

Kapitel 7. Social ulighed i sundhed

Den sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand viser sig blandt andet ved, at ufaglærte i alderen 25-64 år har et årligt medicinforbrug på 2.200 kr., mens personer med en lang videregående uddannelse kun køber medicin for 1.300 kr. om året. Også når man ser på indlæggelser på sygehuse og kontakter til den praktiserende læge, er trækket størst blandt de ufaglærte.

På tandlægeområdet er mønstret imidlertid det modsatte - her er forbruget størst blandt de ressourcestærke med lang uddannelse og høj indkomst. I kapitlet vises, at blandt de fattigste 10 procent af befolkningen er det 32 procent, der ikke har været ved tandlægen i fem års perioden 2000-2004, mens den tilsvarende andel for de rigeste 10 procent kun er på knap 6 procent. Det viser, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet har en kraftig social slagside. Den sociale ulighed viser sig også i de forventede restlevetider, idet højtuddannede mænd og kvinder i 30 års alderen har en forventet restlevetid, der er henholdsvis 5,6 år og 4,0 år højere end lavtuddannede. Dertil kommer, at denne forskel har været stigende i de seneste ti år.

Sundhedstilstand for forskellige befolkningsgrupper

I dette afsnit er befolkningens sundhedstilstand belyst på baggrund af registeroplysninger om borgernes anvendelser af sygesikringsydelser, sygehusbenyttelse samt receptpligtig medicinforbrug. Anvendelsen af disse registre giver mulighed for at belyse hvor meget, forskellige befolkningsgrupper trækker på disse sundhedsydelser fra det offentlige. Den enkeltes sundhedstilstand kan naturligvis ikke belyses udtømmende ud fra disse oplysninger. Det skyldes blandt andet, at der er store individuelle forskelle i hvor ofte, man går til lægen og hvor meget medicin, man indtager - selv ved samme lidelse. Dertil kommer, at der kan være lidelser, som kun i begrænset omfang kræver lægelig ekspertise, men som kan være til stor gene for den enkelte. På trods af disse forhold er det vurderingen, at den enkeltes træk på sundhedsrelaterede ydelser er en god indikator for den enkeltes helbredstilstand. På områder hvor der er høj brugerbetaling er denne sammenhæng imidlertid ikke oplagt, idet et lavt forbrug

her kan skyldes økonomiske begrænsninger for den enkelte. Det er f.eks. tilfældet på tandlægeområdet.

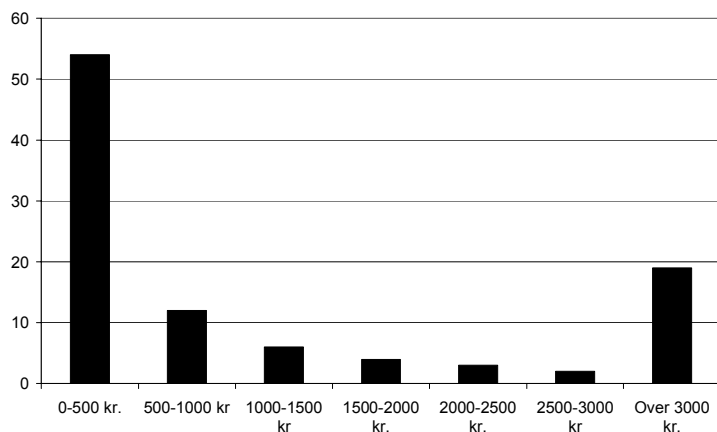
Som en helt overordnet illustration af uligheden i danskerne sundhed er i figur 1 vist fordelingen over danskernes medicinforbrug. Som det fremgår af figuren, er det lidt over halvdelen af den voksne befolkning, der indløser recepter for under 500 kr. i 2004, mens knap 20 procent har et medicinforbrug på mere end 3.000 kr.

På tilsvarende vis viser fordelinger over for eksempel antal lægebesøg og antal sengedage på sygehuse, at der er meget store forskelle i hvor meget, borgerne trækker på sundhedsvæsenet. For nærmere at belyse denne sundhedsmæssige ulighed ses i det følgende på forskellige befolkningsgruppers brug af sundhedsydelser.

