



State of Health in the EU Denmark

National sundhedsprofil 2019

Serien af landeprofiler

Landeprofilerne i *State of Health in the EU* giver et præcist og politikrelevant overblik over sundheden og sundhedssystemerne i EU/Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde. De fremhæver de særlige karakteristika og udfordringer i hvert land på baggrund af sammenligninger mellem landene. Formålet er at støtte politiske beslutningstagere og meningsdannere med midler til gensidig læring og frivillig udveksling.

Profilerne er resultatet af den fælles indsats, der gøres af OECD (Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling) og The European Observatory on Health Systems and Policies i samarbejde med Europa-Kommissionen. Teamet er taknemmeligt for de værdifulde bemærkninger og forslag fra Health Systems and Policy Monitor-netværket, OECD's sundhedsudvalg og EU's ekspertgruppe for sundhedsinformation.

Indhold

1. HOVEDPUNKTER	3
2. SUNDHEDEN I DANMARK	4
3. RISIKOFAKTORER	7
4. SUNDHEDSSYSTEMET	9
5. SUNDHEDSSYSTEMETS RESULTATER	12
5.1. Effektivitet	12
5.2. Tilgængelighed	16
5.3. Tilpasningsevne	18
6. HOVEDKONKLUSIONER	22

Data- og informationskilder

Oplysningerne i landeprofilerne er hovedsagelig baseret på nationale officielle statistikker, der er fremsendt til Eurostat og OECD, og som er blevet valideret for 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), The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), undersøgelser vedrørende sundhedsadfærd hos børn i skolealderen (Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)) og Verdenssundhedsorganisationen (WHO) samt andre nationale kilder.

Det beregnede EU-gennemsnit er et vægtet gennemsnit af de 28 medlemsstater, medmindre andet er angivet. Disse EU-gennemsnit omfatter ikke Island og Norge.

Denne profil blev afsluttet i august 2019 på grundlag af de data, der var tilgængelige i juli 2019.

Du kan downloade det Excel-regneark, der ligger til grund for alle tabellerne og graferne i denne profil, ved at indtaste følgende URL i din internetbrowser: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Denmark.xls>

Den demografiske og socioøkonomiske situation i Danmark, 2017

Demografiske faktorer	Danmark	EU
Befolkningens størrelse (midtårligt skøn)	5 765 000	511 876 000
Andel af befolkningen over 65 år (i %)	19,1	19,4
Fertilitetskvotient ¹	1,8	1,6
Socioøkonomiske faktorer		
BNP pr. indbygger (KKP i EUR ²)	38 400	30 000
Relativ fattigdomsrate ³ (i %)	12,4	16,9
Arbejdsløshed (i %)	5,7	7,6

1. Antal børn født pr. kvinde i alderen 15-49 år. 2. Købekraftsparitet (KKP) defineres som den omregningskurs, der udligner forskellige valutaers købekraft ved at fjerne forskellene i prisniveauer mellem landene. 3. Procentdel af personer, der lever for mindre end 60 % 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.

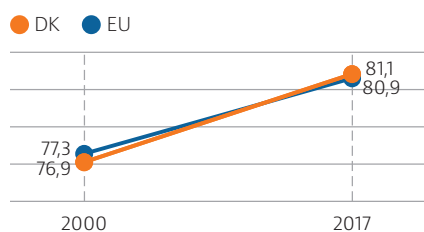
Dette dokument samt eventuelle data eller kort heri er uden betydning for status for eller suveræniteten over de pågældende områder, afgrænsningen af internationale grænser eller navnet på et territorium, en by eller et område.

Yderligere ansvarsfraskrivelse for WHO findes på <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Hovedpunkter

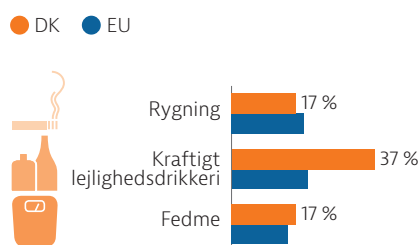
Den danske befolkning har i løbet af de sidste 20 år oplevet en opløftende forbedring af den forventede levetid, men en stor del af denne ekstra levetid påvirkes af sundhedsproblemer eller handicap. Som følge heraf er efterspørgslen på sundheds- og langtidspleje vokset. Sundhedsudgifterne pr. indbygger i Danmark er højere end EU-gennemsnittet, og sundhedsvæsenet giver gode muligheder for at få adgang til pleje af høj kvalitet. En større indsats for at forbedre den offentlige sundhed med større fokus på forebyggelse kan bidrage til at forbedre befolkningens sundhed yderligere og mindske ulighederne på sundhedsområdet.



