



Den forsvundne sundhedspolitik

Danmark har dårligere sundhedsresultater målt i forhold til andre europæiske lande.

Det har vi, selvom vi er et af de rigeste lande i verden og på trods af, at danskerne betaler nogle af verdens højeste skatter.

Danmark skal have en sundhedspolitik

Danskere dør tidligere end andre europæere. Flere danskere dør af sygdomme inden for de store sygdomsområder sammenlignet med vore nordiske naboer. Stram økonomisk prioritering betyder, at danskere får mindre behandling, som tilmed ikke er tidssvarende.

Danmark har dårligere sundhedsresultater målt i forhold til andre europæiske lande. Det har vi, selvom vi er et af de rigeste lande i verden og på trods af, at danskerne betaler nogle af verdens højeste skatter.

Det kan vi ikke være bekendt og derfor er der behov for at tænke nyt og ambitiøst på sundhedsområdet. Vi bør sikre, at kvaliteten i det danske sundhedsvæsen samlet kommer op på niveau med kvaliteten og standarden i de lande, som vi normalt sammenligner os med. Vi bør ganske enkelt tilstræbe, at den danske befolkning sikres adgang til et sundhedsvæsen i verdensklasse.

I et lille land som Danmark, hverken kan eller bør vi acceptere store regionale forskelle i sundhedsvæsenets behandlingstilbud. Forskelle som udspringer af lokale økonomiske prioriteringer uden tilstrækkelig hensyntagen til den behandlingsmæssige værdi.

Der er store problemer – men samtidig et potentiale for forbedringer. Danskerne fortjener et styrket sundhedsvæsen med højere kvalitet og bedre behandlingsresultater. Derfor har Danmark brug for en sammenhængende og ambitiøs sundhedspolitik, der bygger på fire elementer: forebyggelse, opsporing, behandling og opfølgning.

En sundhedspolitik, som er visionær, og som bygger på klare og målbare sundhedsresultater.



Ida Sofie Jensen, direktør, Lif

Danskere dør for tidligt

Danmark har med en forventet levealder på 77 år den laveste i Europa. Dermed er den danske middellevealder gledet fra en placering som en af de længste i Europa til en kedelig europæisk bundplacering.

En af hovedforklaringerne er, at cancer, diabetes, bronkitis, astma og mavesår er årsag til flere dødsfald i Danmark end i vore nabolande. Hvis vi sammenligner dødsårsagerne, viser det sig, at Danmark skiller sig ud fra de andre lande inden for en række områder. Dødeligheden for diabetespatienter i Danmark er 54 procent højere end det nordiske gennemsnit

og dødeligheden for cancer er 25 procent hyppigere. Mavesår er 76 procent højere end det nordiske gennemsnit. Dødsårsagen bronkitis, udvidede lunger mv. har et gennemsnit, der ligger 79 procent højere i Danmark end i Norden.

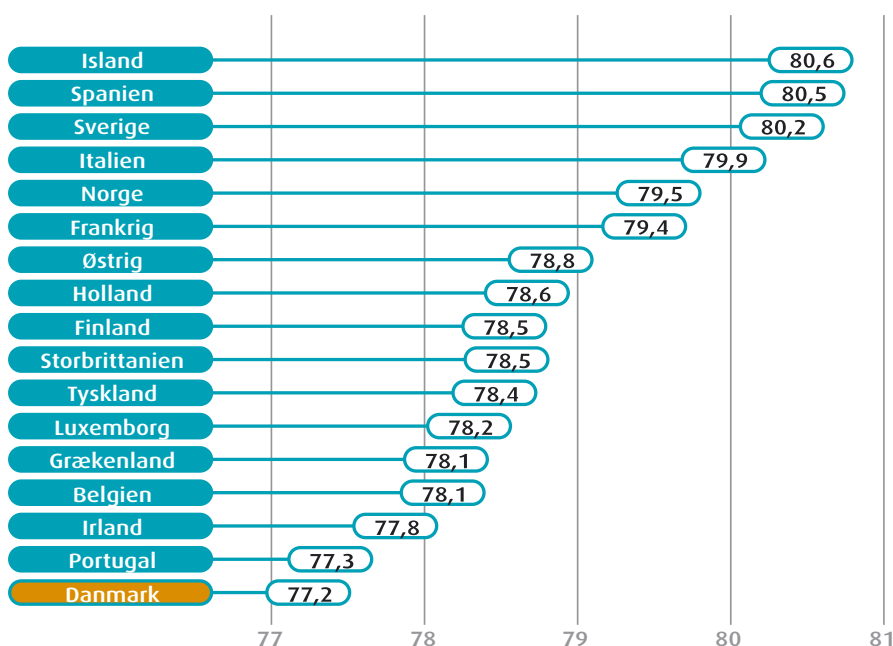
Samtidig har vi Europas laveste medicinforbrug pr. indbygger. Italienerne og franskmænd bruger mere end dobbelt så meget medicin som danskere, mens en svensker bruger ca. 40 procent mere medicin end en dansker.