Uddannelse

Den sundhedsmæssige ulighed viser sig blandt andet, når man ser på hvor mange ydelser den enkelte får udført hos den

Figur 1. Fordeling af medicinforbrug i 2004 for personer over 17 år



Anm.: Medicinforbruget er opgjort som ekspeditionsprisen for indløste recepter. Håndkøbsmedicin er således ikke medtaget.

Kilde: AERådet på baggrund af lovmodellens datagrundlag

praktiserende læge i 2004. Som det fremgår af tabel 1, får ufaglærte i alderen 25-64 år i gennemsnit udført 11,1 ydelser pr. år, mens personer med en lang videregående uddannelse i samme aldersgruppe kun modtager 6,2 ydelser om året. I disse gennemsnitstal er der korrigeret for eventuelle forskelle i aldersfordelingen mellem de enkelte uddannelsesgrupper. Ser man i stedet på det gennemsnitlige medicinforbrug, viser tabellen, at ufaglærte i gennemsnit indløser recepter for 2.200 kr.

i 2004, mens udgiften for personer med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse er under 1.500 kr. Tilsvarende uddannelsesforskelle ses for antal senge-dage på sygehuset og antal ambulante besøg.

Det eneste område, hvor ufaglærte i gennemsnit trækker mindst på de offentlige sundhedsydelser, er på tandlægeområdet, hvilket formentlig skal ses i sam-

	Almen læge	Special-læge	Tand-læge	Senge-dage	Ambulante besøg	Medicin-udgifter
	Antal ydelser			Antal dage/besøg		1.000 kr.
Ufaglærte	11,1	1,6	3,5	0,7	1,0	2,2
Faglærte	9,1	1,5	4,0	0,6	0,9	1,5
Kort videreg. udd.	8,0	1,7	4,0	0,5	0,8	1,4
Mellemlang videreg. udd.	8,6	1,9	4,0	0,5	0,9	1,5
Lang videreg. udd.	6,2	1,8	3,8	0,4	0,7	1,3
I alt	9,4	1,6	3,8	0,6	0,9	1,7

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 årige og er aldersstandardiseret.
Kilde: AERådet på baggrund af lovmodellen

menhæng med den høje grad af brugsbetaling på tandlægeområdet.

Den uddannelsesgruppe, der overordnet set trækker mindst på de offentlige sundhedsydelse, er personer med en lang videregående uddannelse. For eksempel er personer med en lang videregående uddannelse kun i gennemsnit indlagt 0,4 dage om året på sygehuset, mens den tilsvarende tal for ufaglærte er 0,7 dage - dvs. omtrent det halve.

En af forklaringerne på de uddannelsesmæssige forskelle i sundhed er forskelle i livsstil - herunder kostvaner, rygning og motion. Analyser fra bl.a. Statens Institut for folkesundhed dokumenterer, at lavere uddannede typisk har en mere usund livsstil end højere uddannede. Dertil kommer, at lavere uddannede typisk udsættes for en større arbejdsmiljøbelastning end højtuddannede, hvilket ligeledes bidrager til den uddannelsesmæssige ulighed i sundhed.

Socioøkonomisk

Opdeles de 25-64 årige på socioøkonomisk status, er det de beskæftigede, som

trækker mindst på den offentlige service indenfor sundhedsområdet. For eksempel modtager de beskæftigede i gennemsnit 7,9 ydelser om året hos den praktiserende læge mens kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister i gennemsnit modtager henholdsvis 15,9 og 21,8 ydelser om året.

Førtidspensionister er generelt den gruppe, der har det største træk på sundhedsydelse, hvilket naturligt hænger sammen med, at tildelingen af førtidspensionen sker på baggrund af arbejdslevnen og dermed helbredstilstanden. Derudover er det værd at bemærke, at kontanthjælpsmodtagere også trækker forholdsvis meget på de offentlige sundhedsydelse. Sammenholdt med de beskæftigede er medicinforbruget blandt kontanthjælpsmodtagere således dobbelt så stort, og trækket på sygehusene er i størrelsesordenen 2-3 gange større end for de beskæftigede afhængig af, om man ser på antal sengedage eller antal ambulante besøg. Denne oversygelighed blandt kontanthjælpsmodtagerne vidner om, at en ikke ubetydelig del af kontanthjælpsmodtagerne har helbredsmæssige proble-