Forventet levealder ved fødslen (år)

Sundhedstilstand

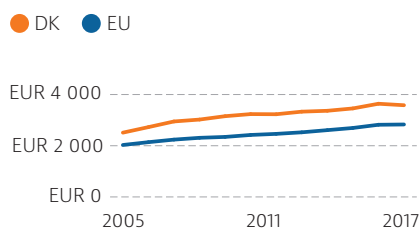
Den forventede levetid ved fødsel i Danmark er steget med over fire år siden 2000 og nåede op på 81,1 år i 2017, hvilket er lidt højere end EU-gennemsnittet. Denne fremgang er et resultat af en reduktion i antallet af hjerte-kar-relaterede dødsfald, hvilket skyldes en reduktion i visse risikofaktorer som f.eks. rygning. Forbedringer af den akutte pleje af hjerteanfald og slagtilfælde har også spillet en stor rolle.



Procentdel af voksne

Risikofaktorer

I 2017 røg 17 % af de voksne i Danmark dagligt, hvilket er et fald fra 30 % i 2000 og under EU-gennemsnittet. En mindre positiv ting er, at forekomsten af andre risikofaktorer er højere end EU-gennemsnittet. Mere end en tredjedel af de voksne (37 %) indberettede et regelmæssigt stort alkoholforbrug i 2014, hvilket er næsten dobbelt så meget som EU-gennemsnittet (20 %). Som i mange andre lande er forekomsten af fedme steget i Danmark: 17 % af de voksne var svært overvægtige i 2017, hvilket er en smule mere end EU-gennemsnittet (15 %).



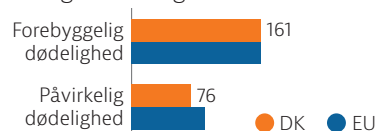
Udgifter pr. indbygger (KKP i EUR)

Sundhedssystem

Sundhedsudgifterne i Danmark er steget moderat i de sidste 10 år. Med 3 695 EUR pr. person i 2017 er udgifterne over 25 % højere end EU-gennemsnittet. Sundhedsudgifterne tegnede sig for 10,1 % af Danmarks BNP i 2017, hvilket er mere end EU-gennemsnittet på 9,8 %. Den offentlige finansiering udgjorde 84 % af alle sundhedsudgifter (mere end EU-gennemsnittet på 79 %), og de resterende udgifter blev hovedsagelig betalt direkte af husholdningerne (primært udgifter til lægemidler og tandpleje).

Effektivitet

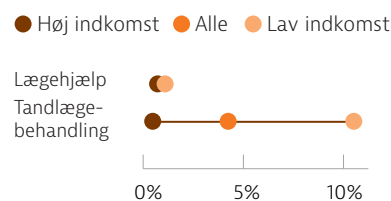
Antallet af dødsfald som følge af forhold, der kan påvirkes af sundhedsvæsenet, er lavere i Danmark end EU-gennemsnittet, hvilket tyder på, at sundhedssystemet leverer effektiv behandling af potentielt dødelige sygdomme. Den dødelighed, der kan forebygges, ligger dog kun tæt på EU-gennemsnittet, hvilket tyder på, at et større fokus på folkesundheden kan forhindre mange for tidlige dødsfald.



Aldersstandardiseret dødelighed pr. 100 000 indbyggere, 2016

Tilgængelighed

Alt i alt rapporterer danskerne kun i meget lav grad om uopfyldte behov for lægebehandling. Der er dog et større uopfyldt behov for ydelser, der er mindre godt dækket af den offentlige sygesikring, f.eks. tandpleje, især for personer med lav indkomst.



