekårsundersøkelsen om helse 2002 og 2005. Alle personer som inngår i levekårsundersøkelsene inngår også inntekts- og formuesundersøkelsen. Inntektsopplysningene kommer fra ulike offentlige registre (blant annet skatte- og trygdeetaten). Med helse- og levekårsundersøkelsene samles det inn intervjuopplysninger om helse. Dette er landsrepresentative utvalgsundersøkelser. Dataene gir et situasjonsbilde per 2002 og per 2005 for den hjemmeboende befolkningen 16 år og eldre.

### 5.1. Målgruppe og utvalg

Studiepopulasjonen er den hjemmeboende befolkningen 18-79 år. Studenter er utelatt fra analysene. Se begrunnelse under avsnittet 5.4 om inntektsbegrepet. Fordi dette er tverrsnittsdata har vi kun *ett* målepunkt på lavinntekt. Tradisjonelt vil et hushold tilhøre lavinnteksgruppen dersom det ved tre etterfølgende målinger faller under grensen for lavinntekt.

### 5.2. Representativitet og frafall

Levekårsundersøkelsene er en landsrepresentative utvalgsundersøkelser. Utvalget er trukket fra folkeregisteret. Ikke alle inviterte har ønsket eller hatt anledning til å delta i undersøkelsen. Frafallet ligger i størrelsesorden 30 prosent. Frafall kan føre til skjevheter dersom fordelingen av et bestemt kjennemerke blant dem som faktisk deltok er forskjellig i forhold til dem som ble trukket ut til å delta. Eventuelle skjevheter innebærer at nettoutvalget ikke er statistisk representativt for målgruppen. Siden vi kjenner verdien av bruttoutvalget for noen sentrale kjennemerker er det mulig å teste hvor godt samsvar det er mellom nettoutvalget og bruttoutvalget. Hvis det er godt samsvar mellom disse to størrelsene kan vi anta at nettoutvalget gir en statistisk representasjon av hele populasjonen.

Frafallet er høyest blant de eldste aldersgruppene og lavest blant de yngste. Imidlertid er ikke frafallet så skjevt at ikke dataene er befolkningsrepresentative. Når det gjelder den herværende studien av grupper med dårlig helse og storforbruk av helse- og omsorgstjenester og medisiner vil personer som har vært for syke til å delta omfattes av frafallet. Dette har vi ikke anledning til å kontrollere for. Vektene som blir benyttet korregerer kun for representativitet med hensyn på kjønn, alder og i noen grad bosted.

Undersøkelsen omfatter i tillegg til personlig intervju også et selvutfyllingsskjema som returneres per post. Alle i bruttoutvalget får tilsendt et selvutfyllingsskjema, unntatt personer som hadde reservert seg fra deltakelse i undersøkelsen. En del av de som har gjennomført intervju har ikke sendt inn postskjema. Frafallsprosenten er dermed høyere for opplysninger som er hentet fra skjemaet (blant annet opplysninger om medisinerbruk). 65 prosent av mottakere av postskjemaet returnerte skjemaet til SSB i 2002. I 2005 var prosenten på innsendte postskjemaer noe lavere, 57 prosent.

I de påfølgende analysene inngår personer som *både* har gjennomført intervju og sendt inn postskjemaet. Frafallsmønsteret for denne populasjonen avviker noe fra frafallet omtalt over. Frafallet i gruppen som *både* har gjennomført intervju og sendt inn postskjemaet er høyest for de aller yngste og for personer i alderen 45-66 år. Frafallet økte noe fra 2002 til 2005, men mønsteret er det samme.

**Tabell 5.1. Fordeling av frafall etter alder. 2002 og 2005. Antall og prosent**

	2002			2005		
	Brutto antall	Antall post+ intervju	Svar prosent	Brutto antall	Antall post+ intervju	Svar prosent
I alt	9 213	5 214	57	9 183	4 850	53
16-24 år	1 263	611	48	1 302	594	46
25-44 år	3 513	1 931	55	3 488	1 759	50
45-66 år	3 301	2 042	62	3 343	1 932	58
67 år +	1 136	630	56	1 050	565	54

Kilde: Levekårsundersøkelsene om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 5.3. Definisjon av gruppen – operasjonalisering

Formålet med denne analysen er å se på inntektsforholdene for grupper med antatt høye utgifter til helsetjenester og medisiner. Fordi vi ikke har opplysninger om utgifter i levekårsundersøkelsene må vi nærme oss problemstillingen på en litt annen måte. Vi avgrensner en gruppe med utgangspunkt i tjenesteforbruk og/eller medisinbruk og ser på grupper som har hatt stort forbruk av helsetjenester siste år eller som har hatt daglig bruk av visse legemidler i de siste ukene før intervjuet og deres inntektsforhold.

#### 5.3.1. En av fem er storbrukere av helsetjenester

For å fange inn grupper som mest sannsynlig har store utgifter til helsetjenester har vi avgrenset de vi omtaler som ”storbrukere” av helsetjenester til de som har hatt

- 10 eller flere kontakter med allmennlege siste år pga egen sykdom (8 prosent),
- 5 eller flere konsultasjoner hos legespesialist i eller utenfor sykehus siste år pga egen sykdom (4 prosent)
- 10 eller flere konsultasjoner hos psykolog siste år (1 prosent),
- 10 eller flere behandlinger hos fysioterapeut siste år (9 prosent),
- 10 eller flere behandlinger hos kiropraktor siste år (2 prosent).

Dersom ett eller flere av kriteriene referert over er oppfylt, anses personen som storbruker av helsetjenester. Med denne definisjonen omfattes 18 prosent av befolkningen 18–79 år i 2005, omtrent like stor andel som i 2002. I den videre fremstillingen vil vi skille mellom storbrukere av *legetjenester* og storbrukere av *andre* helsetjenester. Dette fordi brukergruppene for de ulike tjenestene skiller seg fra hverandre på en del kjennemerker. Dette vil bli nærmere omtalt i den videre fremstillingen.

En korrelasjon mellom stor helsetjenestebruk og enkeltprofesjoner viser at kontakt med allmennlege (0,61) og kontakt med fysioterapeut (0,66) er sterkest korrelert (Pearsons r), dernest kontakter med spesialist (0,42). Lavest korrelert med målet på helsetjenestebruk er kontakt med kiropraktor (0,29) og kontakt med psykolog (0,21).

#### 5.3.2. Storbrukere av medisiner

Dataene for medisinbruk er rapportert anonymt på postskjema, og er ikke en del av det ordinære intervjuet. I skjemaet hadde en andel på 35 prosent krysset av for daglig bruk av ulike medisiner de siste ukene før intervjuet i 2005. Under følger fordeling på *daglig* bruk av en del av medisintypene: smertestillende legemidler uten resept (2 prosent), smertestillende legemidler på resept (4 prosent), allergimedisin (5 prosent), astmamedisin (4 prosent), sovemedisin (2 prosent), beroligende medisin (2 prosent), medisin mot depresjon (4 prosent), annen reseptmedisin (27 prosent).

Fordi det er relativt sett høye prosentandeler som oppgir daglig bruk av ulike medisiner, og for å rendyrke gruppene noe har vi valgt ut tre medisingrupper; en gruppe

smertestillende medisiner med og uten resept, en annen gruppe omfatter astma medisiner, og en tredje gruppe omtales her som psykofarmaka. Det gjelder sove- medisiner, beroligende medisiner og medisiner mot depresjon.

- Daglig bruk av smertestillende med eller uten resept i ukene før intervjuet (6 prosent)
- Daglig bruk av astma medisiner i ukene før intervjuet (4 prosent)
- Daglig bruk av sovemedisin, beroligende medisin eller medisin mot depresjon i ukene før intervjuet (6 prosent)

Personer som sier de har brukt smertestillende legemidler med eller uten resept, astma medisiner eller psykofarmaka ie. sovemedisiner, beroligende medisiner eller medisiner mot depresjon daglig, anses som storbruker av medisin. 15 prosent av befolkningen hadde brukt slike medisiner daglig i 2002, og 13 prosent i 2005.

#### 5.4. Inntektsmål

I velferdsperspektiv er det rimelig å ta utgangspunkt i husholdningens inntekt. Husholdningsinntekten sier mer om den enkeltes forbruksmuligheter sammenlignet med individuell inntekt. Husholdningens økonomiske ressurser varierer etter husholdningens størrelse og sammensetning. Ekvivalensvekter eller forbruksvekter gjør det mulig å sammenligne inntektsnivået mellom ulike typer av husholdninger (for nærmere omtale se avsnitt 4.1.1).

Husholdningsinntekt etter skatt brukes som mål på økonomiske ressurser. Dette er summen av alle yrkesinntekter (lønn og næringsinntekter), kapitalinntekter, pluss diverse overføringer (eks. pensjoner, grunn- og hjelpestønad, bostøtte og sosialhjelp). Til fratrekk kommer utlignet skatt og negative overføringer. For en detaljert gjennomgang av alle inntektskomponenter som inngår i inntektsmålet se NOS Inntekts- og formuesstatistikk, 2002 (Statistisk sentralbyrå 2007).

Fordi det ikke finnes gode nok opplysninger om de økonomiske fordelene en har av å bo i egen bolig i inntektsstatistikken, er det ikke mulig å beregne en realistisk boliginntekt. Derimot foreligger det fullstendige opplysninger om husholdenes renteutgifter. Denne mangelen på symmetri mellom inntekts- og utgiftssiden gjør at både inntekt av egen bolig og renteutgifter utelates. Vi utelater også studenthushold. Studenter vil ofte ha lave inntekter, og er dermed overrepresentert i lavinntektsgruppen. Studielån betraktes ikke som inntekt i inntektsundersøkelsen. Siden utdanning kan ses som en investering i framtidig inntekt, er det dermed mindre rimelig å betrakte studenter som en del av lavinntektsgruppen (SSB 2004).

