

State of Health in the EU Danmark

National sundhedsprofil 2017

Serien af landeprofiler

Landeprofilerne giver et præcist og politikrelevant overblik over sundheden og sundhedssystemerne i EU's medlemsstater med vægt på de særlige træk og udfordringer i hvert enkelt land. De har til formål at støtte de bestræbelser, som medlemsstaterne udfolder i forbindelse med deres evidensbaserede politikudformning.

Profilerne er resultatet af den fælles indsats, der gøres af OECD og *The European Observatory on Health Systems and Policies* i samarbejde med Europa-Kommissionen. Teamet er taknemmeligt for de nyttige kommentarer og forslag fra medlemsstaterne og sundhedssystemerne og netværket for politikovervågning.

Indhold

1 • HOVEDPUNKTER	1
2 • SUNDHEDEN I DANMARK	2
3 • RISIKOFAKTORER	4
4 • SUNDHEDSSYSTEMET	6
5 • SUNDHEDSSYSTEMETS RESULTATER	9
5.1 Effektivitet	9
5.2 Tilgængelighed	11
5.3 Tilpasningsevne	13
6 • HOVEDKONKLUSIONER	16

Data- og informationskilder

Oplysningerne i disse landeprofiler er hovedsageligt baseret på de nationale officielle statistikker, der blev fremsendt til Eurostat og OECD, og som blev godkendt i juni 2017 med henblik på at sikre de højeste standarder for datasammenlignelighed. De kilder og metoder, der ligger til grund for disse data, er tilgængelige i Eurostats database og OECD's sundhedsdatabase. En række yderligere oplysninger kommer også fra Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (instituttet for sundhedsmetrikker og evaluering), Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), undersøgelser af sundhedsadfærden hos børn i skolealderen (HBSC) og Verdenssundhedsorganisationen (WHO) samt andre nationale kilder.

Det beregnede EU-gennemsnit er et vægtet gennemsnit af de 28 medlemsstater, medmindre andet er angivet.

For at downloade det Excel-regneark, der matcher alle tabellerne og graferne i denne profil, skal du blot indtaste følgende StatLinks i din internetbrowser:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623552>

Den demografiske og socioøkonomiske situation i Danmark, 2015

	Danmark	EU
Demografiske faktorer	Befolkningens størrelse (i tusinder)	5 683
	Andel af befolkningen over 65 år (i %)	18,9
	Fertilitetskoefficient ¹	1,6
Socioøkonomiske faktorer	BNP pr. indbygger (KKP ² i EUR)	36 600
	Relativ fattigdomsrate ³ (i %)	10,8
	Arbejdsløshed (i %)	9,4

1. Antal børn pr. kvinde i alderen 15-49 år.

2. Købekraftsparitet (KKP) defineres som den omregningskurs, der udligner forskellige valutaers købekraft ved at fjerne forskellene i prisniveauet mellem landene.

3. Procentdel af personer, der lever for mindre end 50 % af den nationale medianjusterede disponible indkomst.

Kilde: Eurostats database.

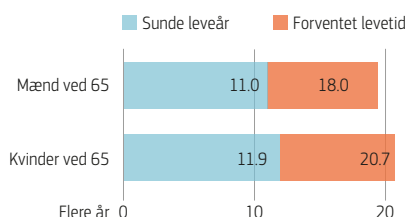
Ansvarsfraskrivelse: De synspunkter og argumenter, der kommer til udtryk heri, er udelukkende forfatterens egne og afspejler ikke nødvendigvis den officielle holdning hos OECD eller dets medlemslande eller The European Observatory on Health Systems and Policies eller en af dets partnere. De synspunkter, der kommer til udtryk heri, kan på ingen måde anses for at afspejle Den Europæiske Unions officielle holdning. Dette dokument samt eventuelle data eller kort heri er

uden betydning for status for eller suveræniteten over de pågældende områder, afgrænsningen af internationale grænser eller navnet på et territorium, en by eller et område. Yderligere ansvarsfraskrivelse for WHO findes på <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Hovedpunkter

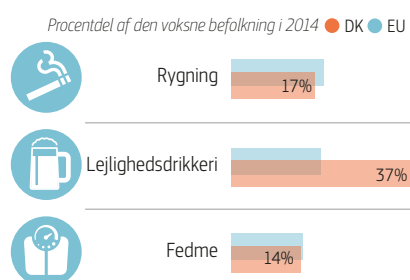
Den danske befolkning lever længere end for et årti siden, men helbredet er ikke godt i alle disse ekstra år. Det danske sundhedsvæsen giver generelt god adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet med relativt lave niveauer for uopfyldte behov for lægebehandling. Det er fortsat en udfordring at tackle vigtige risikofaktorer såsom alkoholmisbrug og fedme og forbedre koordineringen af sundhedsydelserne til det voksende antal mennesker med kroniske sygdomme.

Sundhedstilstand



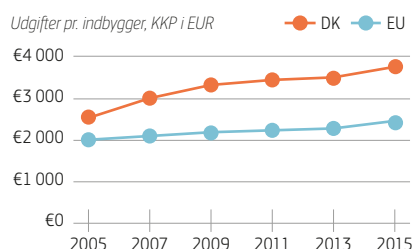
Ved 65 år kan danske kvinder forvente at leve yderligere næsten 20,7 år og mænd 18,0 år (en stigning fra henholdsvis 18,3 og 15,2 år i 2000). Danskere kan forvente at leve omkring 60 % af tiden efter 65 år med godt helbred og uden handicap (12 år for kvinder og 11 år for mænd).

Risikofaktorer



Antallet af rygere i Danmark er faldet kraftigt siden 2000 og er nu et af de laveste i EU. På den anden side oplyser 37 % af danske voksne at have et regelmæssigt stort alkoholforbrug, det højeste i EU. Næsten 40 % af danske unge oplyser at have været berusede mindst to gange i deres liv. Fedme ligger under EU-gennemsnittet, men er stigende: 14,0 % af danske voksne var overvægtige i 2014 mod 9,5 % i 2000.

Sundhedsudgifter

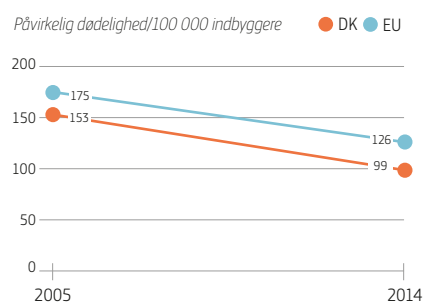


I 2015 brugte Danmark 3 776 EUR pr. indbygger på sundhedsydelser, hvilket er meget mere end EU-gennemsnittet på 2 797 EUR. Dette svarer til 10,3 % af BNP – en stigning fra 9,1 % i 2005 – og ligger over EU-gennemsnittet på 9,9 %. Den offentlige finansiering dækkede 84 % af udgifterne, den næsthøjeste andel i EU, mens resten primært blev finansieret ved egenbetaling, der var stærkt koncentreret om receptpligtig medicin og tandpleje.

Sundhedssystemernes resultater

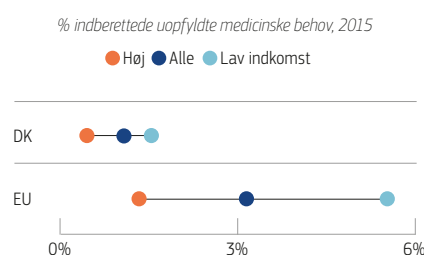
Effektivitet

Den påvirkelige dødelighed i Danmark er blandt de laveste i EU. Dette tyder på, at sundhedssystemerne er effektive med hensyn til at behandle livstruende sygdomme.



Adgang

Danskere med bopæl i Danmark har god adgang til sundhedsydelser. Relativt få oplyser at have uopfyldte behov for lægebehandling. Kløften mellem lav- og højindkomstgrupper er lille sammenlignet med de fleste andre EU-lande.



Tilpasningsevne

Det danske sundhedssystem fungerer effektivt og kan opvise en førsteklasses informationsinfrastruktur, selv om nedlæggelsen af Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) i 2014 var et tilbageskridt. En vigtig udfordring er at forbedre koordineringen af behandlingen af kroniske sygdomme.



2 Sundheden i Danmark

Den forventede levetid er stigende og ligger lidt over EU-gennemsnittet

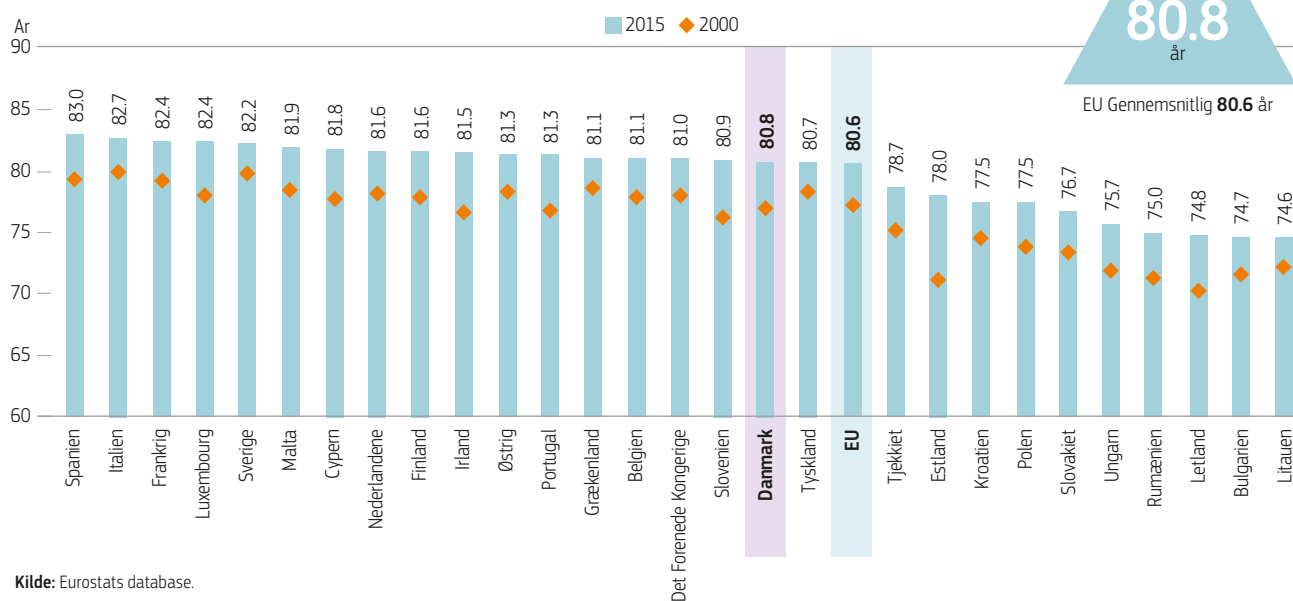
Den forventede levetid i Danmark steg med næsten fire år mellem 2000 og 2015 og nåede op på 80,8 år, hvilket er lidt over EU-gennemsnittet og den næstlaveste blandt de tidligste 15 EU-medlemsstater (figur 1). Som i andre EU-lande er der fortsat en kønsbetinget forskel i den forventede levetid, idet data fra 2015 tyder på, at den forventede levetid ved fødslen for danske mænd (78,8 år) er ca. fire år lavere end for kvinder (82,7 år). Denne forskel er lidt mindre end EU-gennemsnittet på 5,6 år. Der er også en forskel i levetid mellem forskellige socioøkonomiske grupper: Danske mænd med et højt uddannelsesniveau kan forvente at leve seks år længere end dem med et lavt uddannelsesniveau¹. For kvinder er denne forskel lidt over fire år.

Størstedelen af stigningen i den forventede levetid i Danmark siden 2000 skyldes den lavere dødelighed efter det fyldte 65. år. Danske kvinder i denne alder kunne forvente at leve yderligere 20,7 år i 2015 (mod 18,3 år i 2000), mens de danske mænd kunne forvente at leve yderligere 18,0 år (mod 15,2 år i 2000). Danske kvinder og mænd på 65 år kan dog forvente at leve ca. 60 % af deres resterende leveår uden handicap (11,9 år for kvinder og 11,0 år for mænd)².

1. Ved et lavere uddannelsesniveau forstås personer med en lavere uddannelse end primærniveau eller med en primær- eller sekundæruddannelse på første trin (ISCED-niveau 0-2), mens der ved et højere uddannelsesniveau forstås personer med en videregående uddannelse (ISCED-niveau 5-8).