Procentdel, der rapporterer om uopfyldte behov, 2017

Tilpasningsevne



Udgifterne til sundheds- og langtidspleje forventes at stige i de kommende år, da den danske befolkning bliver ældre, og byrden i forbindelse med sygdom og invaliditet derfor ændres tilsvarende. Effektiviteten i hospitalssektoren er steget i de seneste tiår og mange flere behandlinger foretages nu ambulante. Danmarks umiddelbart største udfordringer er at forbedre adgangen til primær sundhedspleje og sikre bedre koordinering af plejen i forbindelse med behandlingen af kroniske sygdomme. Stigende sundhedsudgifter er en anden vigtig udfordring.

2 Sundheden i Danmark

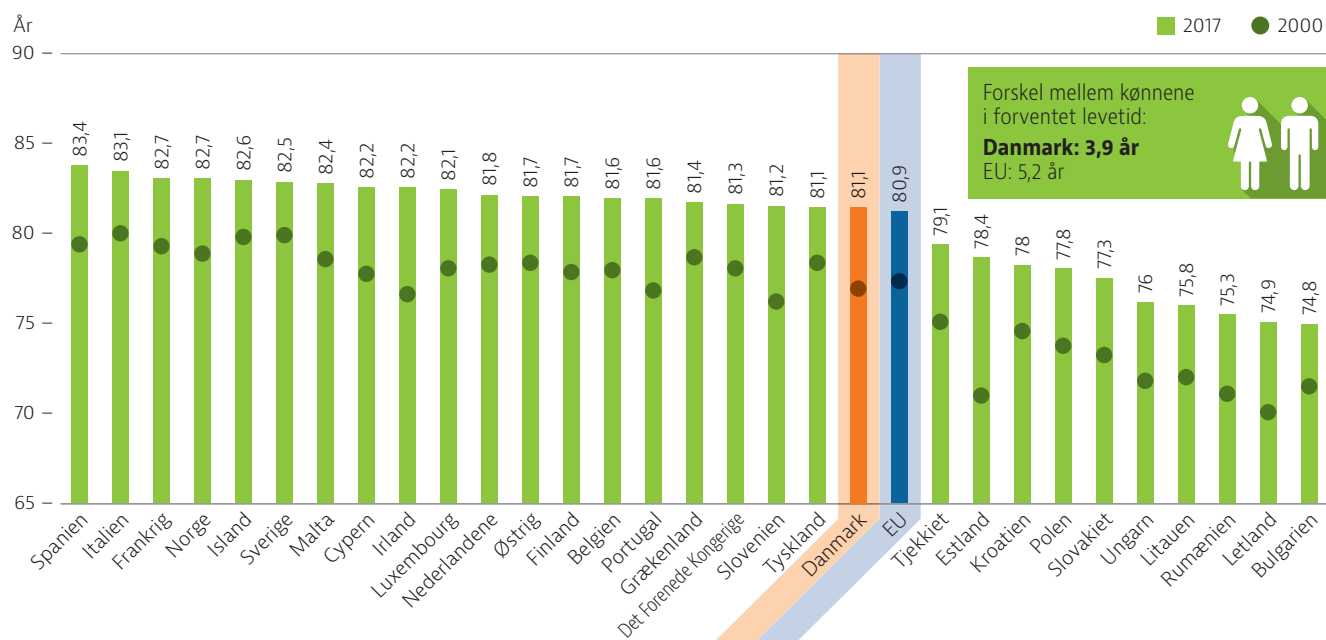
Den forventede levetid er lavere end i de fleste vesteuropæiske lande

I 2017 var den forventede levetid ved fødsel 81,1 år, hvilket er tæt på EU-gennemsnittet (80,9 år). Selv om den forventede levetid steg med fire år mellem 2000 og 2017, er den fortsat lavere end i de fleste andre

vesteuropæiske lande, herunder alle de andre nordiske lande (figur 1).

De danske kvinder lever næsten fire år længere end mændene (henholdsvis 83,1 og 79,2 år), men denne forskel mellem kønnene er indsnævret med næsten et år siden 2000 og ligger nu under EU-gennemsnittet (5,2 år).