Med utgangspunkt i EU's relative definisjon av lavinntekt trekkes grensen ved 60 prosent av median inntekt. Median regnes for å være et mer robust mål enn for eksempel gjennomsnitt ettersom den i mindre grad blir påvirket av observasjoner med svært høye eller svært lave inntekter (SSB 2007). De som ligger under grensen på 60 prosent av medianinntekt omtales som lavinntekts-hushold. I denne analysen har vi kun opplysninger om husholdningens inntekts-forhold per 2002 og 2005. Datakilden er tverrsnittsundersøkelser og dermed er det tale om to enkeltstående måletidspunkter for ulike individer. Inntekt på ett tidspunkt kan ikke tas som et uttrykk for vedvarende lavinntekt.

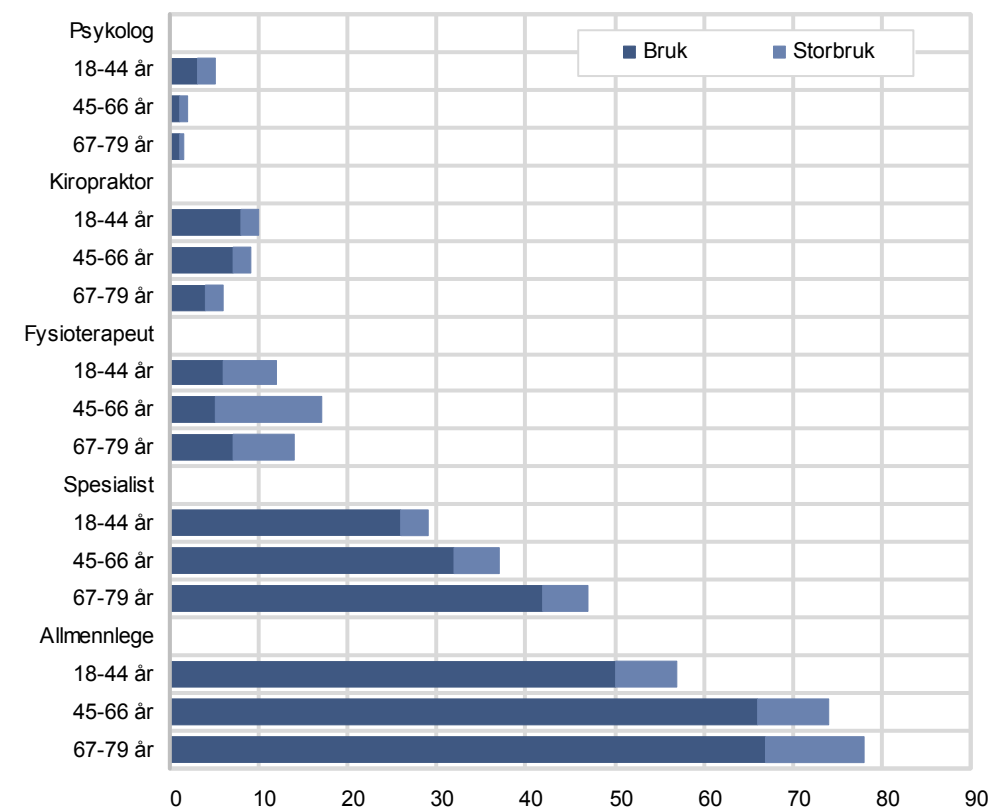
## 6. Bruk av helsetjenester og legemidler i befolkningen

Tall fra Levekårsundersøkelsene om helse 2002 og 2005 viser at store deler av befolkningen er i kontakt med helsetjenesten hvert år. Det kan se ut som om andelen som har hatt kontakt går noe ned fra 2002 til 2005. Utvalgstill er imidlertid beheftet med en viss usikkerhet og endringen ligger innenfor det som kan regnes som feilmargin i tallene. Om lag 75 prosent av personer 18-79 år hadde konsultert allmennlege i 2002 og 72 prosent i 2005. Det er også en relativt sett stor gruppe som har mange kontakter hvert år. Om lag 13 prosent hadde mer enn fem kontakter og 8 prosent hadde ti eller flere kontakter med allmennlege i 2005. I 2002 var tilsvarende tall for mange kontakter 15 og 9 prosent. Andelen som har vært hos allmennlege øker med økende alder, både andelen som har hatt kontakt og kontakthypighet. Blant alderspensjonistene 67-79 år hadde 78 prosent vært hos allmennlege i 2005. Denne gruppen hadde i gjennomsnitt 3,5 kontakter i løpet av et år. 11 prosent av eldre (67-79 år) hadde ti eller flere kontakter siste år. Blant yngre 18-44 år og i aldersgruppen 45-66 år hadde henholdsvis 7 og 8 prosent ti eller flere kontakter med allmennlege. Den høye prosentandelen blant yngre (18-44 år) fanger i tillegg til sykkelighet også opp svangerskapsoppfølging. 11 prosent av unge kvinner og 4 prosent av unge menn hadde ti eller flere kontakter i 2005.

### 6.1. Tre av fire til allmennlege, en av tre til spesialist

Tallet for kontakter med legespesialister i og utenfor sykehus viser at allmennlegen er portvakt, og den som henviser videre inn i spesialisthelsetjenesten. Mens tre av fire har vært hos allmennlege siste år sier en av tre (35 prosent) at de har vært hos spesialist på sykehus eller privat spesialist. Langt færre, 4 prosent i 2005, har vært fem eller flere ganger hos spesialist, 3 prosent av yngre og 5 prosent av eldre. Det er liten endring i tallene sammenlignet med resultatene fra 2002-undersøkelsen.

Figur 6.1. Andel personer 18-79 år som har benyttet ulike helsetjenester siste år og andel som har benyttet tjenestene i stor grad. Adersgrupper. 2005. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

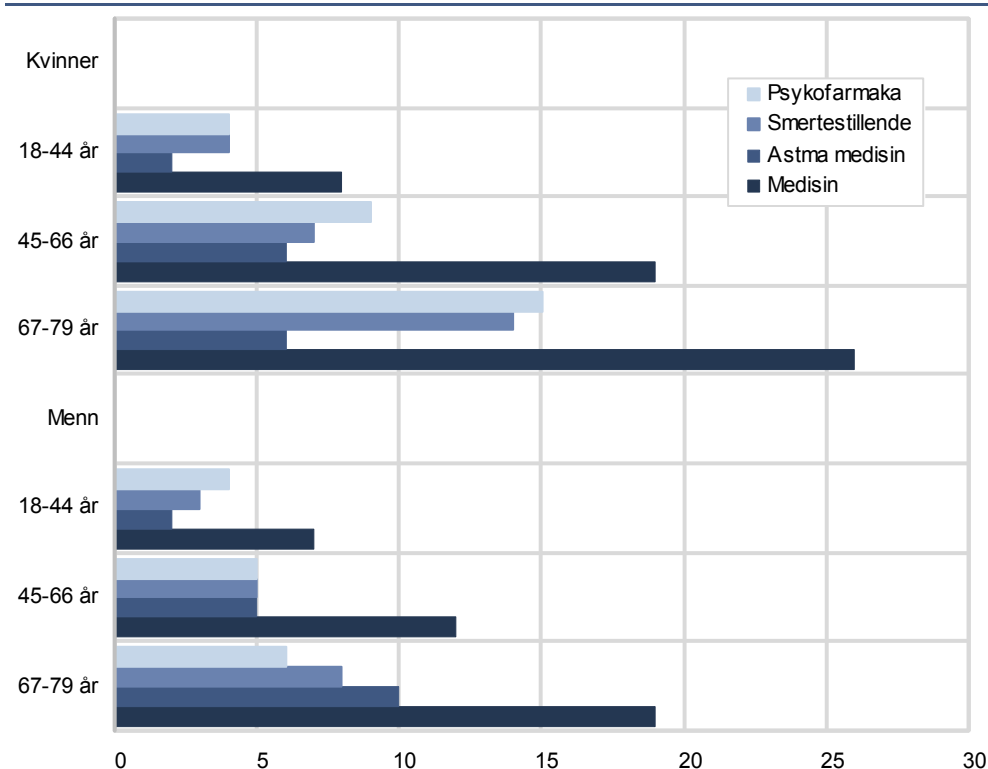
En andel på 15 prosent av befolkningen 18–79 år har vært hos fysioterapeut i 2005. At 9 prosent, om lag samme andel som i 2002, har vært til fysioterapi ti eller flere ganger siste år viser at behandling hos fysioterapeut ofte er et ledd i en lengre behandlingsserie. Det er liten forskjell i andelen som har hatt kontakt med fysioterapeut etter alder sammenlignet med andre helsetjenester. I aldersgruppen 45–66 år har 17 prosent vært hos fysioterapeut og 14 prosent i aldersgruppen 67 - 79 år. Kontakthyppheten øker imidlertid med økende alder. Gjennomsnittlig antall kontakter, for de som har vært hos fysioterapeut siste år, er 15,0 kontakter for yngre, 17,9 kontakter for gruppen 45–66 år og 18,8 kontakter for de eldste. Det er kvinner over 45 år som bruker fysioterapi i størst omfang, Gjennomsnittlig kontakthypphet for denne gruppen er 24,4 kontakter i løpet av ett år.