2. Disse tal er baseret på indikatoren "sunde leveår", der måler det antal år, folk kan forvente at leve uden handicap på forskellige alderstrin.

Figur 1. Den forventede levetid i Danmark er stigende og ligger lidt over EU-gennemsnittet



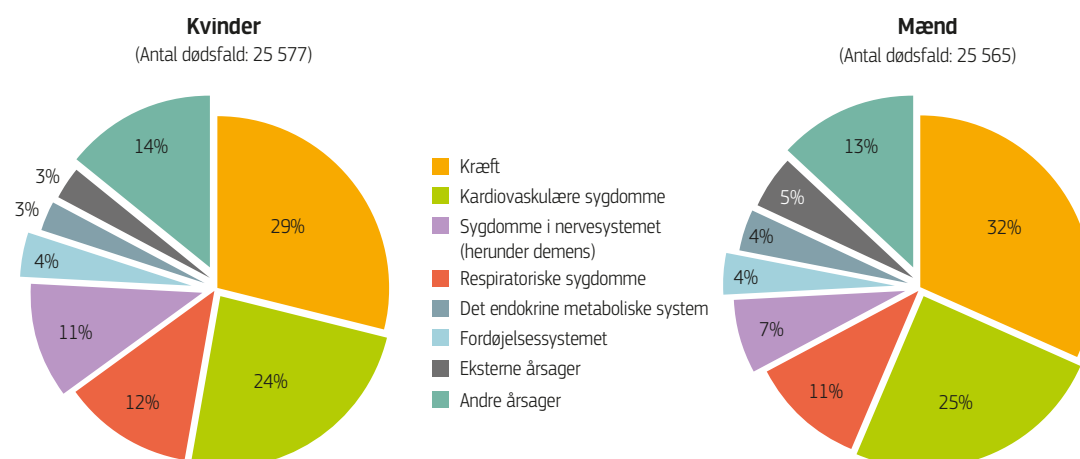
Kilde: Eurostats database.

Kræft og kardiovaskulære sygdomme er de faktorer, der bidrager mest til dødeligheden

Kræft og kardiovaskulære sygdomme er de to hyppigste dødsårsager i Danmark (figur 2). Dødeligheden som følge af kræft er den fjerdehøjeste i EU, og i 2014 tegnede kræft sig for 29 % af alle dødsfald hos kvinder og for 32 % af alle dødsfald hos mænd. Over 12 000 døde af kardiovaskulære sygdomme (24 % af alle dødsfald hos kvinder og 25 % af alle dødsfald hos mænd). Respiratoriske sygdomme og sygdomme i nervesystemet (herunder Alzheimers sygdom og andre demenssygdomme) var den tredje- og fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark både hos kvinder (henholdsvis 12 % og 11 %) og mænd (henholdsvis 11 % og 7 %).

De hyppigste dødsårsager i Danmark er forblevet uændret siden 2000, men deres relative vægt har ændret sig (figur 3). Kardiovaskulære sygdomme er fortsat den hyppigste dødsårsag, selv om forekomsten er blevet mere end halveret siden 2000. Lungekræft er den næststørste dødsårsag og det skyldes sandsynligvis det historisk store antal rygere, der tidligere var blandt de største i EU (se afsnit 3). Antallet af personer, der dør af Alzheimers sygdom og andre demenssygdomme, er blevet mere end fordoblet og er nu den tredjehyppigste dødsårsag, hvilket kan tilskrives befolkningens aldring, bedre diagnosticering, manglende effektiv behandling samt mere præcis angivelse af koder.

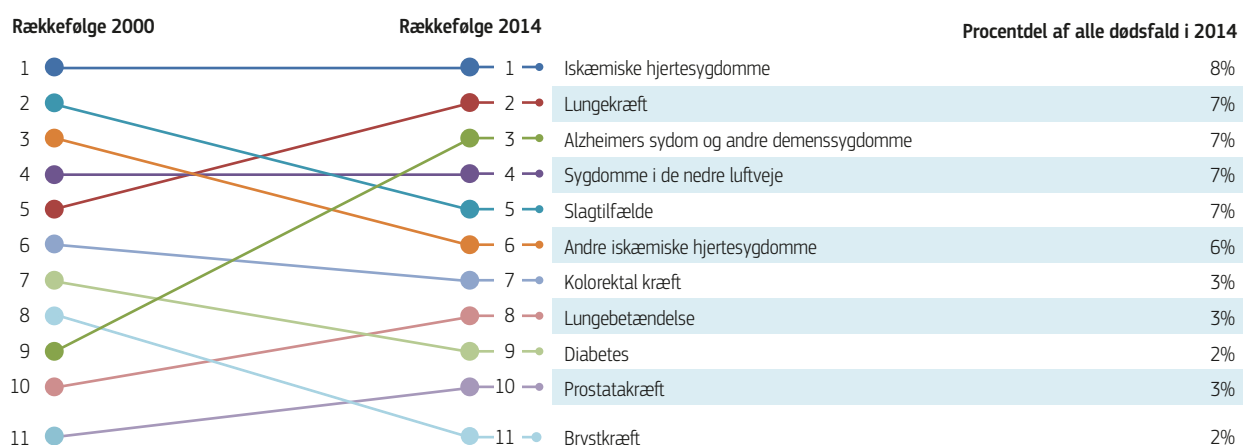
Figur 2. Kræft og kardiovaskulære sygdomme tegner sig for størstedelen af alle dødsfald i Danmark



Bemærk: Data vises svarende til brede ICD-kapitler. Demens blev føjet til kapitlet vedrørende sygdomme i nervesystemet sammen med Alzheimers sygdom (den mest udbredte form for demens).

Kilde: Eurostats database (2014-data).

Figur 3. Iskæmiske hjertesygdomme udgør den hyppigste dødsårsag i Danmark



Kilde: Eurostats database.

Lidelser i bevægeapparatet og depression er blandt de vigtigste faktorer for dårligt helbred

Kroniske sygdomme er en stigende årsag til sygdomsbyrden i Danmark. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) anslår, at lidelser i bevægeapparatet, herunder lænde- og nakkesmerter, nu er den vigtigste årsag til sygdomsjusterede leveår (DALY)³ i Danmark. Andre vigtige kilder til dårligt helbred omfatter større depressive lidelser, kroniske respiratoriske sygdomme og diabetes (IHME, 2016).

Det fremgår af selvrapporterede data fra interviewundersøgelsen vedrørende sundhed i EU (EHIS), at næsten én ud af fem personer i Danmark lever med forhøjet blodtryk, at én ud af femten lever med astma, og at én ud af tolv lever med kronisk depression. Der er store uddannelsesrelaterede uligheder i forekomsten af kroniske sygdomme. Personer med det laveste uddannelsesniveau er næsten 30 % mere tilbøjelige til at leve med astma og mere end to og en halv gange mere tilbøjelige til at leve med diabetes end personer med det højeste uddannelsesniveau⁴.

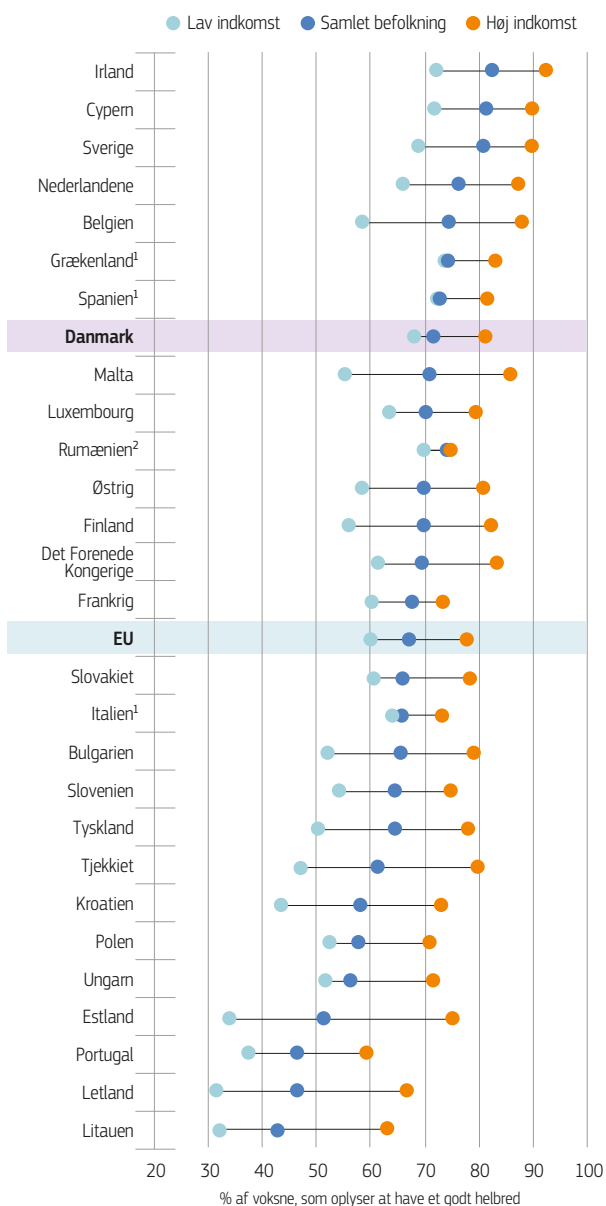
3. DALY er en indikator, der anvendes til at anslå det samlede antal tabte år som følge af specifikke sygdomme og risikofaktorer. En DALY svarer til tabet af et sundt leveår (IHME).

4. Uddannelsesrelaterede uligheder kan delvist tilskrives den større andel af ældre mennesker med lavere uddannelse. Men dette alene forklarer ikke alle socioøkonomiske uligheder.

De fleste mennesker oplyser at have et godt helbred, men der er en kløft mellem indkomstgrupperne

De fleste mennesker i Danmark oplyser at have et godt helbred (72 % i 2015), hvilket er en lidt større procentdel end EU-gennemsnittet (67 %). Der konstateres dog forskelle i selvvurderingen af sundhedstilstanden afhængigt af socioøkonomisk status: 82 % af personerne i den højeste indkomstkvinil oplyser at have et godt helbred mod 68 % af personerne i den laveste indkomstkvinil (figur 4). Denne forskel er dog endnu mindre end i de fleste andre EU-lande.

Figur 4. De fleste danskere oplyser at have et godt helbred, men der er forskelle mellem indkomstgrupperne



1. Andelen for den samlede befolkning og lavindkomstgruppen i befolkningen ligger på nogenlunde samme niveau.

2. Andelen for den samlede befolkning og højdindkomstgruppen i befolkningen ligger på nogenlunde samme niveau.

Kilde: Eurostats database baseret på EU-SILC (2015-data).

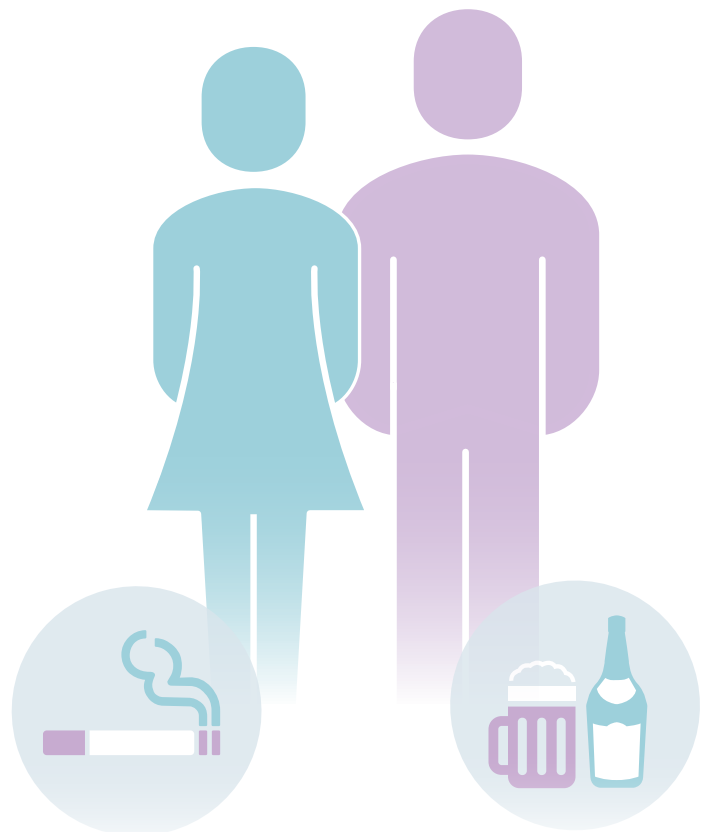
3 Risikofaktorer

Adfærdsmæssige risikofaktorer er vigtige folkesundhedsspørgsmål i Danmark

Sundhedstilstanden hos den danske befolkning og uligheder på sundhedsområdet er knyttet til en række faktorer, herunder leve- og arbejdsvilkår, det fysiske miljø, hvor folk lever, og en række adfærdsmæssige risikofaktorer. Det skønnes, at over 30 % af den samlede sygdomsbyrde i Danmark i 2015 kunne tilskrives adfærdsmæssige risikofaktorer, herunder rygning, alkoholforbrug, ernæring og fysisk inaktivitet, idet rygning og metaboliske risici (f.eks. fedme og for højt kolesterol) bidrog mest (IHME, 2016).