Figur 1. Den forventede levetid for danskerne er lavere end i de fleste vesteuropæiske lande



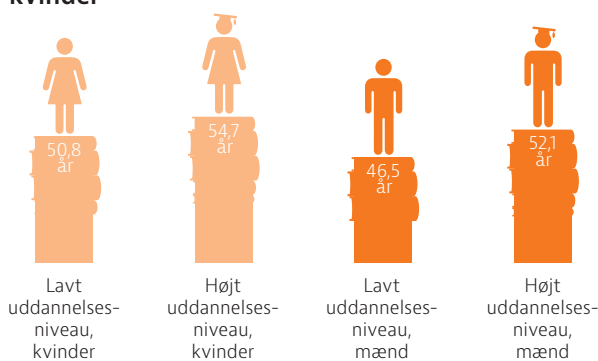
Kilde: Eurostats database.

Danmark har betydelige socioøkonomiske forskelle i den forventede levetid

Som vist i figur 2 var den forventede levetid for 30-årige danske mænd med det laveste uddannelsesniveau mere end fem år lavere end for mænd med det højeste uddannelsesniveau i 2016. Forskellen var mindre blandt kvinder (fire år).

Denne uddannelsesrelaterede forskel i levetid kan til dels forklares ved forskelle i eksponering for diverse risikofaktorer og forskelle i livsstil, herunder højere forekomst af rygere, dårligere ernæring og højere forekomst af fedme blandt mænd og kvinder med et lavt uddannelsesniveau (se afsnit 3).

Figur 2. Den uddannelsesrelaterede forskel i forventet levetid er 5,6 år for mænd og 3,9 år for kvinder



Uddannelseskluft i forventet levetid ved 30 år:

Danmark: 3,9 år
 EU21: 4,1 år

Danmark: 5,6 år
 EU21: 7,6 år

Bemærk: Data vedrører forventet levetid ved det 30. år. Et højt uddannelsesniveau defineres som personer, der har gennemført en videregående uddannelse (ISCED 5-8), mens et lavt uddannelsesniveau defineres som personer, der ikke har afsluttet en uddannelse på sekundærtrinnet (ISCED 0-2).

Kilde: Eurostats database (2016-data).

Hjerte-kar-sygdomme, kræft og luftvejssygdomme er de hyppigste dødsårsager i Danmark

Stigningen i den forventede levetid i Danmark siden 2000 skyldes hovedsagelig en reduktion i antallet af dødsfald, der forårsages af kredsløbssygdomme, navnlig iskæmiske hjertesygdomme og slagtilfælde (figur 3). Dette skyldes reduktioner i risikofaktorer som rygning (se afsnit 3) og forbedringer af den akutte pleje af personer med disse potentielt dødelige sygdomme (se afsnit 5.1).

Dødeligheden som følge af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er også faldet siden 2000 (skyldes ligeledes hovedsagelig et fald i rygning), selv om den fortsat ligger langt over EU-gennemsnittet.

Lungekræft er stadig den hyppigste årsag til kræftdødsfald blandt danske mænd og kvinder, selv om dødeligheden er faldet siden 2000, igen som følge af et fald i rygning. Dødeligheden blandt andre kræftformer, f.eks. kolorektal kræft, prostatakræft og brystkræft, er fortsat betydelig, men er også faldet siden 2000.