8 prosent har vært hos kiropraktor i 2005. Bruk av kiropraktor ser ut til å være like utbredt blant menn som blant kvinner. Unge ser ut til å bruke kiropraktortjenester i større grad enn eldre aldersgrupper. Blant de som har benyttet kiropraktortjenester siste år er det en litt høyere kontakthypphet blant kvinner i alderen 45 -66 år og blant menn under 45 år (7,9 kontakter i gjennomsnitt). 2 prosent sier at de har vært ti eller flere ganger hos kiropraktor i 2005. Det er flest yngre har hatt mange kontakter.

Når det gjelder kontakter med psykolog er det generelt sett rapportert lave andeler. Dette er et følsomt felt å kartlegge gjennom intervjuundersøkelser. Imidlertid sier 3 prosent at de har vært hos psykolog både i 2002 og i 2005. Det er i all hovedsak yngre, og da unge kvinner, som oppgir at de har vært hos psykolog. I denne gruppen hadde 7 prosent vært hos psykolog siste år, en liten økning sammenlignet med 2002. 1 prosent av unge menn og 3 prosent av unge kvinner har hatt 10 eller flere konsultasjoner hos psykolog siste år. Av de som har vært hos psykolog i 2005 er det de unge kvinnene som har hatt flest kontakter, 20,2 kontakter i gjennomsnitt i løpet av ett år. Unge menn har hatt 12,8 kontakter i gjennomsnitt. Eldre menn rapporterer i liten grad at de benytter psykologtjenester.

## 6.2. Medisinbruk

13 prosent hadde brukt smertestillende legemidler, medisiner mot astma eller psykofarmaka daglig de siste ukene før intervjuet i 2005, tilnærmet samme andel som i 2002. Om lag 6 prosent hadde brukt smertestillende, 4 prosent hadde brukt astma medisin og 6 prosent hadde brukt sovemedisin, beroligende eller antidepressiva daglig. Forbruket er høyest blant kvinner og øker med økende alder. I den eldste aldersgruppen hadde en andel på 22 prosent brukt smertestillende, astma medisin eller psykofarmaka daglig.

**Figur 6.2. Andel personer 18-79 år som har benyttet ulike legemidler daglig i ukene før intervjuet. 2005. Prosent**

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

### 6.3. En av ti bruker legetjenester i stor grad

18 prosent av befolkningen fyller kriteriene for det vi har definert som storbrukere av helsetjenester (legetjenester, fysioterapi-, kiropraktikk- og psykologtjenester) i 2005 (19 prosent i 2002). Da ser vi bort fra institusjonsbefolkningen, personer under 18 år og over 79 år og studenter. For definisjon av ”storbruker”, se avsnitt 5.3.1. Om lag 11 prosent er storbrukere av legetjenester (allmennlege- og spesialisthelsetjenester), og en andel på 11 prosent er storbrukere av andre helse-tjenester (fysioterapi-, kiropraktor- eller psykologtjenester). En andel på 3 prosent hadde brukt *både* legetjenester og andre helsetjenester i stor grad i 2005.

**Tabell 6.1. Fordeling av kjennetegn på storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helse-tjenester. 18-79 år. Ikke studenter. 2002, 2005. Prosent**

	Befolkningen 18-79 år		Storbrukere av legetjenester		Storbrukere av medisiner		Storbrukere av andre tjenester	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
TOTALT	100	100	10	11	15	13	12	11
Menn	51	51	42	38	38	43	39	37
Kvinner	49	49	58	62	62	57	61	63
18-44 år	41	45	34	38	22	27	40	39
45-66 år	45	42	45	44	49	50	45	52
67-79 år	14	13	21	18	29	23	15	9
Grunnskole	18	17	28	21	35	28	22	15*
Videregående skole	53	53	50	53	48	50	52	54*
Universitet/høyskole	28	28	21	23	16	20	26	30*
Sysselsatt (18-66 år)	84	83	62	64	58	60	75	75
Bor alene	19	20	22	25	31	29	19	22
Bosatt i tettbygd strøk	75	78	75*	74	74*	76*	79	79*
Bor i hushold med lavinntekt	9	9	12	13	18	13	8*	7*
N	4 545	4 225	437	448	640	534	545	228

\*sammenhengen er ikke statistisk sikker (95 prosentens nivå).

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.



Sammenlignet med fordelingen av kjennetegn i befolkningen er det en høyere andel kvinner og personer over 45 år blant storbrukere av helsetjenester og medisiner. Generelt er utdanningsnivået lavere, og det er en lavere andel av personer i arbeidsfør alder som er i jobb. I tillegg er det høyere andeler som bor i hushold med lavinntekt og som mottar ytelser som grunn- og hjelpestønad, uførepensjon, attførings- eller rehabiliteringspenger og sosialhjelp/støtte.

Gruppen som er omtalt som "storbrukere av helsetjenester" er sammensatt av både storbrukere av legetjenester og storbrukere av "andre helsetjenester" som fysioterapi, kiropraktikk og psykologtjenester. Gruppene er noe ulike. Det er en høyere andel personer over 45 år blant storbrukere av legetjenester sammenlignet med storbrukere av andre helsetjenester. Det er også en lavere andel som er sysselsatt blant personer i arbeidsfør alder. Storbrukere av andre helsetjenester er aldersmessig yngre. 40 prosent av storbrukere av andre helsetjenester er under 45 år og det er en relativt lav andel eldre. Det er flere med videregående eller høyere utdanning, flere som er sysselsatt og flere som bor i sentrale strøk sammenlignet med storbrukere av legetjenester.

Profilen til gruppen som sier de bruker medisiner daglig ligner storbrukere av legetjenester, men de er eldre og andelen kvinner er høyere. En av fem er 67 år eller eldre. En lavere andel i alderen 18-66 år er sysselsatt og flere bor alene.

Når det gjelder inntektsmessige kjennetegn ved husholdene er det større grupper blant storbrukere av helsetjenester som bor i hushold med inntekt under lavinntektsgrensen sammenlignet med befolkningen ellers. Høyest andel er det blant storbrukere av legetjenester og blant dem som bruker medisiner daglig.

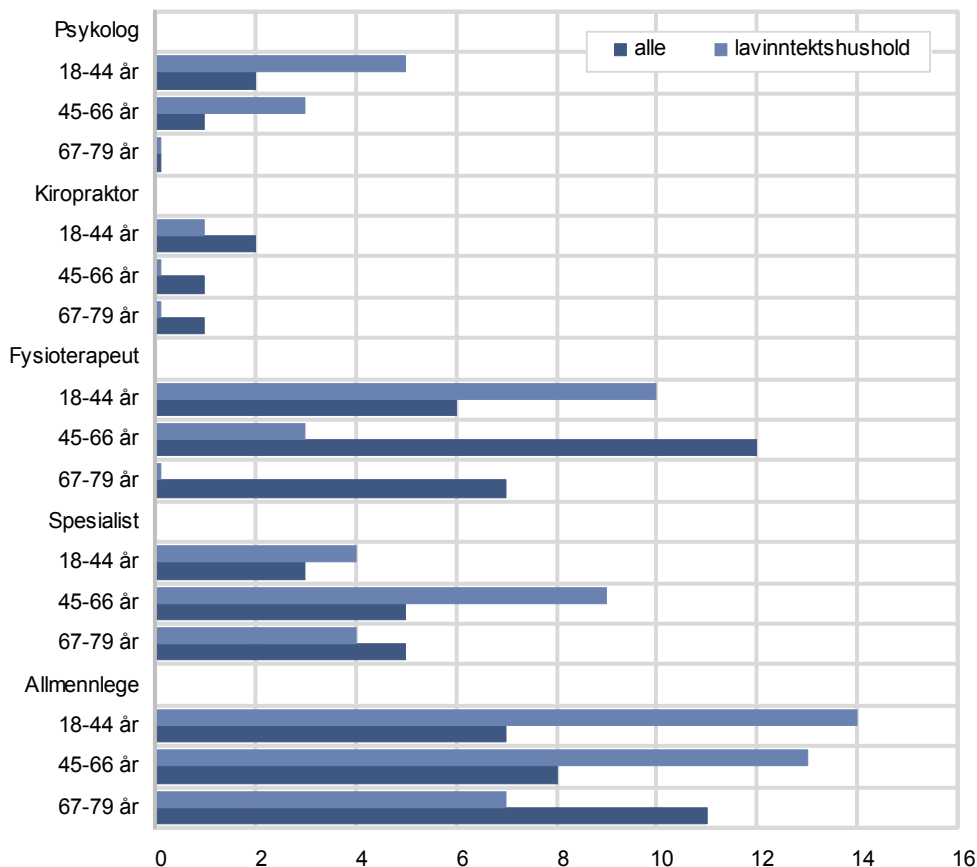
#### **6.4. Storbruk av helsetjenester**

Store grupper i befolkningen, også i lavinntektsgruppen, har brukt ulike helsetjenester siste år. Når det gjelder mer omfattende bruk av tjenestene snevres gruppene inn. Storbruk av helsetjenester er i denne sammenhengen forsøkt målt med hvor mange ganger man har oppsøkt tjenesten siste år. For allmennlegetjenester er ti eller flere konsultasjoner siste år, mens fem eller flere konsultasjoner hos legespesialist er brukt som indikator på storbruk. For øvrige tjenester er ti eller flere konsultasjoner brukt som indikator på storbruk. Se for øvrig avsnitt 5.3.1 for en mer detaljert redegjørelse av definisjonene. Mønsteret for storbruk av ulike helsetjenester mellom befolkningen og for personer i lavinntektshushold fordelt på alder viser at det er høyere andeler som bruker legetjenester i stor grad i yngre aldersgrupper, mens det blant eldre er en vesentlig lavere andel av de som bor i lavinntektshushold som bruker legetjenester i stor grad, sammenlignet med befolkningen ellers. Det samme mønsteret gjør seg gjeldende for fysioterapitjenester. For fysioterapitjenester er andelen som bruker tjenesten i stor grad høyest blant personer under 45 år i lavinntektshushold. For øvrig er bruken langt lavere blant personer i lavinntektshushold sammenlignet med befolkningen ellers. Omfanget av bruk av kiropraktortjenester er lavt, og bruken blant personer i lavinntektshushold er marginal. Personer i lavinntektshushold ser imidlertid ut til å benytte psykologtjenester i større grad enn befolkningen ellers.