Antallet af rygere faldt kraftigt, men lejlighedsvist storforbrug af alkohol er fortsat et alvorligt problem

Andelen af voksne, der ryger dagligt i Danmark, faldt kraftigt, nemlig fra 31 % i 2000 til 17 % i 2014, og ligger nu under niveauet i de fleste EU-lande (figur 5, se afsnit 5.1). Der blev konstateret et kraftigt fald i andelen af regelmæssige rygere blandt 15-årige unge. Andelen faldt fra lige under 20 % i 2002 til 8 % i 2014, hvilket er en af de laveste andele i EU-landene⁵.



5. Det fremgår af en undersøgelse fra 2016 fra Kræftens Bekæmpelse, at andelen af regelmæssige rygere (dagligt og på ugebasis) blandt 16-25-årige steg fra 18 % til 22 % i forhold til 2015.

Overdrevent alkoholforbrug i vigtige segmenter af unge og voksne er fortsat et alvorligt problem for folkesundheden i Danmark. Selv om mængden af indtaget alkohol pr. indbygger i 2014 var lidt lavere end EU-gennemsnittet, oplyste 37 % af de voksne i Danmark, at de regelmæssigt indtog store mængder alkohol (såkaldt lejlighedsvist storforbrug⁶), den højeste andel blandt alle EU-landene.

Der er en væsentlig kønsbestemt forskel i andelen af voksne, der oplyser et sådant stort alkoholforbrug, idet andelen for danske mænd når op på 47 % sammenlignet med 28 % for kvinder. En langt større andel af danske unge oplyser også at have været berusede mere end én gang i deres liv end i andre EU-lande – denne andel udgjorde næsten 40 % af de 15-årige i 2013-2014 (38 % af 15-årige piger og 39 % af drengene), hvilket også er det højeste niveau blandt EU-landene (se afsnit 5.1).

Forekomsten af overvægt og fedme steg, men er fortsat lavere end i de fleste andre EU-lande

Ifølge selvrapporterede data (som er tilbøjelige til at undervurdere forekomsten af fedme) var 14 % af de voksne i Danmark overvægtige i 2014 mod 9,5 % i 2000. Selv om denne andel fortsat er lavere end i de fleste andre EU-lande, er den højere end i lande som Italien, Holland og Belgien. Andelen af 15-årige, der var overvægtige eller fede, var på 12 % i 2013-2014, dvs. uændret i forhold til 2001-2002, selv om forekomsten af overvægt og fedme baseret på målt (i modsætning til selvrapporteret) højde og vægt er højere.

Ringe fysisk aktivitet blandt unge er en stor udfordring

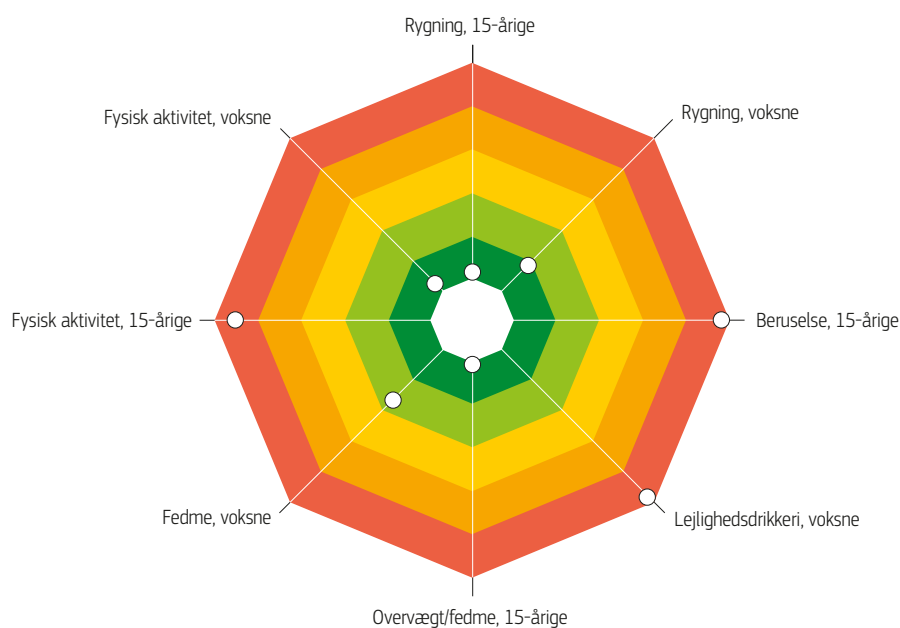
Den fysiske aktivitet blandt 15-årige i Danmark er relativt lav, idet kun 12 % oplyser at udøve moderat eller hård fysisk aktivitet hver dag. Denne andel er meget lavere blandt 15-årige piger (7 %) end drenge (16 %). Den fysiske aktivitet blandt voksne i Danmark er dog større end i de fleste andre EU-lande, og næsten 80 % af alle voksne oplyser at udøve i det mindste moderat fysisk aktivitet hver uge.

Mange adfærdsmæssige risikofaktorer er mere udbredt i dårligt stillede befolkningsgrupper

Mange adfærdsmæssige risikofaktorer er mere fremtrædende i befolkningsgrupper med lavere indkomst og uddannelse. Undtagelsen er et regelmæssigt stort alkoholforbrug blandt voksne, der synes at være lige fremtrædende på tværs af forskellige socioøkonomiske grupper. Andelen af rygere blandt personer med det laveste uddannelsesniveau er mere end dobbelt så stor som blandt de bedst uddannede. Fedme er ligeledes dobbelt så udbredt blandt personer med det laveste uddannelsesniveau. En højere forekomst af risikofaktorer hos dårligt stillede grupper bidrager i høj grad til uligheder i sundhedsstatus og forventet levetid.

Danmark iværksatte en række strategier, der tog sigte på at reducere risikobetonet adfærd med henblik på at forbedre hele befolkningens sundhedstilstand samt tage fat på de konstaterede uligheder i sundhedstilstanden (se afsnit 5.1).

Figur 5. Overdrevent alkoholforbrug blandt unge og voksne er et alvorligt folkesundhedsproblem



Bemærk: Jo tættere prikken er på centrum, desto bedre klarer landet sig i forhold til andre EU-lande. Intet land befinder sig i det hvide "målområde", da der er plads til forbedringer i alle lande på alle områder.

Kilde: OECD's beregninger baseret på Eurostats database (EHIS i eller omkring 2014), OECD's sundhedsstatistikker og HBSC-undersøgelsen i 2013-2014. (Diagram udformet af Laboratorio MeS)

6. Adfærd i form af lejlighedsvist storforbrug defineres som indtagelse af seks eller flere alkoholholdige drikkevarer ved én enkelt lejlighed mindst én gang om måneden inden for det sidste år.

4 Sundhedssystemet

Ansvaret for sundhedsydelse i Danmark ligger hos regionerne

Det danske sundhedsvæsen finansieres gennem almindelig skatteoprævning. Det er decentraliseret og sikrer universel adgang til ydelser. Regulering, tilsyn, planlægning og kvalitetskontrol er de statslige myndigheders rolle, mens levering af tjenesteydelser henhører under regionernes og kommunernes ansvar. Regionerne har ansvaret for fastlæggelsen og leveringen af sundhedsydelserne, mens kommunerne er ansvarlige for sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering, hjemmepleje og langtidspleje (se afsnit 5.3).

Sundhedsudgifterne i Danmark er høje og primært offentlige

Som det fremgår af figur 6, brugte Danmark 10,3 % af sit BNP på sundhedsvæsenet i 2015, hvilket er en højere andel end EU-gennemsnittet (9,9 %). Målt pr. indbygger brugte Danmark 3 776 EUR på sundhed pr. person i 2015 (korrigeret for forskelle i købekraft), hvilket også er et højere beløb end EU-gennemsnittet på 2 797 EUR. De offentlige udgifter dækkede 84 % af de samlede sundhedsudgifter (der er blandt de højeste i EU), mens egenbetaling tegnede sig for 14 %, og de resterende 2 % blev afholdt af frivillige sygeforsikringsordninger (se afsnit 5.2) (figur 7).

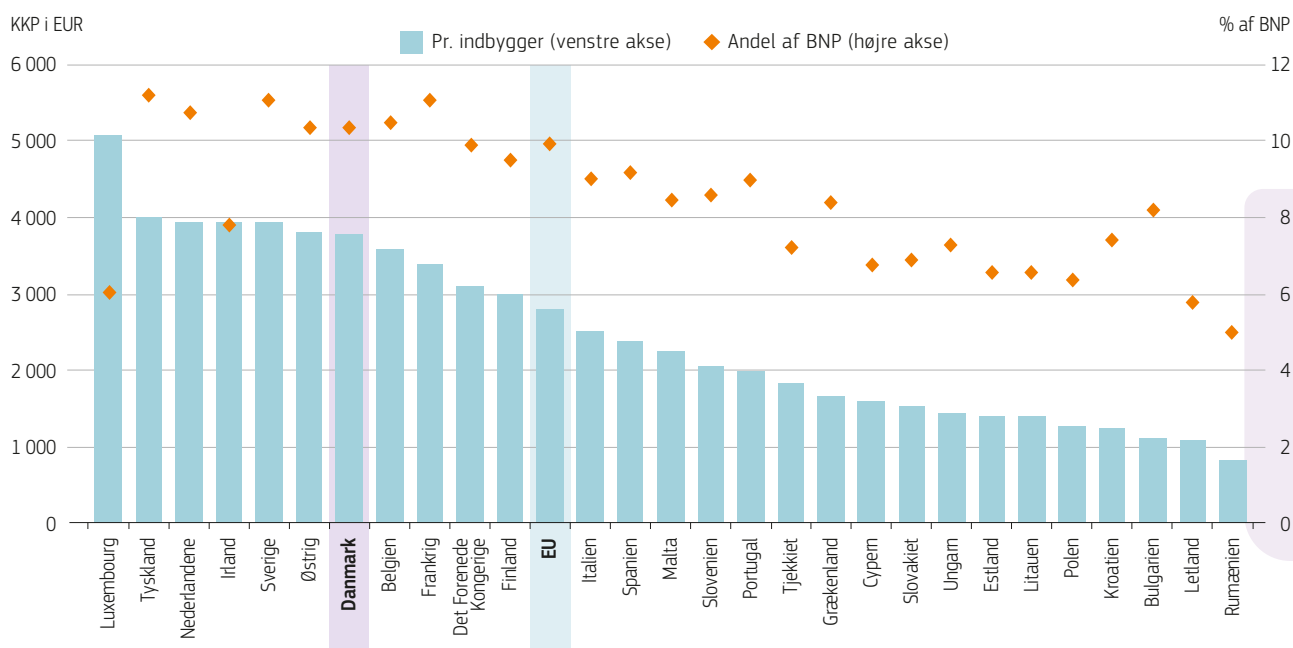
Sundhedsvæsenet finansieres af bloktilskud og aktivitetsbaserede betalinger

Alle danskere med bopæl i Danmark har ret til offentligt finansierede sundhedsydelser, som overvejende er gratis for brugerne⁷. Sundhedsydelser er overvejende skattefinansierede med midler, der tildeles regioner og kommuner og er justeret for sociale og demografiske faktorer. Bloktilskud⁸ finansierer mere end tre fjerdedele af de regionale aktiviteter, mens kommunale aktivitetsbaserede betalinger finansierer en femtedel (se afsnit 5.3) gennem en kombination af lokale skatter og bloktilskud fra staten.