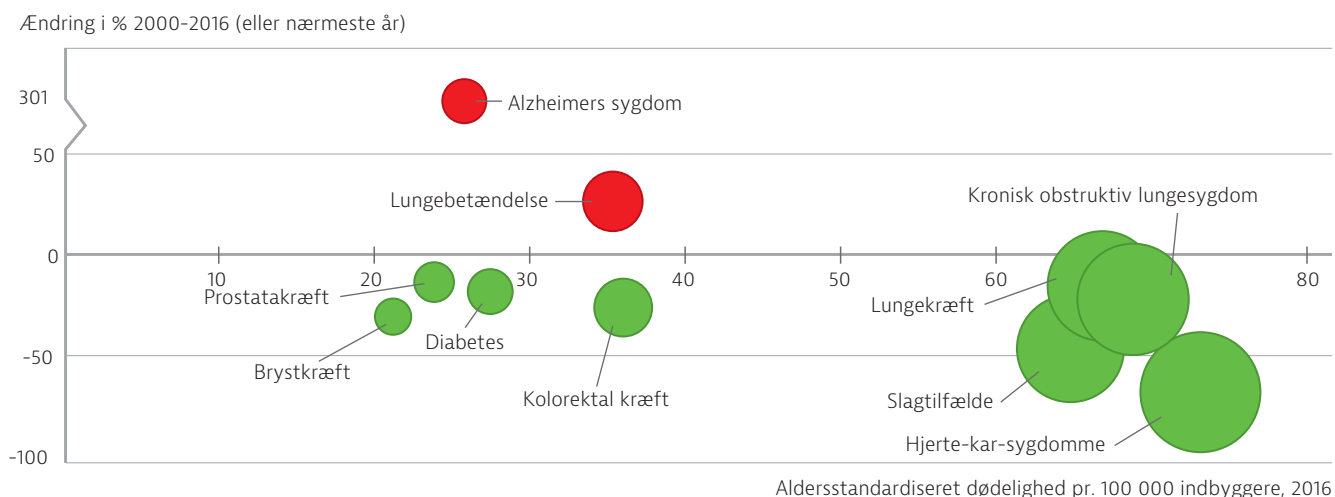
Dødeligheden som følge af alzheimers er steget betydeligt siden 2000 og er blevet en af hovedårsagerne til dødsfald i Danmark. Denne store stigning skyldes hovedsagelig forbedringer af diagnosticeringen og ændringer i praksis med hensyn til registrering af dødsfald. Dødeligheden som følge af lungebetændelse (som primært rammer ældre) er også steget, men mere beskedent.

Danskerne lever længere, men forekomsten af sygdom og handicap er betydelig i de sene år af livet

I 2017 kunne danskere, der fyldte 65 år, forvente at leve yderligere 19,6 år, hvilket er 2,5 år mere end i 2000, selv om mange af disse år leves med en række sundhedsproblemer og handicap (figur 4). Den kønsbetingede forskel i forventet levetid ved det fyldte 65. år er 2,5 år til fordel for kvinder, men forskellen i antallet af sunde leveår er meget mindre, fordi de danske kvinder lever en større del af deres liv i alderdommen med en række sundhedsproblemer og handicap.¹

Selv om omkring halvdelen rapporterede, at de har mindst én kronisk lidelse, betyder det ikke, at ældre danskere ikke kan leve et normalt liv og fortsætte deres normale aktiviteter; de fleste kan fortsætte med at leve uafhængigt i alderdommen. En ud af otte danske personer på 65 år eller derover har dog rapporteret om en række begrænsninger i de basale dagligdags gøremål, som f.eks. påklædning og spisning.

Figur 3. Dødeligheden som følge af hjerte-kar-sygdomme og kræft er faldende, men stigende for alzheimers og lungebetændelse