Tabel 2. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelse i 2004 fordelt på arbejdsmarkedstil-knytning

	Almen læge	Special-læge	Tand-læge	Senge-dage	Ambulante besøg	Medicin-udgifter
	Antal ydelser			Antal dage/besøg		1.000 kr.
Beskæftiget	7,9	1,5	3,9	0,4	0,7	1,2
Ledig	10,2	1,7	3,4	0,4	0,7	1,3
Kontanthjælp	15,9	2,4	2,4	1,4	1,6	2,4
Førtidspension	21,8	2,1	3,9	2,0	2,0	8,7
Udenfor arbejdsstyrken	11,7	2,1	3,2	0,9	1,2	1,8
I alt	9,4	1,6	3,8	0,6	0,9	1,7

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 årige og er aldersstandardiseret.
Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellen

mer, som ikke umiddelbart gør dem i stand til at påtage sig et job. Derudover viser tabellen, at kontanthjælpsmodtagere går væsentligt mindre til tandlægen end beskæftigede, hvilket vidner om, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet rammer de dårligst stillede.

Indkomst

Den sociale ulighed i befolkningens sundhed kan også illustreres ved at se på sammenhængen mellem indkomst og trækket på de sundhedsrelaterede ydelser. I tabel 3 nedenfor er de 25-64 årige ind delt i ti lige store grupper sorteret efter størrelsen af den disponible indkomst. I første gruppe (1. decil) indgår den tiendedel af befolkningen med laveste indkomster, mens 10. decil indeholder de rigeste 10 procent af aldersgruppen. Som det fremgår, er der en klar tendens til, at antallet af ydelser hos den praktiserende læge, indlæggelser på sygehuse samt medicinforbrug er størst i den lave ende af indkomstfordeling, mens forbruget af disse ydelser er lavest blandt de rigeste.

Det skal dog bemærkes, at den laveste indkomstgruppe (1. decil) ligger nogenlunde på gennemsnittet. Forklaringen på, at forbruget i denne indkomstgruppe ligger væsentligt under 2. og 3. decil (som har det højeste forbrug) er blandt andet, at der i denne gruppe er en del studerende, som typisk har forholdsvist godt helbred. En anden forklaring kan være, at der blandt meget resourcesvage personer - herunder hjemløse, personer med misbrugsproblemer mv. - kan være nogen, der vælger slet ikke at benytte de forskellige offentlige behandlingstilbud.

Tabellen viser for eksempel, at det gennemsnitlige antal ydelser hos den praktiserende læge er 11-12 ydelser pr. år for personer i 2., 3. og 4. decil, mens den rigeste tiendedel af de 25-64 årige kun modtager 6,8 ydelser om året i gennemsnit. Tilsvarende er forbruget af medicin blandt de rigeste kun ca. halvdelen af forbruget i 3. decil.

Tabel 3. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser i 2004 fordelt på indkomstgrupper

	Almen læge	Speciallæge	Tandlæge	Sengedage	Ambulante besøg	Medicinudgifter
	Antal ydelser			Antal dage/besøg		1.000 kr.
Fattigste 10 procent	11,0	1,6	2,9	0,8	0,9	1,6
2. decil	12,4	1,6	3,5	0,9	1,1	2,3
3. decil	10,7	1,5	3,8	0,9	1,0	2,8
4. decil	12,5	1,7	3,2	0,7	1,0	2,1
5. decil	9,8	1,5	3,8	0,6	0,9	1,8
6. decil	9,0	1,6	3,9	0,6	0,9	1,6
7. decil	8,3	1,6	4,0	0,5	0,8	1,5
8. decil	8,1	1,6	4,1	0,4	0,8	1,4
9. decil	7,5	1,8	4,1	0,4	0,8	1,4
Rigeste 10 procent	6,8	1,9	4,2	0,4	0,7	1,4
I alt	9,4	1,6	3,8	0,6	0,9	1,7

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 årige og er aldersstandardiseret.
Kilde: AERådet på baggrund af lovmodellen

Sammenhængen mellem indkomstniveau og træk på de offentlige sundhedsydelser er selvsagt stærkt påvirket af, hvordan de enkelte indkomstgrupper er sammensat rent befolkningsmæssigt. For eksempel er en del af forklaringen på, at 2. og 3. decil ligger højt, hvad angår medicinforbrug, lægebesøg mv., at en stor del af førtidspensionister og sygedagpengemodtagere indgår i disse indkomstgrupper.