Der argumenteres ofte for, at den danske overdødelighed alene skyldes livsstilsfaktorer som rygning og alkohol.

Et faktum er dog, at franskmænd i dag lever længere på trods af, at de både ryger og drikker mere end danskerne. Også hollændere og østrigere ryger væsentligt mere end danskerne – og lever alligevel længere. Så livsstilsfaktorer forklarer det ikke alene.

Væsentlige forskelle mellem Danmark og de lande vi normalt sammenligner os med, illustrerer at der er behov for at skabe bedre sundhedsresultater gennem en målrettet sundhedspolitik.

Forventet levealder i Europa



Note: For begge køn, 2003
Kilde: OECD Health Data File, 2005

Bekymrende stigning i dødeligheden

Dødeligheden i Danmark inden for visse sygdomsgrupper viser en markant vækst i de senere år.

Det være sig inden for sukkersyge, for højt blodtryk og andre hjertesygdomme (ikke iskæmiske) og mentale lidelser.

Stigningen i dødeligheden er sket inden for sygdomsområder, hvor der i udpræget grad er effektive behandlinger til rådighed.

I Danmark har vi, sammenlignet med andre lande, f.eks. et meget mindre forbrug af de nye lægemidler, der de senere år har forbedret patientbehandlingen.

Eksempelvis er forbruget pr. indbygger af de effektive og lægeanerkendte kolesterolnedsættende lægemidler – statiner – næsten 50 procent større i Sverige, Island og Finland og mere end 110 procent større i Norge – end i Danmark.

Samme tendens ses inden for de andre sygdomsområder, hvor dødeligheden stiger i Danmark.

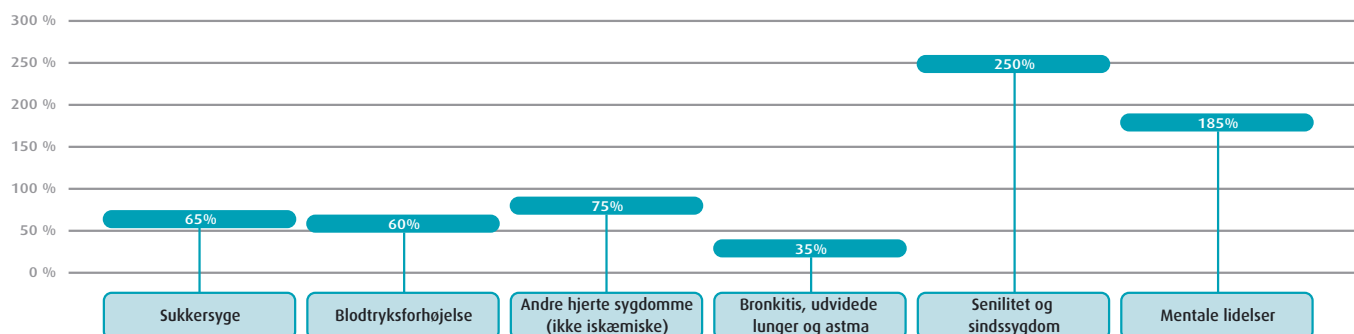
Dødeligheden inden for diverse kræftformer og iskæmiske hjertesygdomme er derimod faldet.

Det er en udvikling, der har fundet sted i forlængelse af kræfthandlingsplanen og hjerteplanen, og som derfor viser, at en målrettet sundhedspolitik indsats kan føre til positive sundhedsresultater.

Sammenholdt med de andre nordiske lande har Danmark dog fortsat en overdødelighed på kræftområdet trods den målrettede indsats.

Det viser, at der skal sættes mere ambitiøse mål for vor sundhedspolitik og sikres de til indsatsen nødvendige ressourcer.