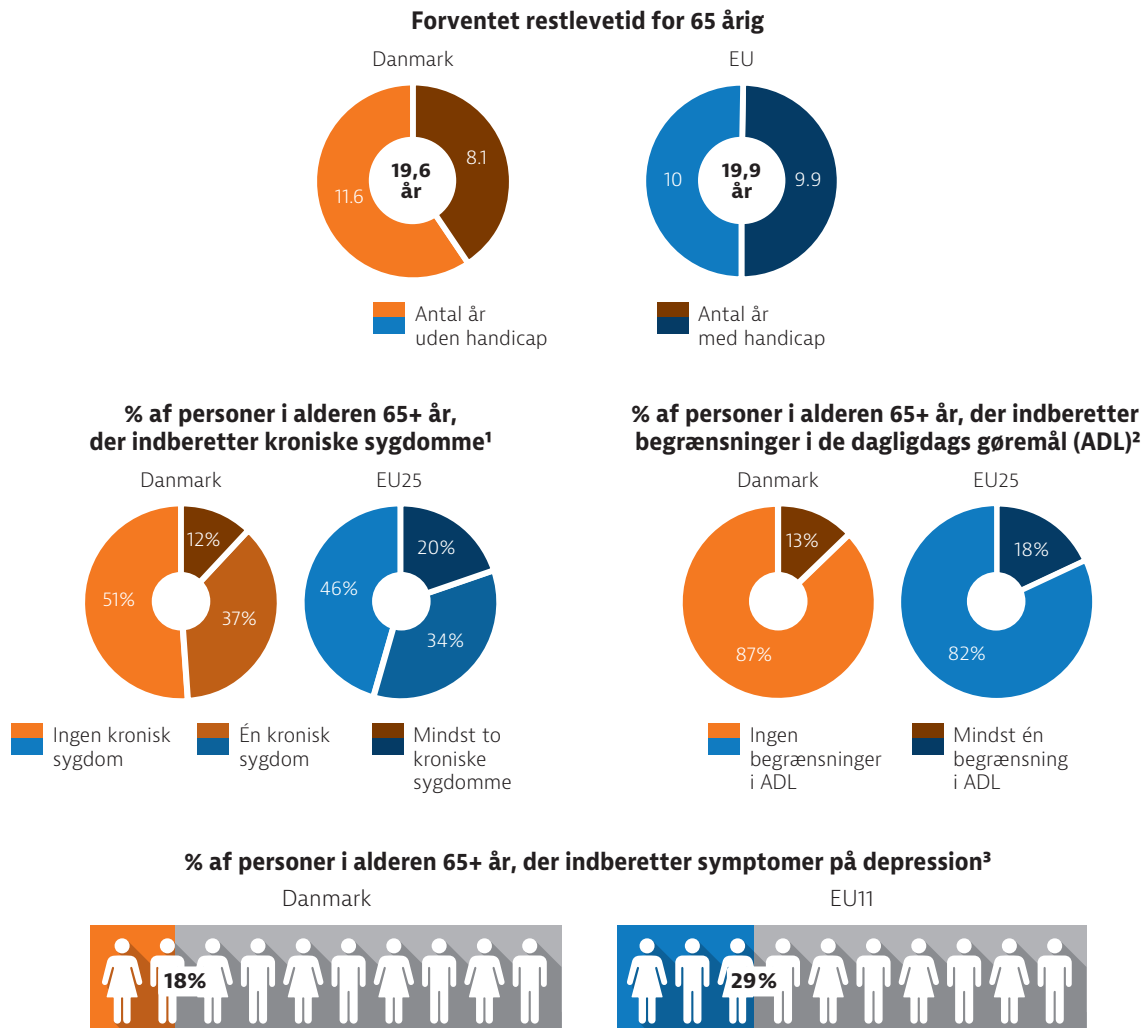


Bemærk: Stigningen i dødeligheden som følge af alzheimers og andre demenssygdomme skyldes i høj grad ændringer i praksis med hensyn til diagnosticering og registrering af dødsfald.

Kilde: Eurostats database.

1: "Sunde leveår" er det antal år, som folk kan forvente at leve uden handicap i forskellige aldersgrupper.

Figur 4. Omkring halvdelen af alle danskere over 65 år har mindst én kronisk sygdom



Bemærk: 1. Kroniske sygdomme omfatter hjerteanfald, slagtilfælde, diabetes, parkinsons, alzheimers og reumatoid arthritis eller osteoarthritis. 2. De basale dagligdags gøremål omfatter at tage tøj på, gå gennem et rum, tage et kar- eller brusebad, spise, gå i seng eller stå op og bruge toiletet. 3. Folk anses for at have en moderat depression, hvis de indberetter mere end tre symptomer på depression (ud af 12 mulige variable).
Kilde: Eurostats database over forventet levetid og sunde leveår (2017-data) SHARE-undersøgelse for andre indikatorer (2017-data).