Ser man derimod på sammenhængen mellem indkomst og antal ydelser hos tandlægen, er der en klar tendens til, at antallet stiger med indkomstniveauet. De rigeste går således til tandlæge næsten 50 procent mere end de fattigste. Da lavindkomstgrupperne formentlig ikke generelt har bedre tandsundhed end højindkomstgrupperne - måske snarere tværtimod - er dette en tydelig indikation af, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet indebærer, at mange med lav indkomst er nød til at nedprioritere tandlægebesøg.

Etnisk

Som der fremgår af tabel 4, er der en tendens til, at indvandrere fra mindre udviklede lande hyppigere går til læge og speciallæge, end tilfældet er for etniske dan-

skere. F.eks. modtager indvandrere fra mindre udviklede lande i gennemsnit 2,7 ydelser hos en speciallæge, mens etniske danskere i gennemsnit modtager 1,6 ydelser om året. Tilsvarende har indvandrere fra mindre udviklede lande flere ambulante besøg end etniske danskere. Baggrunden for, at indvandrere fra mindre udviklede lande trække mere på en række sundhedsydelser end danskere, kan være kulturelt betinget. Men det kan også skyldes, at en del af indvandrerne fra mindre udviklede lande er flygtninge, som kan have nogle psykiske problemer som følge af de typisk meget ubehagelige oplevelser i oprindelseslandet.

Inden for tandlægeområdet trækker indvandrere fra mindre udviklede lande derimod mindre på sundhedsvæsenet end etniske danskere. Mens danskere i gennemsnit modtager 3,9 tandlægeydelser om året modtager indvandrere fra mindre udviklede lande kun 2,5 tandlægeydelser om året. Hovedforklaringen på, at tandlægeområdet (etnisk set) adskiller sig fra de øvrige sundhedsområder, er formentlig den høje grad af brugerbetaling på tandlægeområdet, som formentlig får mange i lavindkomstgruppen (hvor mange indvandrere befinder sig) til at fravælge/un-

Tabel 4. Gennemsnitlig træk på offentlige sundhedsydelser i 2004 fordelt på herkomst

	Almen læge	Speciallæge	Tandlæge	Sengedage	Ambulante besøg	Medicinudgifter
	Antal ydelser			Antal dage/besøg		1.000 kr.
Etniske danskere	9,4	1,6	3,9	0,6	0,9	1,7
Indvandrere mere udviklede lande	8,8	1,9	2,9	0,5	0,8	1,5
Indvandrere mindre udviklede lande	11,8	2,7	2,5	0,6	1,1	1,7
I alt	9,4	1,6	3,8	0,6	0,9	1,7

Anm.: Tallene vedrører aldersgruppen 25-64 årige og er aldersstandardiseret.
Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellen

derprioritere tandlægebesøg sammenholdt med andre grupper.

Stor social ulighed på tandlægeområdet

Som nævnt ovenfor er der en klar tendens til, at ressourcestærke personer går mere til tandlægen end ressourcetsvage personer, herunder specielt personer med lav indkomst. Denne sociale ulighed på tandlægeområdet belyses i dette afsnit lidt nærmere ved at se på hvor mange, der ikke har været til tandlæge i en 5-årig periode samt hvad der karakteriserer disse personer. På baggrund af sygesikringsregisteret er optalt hvor mange personer der slet ikke har været ved tandlægen i 5-årsperioden 2000 til 2004. Da skoletandplejen ikke indgår i sygesikringsregisteret, er opgørelsen kun foretaget for personer over 24 år i 2004.