Det danske sygehusvæsen har relativt få sengepladser og korte gennemsnitlige indlæggelsestider

Antallet af akutsengepladser er faldet i de seneste år og ligger på omkring halvdelen af EU-gennemsnittet (henholdsvis 2,5 mod 5,1 pr. 1 000 indbyggere) (figur 8). Næsten alle hospitalssenge (97 %) er offentligt ejet. De seneste tendenser omfatter sammenlægning og reovering af sygehuse og reorganisering af akutpleje, herunder centralisering af medicinske specialer i såkaldte "fælles akutafdelinger". Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet og er relativt kort (5,5

Figur 6. Sundhedsudgifterne i Danmark er høje både målt pr. indbygger og som andel af BNP



Kilder: OECD's sundhedsstatistikker, Eurostats database og WHO's database over globale sundhedsudgifter (2015-data).

7. Et frivilligt, privat finansieret initiativ sikrer også adgang for irregulære migranter og besøgende.

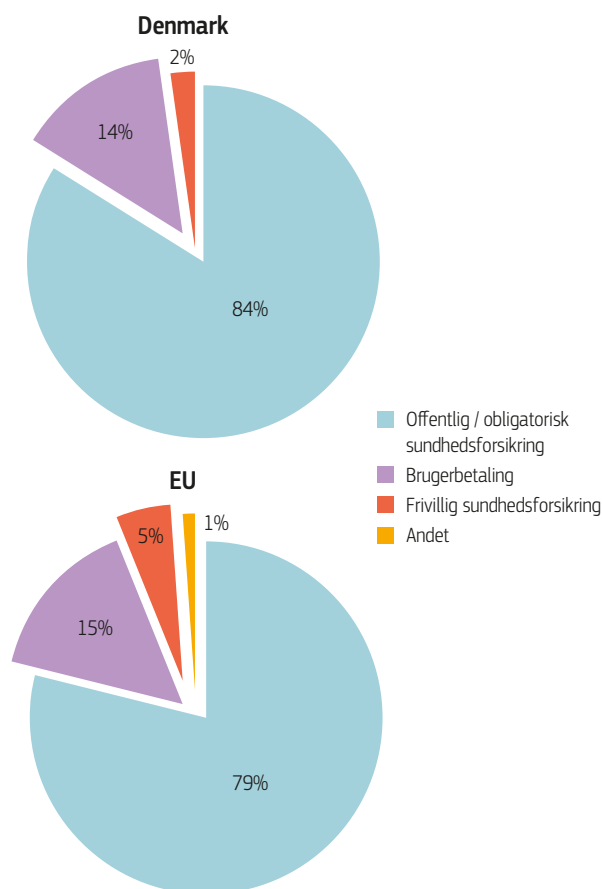
8. Et bloktilskud er et aftalt finansieringsbeløb, som en enhed (normalt staten) stiller til rådighed for en anden enhed til et bestemt formål og i en given periode.

dage sammenlignet med EU-gennemsnittet på 8,0 dage) (figur 7), hvilket hovedsagelig skyldes ændringer i behandlingsmulighederne og en stigning i ambulant behandling (se afsnit 5.3). Som følge heraf har Danmark et relativt lille antal sygehusudskrivninger pr. 100 000 indbyggere (14 775 i forhold til EU-gennemsnittet på 17 309).

Et stort antal sygeplejersker betjener det danske sundhedsvæsen, mens antallet af læger ligger tæt på EU-gennemsnittet

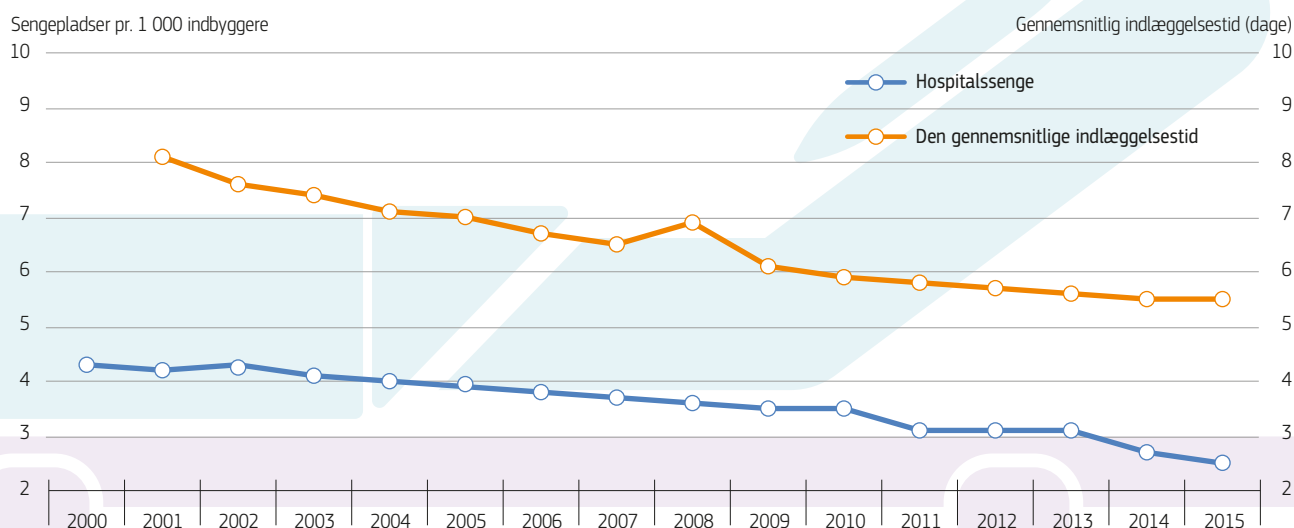
Antallet af læger i forhold til indbyggertallet i Danmark ligger lidt over EU-gennemsnittet (henholdsvis 3,7 og 3,6 pr. 1 000 indbyggere). En femtedel er alment praktiserende læger og arbejder overvejende i private enkeltmandspraksis. Danmark har dog det største antal sygeplejersker i forhold til indbyggertallet blandt EU-landene, nemlig ca. dobbelt så mange som EU-gennemsnittet (henholdsvis 16,7 og 8,4 pr. 1 000 indbyggere) (figur 9). Regeringen har for nylig besluttet at oprette en specialuddannelse for sygeplejersker i kronisk behandling uden for sygehusene, og disse sygeplejersker vil sandsynligvis blive ansat hos praktiserende læger og i de kommunale sundhedstjenester. Regionerne investerede også i sundhedshuse med flere medicinske specialer, der omfatter praktiserende læger (som også fungerer som behandlingskoordinatorer), speciallæger og fysioterapeuter, selv om der er opstået vanskeligheder med at ansætte læger (se afsnit 5.2).

Figur 7. Offentlige udgifter udgør en stor andel af de nuværende sundhedsudgifter i Danmark



Kilde: OECD's sundhedsstatistikker, Eurostats Database.

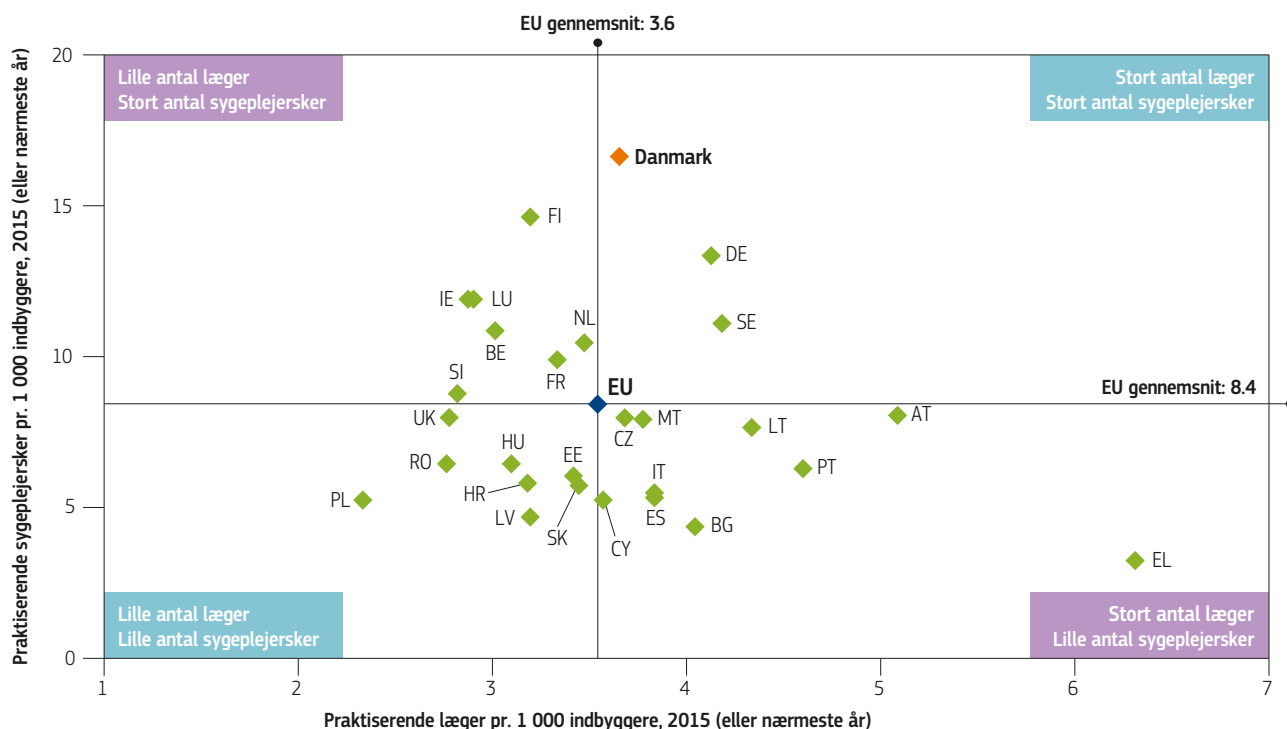
Figur 8. Antallet af akutsengepladser og den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet i Danmark



Bemærk: Der var en opbremsning i faldet i antallet af sengepladser i 2011 og 2014.

Kilde: Eurostats database.

Figur 9. Danmark har et relativt stort antal sygeplejersker pr. 1 000 indbyggere



Bemærk: I Portugal og Grækenland vedrører oplysningerne alle læger, der har tilladelse til at praktisere, hvilket resulterer i en væsentlig overvurdering af antallet af praktiserende læger (f.eks. ca. 30 % i Portugal). I Østrig og Grækenland er antallet af sygeplejersker undervurderet, da det kun omfatter dem, der arbejder på et sygehus.

Kilde: Eurostats database.

Danmarks primære sundhedstjeneste er stærk og gør udstrakt brug af IKT i sundhedssektoren

Næsten hele den danske befolkning (99 %) er klassificeret som såkaldte gruppe 1-patienter, hvor den enkelte skal registreres hos en praktiserende læge, som yder primær sundhedstjeneste og fungerer som adgangsvej til hospitals- og speciallægebehandling⁹. Begge sygesikringsgrupper kræver en henvisning til hospitalsbehandling. Den primære sundhedstjeneste ser ud til at klare sig godt på trods af de nedskæringer i akutsengepladser, der er beskrevet ovenfor, selv om antallet af undgåelige hospitalsindlæggelser for visse sygdomme er højere end EU-gennemsnittet (se afsnit 5.3).

Danmark har indført et fælles elektronisk patientjournalssystem, hvor igennem alle ydere af sundhedstjenester på tværs af sektorer kan læse journaler, foretage ændringer og ordinere medicin og behandling. Som følge heraf har Danmark den mest omfattende IKT-dækning i sundhedssektoren blandt EU-landene (se afsnit 5.3).

Patienterne har en lovsikret ret til udredning inden 30 dage

Ambulant speciallægebehandling ydes gennem sygehusbaserede ambulatorier eller af selvstændige speciallæger i privatejede klinikker.

9. Klassificering som gruppe 2-patient giver mulighed for frit valg af praktiserende læge og fri adgang til speciallæger uden henvisning, men kræver en egenbetaling. Regionen yder tilskud til udgifter for gruppe 2-patienter svarende til prisen for den tilsvarende behandling for gruppe 1-patienter.