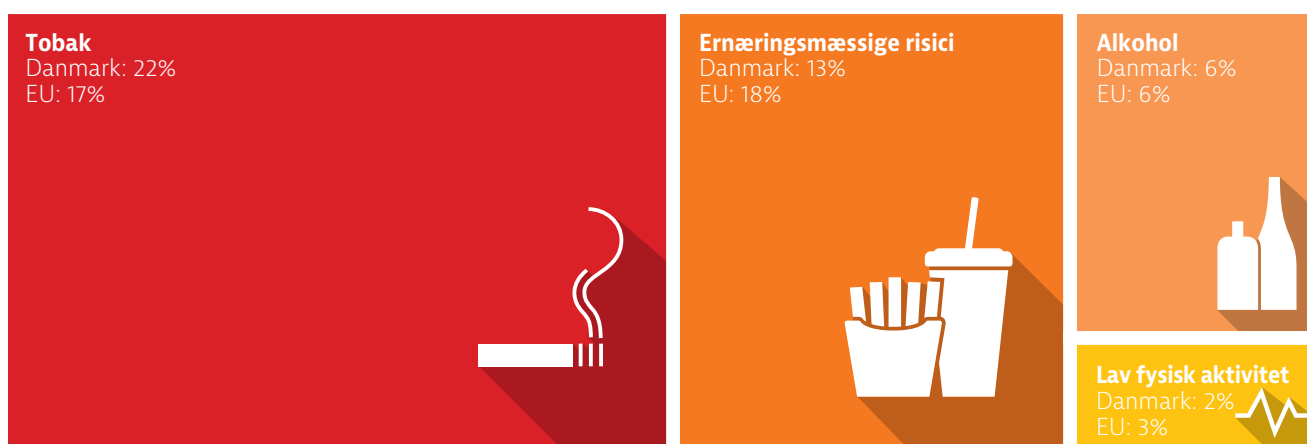
3 Risikofaktorer

Mere end to ud af fem dødsfald i Danmark kan tilskrives adfærdsmæssige risikofaktorer

Det anslås, at mere end to femtedele af dødsfaldene i Danmark kan tilskrives adfærdsmæssige risikofaktorer, herunder ernæringsmæssige risici, rygning, alkoholforbrug og lav fysisk aktivitet (figur 5; IHME, 2018).

Mere end ét ud af fem (12 000) dødsfald i 2017 kan tilskrives tobaksforbrug (herunder direkte og passiv rygning), hvilket er højere end EU-gennemsnittet. De ernæringsmæssige risici (herunder lav indtagelse af frugt og grøntsager og et højt sukker- og saltforbrug) tegner sig for ca. 13 % (over 7 000) af alle dødsfald, hvilket er lavere end EU-gennemsnittet. Omkring 6 % (3 500) af alle dødsfald er relateret til alkoholforbrug og 2 % (1 200) til en lav fysisk aktivitet, hvilket er tæt på EU-gennemsnittet.

Figur 5. Adfærdsmæssige risikofaktorer tegner sig for mere end 40 % af alle dødsfald i Danmark



Bemærk: Det samlede antal dødsfald i forbindelse med disse risikofaktorer (22 000) er lavere end summen for hver enkelt risikofaktor (24 000), fordi det samme dødsfald kan tilskrives mere end én risikofaktor. De ernæringsmæssige risici omfatter 14 komponenter som f.eks. et lavt forbrug af frugt og grønt og et højt forbrug af sukkerholdige drikkevarer og salt.

Kilde: IHME (2018), Global Health Data Exchange (skøn for 2017).

Tobaksrygning er faldet kraftigt i Danmark, og andelen af rygere er nu forholdsvis lille

Andelen af voksne, der ryger dagligt, faldt fra over 30 % i 2000 til 17 % i 2017, hvilket er et af de største fald i alle EU-landene: Danmark havde en af de højeste andele af rygere i 2000, men befinder sig nu i den nederste tredjedel af landene (figur 6).

Antallet af rygere blandt unge er også lavere i Danmark end i de fleste andre EU-lande. I 2015 rapporterede 21 % af pigerne og 17 % af drengene blandt de 15-16-årige, at de havde røget cigaretter i den seneste måned. I de senere år er andre tobaksvarer end traditionelle cigaretter, såsom e-cigaretter, begyndt at blive mere populære, især blandt yngre danskere.