Opgørelsen viser, at det samlet set er 580.000 personer, der ikke har været ved tandlæge i perioden 2000 til 2004, hvilket svarer til godt 16 procent af befolkningen over 24 år, jf. tabel 5. Det er således en forholdsvis stor del af befolkningen, der stort set aldrig går til tandlægen. Det er specielt blandt de ældre, at mange vælger ikke at gå til tandlægen. Det frem-

går af tabel 5, der viser, at knap 40 procent af de ældre over 69 ikke har været ved tandlægen i løbet af 5-års perioden. Blandt de yngre aldersgrupper er der imidlertid også mange, der springer de regelmæssige tandlægebesøg over. For de 25-39 årige er det således knap 11 procent der ikke har været ved tandlægen i perioden.

Der kan være flere grunde til, at den enkelte vælger ikke at gå til tandlægen. For det *første* er der mange, der har tandlægeskræk, som formentlig medfører, at nogen vælger at droppe tandlægebesøget. For det *andet* kan der være mange - specielt unge - der selv vurderer, at deres tandsundhed er i top, og at det derfor er unødvendigt at gå til tandlægen. For det *tredje* kan der være ældre, der her mistet tænderne, hvor der derfor ikke længere er behov for at gå regelmæssigt til tandlægen. Den højere andel for de ældre kan desuden skyldes, at de ældre er vokset op i en periode, hvor der var langt mindre fokus på tandhygiejne og tandsundhed, end tilfældet er i dag.

En *fjerde* og meget afgørende forklaringsfaktor er, at der er en høj grad af brugerbetaling på tandlægeområdet, som

Tabel 5. Antal personer der i 5-årsperioden 2000-2004 ikke har været ved tandlægen i Danmark

	Personer	Andel af aldersgruppe
	1.000 personer	Procent
25-39 år	112	10,6
40-49 år	77	10,5
50-59 år	84	11,6
60-69 år	98	18,4
Over 69 år	209	39,8
I alt	580	16,2

Anm.: Kun personer, der har haft bopæl i Danmark i hele perioden 2000-2004 og er over 24 ultimo 2004 er medtaget.
Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellen

medfører, at den enkeltes økonomiske situation påvirke beslutningen om at gå til tandlægen. At indkomsten spiller en stor rolle for, om den enkelte jævnligt går til tandlæge, fremgår af figur 2 nedenfor. Figuren viser, at blandt de fattigste 10 procent af befolkningen over 24 år er det 32 procent, der ikke har været ved tandlægen i løbet af 5-års perioden, mens den tilsvarende andel for de rigeste 10 procent er knap 6 procent. Blandt de fattigste er det således 5-6 gange så hyppigt at springe tandlægebesøgene over, end tilfældet er blandt den rigeste del af befolkningen.

Af figuren fremgår det desuden, at den indkomstmæssige ulighed er særlig stor blandt de ældre over 69 år. Blandt de ældre, der tilhører den fattigste indkomstgruppe, er det således 58 procent - dvs. over halvdelen - der ikke har været ved tandlægen i løbet af de seneste fem år, mens den tilsvarende andel for de ældre, der tilhører den rigeste indkomstgruppe, er på 7,5 procent. For de øvrige alders-

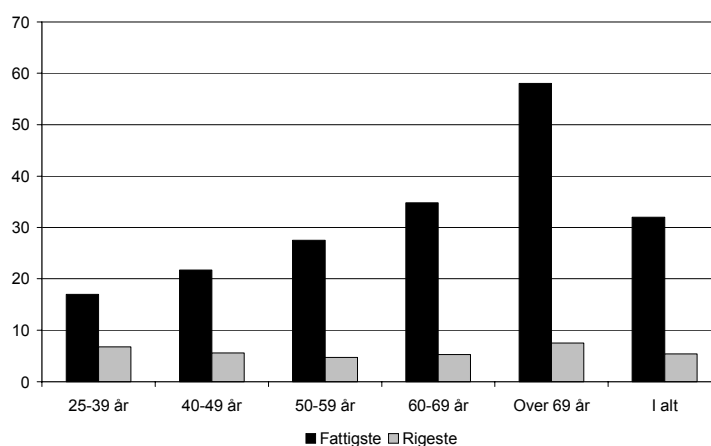
grupper ses samme mønster. For eksempel er andelen af de fattigste, der ikke går til tandlægen, omtrent fire gange højere, end tilfældet er for de rigeste befolkningsgrupper i alderen 40-49 år.