Stigning i dødeligheden for visse sygdomsgrupper



Note: 1985-2001 (begge køn pr. 100.000 personer) · Kilde: Sundhedsstyrelsen, Dødsårsagsregistret 2005

Ikke adgang til den bedste behandling

På mange områder er det danske sundhedsvæsen karakteriseret ved en langsom ibrugtagning af nye behandlingsmuligheder sammenlignet med andre lande. Der er en særlig træghed i anvendelsen af forebyggende behandling i Danmark.

Når nye lægemidler bringer behandlingen fremad, vil en langsom ibrugtagning resultere i dårligere behandlingsresultater for patienterne, tabt velfærd, øget sygefravær og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Dermed også i et generelt samfundsmæssigt tab.

Hertil kommer så de store gevinster for patienter, deres familie og arbejdsgivere, som er knyttet til hurtig og effektiv sygdomsbehandling. Effektiv behandling som tilmed giver patienterne mere livskvalitet.

Snævre økonomiske rammer i sund-

hedsvæsenet er en af årsagerne til, at vi i Danmark halter bagefter i anvendelsen af ny og tidssvarende medicin. Nye lægemidlers andel af markedet udgør i Danmark kun 8,5 procent. Dette svarer til en af de laveste andele i Europa. De andre nordiske lande ligger over det danske niveau.

Nye lægemidlers andel af markedet



Note: Lægemidler introduceret i perioden fra 1998 - 2003
Kilde: EFPIA



Lav prioritering af danskernes sundhed

Danskerne kan få bedre behandlingsresultater, hvis der i Danmark også var en større villighed til at betale til sundhedsvæsenet.

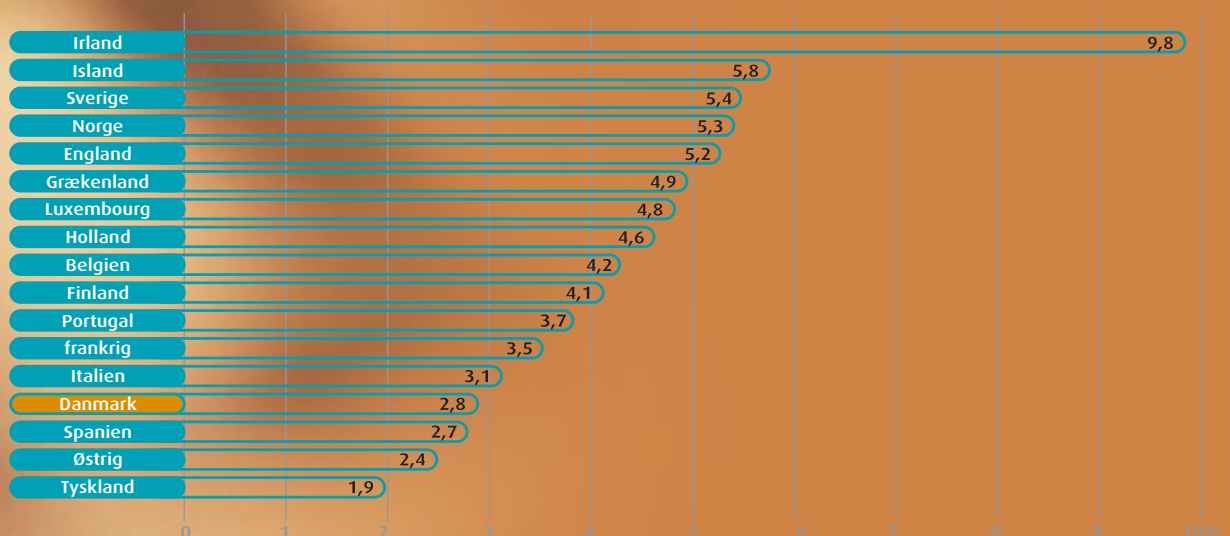
I Danmark investeres der ganske enkelt mindre i sundhed end i de lande, vi normalt sammenligner os med. Konsekvensen er et sundhedsvæsen, hvor behandlingstilbud og resultater halter bagefter de lande, vi normalt sammenligner os med.

Frem til 1982 var Danmark i den europæiske førertrøje, når det gælder den andel af bruttonationalproduktet (BNP), der blev investeret i sundhed. Siden 1982 er Danmark blevet overhalet af de fleste europæiske lande – eksempelvis Sverige, Norge, Island, Holland og Tyskland, så vi i dag er et af de lande, der investerer mindst i sundhed.