Da udredning inden 30 dage efter henvisningen er sikret ved lov, kan private behandlere også modtage patienter, der er henvist af det offentlige sundhedssystem, og for hvilke der betales i henhold til særlige aftaler med regionerne (se afsnit 5.2).

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet nogle nationale kliniske retningslinjer, der omfatter overvågning af indikatorer for ventetider samt prioriteringer, herunder for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme. Akuttjenesten er ved at blive omorganiseret med vægt på stærkere præhospitaltjenester og udvidede akutmodtagelser med erfarne speciallæger.



5 Sundhedssystemets resultater

5.1 EFFEKTIVITET

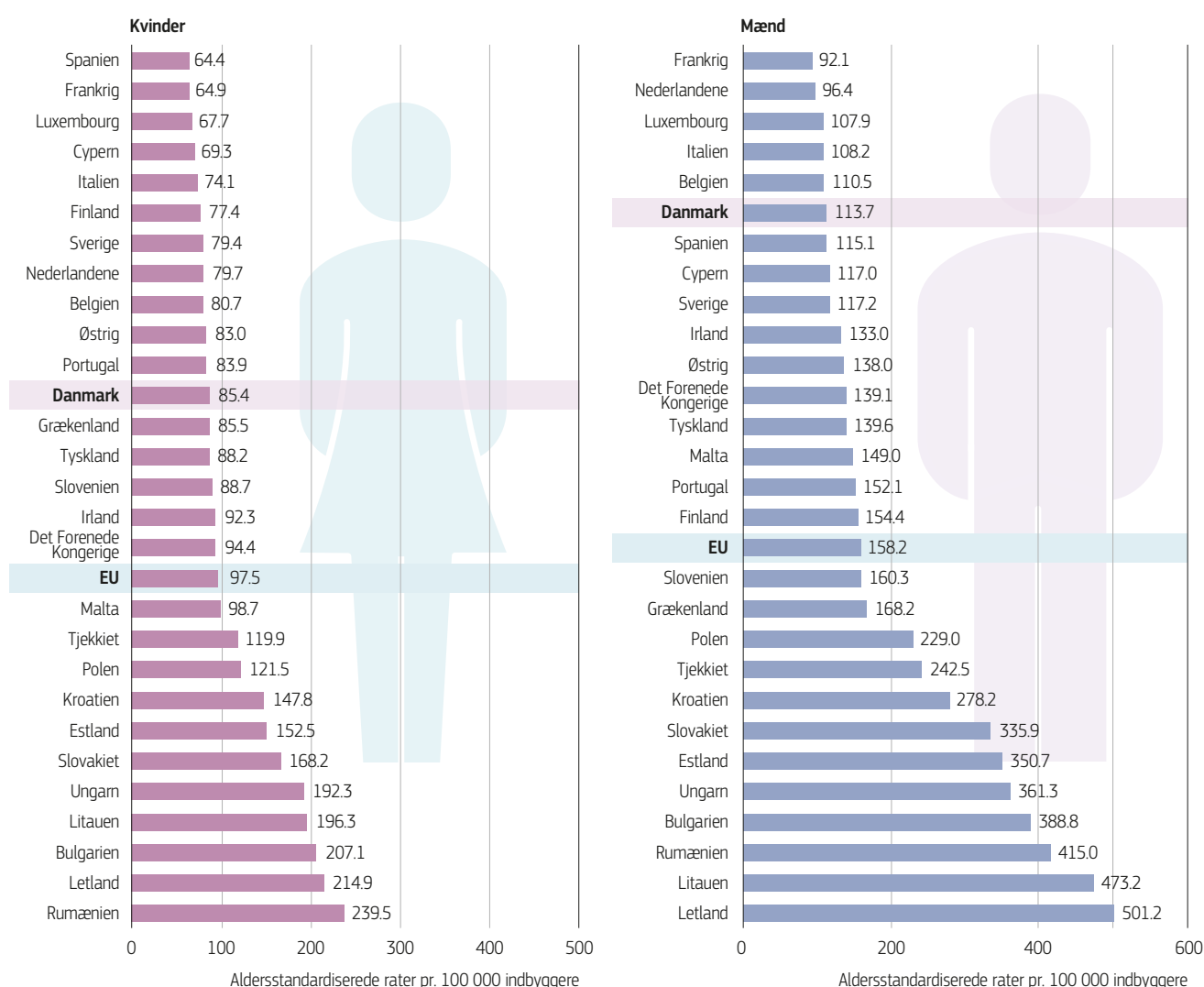
Den lave påvirkelige dødelighed tyder på, at sundhedssystemet er effektivt med hensyn til at behandle livstruende sygdomme

Danmark har en relativt lav påvirkelig dødelighed, hvilket tyder på, at sundhedssystemet er effektivt med hensyn til at reducere antallet af

dødsfald som følge af sygdomme, der kan kontrolleres medicinsk.

I 2014 var den påvirkelige dødelighed for danske kvinder og mænd lavere end EU-gennemsnittet (figur 10)¹⁰. De vigtigste årsager til påvirkelig dødelighed i Danmark er iskæmiske hjertesygdomme, slagtilfælde og visse former for kræft (afsnit 2). Siden 2002 er antallet af påvirkelige dødsfald blevet reduceret med ca. en tredjedel.

Figur 10. Den påvirkelige dødelighed i Danmark er lavere end EU-gennemsnittet



Kilde: Eurostats database (2014-data).

10. Påvirkelig dødelighed er defineret som for tidlig død, som kunne have været forebygget gennem rettidig og effektiv sundhedsindsats.

Lav dødelighed for personer med behov for akut behandling tyder på god hospitalsbehandling

Sygehusene i Danmark yder generelt en effektiv behandling til personer med behov for akut behandling. Dette er navnlig tilfældet for kardiovaskulære sygdomme. Der er gjort gode fremskridt med at mindske dødeligheden for personer, der indlægges med hjerteanfald eller slagtilfælde, gennem strømning af førstehjælpsbehandlingen og forbedringer af akutbehandlingen. Letaliteten for personer, der indlægges med hjerteanfald i Danmark, er blandt de laveste i de EU-lande, der oplyser disse data (figur 11). Letaliteten er også lav for personer, der indlægges med slagtilfælde.

Høje screeningsrater og overlevelse efter diagnosticering tyder på en kræftbehandling af høj kvalitet, men dødeligheden er fortsat høj

Danmark har den næsthøjeste screeningsrate for brystkræft hos kvinder i alderen 50-69 år i EU (over 80 %), men screeningsraten for livmoderhalskræft (ca. 65 %) ligger tættere på EU-gennemsnittet. Delvist som følge af en tidligere diagnose og bedre behandling har danske kvinder, der diagnosticeres med brystkræft eller livmoderhalskræft, en af de bedste chancer for femårsoverlevelse i EU (OECD, 2017c). Danmark tilbyder som primær screeningsmodalitet HPV-test (humant papillomavirus) med henblik på tidlig diagnosticering af livmoderhalskræft (IARC 2017).

Disse høje screenings- og overlevelsesser giver sig dog ikke udslag i lavere dødelighed for disse kræftformer på grund af et relativt stort antal nye tilfælde. Danmarks samlede kræftdødelighed er den fjerdehøjeste i EU. Hyppigheden af brystkræft i Danmark var den næsthøjeste i 2012 (efter Belgien), og brystkræftdødeligheden var den syvendehøjeste i 2014.

Der ses et tilsvarende mønster for kolorektal kræft hos mænd og kvinder. Selv om overlevelserraten for kolorektal kræft i Danmark er lidt højere end EU-gennemsnittet, og dødeligheden er faldende, er dødeligheden fortsat højere end i de fleste andre EU-lande og den højeste blandt de tidligste 15 EU-medlemsstater (figur 12). Dette kræver, at der lægges større vægt på yderligere at reducere de justerbare risikofaktorer for kolorektal kræft. Disse risikofaktorer omfatter kost med et højt fedtindhold og et lavt fiberindhold, mangel på fysisk aktivitet, tobaksrygning og alkoholforbrug.

Det er lykkedes at begrænse tobaksforbruget gennem forebyggelsespolitikker

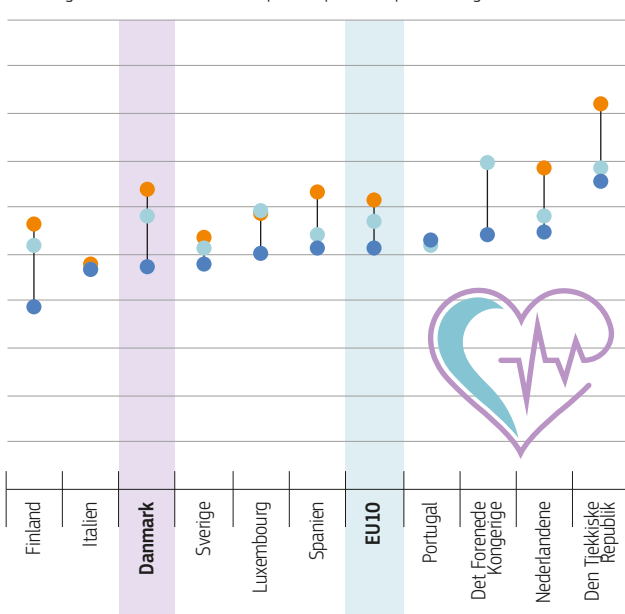
Som allerede nævnt er antallet af rygere faldet meget i Danmark i de sidste 15 år og er nu meget tættere på niveauet i de andre nordiske lande. Danmark fortsætter med at gennemføre en række tobaks kontrolpolitikker og -programmer, herunder rygestopprogrammer, sundhedsadvarsler på cigaretter, oplysningskampagner gennem massemedierne og høje afgifter på tobaksvarer.

Danmark har også gennemført nationale strategier med henblik på at fremme fysisk aktivitet og bedre ernæring og tackle den stigende udbredelse af fedme og generelt fremme sundere adfærd.

Figur 11. Danmark har en af de laveste 30-dages dødelighedsrater efter hjerteanfald

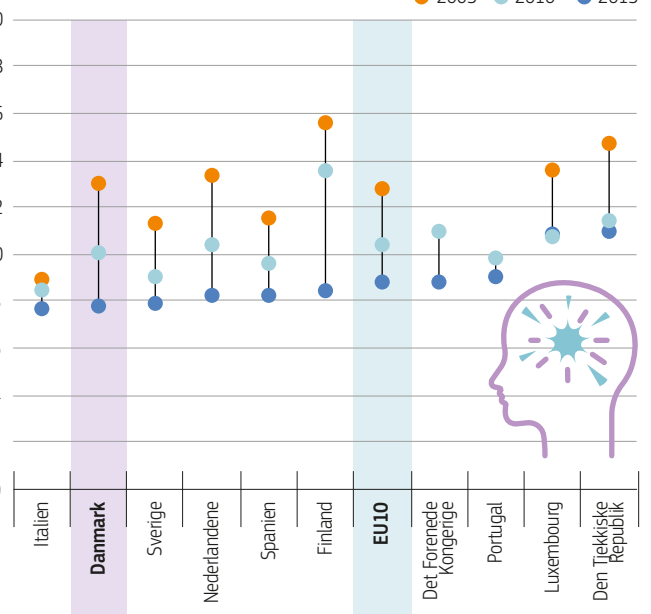
30-dages dødelighedsrate efter indlæggelse for hjerteanfald