Den meget tydelige sammenhæng mellem indkomst og tandlægebesøg vidner om, at den høje brugerbetaling på dette område har en stor social slagside. Indførelse af (høj) brugerbetaling på andre sundhedsområder vil med stor sandsynlighed medføre samme ulighed og dermed bryde med et af hovedprincipperne i velfærdssamfundet - nemlig lige adgang til sundhedsydelser for alle borger uanset indkomst.

Social ulighed i levetiden

Den sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand viser sig også, når man ser på dødelighederne og den forventede restlevetid for forskellige befolkningsgrupper.

Figur 2. Andel af aldersgruppen der i perioden 2000-2004 ikke har været ved tandlægen, fordelt på indkomstgruppe



Anm.: De fattigste/rigeste omfatter de 10 procent af befolkningen, der har de laveste/højeste indkomster målt ved den husstandsækvivalerede disponible indkomst fra 2000 til 2004.
Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellen

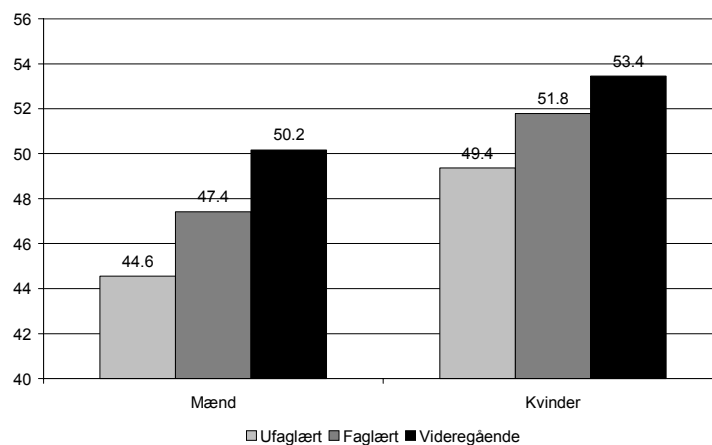
En undersøgelse af den forventede restlevetid for 30-årige fordelt på uddannelse viser for eksempel, at 30-årige mænd med en videregående uddannelse i gennemsnit har en forventet restlevetid på 50,2 år, mens 30-årige mænd uden en erhvervskompetencegivende uddannelse kun har en restlevetid på 44,6 år i 2005 - dvs. en forskel på 5,6 år mellem de to uddannelsesgrupper, jf. figur 3. For kvinder er der ligeledes en tydelig tendens til, at den forventede restlevetid stiger med uddannelsesniveaut. Mens højtuddannede 30-årige kvinder i gennemsnit har en restlevetid på 53,4 år er restlevetiden for ufaglærte kvinder kun på 49,4 år.

Baggrunden for de forholdsvis store uddannelsesmæssige forskelle i den forventede restlevetid for både mænd og kvinder er formentlig først og fremmest forskelle i livsstil og arbejdsmiljø.

Siden 1995 er danskernes forventede restlevetid steget forholdsvis kraftigt. For mænd er middellevetiden (den forventede restlevetid for nyfødte) steget fra 72,7 til 75,6 år - dvs. 2,9 år, mens den tilsvarende stigning for kvinder er på 2,3 år. Stigningen i levetiden siden 1995 er et resultat af, at dødsraterne i stort set alle aldersgrupper er faldet. Det fremgår af figur 4a og 4b, der viser henholdsvis absolutte og relative ændringer i de aldersspecifikke dødsrater fra 1995 til 2005. Målt ved de absolutte ændringer ses af figur 4a, at dødsraten for både mænd og kvinder er faldet mest for de ældre. Det er ikke overraskende, da dødsraten for de yngre er væsentligt lavere end blandt de ældre, hvorfor et fald ifølge sagens natur ikke kan være stort i de yngre aldersgrupper.