Tendensen er fortsat de senere år. Danmark er et af de lande i Europa, der har den laveste årlige vækst i sundhedsudgifterne.

Norge, Sverige og Island ligger i top – kun overhalet af Irland.

Lav vækst i sundhedsudgifter



Note: Målt som samlet udgift pr. indbygger i perioden 1998-2003
Kilde: OECD, Health Database, 2005

Ulige adgang til behandling

Der er store geografiske forskelle i behandlingen og i adgangen til den nyeste medicin.

Det stiller spørgsmålstegn ved de traditionelle danske værdier om et sundhedsvæsen med lige adgang til behandling af høj kvalitet for alle danskere.

Dødeligheden varierer mellem amterne. Et eksempel er inden for iskæmiske hjertesygdomme.

Dødeligheden inden for iskæmiske hjertesygdomme er næsten dobbelt så høj på Bornholm i forhold til Københavns Amt.

Geografiske forskelle i adgangen til specialistbehandling varierer meget fra amt til amt og er formentligt en af årsagerne til forskellene.

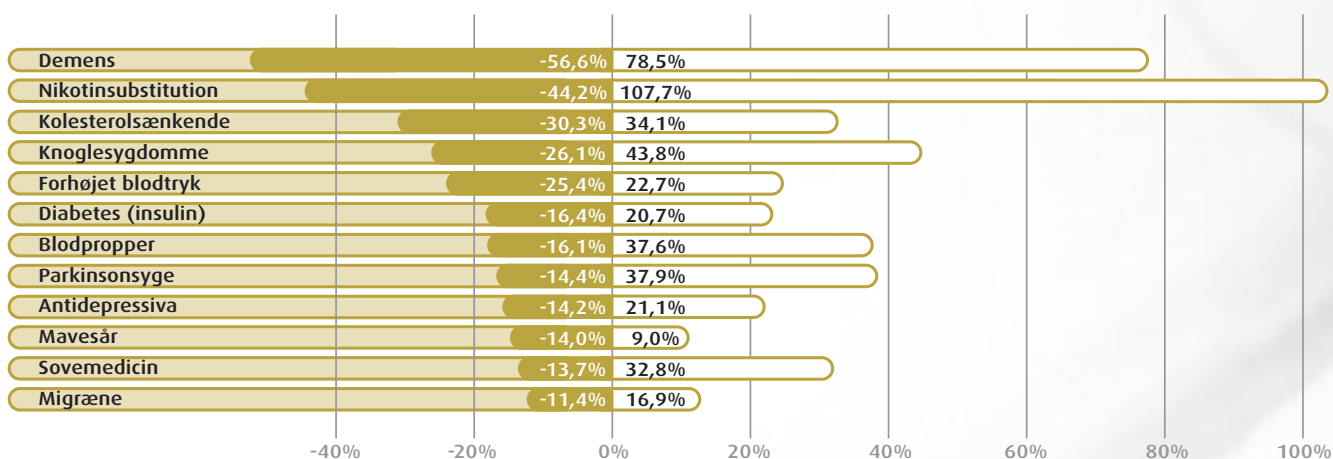
Hvad angår variationer i lægemiddelforbruget, kan der også inden for de store behandlingsområder konstateres regionale forskelle. I amterne er der eksempler på forskelle i forbruget af visse medicinske behandlinger i forholdet 1 til 4.

Vi finder eksempler på store forskelle i brugen af medicin inden for sygdomsområderne: demens, knogleskørhed, diabetes, gigt og på hjerte-kar-området.

I dag kan disse regionale forskelle ikke forklares ud fra en faglig begrundelse. Derimod synes amternes forskellige økonomiske muligheder at være styrende for behandlingstilbudet i de enkelte amter.

Fokus bør i højere grad være på kvaliteten i behandlingen – eller ”best practice”.

Amtslige forskelle i medicinforbruget



Note: Procentvis afvigelse i amterne fra landsgennemsnit.

Yderpunkterne i top (hvid) og bund (gul) angiver forbruget af medicin i de amter med den største positive eller negative forskel fra landsgennemsnittet.

Målt som antal personer i behandling pr. 1.000 indbygger, 2004

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Engelsk sundhedsplan med mål

Den engelske regering har besluttet en sundhedsplan, hvori der fastsættes konkrete mål for sundhedspolitikken.