Køns- og aldersstandardiseret rate pr. 100 patienter på 45 år og derover



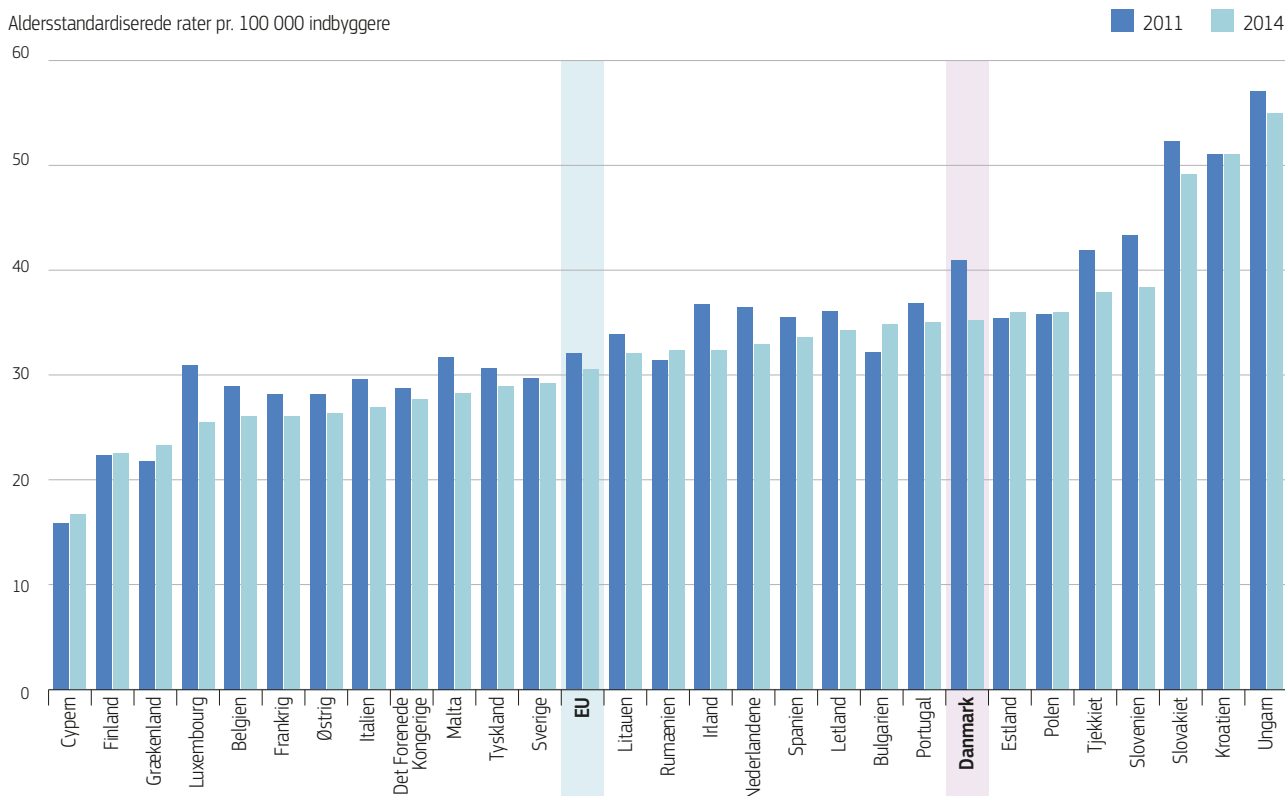
30-dages dødelighed efter indlæggelse for iskæmisk slagtilfælde

Køns- og aldersstandardiseret rate pr. 100 patienter på 45 år og derover



Bemærk: Denne indikator er baseret på patientdata. Treårigt gennemsnit for Luxembourg. EU-gennemsnittet er uvægtet.

Kilde: OECD's sundhedsstatistikker 2017.

Figur 12. Dødeligheden for kolorektal kræft er faldet, men er fortsat højere end EU-gennemsnittet

Kilde: Eurostats database.

Overdrevent alkoholforbrug og alkoholrelaterede dødsfald i Danmark er langt højere end i de fleste andre EU-lande. Mere end 1 200 mennesker døde af undgåelige alkoholrelaterede sygdomme i Danmark i 2014, og dette antal omfatter ikke personer, der døde som følge af alkoholrelaterede ulykker eller vold.

BOKS 1. DEN POLITISKE RAMME "SUNDERE LIV FOR ALLE"

Et af de vigtigste mål med den danske forebyggelsespolitiske ramme "sundere liv for alle" fra 2014 er at nedbringe antallet af personer med et skadeligt alkoholforbrug med en tredjedel. Staten yder finansiel støtte til partnerskaber for at bidrage til at nå dette mål.

"Partnerskabet for en ansvarlig alkoholkultur" involverer interessenter fra erhvervslivet (virksomheder, der fremstiller drikkevarer, hoteller, restauranter, Dansk Erhverv og De Samvirkende Købmænd) og fokuserer på overholdelsen af aldersgrænser for salg af alkohol og på initiativer til ændring af alkoholkulturen på værtshuse. "Partnerskabet for unge og alkohol" involverer kommuner og civilsamfundsorganisationer med det formål at reducere alkoholforbruget blandt mindreårige ved at iværksætte lokale aktiviteter for unge i samarbejde med de lokale myndigheder og civilsamfundet (OECD, 2015).

5.2. TILGÆNGLIGHED

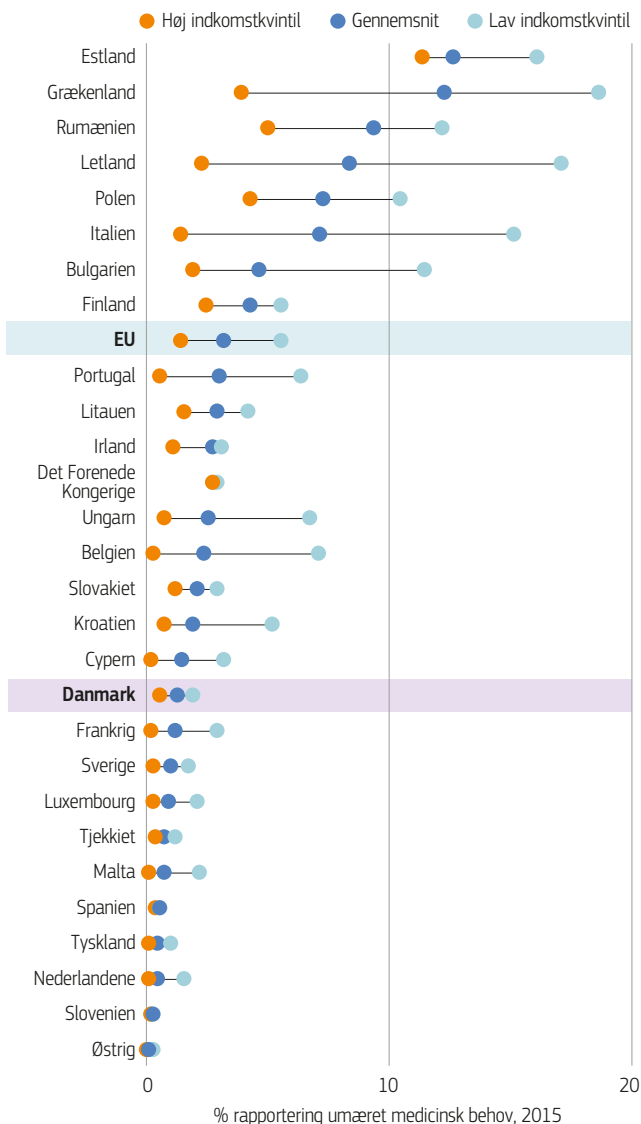
Dækningen er bred med et relativt lavt uopfyldt behov for medicinsk behandling

Den danske befolkning er dækket af den offentlige sygesikringsordning, som giver universel adgang til sundhedsydelser. Ifølge data fra EU-SILC-undersøgelsen er det uopfyldte behov for lægebehandling på grund af omkostninger, afstande og andre årsager i Danmark relativt lavt, idet kun 1,3 % af befolkningen oplyser at have sådanne udækkede behov sammenlignet med EU-gennemsnittet på 3,2 % (figur 13).

Den danske befolkning har adgang til en samlet pakke af ydelser

Danskere med bopæl i Danmark har inden for rammerne af den offentlige sygesikring ret til de fleste evidensbaserede behandlingsformer og kliniske indgreb. Afgørelser om dækning af nye lægemidler er relativt hurtige og tager mellem en og to måneder i Danmark. Patientorganisationer repræsenteret ved sammenslutningen Danske Patienter er involveret i afgørelser i det nyoprettede Medicinråd ved at fremsætte anbefalinger vedrørende og prioriteringer af nye farmaceutiske behandlinger. Borgerne har ret til at søge behandling overalt i landet, hvis deres hjemregion ikke yder en tjeneste, der ydes andre steder (i disse tilfælde skal hjemregionen dække udgifterne til behandling).

Figur 13. Folk i Danmark oplyser at have et lille opfyldt behov for medicinsk behandling



Bemærk: Oplysningerne vedrører uopfyldte behov for medicinsk undersøgelse eller behandling på grund af omkostninger, afstand, der skal tilbagelægges, eller ventetider. Der bør udvises forsigtighed ved sammenligningen af data mellem landene, da der er nogle variationer i det benyttede undersøgelsesinstrument.

Kilde: Eurostats database baseret på EU-SILC (2015-data).

Der blev for nylig bebudet et fælles initiativ fra staten og regionerne med henblik på bedre at målrette og styrke præcisionsmedicin (personlig medicin). Dette omfatter et projekt til indsamling og lagring af genetiske oplysninger fra 100 000 personer og en finansieringspulje, der skal muliggøre forskning i præcisionsmedicin.

Lofter til beskyttelse af sårbare grupper

Der kræves i varierende grad brugerbetaling for ambulante besøg hos psykologer og fysioterapeuter samt for recepter, høreapparater og tandpleje. Ambulante patienter med store årlige medicinudgifter (over

3 045 DKK eller 400 EUR) og patienter med en lille personlige formue (under 77 500 DKK eller 10 400 EUR) modtager 85 % refusion for alle lægemidler (Commonwealth Fund, 2015). Kronisk syge patienter kan modtage fuld godtgørelse (for udgifter på over 3 775 DKK eller 500 EUR). Der findes også lofter for egenbetalingen for børn og behovsvurderede sociale ydelser til ældre.

De fleste former for supplerende frivillig forsikring (for medicin og tandpleje) ydes af en nonprofitorganisation, mens supplerende forsikring (der dækker udvidet og hurtigere adgang til private udbydere) ofte har form af en beskæftigelsesbetinget ydelse. Selv om 38 % af befolkningen har disse former for supplerende dækning, udgør de kun 2 % af de samlede sundhedsudgifter.

Folk i Danmark betaler ca. 14 % af deres sundhedsudgifter som egenbetaling, mens resten overvejende dækkes af offentlige midler. Denne egenbetaling af udgifterne har været relativt stabil i det seneste årti og udgør ca. 2,6 % af husholdningernes forbrug, hvilket er tæt på EU-gennemsnittet (2,3 %). Størstedelen af egenbetalingen går til tandpleje (26 %), lægemidler (29 %) og kurative sundhedsydelser (30 %). På grund af den lavere dækning for tandpleje er det uopfyldte behov for tandpleje i Danmark større end for lægebehandling, idet 4 % af den danske befolkning oplyste at have et uopfyldt behov for tandlægeundersøgelser af økonomiske årsager i 2015, og denne andel var to gange større blandt personer i den laveste indkomstkvintil (ca. 8 %).

Danmark har et stort antal fagfolk inden for sundhedssektoren, men adgangen og koordineringen af behandlingen kunne forbedres

Som skitseret i afsnit 4 har Danmark det højeste antal sygeplejersker i forhold til indbyggertallet blandt EU-landene. Mens danskere med bopæl i Danmark for øjeblikket kun oplever et lille uopfyldt behov for medicinsk behandling, giver dette "kompetencemiks" mulighed for at udvide sygeplejerskernes ansvarsområde for bedre at imødekomme de stigende og skiftende krav. Mange sygeplejersker arbejder med mere avancerede opgaver under tilsyn af en læge efter et regelsæt, der er udarbejdet for at udvide sygeplejerskernes ansvarsområde.

Alligevel er det usædvanligt, at læger og sygeplejersker bytter opgaver. F.eks. har de danske sygeplejersker kun meget begrænset beføjelse til at ordinere lægemidler – hvilket er almindelig praksis i flere andre sundhedssystemer i EU (såsom i Holland for specialsygeplejersker og i Storbritannien og Irland for sygeplejersker med ret til at ordinere lægemidler). Denne og andre mulige udvidelser af ansvarsområdet vil kræve en revision af uddannelsesplanerne eller investering i videregående uddannelse og kurser for sygeplejersker i Danmark, da den danske betalingsordning for primær sundhedstjeneste åbner mulighed for, at sygeplejersker kan udføre en række opgaver, som traditionelt udføres af læger (OECD, 2017a).