Måles ændringen i dødsraten alternativt som den procentvise ændring, ses af figur 4b, at faldet er størst for aldersgrup-

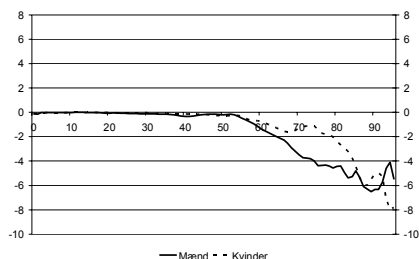
Figur 3. Forventet restlevetid for 30-årige i 2005 fordelt på uddannelsesniveau, antal år



Anm.: Befolkningens uddannelsesniveau kendes i 2005 kun for personer under 85 år, og det er derfor ikke muligt at beregne uddannelsesfordelt dødssandsynligheder for personer over denne alder. I beregningerne er det derfor antaget, at dødeligheden for personer over 84 år er den samme for alle tre uddannelsesgrupper. Denne antagelse indebærer med stor sikkerhed, at forskellen i den forventede restlevetid mellem højt- og lavtuddannede undervurderes.

Kilde: AERådet på baggrund af IDA

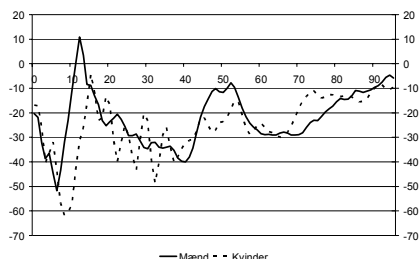
Figur 4a. Absolut ændring i de alders-specifikke dødsrater fra 1995-2005, procent point



Kilde: AErådet på baggrund af IDA

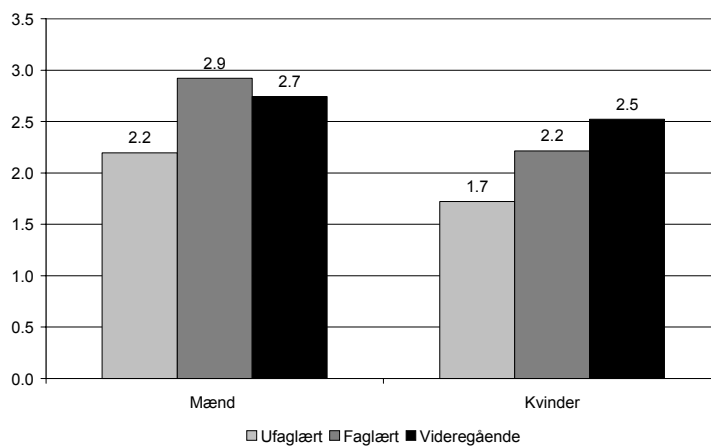
perne 20-40 år samt 60-70 år, mens faldet er mindst for de 10-15 årige, de 50 årige samt de helt gamle. Stigningen i den forventede restlevetid siden 1995 har imidlertid ikke været den samme for alle uddannelsesgrupper. Det fremgår af figur 5, der viser, at den forventede restlevetid for lavtuddannede mænd er steget med 2,2 år fra 1995 til 2005, mens den tilsvarende stigning for højtuddannede mænd er 2,7

Figur 4b. Relativ ændring i de alders-specifikke dødsrater fra 1995-2005, procent



år. Restlevetiden for højtuddannede mænd er således steget med et halvt år mere end for lavt uddannede mænd. Tilsvarende udvikling ses for kvinder, hvor stigningen for de lavtuddannede udgør 1,7 år, mens stigningen for højtuddannede er 2,5 år. Udviklingen i den forventede restlevetid for 30-årige peger dermed på, at den sociale ulighed i levetiderne er steget i løbet af de seneste ti år.

Figur 5. Stigning i forventet restlevetid for 30-årige fra 1995 til 2005 fordelt på uddannelse



Anm.: Befolkningens uddannelsesniveau kendes i 1995 kun for personer under 74 år, og det er derfor ikke muligt at beregne uddannelsesfordelt dødssandsynligheder for personer over denne alder. I beregningerne er det derfor antaget, at dødeligheden for personer over 73 år er den samme for alle tre uddannelsesgrupper i hele perioden 1995-2005.

Kilde AErådet og Statens Institut for Folkesundhed, Tendens til stigende social ulighed i levetiden, februar 2007.