De nationale mål er mange og omfatter eksempelvis at:

Befolkningens sundhed skal forbedres

Middellevetiden skal øges til 78,6 år for mænd og 82,5 år for kvinder i 2010.

Dødeligheden skal reduceres markant i 2010, idet

- hjertesygdomme, slagtilfælde og relaterede sygdomme skal reduceres med mindst 40 procent for personer under 75 år
- kræft skal reduceres med mindst 20 procent for personer under 75 år
- selvmord skal reduceres med mindst 20 procent.

Ulighed i sundhed skal reduceres

- Reduktion på mindst 10 procent i 2010 målt på børnedødelighed og middellevetid.

Reduktion i risikofyldt livsstil

- Reduktion i rygning blandt voksne fra 26 procent til 21 procent i 2010.
- Bremse den årlige stigning i fedme blandt børn under 11 år i 2010.



Danmark bør som minimum have den ambition at have mål, der som minimum ligger på linje med de lande, vi normalt sammenligner os med – og dermed få genskabt Danmarks tidligere høje placering inden for sundhedsområdet.

Danmark mangler en sundhedspolitik

Danmark har ikke en sammenhængende sundhedspolitik. Danmark har tradition for at sætte en snæver finanspolitik som ramme for sundhedsområdet. Kræftplanen og hjerteplanen er dog gode eksempler på sundhedspolitiske planer, der er implementeret med succes.

En sundhedspolitik skal basere sig på synlige og konkrete mål. Målbare målsætninger skal opsættes og tage udgangspunkt i en sammenligning med andre landes behandlingsresultater og middellevetid.

Uden klar tidshorisont og konkrete mål – f.eks. mål for forøgelse af middellevetiden – er det umuligt at fastslå, om indsatsen er en succes eller fiasko.

Danmark bør som minimum have den ambition at have mål, der som minimum ligger på linje med de lande, vi normalt sammenligner os med – og dermed få genskabt Danmarks tidligere høje placering inden for sundhedsområdet.

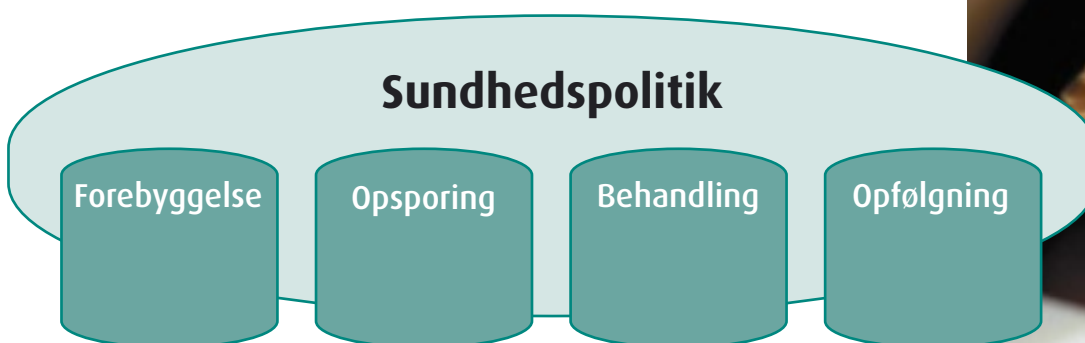
Målene i sundhedspolitikken skal tage udgangspunkt i befolkningens behov for et effektivt, forebyggende og behandlende sundhedsvæsen, som sikrer borgerne gode sundhedsresultater i form af bedre livskvalitet og længere levetid.

For at følge op på ambitiøse sundhedsmål, er der desuden behov for at få indsamlet viden til at formulere en "best practice" på sundhedsområdet.

Der er behov for en systematisk gennemgang af dansk og international viden om behandlingsmetoder og erfaringer inden for alle relevante sygdomme. Det kan danne udgangspunkt for en struktureret og målrettet indsats på de fire områder: forebyggelse, opsporing, behandling og opfølgning.

En sammenhængende sundhedspolitik

En sundhedspolitik skal efter Lifs opfattelse være baseret på 4 søjler:



Forebyggelse

Forebyggelse er den bedste måde til at forhindre folk i at blive syge. Samtidig kan mennesker i højrisikogrupper, der får forebyggende behandling, undgå at sygdom får lov at udvikle sig.

Dermed er forebyggelse den mest effektive og økonomiske måde at bidrage til et bedre helbred på.

Opsporing

Tilbud om regelmæssig systematisk opsporing og tidlig diagnose er vigtige i forbindelse med at sikre, at sygdomme opdages i tide.