#### **6.5. Lav inntekt og mindre enn god helse**

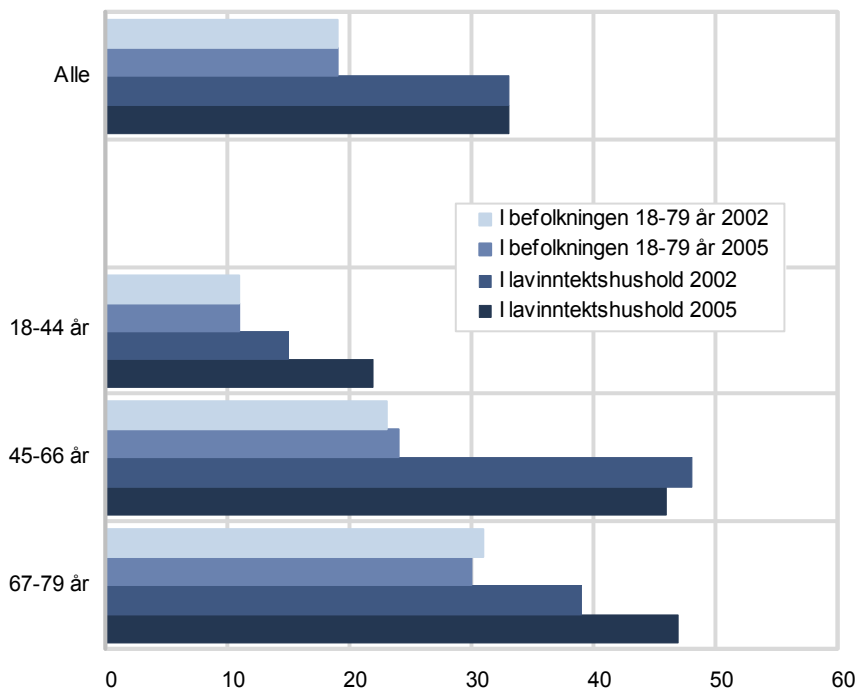
Det er en dokumentert sammenheng mellom lav inntekt og nedsatt helse (Innst.S.nr.184 (2002-2003)). Med data fra levekårsundersøkelsene kan vi se på helsetilstanden i henholdsvis befolkningen og blant personer som bor i lavinntektshushold. Nedsatt helsetilstand måles med spørsmål om egenvurdert helse: *Hvordan er helsen din sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig.* Personer som ikke har svart at helsen er meget god eller god anses i denne sammenhengen for å ha nedsatt helsetilstand. I befolkningen 18-79 år sier 1 av 5 (19 prosent) at helsen er mindre enn god, mens 1 av 3 (33 prosent) av personer som bor i lavinntektshushold hadde mindre enn god helse i 2005.

**Figur 6.3. Storbruk av ulike helsetjenester i befolkningen 18-79 år og i lavinntektsushold. Aldersgrupper. 2005. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 6.4 Andel personer 18-79 år med mindre enn god helse i befolkningen og blant personer i lavinntektsushold. 2002, 2005. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Andelene med mindre enn god helse er gjennomgående høyere i alle aldersgrupper som bor i lavinntektshushold. Det er størst forskjell mellom befolkningen og personer i lavinntektshushold i aldersgruppene over 45 år. Blant personer i lavinntektshushold ser det ut til at høyere andeler anser helsen for mindre god i 2005 sammenlignet med tilsvarende tall fra 2002. Som i befolkningen ellers er det muskel-/skjelettlidelser, hjerte-/kar sykdom og nervøse lidelser som er mest utbredt. I de utvalgte sykdomsgruppene er forskjellen i sykkeligheten mellom befolkningen og personer i lavinntektshushold for utvalgte sykdomsgrupper åpenbar. Nærmere 2,5 gang så høy andel har en nervøs lidelse blant personer som bor i lavinntektshushold sammenlignet med befolkningen ellers. Når det gjelder sykdom i muskel- og skjelettsystemet er andelen i lavinntektshushold også betydelig høyere. Hjerte- og kar sykdom ser ikke ut til å ramme like sosialt skjevt, som for de nevnte sykdomsgruppene, i det forskjellen mellom gruppene er mindre og gjennomsnittsalderen på personer i lavinntektshushold er høyere.

**Tabell 6.2. Andel i alderen 18-79 år og blant personer i lavinntektshushold med diagnoser i de mest utbredte sykdomsgruppene. 2005. Prosent**

	Befolkningen	Snittalder	I lavinntektshushold	Snittalder
Mindre enn god helse	19	53,6	33	59,9
Andel med sykdom i gruppene <sup>6</sup> :				
nervøse lidelser	5	47,1	12	47,8
hjerte-/karsykdom	17	60,4	20	64,0
muskel-/skjelettsykdom	25	54,3	35	53,7
Antall personer	4 225		310	

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## 6.6. Helsetilstand og tjenestebruk

Tabell 6.2 viser at høyere andeler blant personer i lavinntektshushold har mindre enn god helse. De har også høyere forekomst av nervøse lidelser og muskel-/skjelettsykdom. Dette skulle tilsi at behovet for helsetjenester er større i lavinntektsgruppen. Tall for bruk og storbruk av helsetjenester for personer med mindre enn god helse viser imidlertid at det ikke er store forskjeller i tjenestebruk for legetjenester, og at tjenester som fysioterapi og kiropraktortjenester benyttes i mindre grad av lavinntektsgruppen enn av befolkningen ellers.

I befolkningen har om lag 72 prosent vært hos allmennlegen siste år, uavhengig av om husholdet har en inntekt over eller under lavinntektsgrensen. Det er imidlertid høyere andeler i lavinntektsgruppen som har hatt ti eller flere konsultasjoner hos allmennlegen siste år (12 prosent). For bruk av andre helsetjenester som fysioterapi, kiropraktikk viser tallene et noe høyere forbruk i befolkningen generelt sammenlignet med personer i lavinntektshushold. Det er imidlertid dobbelt så høye andeler blant personer i lavinntektshushold som har vært hos psykolog siste år sammenlignet med befolkningen, henholdsvis 6 og 3 prosent.

Dette bildet endrer seg imidlertid når vi ser på helsetjenestebruk i gruppen som sier at de har mindre enn god helse. Forskjellene i legebruk utjevnes, mens forskjellene i bruk av andre helsetjenester blir mer markert. Særlig gjelder dette for bruk av tjenester som fysioterapi og kiropraktortjenester.

<sup>6</sup> Opplysningene er basert på selvrapporterte sykdomsdiagnoser i intervju sammenheng. Informasjonen er kodet med ICD-koder og viser til kapitler i ICD-10 kodeverket.

**Tabell 6.3. Personer med mindre enn god helse etter bruk og storbruk av helsetjenester. Befolkningen og blant personer i lavinntektshushold 2005. Prosent**

	Befolkningen med mindre enn god helse		Lavinntektshushold med mindre enn god helse	
	Bruk	Storbruk	Bruk	Storbruk
Legetjenester	92	30	90*	27*
Allmennlege	90	25	88*	24*
Spesialist	57	11	59*	9*
Andre tjenester	37	25	30*	9
Fysioterapi *	31	22	18	6
Kiropraktikk*	9	3	6*	0
Psykologtjenester	8	3	10*	5*
Antall personer i begge utvalg	781	781	102	102
Antall personer i delutvalg*	384	384	50	50

\* ikke signifikant på 95 prosents nivå.

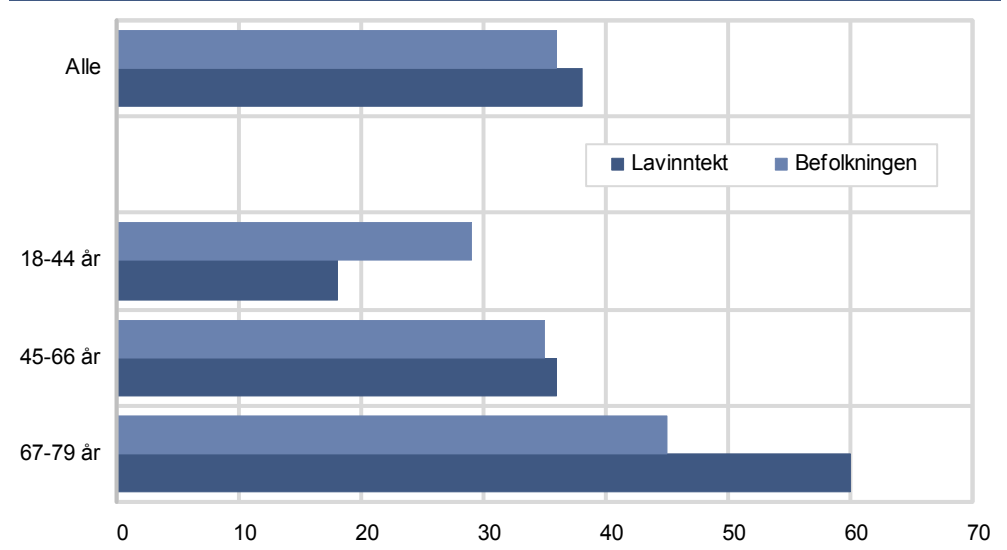
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Vel 90 prosent av personer med mindre enn god helse har vært hos legen siste år, og nær 30 prosent har vært mange ganger hos legen. Andelene som har vært i kontakt med andre helseprofesjoner som fysioterapeut og kiropraktor, blant de som har mindre enn god helse, er gjennomgående høyere i befolkningen sammenlignet med personer i lavinntektshushold. Det er blant annet signifikant flere blant de med mindre enn god helse, 22 prosent i befolkningen som har benyttet fysioterapitjenester i stor grad siste år dvs. hatt ti eller flere behandlinger. Om lag 6 prosent av personer som bor i lavinntektshushold har hatt ti eller flere behandlinger hos fysioterapeut siste år. Det er vanskelig å avlede noe bastant fra disse funnene da vi i liten grad kjenner behovet for tjenestene. For de med grei økonomi kan bruk av fysioterapitjenester både være et utslag av nødvendig behandling pga. sykdom, forebyggende behandling eller bruk av tjenester for å oppnå velvære/egenpleie. For andre grupper kan fysioterapi, selv når det er påkrevd behandling medisinsk, være en av flere mulige salderingsposter dersom endene ikke møtes. Det kan være snakk om behandling for forebygging, smertelindring eller for å bevare funksjon. Om behandlingen blir subsidiert er både knyttet til om sykdommen som behandles omfattes av listen over godkjente sykdommer og at det finnes et tilbud i nærområdet som har avtale med kommunen.