Opsplitningen af behandlingen mellem forskellige udbydere nævnes ofte som problematisk i Danmark. I et forsøg på at integrere indsatsen, navnlig for patienter med en eller flere kroniske sygdomme, har nogle

kommuner oprettet "sundhedshuse", hvor almindelig lægepraksis og hertil knyttet sundhedspersonale samt konsultationsbaserede specialtjenester findes på ét sted. Det har hidtil ikke tilvejebragt dokumentation for en bedre koordinering af behandlingen (OECD, 2017a). En tættere koordinering mellem alment praktiserende læger, socialrådgivere og leverandører af lokale behandlings- og plejetilbud ville være særlig gunstig. Et ministerielt udvalg, der skal undersøge, hvordan man kan styrke den primære sundhedspleje og forbedre koordineringen af plejen, offentliggjorde sine resultater i 2017.

5.3. TILPASNINGSEVNE¹⁰

Til trods for øget pres på budgettet er den langsigtede finanspolitiske bæredygtighed ikke truet

Danmarks udgifter til sundhedsvæsenet er relativt høje, og størstedelen finansieres med offentlige midler. En kombination af demografiske, teknologiske og andre faktorer forventes at øge presset på budgettet på mellemlangt og langt sigt. Men på grund af en overvejende positiv budgetstilling og en række reformer og initiativer er der ikke blevet identificeret nogen større risici for den finanspolitiske bæredygtighed for Danmark, primært på grund af en gunstig budgetstilling (Europa-Kommissionen og Udvalget for Økonomisk Politik, 2015).

Det danske sundhedsvæsen er generelt effektivt, men der er forskelle på tværs af regioner og behandlingsniveauer

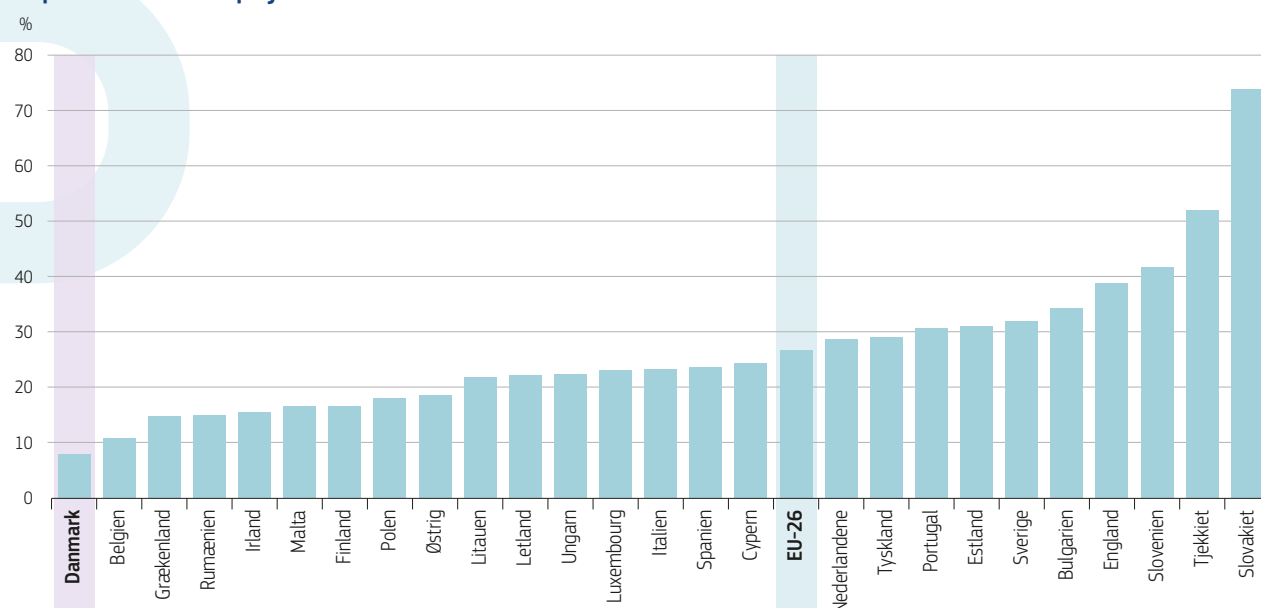
Den aktivitetsbaserede finansiering med et krav til sygehuse om en årlig produktivitetstigning på 2 %, som blev indført for et årti siden,

har sandsynligvis medført tekniske effektivitetsgevinster (se afsnit 4). Det danske sygehusvæsenets relativt lille antal sengepladser og korte gennemsnitlige indlæggelsestid har ikke resulteret i nogen mærkbar forringelse af kvaliteten, hvilket tyder på, at det samlede sygehusvæsen fungerer mere effektivt. Den fortsatte holdbarhed af denne årlige finansielle nedskæring er dog begyndt at blive anfægtet.

Reduktionen i antallet af sengepladser lægger større pres på den primære sundhedsindsats og indsatsen i lokalmiljøet. Ved reformen i 2007 fik kommunerne ansvaret for langtidspleje- og behandling, rehabilitering og folkesundhed. Generelt synes den primære sundhedstjeneste og andre ikke-akutte sundhedsydelse i Danmark at fungere effektivt i en situation med stigende behov. Andelen af patienter, der opsøgte en akutmodtagelse på grund af manglende adgang til primær sundhedstjeneste, var den laveste blandt EU-medlemsstaterne i 2011-2013 (figur 14). De potentielt undgåelige indlæggelsesrater for hjertesvigt er lave, men der er plads til forbedringer for at mindske indlæggelsesraten for andre kroniske sygdomme såsom astma og kronisk obstruktiv lungesygdom, der er højere end EU-gennemsnittet.

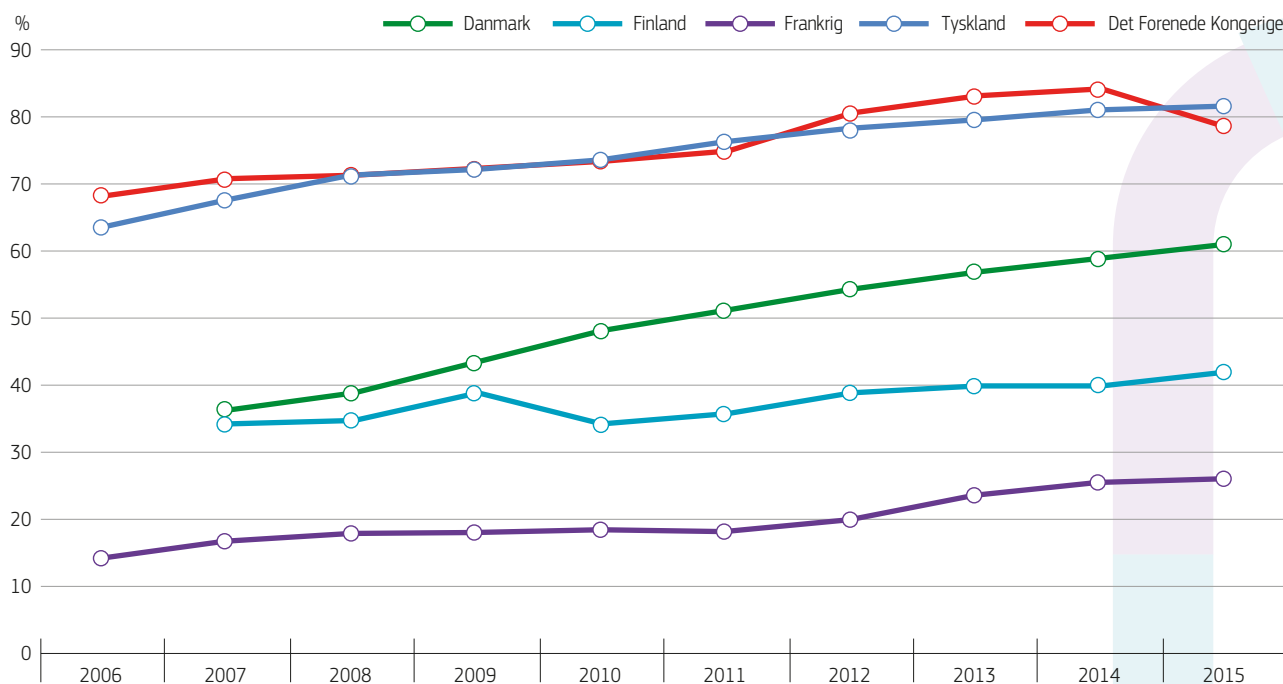
Der er betydelige forskelle i potentielt undgåelige hospitalsindlæggelser for kroniske lidelser mellem de danske regioner. F.eks. varierer de standardiserede indlæggelsesrater for diabetes mellem regionerne med en faktor 1,5, og undgåelige indlæggelser af personer over 65 år mellem de danske kommuner varierer med en faktor 2 (fra mindre end 40 til over 90 pr. 1 000 indbyggere). Forsinkelser i udskrivinger fra sygehuse varierer også betydeligt (OECD, 2017a). Dette tyder på, at der er visse uberettigede forskelle i adgangen til og kvaliteten af primære sundhedsydelser og post-akut indsats samt behov for større koordinering mellem alle behandlingsniveauer.

Figur 14. Danskerne er mindst tilbøjelige til at henvende sig til en akutmodtagelse på grund af manglende adgang til primær sundhedspleje



Bemærk: Der blev indsamlet data som led i QUALICOPC-undersøgelsen (kvaliteten af og udgifterne til primær sundhedspleje i Europa) mellem 2011 og 2013. Referencepopulationen er andelen af personer, der opsøgte en akutmodtagelse i det foregående år.

Kilde: van den Berg, van Loenen og Westert, 2016.

Figur 15. Det generiske markeds andel i Danmark er øget kraftigt i det seneste årti

Kilde: OECD Health Statistics 2017.

Det er også vigtigt at opretholde en passende balance mellem behandling og forebyggelse. På et tidspunkt, hvor kroniske sygdomme er i fremvækst, faldt aktiviteterne inden for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i den primære sundhedstjeneste med 36 % mellem 2006 og 2014 (OECD, 2017a).

Initiativer til kontrol af lægemiddeludgifter og til fremme af relevante lægemiddelordinationer har generelt været succesfulde

En række initiativer har været gennemført i Danmark for at kontrollere væksten i lægemiddeludgifter, herunder priskontrol og fremme af brugen af generiske præparater. Andelen af omfanget af generiske præparater er øget fra mindre end 40% i 2007 til over 60% i 2015 (Figur 15).

Udgifterne per capita til lægemidler udenfor sygehus i Danmark var kun 1 674 kr. (eller 220 Euro) i 2015, lavere end i noget andet EU land. Andelen af udgifter til lægemidler købt udenfor sygehus i forhold til de samlede sundhedsudgifter faldt betydeligt (fra omkring 13% i 2000 til 10% i 2015) – en andel, som er betydeligt lavere end det aktuelle EU gennemsnit på 17%. Dog er hospitalsudgifter til lægemidler øget i denne periode.

Kvaliteten af medicinudskrivinger er også forbedret de seneste år. Danske alment praktiserende læger klarer sig godt i sammenligning med andre, hvad angår udskriving af kolesterolnedsættende medicin til diabetespatienter med henblik på forebyggelse af kardio-vaskulære sygdomme. Over 85% af disse patienter for udskrevet denne medicin, som anbefalet i de kliniske retningslinjer (Figur 16).

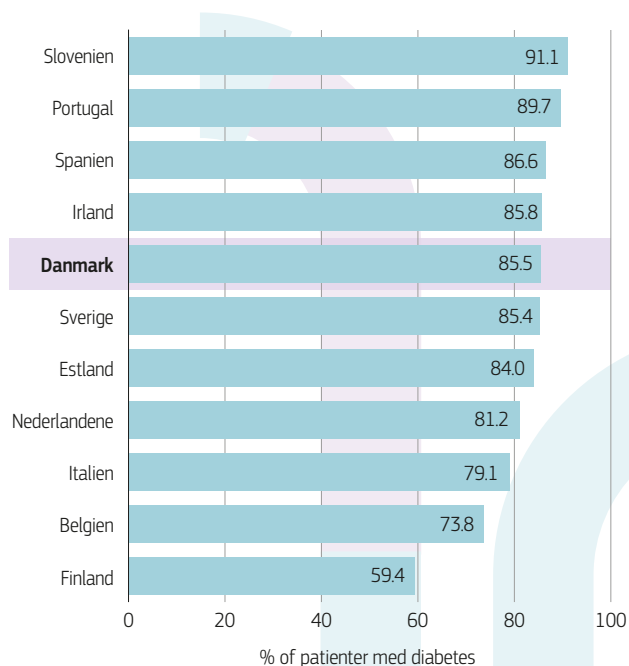
Danske alment praktiserende læger klarer sig også godt, hvad angår brug af antibiotika, dog udskriver de dem hyppigere end de alment praktiserende læger i Holland, Sverige og Tyskland (OECD, 2017c). En ikke helt ubetydelig andel af denne lægemiddeludskriving vurderes som værende uberettiget. I en nylig OECD undersøgelse om indsats vedrørende spild i sundhedsvæsenet rapporterede Danmark, at behandling for øvre luftvejsinfektioner udgør 20% - 30% af det totale antibiotikaforbrug. Brug af antibiotika ved øvre luftvejsinfektioner er ikke anbefalet, eftersom det er potentielt skadeligt uden at indebære effektiv behandling af infektionen. Det kan derudover også medvirke til resistens overfor antibiotika, hvilket udgør en mere omfattende trussel imod befolkningens sundhed (OECD, 2017a).