På den måde øges mulighederne for bedre behandling og risikoen for forværring af sygdomme reduceres.

Behandling

Behandling kan i nogle tilfælde helbrede – i andre tilfælde vil det kunne forebygge og reducere udviklingen af sygdomme. Kernen for succes er, at patienterne får den mest optimale behandling.

Opfølgning

Fastholdelse og systematisk opfølgning er en vigtig succesfaktor for moderne, integrerede sundhedsstrategier og derfor vejen til et bedre helbred.

Sundhedspolitikken skal med andre ord mindske antallet af borgere, der bliver syge - og hvis de bliver syge, sikre at sygdommen opdages i tide. Derfor skal de tilbydes en optimal behandling samt systematisk opfølgning i sundhedsvæsenet.



Bedre opsporing og forebyggelse

De "stille dræbere" – forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol i blodet og for højt blodsukker - er tilstande, som effektivt kan behandles i dag, og således forebygge sygdomme og for tidlig død forårsaget af hjertesygdomme og diabetes.

Danskere behandles i dag for sent for alvorlige sygdomme.

- 700.000 danskere lider af for højt blodtryk.
- Mindst 300.000 danskere lider af diabetes.
- Ca. 250.000 danskere har for højt kolesteroltal, hvilket kræver behandling.

Mange af disse mennesker er ikke klar over deres egen alvorlige tilstand og bliver derfor ikke behandlet i dag.

Via tilbud om regelmæssige sundhedstjek vil lægerne få et godt redskab til at diagnosticere syge mennesker i tide. Dermed får de en reel mulighed for at sætte ind med forebyggelse og rettidig behandling. De 3 ovennævnte sygdomsområder kan i dag meget effektivt forebygges og behandles.

Herigennem styrkes menneskers helbredstilstand, livskvalitet og i sidste ende vil vi redde menneskeliv.

Lif inviterer til debat

Lif ønsker at bidrage konstruktivt til en nødvendig debat, om hvordan vi sikrer et dansk sundhedsvæsen, der opfylder sundhedsvæsnets overordnede værdier om kvalitet og lige adgang.

Det er derfor, vi her har præsenteret vore bud på de elementer, en samlet dansk sundhedspolitik bør indeholde.

Lif er meget bevidst om, at sundhedspolitikens mål og midler ikke meningsfuldt kan fastlægges af én part alene, men forudsætter, at alle parter har mulighed for at give deres "indspark" til debatten.

Det er netop igennem samarbejde og partnerskaber for sundhed, at vi kan løfte i fællesskab og dermed sikre bor-

gerne et sundhedsvæsen i verdensklasse. Da lægemidler er et centralt element i et moderne sundhedsvæsen, ser vi os som en naturlig deltager i den sundhedspolitiske debat.

Lif håber derfor, at alle sundhedsvæsenets parter vil engagere sig i debatten om udviklingen af det danske sundhedsvæsen. En debat vi ser frem til at indgå aktivt i.

Udfordringen for de nye regioner

Med de nye regioner er der nu en enestående mulighed for at få forbedret sundhedsvæsenet i Danmark.

Tiden frem til implementeringen af strukturreformen giver de folkevalgte politikere en unik chance for at formulere en sammenhængende og ambitiøs sundhedspolitik, der ud over at leve op til de formulerede værdier om sammenhængende patientforløb og kvalitet i behandlingen, også skaber de nødvendige redskaber og strukturer til at sikre dette mål.

Har vi visionen for og modet til at skabe et bedre sundhedsvæsen, vil det være til gavn for patienterne og samfundet. Men ikke nok med det – det vil give os mulighed for at løfte det danske sundhedsvæsen tilbage i "superligaen", som et af verdens bedste sundhedsvæsner.

Det er nemlig sådan et sundhedsvæsen, danskerne fortjener.

For yderligere information er du velkommen til at kontakte:



LÆGEMIDDEL
INDUSTRI
FORENINGEN

Postboks 829
Strødamvej 50A
DK-2100 København Ø

info@lif.dk
Tlf: 39 27 60 60
Fax: 39 27 60 70

www.lif.dk



LÆGEMIDDEL
INDUSTRI
FORENINGEN

Postboks 829
Strødamvej 50A
DK-2100 København Ø
info@lif.dk
Tlf: 39 27 60 60
Fax: 39 27 60 70

www.lif.dk