## 6.7. Legemiddelbruk

I henhold til undersøkelsen av omfanget av utgifter til helse- og sosialtjenester som ble gjennomført i 2000 hadde om lag 20 prosent i befolkningsutvalget, 52 prosent blant mottakere av grunn- og hjelpestønad og 61 prosent blant mottakere av frikort benyttet legemidler på blå resept i undersøkelsesperioden. Mønsteret var det samme også for legemidler på hvit resept og ikke-reseptbelagte legemidler (Holmøy og Høstmark 2000). Tall fra Levekårsundersøkelsen om helse 2005 viser at 39 prosent i lavinntektshushold og 33 prosent i befolkningen 18-79 år har angitt daglig medisinbruk (alle typer medisiner). Om lag 20 prosent av personer i lavinntektshushold og 13 prosent i befolkningen har brukt uvalgte legemidler som smertestillende med og uten resept, astmamedisin eller psykofarmaka (sovemedisin, beroligende medisin eller medisin mot depresjon) daglig. For personer med mindre enn god helse er det rimeligvis høyere andeler i alle grupper (jf. figur 6.4). Blant de yngste er daglig medikamentbruk (se over for utvalg av medisiner) lavere for personer i lavinntektshushold. Blant middelaldrende (45-66 år) er det tilnærmet lik bruk, mens det i den eldste aldersgruppen er en vesentlig høyere andel av de som bor i lavinntektshushold som sa de brukte medisiner daglig i 2005.

**Figur 6.5. Andel personer 18-79 år med mindre enn god helse som har benyttet legemidler daglig de siste ukene før intervjuet i befolkningen og blant personer i lavinntektsushold. 2005. Prosent**



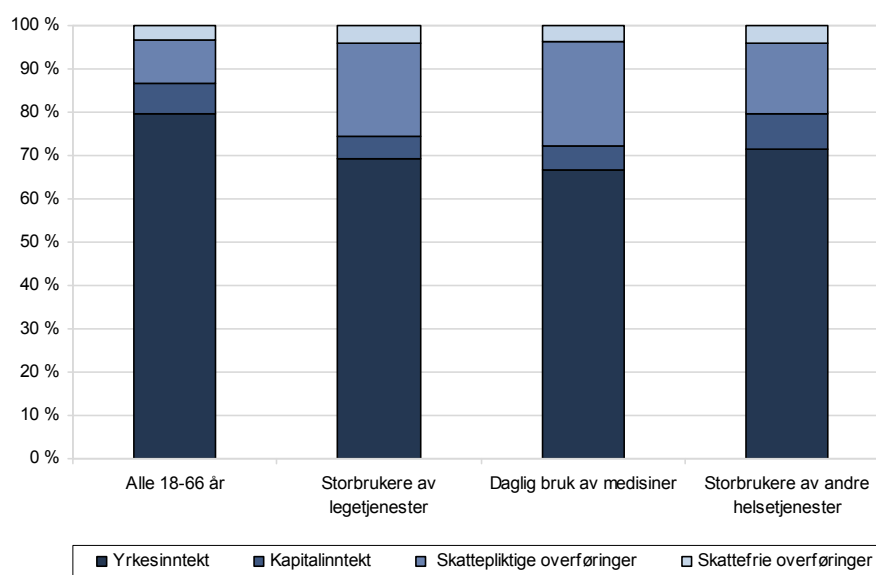
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

## 7. Inntektsforhold

### 7.1. Inntekts sammensetning

I befolkningen var en andel på 83 prosent sysselsatt (18-67 år) i 2005 og får dermed hoveddelen av inntekten sin fra lønnsinntekt. Om lag 75 prosent av de som bruker andre helsetjenester er sysselsatt. Sysselsettingsprosenten er lavere blant storbrukere av legetjenester (64 prosent), og blant de med daglig legemiddelbruk (60 prosent). Dette tilsier at større prosentandeler av inntekten for personer i arbeidsfør alder kommer fra overføringer for disse gruppene.

**Figur 7.1. Inntektssammensetning for hushold i befolkningen 18-66 år. Storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester (se avsnitt 5.31. og 5.3.1 for omtale av legemidler og storbruk av helsetjenester). 2005. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Storbrukere av ”andre helsetjenester” i alderen 18-66 år, som omfatter fysioterapi-, kiropraktor- og psykologtjenester, har en inntektsprofil som likner mer inntektsprofilen til befolkningen ellers. Dette er også en gruppe som aldersmessig er yngre enn storbrukere av legetjenester og storbrukere eller dagligbrukere av medisiner.

### 7.2. Trygd og trygdemottak

Trygdeordningene skal gi økonomisk trygghet til grupper som av ulike årsaker ikke kan forsørge seg selv gjennom inntektsgivende arbeid. Blant storbrukere av helsetjenester er det høyere andeler som bor i hushold som mottar overføringer fra det offentlige sammenlignet med befolkningen ellers. Høyest andel er det blant dem som bruker legetjenester og blant dem som bruker medisiner daglig. I disse gruppene er det også en signifikant høyere andel som mottar grunn- og hjelpestønad, uførepensjon eller der intervjupersonen selv eller andre går på yrkesrettet attføring/rehabilitering eller mottar sosialhjelp eller bostøtte. Storbrukere av medisiner ser ut til å tilhøre en særlig sårbar gruppe. Det er høye andeler i denne gruppen som mottar ytelser fra folketrygden som tilkjennes på grunn av sykdom eller andre helseproblemer. Om lag 27 prosent av de som bruker medisiner daglig mottar selv eller bor i et hushold med mottakere av uførepensjon og 14 prosent bor i hushold som mottar grunn og hjelpestønad i 2005.

**Tabell 7.1. Storbrukere av ulike helsetjenester eller medisiner etter om husholdet mottar ulike ytelser fra folketrygden. 18-79 år. 2002 og 2005. Ikke studenter. Prosent**

	Befolkningen 18-79 år		Storbrukere av legetjenester		Daglig bruk av medisiner		Storbrukere av andre helse- tjenester	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Bor i et hushold som mottar grunn-/hjelpetønad	8	7	14	12	16	14	12	11
uførepensjon	10	11	19	21	25	27	16	17
attførings/rehabiliteringspenger	6	7	18	17	10	14	12	18
sosialhjelp/bostøtte	4	5	6	10	8	11	3*	7
N	4 545	4 225	437	448	640	534	545	228

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

### 7.3. Inntektsregnskap i ulike aldersgrupper

Både helsemessige problemstillinger, behov for helsetjenester og inntektsforholdene er svært aldersavhengige. I den videre fremstillingen blir inntektstall derfor presentert for aldersgruppene 18-44 år, 45-66 år og 67-79 år. Det er tidligere vist at personer i lavinntektshushold har dårligere helse. Dette skulle indikere et større behov for helsetjenester og sannsynlig større utgifter i forbindelse med sykdom. Under presenteres tabeller der vi ser på mottak av ytelser fra folketrygden som henger sammen med store sykdomsutgifter. Det blir også referert inntektsregnskap for storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester. Inntektstallene er korrigert for husholdsstørrelse med EU-ekvivalensskala slik at beløpene som fremgår i tabellene under er sammenlignbare uavhengig av husholdsstørrelse.

#### 7.3.1. Inntektsregnskap for personer 18-44 år

I denne aldersgruppen har 11 prosent mindre enn god helse, 9 prosent er storbrukere av legetjenester, like stor andel bruker andre helsetjenester i stor grad og 8 prosent hadde daglig bruk av medisiner de siste ukene før intervjuet (se vedleggstabell 1). 10 prosent i denne aldersgruppen bor i et hushold med lavinntekt. I denne gruppen sier nesten dobbelt så høy andel at helsen er mindre enn god i lavinntektshushold og det er høyere tall for storbruk av alle typer helsetjenester enn i samme aldersgruppe i befolkningen.

**Tabell 7.2. Andel i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 18-44 år. 2005. Prosent**

	Alle	Lavinntektshushold
Bor i lavinntektshushold	10	100
Mindre enn god helse	11	22
<i>Andeler som er storbruker av:</i>		
Legetjenester	9	16
Medisiner	8	13
andre helsetjenester	9	15
N	1 767	157
N delutvalg	880	84

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Tabell 7.3 viser prosentvis fordeling for en del ytelser som tilkjennes ved høye sykdomsutgifter, og ytelser som gir et signal om økonomisk utsatthet, for befolkningen i alderen 18-44 år og for personer i lavinntektshushold.