Det danske sundhedsvæsen kan opvise en førsteklases informationsinfrastruktur

Danmarks stærke informationsinfrastruktur muliggør bedre national udveksling af elektroniske helbredsoplysninger. Danmark har et nationalt elektronisk patientjournalssystem, der spænder over forskellige enheder og sektorer. Selv om det ikke er et fuldt integreret system, og der findes forskellige platforme på sygehuse og hos praktiserende læger, gør standarderne for interoperabilitet det muligt at udveksle oplysninger mellem disse. Danmark er blandt de førende lande, når det drejer sig om at være parat til at anvende disse data sikkert med henblik på at forbedre tjenesterne og systemforvaltningen (OECD, 2017b).

Med hensyn til indførelse af e-sundhed hos de praktiserende læger

Figur 16. De fleste diabetespatienter får ordineret kolesterolnedsættende medicin i Danmark



Kilde: OECD Health Statistics 2017 (data referer til 2015).

og på sygehusene ligger Danmark på henholdsvis førstepladsen og fjerdepladsen i Europa (OECD, 2016). Nedlæggelsen af Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) i 2014 var et tilbageskridt, og den danske informationsinfrastruktur mistede et vigtigt datasæt.

Styrket fokus på kvalitet og patientinddragelse er opmuntrende

Det danske sundhedsvæsen har traditionelt været relativt decentraliseret og haft ansvaret for akutbehandling, primær sundhedstjeneste og folkesundhed fordelt på tre niveauer, nemlig det statslige, regionale og kommunale niveau. Med strukturreformer i 2007 blev der indledt en ny centraliseringsproces ved at reducere antallet af regioner fra 14 til 5 og antallet af kommuner fra 275 til 98. Regionerne er primært ansvarlige for levering af sundhedsydelse. Siden reformen har kommunerne ansvaret for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, men der kan konstateres stor variation i omfanget af investeringer.

Endvidere blev regionernes mulighed for at opkræve skatter fjernet, og sundhedstjenesterne finansieres nu af de statslige og kommunale myndigheder gennem en kombination af bloktilskud og aktivitetsbaseret finansiering. Begrundelsen for de statslige og kommunale myndigheders medfinansiering er at tilskynde til omkostningskontrol samt forebyggelse og sundhedsfremme. Evalueringer af reformen i 2015 førte til visse ændringer, men ved disse evalueringer så man ikke specifikt på effektiviteten af den kommunale medfinansiering som et middel til at reducere sygehusenes aktivitet (selv om sygehusenes aktivitet nu er blandt de laveste i Europa) (afsnit 4).

Traditionelt skulle regioner og kommuner udvikle en fælles sundhedsplan hvert fjerde år, der omfattede alle forebyggende og kurative sundhedsydelse. Disse blev styrket som led i 2007-reformen gennem oprettelse af de centralt standardiserede aftaler om koordinering af indsatsen, samt om forebyggelse og rehabilitering. Disse aftaler forvaltes løbende af regionale rådgivende udvalg bestående af repræsentanter fra regionerne og kommunerne samt private fagfolk i sundhedssektoren og godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Instituttet for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) forvalter sikkerheds- og kvalitetsstandarder for privathospitaler¹¹, den primære sundhedstjeneste og apoteker. Disse standarder omfatter tre kategorier, nemlig organisatoriske standarder (kvalitet, risikostyring, hygiejne og personale), koordinering af behandlingen (patientinddragelse, henvisninger og medicineringssikkerhed) og sygdomsspecifikke standarder (retningslinjer og protokoller). Med de nationale kvalitetsmål, der blev lanceret i 2016, blev der endvidere etableret en ramme for forbedring af kvaliteten og effektiviteten af behandlingen i alle sammenhænge. Disse omfatter særlige kvalitetsforbedringsteam, et lederskabsprogram og initiativer til styrkelse af patienternes inddragelse i behandlingen.

11. I 2015 blev akkrediteringen af offentlige sygehuse afskaffet til fordel for andre strategier til fremme af kvalitetsforbedringer.

6 Hovedkonklusioner

- Borgere med bopæl i Danmark har et godt helbred i forhold til borgerne i de fleste andre EU-lande. Det danske sundhedsvæsen er effektivt med hensyn til at forhindre dødelighed af påvirkelige årsager såsom iskæmiske hjertesygdomme og slagtilfælde. Letaliteten for patienter med hjerteanfald er blandt de laveste i EU. Selv om kræftscreening og femårsoverlevelse fremstår relativt positivt i sammenligning med andre lande, er dødeligheden for livmoderhalskræft, brystkræft, kolorektal kræft og lungekræft høj, hvilket til dels skyldes højere forekomst af disse kræftformer.
- De adfærdsmæssige risikofaktorer blandt danskerne er overvejende gunstige. Antallet af rygere er faldet kraftigt i det seneste årti, men alkoholforbruget blandt danske voksne og unge er det højeste i EU. Andelen af alkoholrelaterede dødsfald er højere end i de fleste andre EU-lande. De seneste initiativer til at reducere omfanget af lejlighedsvist storforbrug af alkohol i Danmark er en udvikling, der hilses velkommen. Andelen af borgere, der oplyser at have et godt helbred, er høj, selv om der er en kløft mellem de forskellige indkomstgrupper.
- Det danske sundhedsvæsen er let tilgængeligt. Borgerne har adgang til en omfattende pakke af medicinske teknologier og indgreb. Der findes behovsvurderede lofter over og anden beskyttelse mod for stor egenbetaling for lægebehandling. Det uopfyldte behov for medicinsk behandling, som skyldes økonomiske, geografiske eller andre årsager, er lille, men omfanget af sundhedsydelse, som der gives afkald på, er større for tandlægebehandling, navnlig i de lavere indkomstgrupper.
- Danmark bruger 10,3 % af sit BNP på sundhedsvæsenet, det sjettehøjeste tal i EU. Samlet set synes systemet at allokere og anvende sine ressourcer effektivt. Begrænsningerne i antallet af akutsengepladser og i den gennemsnitlige indlæggelsestid i de sidste par år synes at være blevet opvejet af de ikke-akutte behandlingssektorer, der fungerer godt. Danmark har det største antal sygeplejersker i forhold til indbyggertallet i EU, men hvis sygeplejerskerne udførte mere specialiserede opgaver, kunne det forbedre effektiviteten i hele systemet yderligere. Koordineringen af behandlingen og håndteringen af kroniske sygdomme kan forbedres, da der kan konstateres betydelige regionale forskelle i denne henseende.
- Det danske sundhedsvæsen har en førsteklasses informationsinfrastruktur. Dette omfatter et elektronisk patientjournalssystem, der, selv om det ikke er fuldt integreret, har en stor grad af interoperabilitet på tværs af enheder og sektorer og anvendes af alle alment praktiserende læger. Med hensyn til indførelse og anvendelse af e-sundhed inden for hele den primære sundhedstjeneste og akutbehandling er Danmark blandt de bedst placerede i EU. Danmark har en veletableret række af sygdomsregistre. Nedlæggelsen af Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) i 2014 indebar imidlertid, at den danske informationsinfrastruktur mistede et vigtigt datasæt til fremme af kvalitet, intern læring og forbedring.
- De vigtige reformer, der blevet påbegyndt i 2007, konsoliderer funktioner og ansvarsområder på de tre forvaltningsniveauer. Et vigtigt mål er at forbedre koordineringen af behandling, forebyggende indsats og rehabilitering. Reformene omfatter incitamenter til omkostningsbegrænsning, relevant behandlingsindsats og folkesundhedspolitik med henblik på at sikre fortsat gode resultater for sundhedssystemet og befolkningens sundhed. På det seneste er der i de nationale kvalitetsmål blevet fastlagt en ramme til forbedring af behandlingen i alle enheder og sektorer. Betingelserne synes at være opfyldt for, at personer med bopæl i Danmark fortsat kan nyde godt af et velfungerende sundhedssystem.



Vigtigste kilder

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Olejaz, M. m.fl. (2012), "Denmark: Health System Review", *Health Systems in Transition* (Danmark: Gennemgang af sundhedssystemet, Sundhedssystemer i overgang), Bind 14(2), s. 1-192.

Henvisninger

Commonwealth Fund (2015), *International Profiles of health care systems: Denmark* (Internationale profiler af sundhedssystemerne: Danmark).

OECD (2017a), *Primary Care in Denmark* (Den primære sundhedspleje i Danmark), OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264269453-en>.

Europa-Kommissionen (DG ECFIN) og Udvalget for Økonomisk Politik (AWG) (2015), "Rapport om befolkningens aldring 2015: økonomiske og budgetmæssige fremskrivninger for de 28 EU-medlemsstater", *European Economy* 3, Bruxelles, maj.

OECD (2017b), *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>.

IARC (2017), "Cancer Screening in the European Union" (Kræftscreening i Den Europæiske Union), *rapport om gennemførelsen af Rådets henstilling om kræftscreening, maj 2017*.

OECD (2017c), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange" (Udveksling af globale sundhedsoplysninger), Institute for Health Metrics and Evaluation, findes på <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

van den Berg, M.J., T. van Loenen og G. Westert (2016), "Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An International Survey in 34 Countries" (Tilgængelig og fortsat primær sundhedspleje kan bidrage til at mindske brug af akutmodtagelser. En international undersøgelse i 34 lande), *Family Practice*, Bind 33(1), s. 42-50.

OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.

Liste over landeforkortelser

Belgien	BE	Estland	EE	Kroatien	HR	Polen	PL	Sverige	SE
Bulgarien	BG	Finland	FI	Letland	LV	Portugal	PT	Tjekkiet	CZ
Cypern	CY	Frankrig	FR	Litauen	LT	Rumænien	RO	Tyskland	DE
Danmark	DK	Grækenland	EL	Luxembourg	LU	Slovakiet	SK	Ungarn	HU
Det Forenede Kongerige	UK	Irland	IE	Malta	MT	Slovenien	SI	Østrig	AT
		Italien	IT	Nederlandene	NL	Spanien	ES		

State of Health in the EU

National sundhedsprofil 2017

Landeprofilerne er et vigtigt led i Europa-Kommissionens toårige cyklus vedrørende sundhedstilstanden i EU og er resultatet af en fælles indsats fra Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling (OECD) og *European Observatory on Health Systems and Policies*. Denne serie af landeprofiler er koordineret af Kommissionen og udarbejdet med økonomisk støtte fra Den Europæiske Union.

De kortfattede, politisk relevante landeprofiler er baseret på en gennemsigtig og konsistent metode, hvor der anvendes både kvantitative og kvalitative data, men er fleksibelt tilpasset situationen i den enkelte EU-medlemsstat. Målet er at tilvejebringe et middel til gensidig læring og frivillig udveksling, der støtter de bestræbelser, som medlemsstaterne udfolder i forbindelse med deres evidensbaserede politikudformning.

Hver landeprofil indeholder en kort sammenfatning af:

- sundhedstilstanden i landet
- sundhedsdeterminanterne med fokus på adfærdsmæssige risikofaktorer
- sundhedssystemets organisationen
- sundhedssystemets effektivitet, tilgængelighed og tilpasningsevne

Dette er den første serie af toårige landeprofiler, der offentliggøres i november 2017. Kommissionen er i færd med at supplere de vigtigste resultater af disse landeprofiler med en ledsagende rapport.

For yderligere oplysninger henvises til: ec.europa.eu/health/state/summary

Denne publikation bedes citeret således:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Danmark: National sundhedsprofil 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285132-da>

ISBN 9789264285132 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.