**Tabell 7.3. Andel som bor alene, er sysselsatt og som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold etter helsetilstand. Ikke studenter. Personer 18-44 år. Prosent 2005**

	Befolkningen 18-44 år		Personer i lavinntektshushold 18-44 år	
	alle	med mindre enn god helse	alle	med mindre enn god helse
Bor alene	21	25	49	53
Sysselsatt	89	72	74	67
Bor i et hushold der IO selv eller andre mottar rehabiliterings/attføringspenger	8	31	14	35
grunn- og hjelpestønad	7	15	5*	8
uførepensjon	4	13	7	9
sosialhjelp/(bostøtte)	7	13	30	23*
N	1 767	188	156	32

\*sammenhengen er ikke statistisk sikker (95 prosent nivå).

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Det er langt høyere andeler unge i lavinntektshushold som bor alene sammenlignet med befolkningen i samme aldersgruppe. Det er også lavere andeler som er sysselsatt i denne gruppen. Andelene for mottak av enkelte ytelser fra det offentlige er høyere i lavinntektshusholdene sammenlignet med befolkningen, med unntak av grunn- og hjelpestønad og uførepensjon. Når helsetilstand bringes inn som dimensjon viser tallene et litt annet bilde. Blant unge med mindre enn god helse er det høye andeler som bor i hushold der intervjupersonen selv eller andre mottar rehabiliterings- eller attføringspenger. Dette er ytelser som gis over en periode dersom det er utsikter til bedring eller det er en sannsynlighet for at personen kommer i arbeid igjen. For de øvrige skattefrie ytelsene er det høyere andeler i befolkningen enn i lavinntektshusholdene. Det gjelder sykdomsrelaterte utgifter som uførepensjon og grunn- og hjelpestønad. Dette stemmer overens med resultatene i studien av utsatte grupper (SSB 2007). Der ble det påvist høyere andeler av grunnstønadmottakere i gruppen som *ikke* bodde i lavinntektshushold. 7 prosent av personer i bor i ikke lavinntektshushold var mottakere av grunn- og hjelpestønad, mot 4 prosent i lavinntektshushold (op.cit.). I den herværende studien mottar en andel på 8 prosent av personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse grunn- og hjelpestønad, mens andelen i befolkningen er 15 prosent. Andelen som bor i hushold som mottar sosialhjelp eller bostøtte er imidlertid langt høyere blant personer med mindre enn god helse som bor i hushold med inntekt under lavinntektsgrensen. Denne gruppen er imidlertid antallsmessig liten og sammenhengen er ikke statistisk sikker.

Tabell 7.4 viser inntektstall for hushold der intervjupersonen er i alderen 18-44 år. Inntektstallene er korrigert for husholdsstørrelse med EU's ekvivalensskala og angir dermed gjennomsnittsbetøp per forbruksenhet.



**Tabell 7.4. Inntektsregnskap for personer 18-44 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent**

	Befolkningen 18-44 år	Storbrukere av legetjenester	Storbrukere av medisiner	Storbrukere av andre helsetjenester
Yrkesinntekt	296 000	223 200	205 700	252 200
+ Lønn	276 800	199 300	191 500	239 600
+ Netto næringsinntekt	19 200	23 900	14 100	12 600
+ Kapitalinntekt	18 000	22 000	36 800	36 800
+ Overføringer	31 600	61 900	77 500	48 200
+ <i>Skattepliktige overføringer</i>	<i>18 100</i>	<i>44 600</i>	<i>59 400</i>	<i>33 500</i>
+ attføring/rehabiliteringspenger	5 300	18 300	19 400	14 000
+ <i>Skattefrie overføringer</i>	<i>13 500</i>	<i>17 300</i>	<i>18 100</i>	<i>14 700</i>
+ bostøtte	300	800	1 300	800
+ sosialhjelp	1 200	2 300	5 900	700
+ grunn- og hjelpestønad	700	1 100	1 100	600
+ barnetrygd, kontantstøtte	8 100	8 500	6 300	8 800
Samlet inntekt	357 900	307 000	319 900	433 400
Inntekt etter skatt per forbruks- enhet	270 300	239 600	250 400	352 600
Ukorrigert inntekt etter skatt Gj. Snittlig antall personer i husholdet	484 400 3.0	448 500 3.0	442 400 2.7	656 000 2..8
EU-ekvivalensvekt	1,77	1,78	1,68	1,69
Antall personer	1 767	157	127	84

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Unge som bruker legetjenester i stor grad hadde 89 prosent av inntekten til samme aldersgruppe i befolkningen ellers, mens storbrukere av medisiner hadde 93 prosent av inntekten til befolkningen i 2005. Disse gruppene mottar vesentlig mer i skattefrie overføringer sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen. Dette omfatter ytelser som grunn- og hjelpestønad, sosialhjelp, bostøtte, men også barnetrygd og kontantstøtte. De barnerelaterte ytelsene er størrelsesmessig på samme nivå for alle gruppene. Beløpet er imidlertid noe lavere for personer med daglig medisinbruk. Gjennomsnittsbeløpene for både grunn- og hjelpestønad, samt bostøtte og sosialhjelp er langt høyere for personer som benytter legetjenester og medisiner i stor grad. De mottar også høye beløp i attførings-/rehabiliteringspenger i gjennomsnitt.

Storbrukere av andre helsetjenester ser ut til å være en mer sammensatt gruppe og en sterkere gruppe ressursmessig. Snittbeløpet for inntekt etter skatt ligger høyere enn for befolkningen i alderen 18-44 år.

### 7.3.2. Inntektsregnskap for personer 45-66 år

Av voksne i alderen 45-66 år sier 24 prosent at de har mindre enn god helse, 11 prosent er storbrukere av legetjenester, mens 13 prosent bruker andre helsetjenester i stor grad. Om lag 15 prosent har brukt medisiner daglig i ukene før intervjuet (vedleggstabell 1).

5 prosent i denne aldersgruppen bor i et hushold med lavinntekt. I denne gruppen sier nesten en dobbelt så høy andel at helsen er mindre enn god og det er høyere tall for storbruk av både legetjenester og medisiner sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen. Det er imidlertid en vesentlig mindre gruppe som har benyttet andre helseprofesjoner som fysioterapeut, kiropraktor og psykolog sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen.

**Tabell 7.5. Andel i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 45-66 år. 2005. Prosent**

	Alle	Lavinntektshushold
Bor i lavinntektshushold	5	100
Mindre enn god helse	24	46
<i>Andeler som er storbrukere av:</i>		
legetjenester	12	18
medisiner	12	24
andre helsetjenester	14	5
N	1 899	210
N delutvalg	956	122

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

I aldersgruppen 45-66 år bor mer enn halvparten i hushold med lavinntekt alene og vel 50 prosent av dem er i arbeid. Blant de som har mindre enn god helse og bor i lavinntektshushold er kun 17 prosent sysselsatt. I denne gruppen er det også en svært høy andel uføre (70 prosent). Nær 30 prosent av de med mindre enn god helse som bor i lavinntektshushold mottar sosialhjelp eller bostøtte. Tallene for yrkesrettet attføring og rehabilitering og uførepensjon kan tyde på at flere av de med nedsatt helse i befolkningen fremdeles er aktive i forhold til å finne nytt arbeid eller andre tilpassede løsninger, mens flere i lavinntektsgruppen har tatt skrittet over på uførepensjon.

**Tabell 7.6. Andel som bor alene, er sysselsatt og som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer som bor i lavinntektshushold etter helsetilstand. Ikke studenter. Personer 45-66 år. 2005. Prosent**

	Befolkningen 45-66 år		Lavinntektshushold 45-66 år	
	alle	med mindre enn god helse	alle	med mindre enn god helse
Andel som bor alene	19	25	48	65
Sysselsettingsprosent	76	50	35	17
Bor i et hushold der io selv eller andre mottar				
attførings/rehabiliteringspenger	9	19	11	13
grunn- og hjelpestønad	8	15	6*	12*
uførepensjon	20	44	43	70
sosialhjelp/bostøtte	3	8	22	29*
N	1899	432	87	38

\*sammenhengen er ikke statistisk sikker (95 prosents nivå).

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Storbrukere av legetjenester i aldersgruppen 45-66 år får vel 40 prosent av inntekten fra overføringer. Det dreier seg om skattbare pensjoner som for eksempel uførepensjon og attførings- og rehabiliteringspenger. Gjennomsnittsbeløpet for mottak av attføringspenger er høyere blant storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen. I snitt mottar storbrukere av legetjenester kr. 99.200 og storbrukere av medisiner noe mindre; kr. 93.700. Snittbeløpene for mottak av sosialhjelp er langt lavere enn blant yngre, men ligger høyere blant storbrukere av legetjenester enn i befolkningen i samme aldersgruppe.

**Tabell 7.7. Inntektsregnskap for personer 45-66 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent**

	Befolkningen 18-44 år	Storbrukere av legetjenester	Storbrukere av medisiner	Storbrukere av andre helsetjenester
Yrkesinntekt	307 600	244 300	226 400	297 300
+ Lønn	277 800	218 400	206 800	274 700
+ Netto næringsinntekt	30 100	25 900	19 700	22 500
+ Kapitalinntekt	38 300	17 800	10 100	26 700
+ Overføringer	68 300	105 300	100 100	82 200
+ Skattepliktige overføringer	62 900	99 200	93 700	75 500
+ attføring	5 700	10 000	10 900	14 200
+ Skattefrie overføringer	5 400	6 100	6 400	6 700
+ bostøtte	100	300	300	300
+ sosialhjelp	300	800	500	600
+ grunn- og hjelpestønad	800	1 600	2 000	2 000
+ barnetrygd, kontantstøtte	2 200	1 300	1 300	2 000
Samlet inntekt	445 300	367 400	336 600	406 100
Inntekt etter skatt per forbruksenhet	333 500	274 700	256 400	298 400
Ukorrigert inntekt etter skatt	554 100	421 500	404 000	485 400
Antall personer i husholdet	2,4	2,1	2,1	2,3
EU-ekvivalensvekt	1,63	1,50	1,53	1,60
Antall personer	1 899	210	285	122

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Blant storbrukere av ”andre helsetjenester” i alderen 44-66 år er flere i jobb. Mens 64 prosent av storbrukere av andre helsetjenester er sysselsatt, gjelder dette for 53 prosent av storbrukere av legetjenester. Dette reflekteres også i tallene for yrkesinntekt i tabellen. Storbrukere av legetjenester har en yrkesinntekt som er 79 prosent, og storbrukere av medisiner har 74 prosent, av yrkesinntekten til samme aldersgruppe i befolkningen. Storbrukere av andre helsetjenester har gjennomsnittlig yrkesinntekt som ligger nær opptil beløpet i befolkningen (97 prosent). Både storbrukere av legetjenester, medisiner og andre helsetjenester har høyere snittbeløp på skattepliktige og skattefrie overføringer fra det offentlige. Dette kan tyde på at storbrukere av andre helsetjenester er en sammensatt gruppe.

### 7.3.3. Inntektsregnskap for personer 67–79 år

30 prosent av eldre 67–79 år har mindre enn god helse, 14 prosent bruker legetjenester i stor grad, og 8 prosent bruker andre helsetjenester i stor grad. 22 prosent har brukt medisiner daglig i ukene før intervjuet (vedleggstabell 1).

14 prosent i denne aldersgruppen bor i et hushold med lavinntekt. Blant alderspensjonister er andelen som bor alene høyere enn i andre aldersgrupper, og i hushold med lavinntekt bor over 80 prosent alene. I denne gruppen sier en noe høyere andel at helsen er mindre enn god. Nesten halvparten av personer som bor i lavinntekts-hushold har mindre enn god helse. Tall for storbruk av helsetjenester viser at kun 10 prosent har vært mange ganger til lege i lavinntektsgruppen, mens 16 prosent i befolkningen har vært til lege mange ganger. Det er derimot svært høye andeler for daglig bruk av medisiner blant personer i lavinntektshushold, mens det er ingen registrering av storbruk av andre helsetjenester som fysioterapi, kiropraktikk og psykologhjelp.

**Tabell 7.8. Andel med i befolkningen og blant personer i lavinntektshushold med mindre enn god helse, samt forbruk av ulike helsetjenester. Ikke studenter. Personer 67-79 år. 2005. Prosent**

	Alle	Lavinntekthushold
Bor i lavinntektshushold	14	100
Bor alene	32	76
Med mindre enn god helse	37	47
Andeler som er storbruker av:		
legetjenester	16	10
medisiner	13	35
andre helsetjenester	20	0
N	539	67
N delutvalg	268	22

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 7.9. Andel som mottar ulike ytelser fra folketrygden i befolkningen og blant personer som bor i lavinntektshushold etter helsetilstand. Ikke studenter. Personer 67-79 år. 2005. Prosent**

	Befolkningen 67-79 år		Lavinntektshushold 67-79 år	
	Alle	Med mindre enn god helse	Alle	Med mindre enn god helse
Bor i et hushold der io selv eller andre mottar				
grunn- og hjelpestønad	8	14	10*	12*
uførepensjon	4	4	1	3
bostøtte/(sosialhjelp)	2	6	13	21*
Antall personer	599	161	67	32

\*sammenhengen er ikke statistisk sikker (95 prosents nivå).

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Det er liten forskjell mellom personer som bor i lavinntektshushold og befolkningen i aldersgruppen 67-79 år i mottak av grunn- og hjelpestønad. Det er imidlertid signifikant høyere andeler blant personer som mottar ytelser som bostøtte blant personer som bor i lavinntektshushold sammenlignet med befolkningen i samme aldersgruppe.

I den eldste aldersgruppen mottar de fleste alderspensjon, selv om en del fremdeles har noe lønnsinntekt. Det er liten forskjell mellom gruppene i gjennomsnittlige beløp for ulike skattefrie ytelser. Storbrukere av medisiner har imidlertid noe høyere snittbeløp for mottak av grunn- og hjelpestønad enn øvrige grupper.

**Tabell 7.10. Inntektsregnskap for personer 67-79 år, blant storbrukere av legetjenester, andre helsetjenester og medisiner. 2005. Prosent**

	Befolkningen 18-44 år	Storbrukere av legetjenester	Storbrukere av medisiner	Storbrukere av andre helsetjenester
Yrkesinntekt	46 300	21 700	42 100	14 600
+ Lønn	27 900	14 400	20 000	14 600
+ Netto næringsinntekt	18 500	7 300	22 200	0
+ Kapitalinntekt	28 700	31 500	13 700	86 300
+ Overføringer	221 300	222 300	215 200	255 200
+ Skattepliktige overføringer	220 600	221 100	213 700	254 800
+ attføring	500	0	0	0
+ Skattefrie overføringer	1 200	1 200	1 500	400
+ bostøtte	200	300	300	0
+ sosialhjelp	0	0	0	0
+ grunn- og hjelpestønad	700	700	1 000	200
+ barnetrygd, kontantstøtte	0	0	0	0
Samlet inntekt	309 100	275 500	290 200	356 100
Inntekt etter skatt per for- bruksenhet	246 100	221 700	236 000	283 200
Ukorrigert inntekt etter skatt	340 800	302 600	305 500	387 700
Antall personer i husholdet	1,7	1,7	1,6	1,7
EU-ekvivalensvekt	1,36	1,32	1,29	1,35
Antall personer	559	81	122	22

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

## 8. Oppsummering og konklusjoner

Nesten en av fem bruker helsetjenester i stor grad. Bildet av storbruk og storbrukere har endret seg lite fra 2002 til 2005. Fordelingen på kjennetegn blant storbrukere av helsetjenester sammenlignet med befolkningen viser at storbrukere er noe eldre, det er en høyere andel kvinner, utdanningsnivået er lavere, og det er en lavere andel i arbeidsfør alder som er sysselsatt. Helsetjenester omfatter i denne sammenhengen både lege- og legespesialisttjenester og andre helsetjenester som fysioterapi, kiropraktikk og psykologtjenester. I befolkningen bruker 11 prosent legetjenester og 11 bruker andre helsetjenester i stor grad.

Når det gjelder inntektsmessige kjennetegn ved husholdene er det større grupper blant storbrukere av helsetjenester som bor i hushold som mottar ulike overføringer fra det offentlige sammenlignet med befolkningen ellers. Høyest andel er det blant storbrukere av legetjenester og medisiner. Storbrukere av legetjenester får nesten en tredel av inntekten fra overføringer. I denne gruppen er det også en signifikant høyere andel som bor i lavinntekts-hushold, og en høyere andel som bor i hushold som mottar uførepensjon, attførings-/ rehabiliteringspenger, grunn- og hjelpestønad, sosialhjelp eller bostøtte. Disse gruppene har også lavere inntektsnivå enn inntektsnivået i befolkningen. Storbrukere av legetjenester mottar, i henhold til inntektsregnskapet, høyere sykdomsrelaterte ytelser fra folketrygden enn andre grupper. I den yngste aldersgruppen er imidlertid beløpet for sosialhjelp og bostøtte langt høyere enn ytelser som eks. grunn- og hjelpestønad.

Profilen til gruppen som sier de bruker medisiner daglig ligner storbrukere av legetjenester, men de er eldre og andelen kvinner er høyere. En av fem storbrukere av medisiner er 67 år eller eldre. Det er en lavere andel i arbeidsfør alder som er sysselsatt og flere bor alene. Storbrukere av medisiner ser ut til å tilhøre en særlig sårbar gruppe. Det er høye andeler i denne gruppen som mottar ytelser fra folketrygden som tilkjennes på grunn av sykdom eller andre helseproblemer. Om lag 27 prosent av de som bruker medisiner daglig mottar selv eller bor i et hushold med mottakere av uførepensjon og 14 prosent bor i hushold som mottar grunn- og hjelpestønad i 2005. En andel på 13 prosent bor i et hushold med lavinntekt.

I motsetning til storbrukere av legetjenester og medisiner har storbrukere av "andre helsetjenester" en tilnærmet lik inntektsprofil som befolkningen ellers. Dette er også en gruppe som aldersmessig er yngre enn storbrukere av legetjenester og medisiner. I denne gruppen er flere i jobb og de tilhører hushold med høyere inntekt sammenlignet med øvrige grupper. For storbrukere av andre helsetjenester er andelen som mottar ytelser som har sammenheng med nedsatt helse litt lavere enn blant storbrukere av legetjenester og medisiner, men høyere enn i befolkningen. Andelen som bor i hushold med lavinntekt er som i befolkningen for øvrig. Størrelsen på sosialhjelpsbeløpet er lavere, også lavere enn i befolkningen. Dette, sammenstilt med gjennomsnittsbeløpet for samlet inntekt etter skatt korrigert for husholdsstørrelse, tyder på at gruppen som bruker helsetjenester som fysioterapi mv. er en mer ressurssterk gruppe enn storbrukere av legetjenester.

Forbruket av allmennlegetjenester, øker med økende alder, og er høyest blant kvinner og alderspensjonister. Tall for bruk av allmennlege kan tyde på at det har vært en liten nedgang i forbruket, men andelen som har hatt ti eller flere kontakter er den samme fra 2002 til 2005. Mens 3 av 4 har vært hos allmennlege, har kun 8 prosent vært hos legen ti eller flere ganger siste år. 1 av 3 har vært hos legespesialist, og 4 prosent har vært til spesialist fem eller flere ganger siste år. Det er en høyere andel kvinner enn menn som bruker allmennlegen i stor grad, mens det er like høye andeler kvinner og menn som bruker legespesialisttjenester i stort omfang (fem eller flere kontakter siste år).

For bruk og storbruk av fysioterapitjenester hadde kvinner 45 år og eldre høyest kontaktandel og størst kontakthypighet. Blant de som bruker fysioterapitjenester

er det store andeler som bruker tjenesten i høy grad (ti eller flere behandlinger siste år). Dette er en refleksjon av at fysioterapi i mange tilfeller et ledd i en lengre behandlingsserie. Mens 15 prosent har vært hos fysioterapeut siste år, har 9 prosent hatt ti eller flere behandlinger. Bruk av tjenester som kiropraktikk og psykologtjenester er mest utbredt blant yngre. Det er høyest andeler unge kvinner som hadde kontakt med psykolog i 2005 og andelen har økt noe sammenlignet med registreringer i 2002.

Store grupper i befolkningen, også blant personer i lavinntektshushold, har brukt ulike helsetjenester siste år. Når det gjelder mer omfattende bruk av tjenestene snevres gruppene inn. Mønsteret for storbruk av ulike helsetjenester mellom befolkningen og for personer i lavinntektshushold fordelt på alder viser at det i yngre grupper er høyere andeler i lavinntektshushold som bruker legetjenester i stor grad, mens det blant eldre er en vesentlig lavere andel av de som bor i lavinntektshushold som bruker legetjenester i stor grad sammenlignet med befolkningen ellers. Det samme mønsteret gjør seg gjeldende for fysioterapitjenester. For fysioterapitjenester er andelen som bruker tjenesten i stor grad høyere blant personer under 45 år i lavinntektshushold. Ellers er bruken langt høyere i befolkningen enn blant personer i lavinntektshushold. Omfanget av bruk av kiropraktortjenester er lavt, og bruken blant personer i lavinntektshushold er marginal. Personer i lavinntektshushold ser imidlertid ut til å benytte psykologtjenester i større grad enn befolkningen ellers.

I befolkningen 18 år til 79 år sier 21 prosent at helsen er mindre enn god. Vel en tredel av de som bor i lavinntektshushold har mindre enn god helse. Både blant yngre og eldre og blant menn og kvinner som bor i lavinntektshushold er andelen høyere enn i befolkningen. Størst forskjell i helsetilstand etter inntektsnivå er det blant personer i alderen 45-66 år. Nesten halvparten av personer i lavinntektshushold i denne aldersgruppen sier at helsen er mindre enn god. Helsetilstanden i lavinntektsgruppen ser også ut til å ha forverret seg i gruppen av unge 18-44 år og blant eldre 66-79 år fra 2002 til 2005. Høyere andeler med nedsatt helsetilstand skulle tilsi at behovet for helsetjenester er større i lavinntektshushold. Tall for bruk og storbruk av helsetjenester viser imidlertid at det ikke er store forskjeller mellom gruppene i bruk av allmennlege og legespesialisttjenester blant de som har mindre enn god helse.

Personer over 45 år som tilhører hushold med mindre ressurser og lavere økonomisk evne bruker fysioterapi- og kiropraktortjenester i mindre grad enn befolkningen ellers. Blant de som har mindre enn god helse er forskjellen i bruk enda mer markert. 22 prosent i befolkningen og 6 prosent av personer i lavinntektshushold har benyttet fysioterapitjenester i stor grad (ti eller flere behandlinger siste år).

10 prosent i aldersgruppen 18-44 år bor i et hushold med lavinntekt. I denne gruppen sier en nesten dobbelt så høy andel at helsen er mindre enn god og det er høyere tall for storbruk av alle typer helsetjenester enn i samme aldersgruppe i befolkningen. Det er færre i lavinntektshushold med mindre enn god helse som mottar sykdomsrelaterte ytelser som grunn- og hjelpestønad og uførepensjon sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen.

I aldersgruppen 45-66 år er det en lav andel som bor i hushold med inntekt under lavinntektsgrensen (5 prosent). I denne gruppen sier en nesten dobbelt så høy andel at helsen er mindre enn god sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen. Blant de som har mindre enn god helse som bor i lavinntektshushold er kun 17 prosent sysselsatt. I denne gruppen er det også en svært høy andel uføre (70 prosent). Nær 30 prosent av de med mindre enn god helse i denne aldersgruppen som bor i lavinntektshushold mottar sosialhjelp eller bostøtte. Det er også høyere tall for storbruk av både legetjenester og medisiner sammenlignet med samme aldersgruppe i befolkningen. Det er imidlertid en vesentlig mindre andel som har benyttet andre helseprofesjoner som fysioterapeut, kiropraktor og psykolog.

En andel på 37 prosent av eldre 67–79 år har mindre enn god helse, 16 prosent bruker legetjenester i stor grad, og 13 prosent bruker andre helsetjenester i stor grad. 20 prosent brukte medisiner daglig i ukene før intervjuet. 14 prosent i denne aldersgruppen bor i et hushold med lavinntekt. I lavinntektshusholdene bor en andel på 80 prosent alene og nær halvparten av personer som bor i lavinntektshushold har mindre enn god helse. Tall for storbruk av helsetjenester viser at kun 10 prosent har vært mange ganger til lege i lavinntektsgruppen, mens tilsvarende andel i befolkningen er 16 prosent. Det er derimot svært høye andeler for daglig bruk av medisiner blant personer i lavinntektshushold, mens det er tilnærmet ingen registrering av storbruk av andre helsetjenester som fysioterapi, kiropraktikk og psykologhjelp.

Undersøkelsen om utgifter til helse- og omsorgstjenester (Holmøy og Høstmark 2000) viste at yngre, i større grad enn eldre oppga at de i betydelig større grad har måttet avstå fra en eller flere tjenester de hadde behov for på grunn av kostnadsnivået. Tjenestene det avstås fra var ”andre helsetjenester” som fysioterapi, kiropraktikk, tannlegetjenester mv. Analysene i denne studien viser at store grupper blant yngre som lever i lavinntektshushold bruker helsetjenester i stor grad. Det er i grupper over 45 år at det er forskjeller i bruk av helsetjenester etter inntektsnivå. En lavere tjenestebruk blant eldre som bor i lavinntektshushold kan tyde på at det er økonomien som setter begrensninger på bruken.



## Referanser:

Borgeraas, Elling (2002): Fattigdom, sårbarhet og SIFO's standardbudsjett for forbruksutgifter, Arbeidspapir 5: 2002

Borgeraas, Elling (2005): Kreft og levekår – en presentasjon av tallmaterialet fra Levekårsdatabasen, Statens institutt for forbruksforskning (SIFO)

ECON (2002): Egenandeler i helsesektoren, Notat 65/02

ECON (2001): Egenbetaling for helse- og omsorgstjenester. Rapport 49/01

Holmøy, Aina og Maria Høstmark (2000): ”Undersøkelse om omfanget av utgifter til helse- og sosialtjenester. Dokumentasjon og tabellrapport”, Notater 2000/45. Statistisk sentralbyrå

Innst..nr.184 (2002-2003) Innstilling fra sosialkomiteen om tiltaksplan mot fattigdom

NOU 2004:1 Modernisert Folketrygd. Finansdepartementet og Sosialdepartementet, 2004

Ot.prp. nr. 28 (2005–2006 ): Om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)

Pedersen, Axel West; Tone Fløtten og Gudmund Hernes: ”Vi trenger en ny fattigdomsdefinisjon”, Kronikk i Aftenposten 2006

Sosial- og helsedirektoratet (2006): Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport

St.prp. nr. 1 (2006-2007): For budsjettåret 2007. Helse og omsorgsdepartementet

St.prp nr. 1 (2000-2001): Folketrygden, Kommunal- og regionaldepartementet

St.meld. nr. 6, (2002-2003): Tiltaksplan mot fattigdom

SSB (2004): Økonomi og levekår for ulike grupper, 2004, Rapporter 2004/28. Statistisk sentralbyrå

SSB (2007): Økonomi og levekår for ulike grupper, 2006, Rapporter 2007/8, Statistisk sentralbyrå

## Vedlegg

## Tabeller

**Tabell A1. Andel med mindre enn god helse og storbruk av ulike helsetjenester. Aldersgrupper. Personer 18-79 år. (Ikke studenter.) 2005**

	18-44 år	45-66 år	67-79 år
Mindre enn god helse	11	24	30
Storbruker av legetjenester	9	11	14
Storbrukere av andre helsetjenester*	9	13	8
Storbrukere av medisiner	8	15	22
Antall personer i begge utvalg	1767	1899	559
Antall personer i delutvalg*	880	956	268

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell A2. Fordeling på kjennemerker for personer med mindre enn god helse i befolkningen og i lavinntektshushold. 18-79 år EU-definisjonen. (Ikke studenter). 2005**

	Befolkningen 18-79 år	Lavinntektshushold
Andel med mindre enn god helse	19	33
Sysselsatt (18-66 år)	59	41
Bor alene	28	64
Bor i tettbygd strøk	78	71
<i>Bor i hushold der IO selv eller andre</i>		
mottar grunn og hjelpestønad	15	10
er 100 prosent ufør	28	29
Er på attføring/mottar rehabiliteringspenger	18	17
mottar sosialhjelp/bostøtte	9	25*
N	781	102

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.