Overdrevent alkoholforbrug er et stort folkesundhedsproblem i Danmark

Der er gjort begrænsede fremskridt med at tackle overdrevent alkoholforbrug blandt unge. I 2015 rapporterede mere end halvdelen af de 15-16-årige drenge og piger, at de mindst én gang i løbet af den seneste måned havde drukket kraftigt (kraftigt lejlighedsdrikkeri eller lejlighedsvist storforbrug af alkohol²), hvilket er den højeste andel blandt alle EU-landene.

Andelen af voksne, som indberetter et lejlighedsvist storforbrug af alkohol, er faldet i de seneste år, selv om mere end én ud af fire voksne danskere (27 %) har indberettet kraftigt lejlighedsdrikkeri mindst én gang om måneden gennem det seneste år. Andelen blandt mænd (35 %) var næsten dobbelt så stor som blandt kvinder (18 %).

2: Lejlighedsvist storforbrug af alkohol blandt unge defineres som indtagelse af mindst fem alkoholiske drikke ved én enkelt lejlighed.

Forekomsten af fedme blandt voksne vokser i Danmark

Mere end én ud af seks voksne i Danmark (17 %) blev anset som svært overvægtig i 2017, og forekomsten er steget støt i de sidste ti år og er nu højere end i de fleste andre EU-lande. Denne stigende tendens kan til dels forklares med dårlige kostvaner. Næsten halvdelen af de danske voksne oplyser, at de ikke spiser mindst én frugt (46 %) eller mindst én grøntsag (41 %) dagligt.

Andelen af voksne danskere, der angiver, at de som minimum udfører moderat fysisk aktivitet én gang om ugen, er større end i de fleste andre EU-lande. En fjerdedel af de voksne opfyldte dog ikke den WHO-anbefalede retningslinje om et minimum af fysisk aktivitet pr. uge i 2017.

Andelen af danske teenagere, der angiver, at de som minimum udfører moderat fysisk aktivitet hver dag, er blandt de laveste i EU-landene. Dette er især tilfældet blandt teenagepiger: kun 7 % af 15-årige piger i Danmark oplyste, at de udførte et minimum af moderat fysisk aktivitet i 2013-14, hvilket er under halvdelen af andelen af 15-årige drenge (16 %).

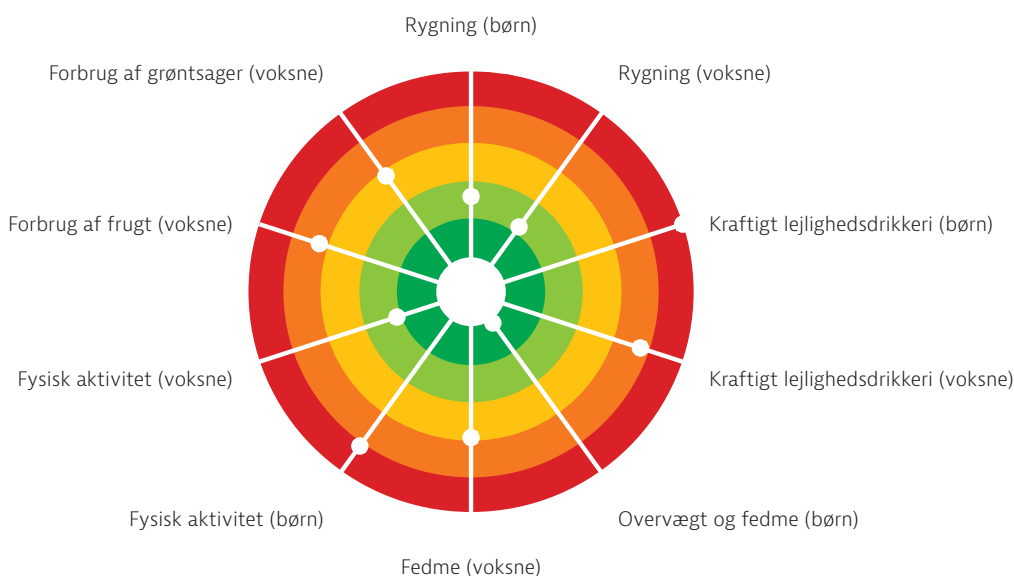
De danske kommuner har iværksat en række initiativer til forbedring af ernæringen og det fysiske aktivitetsniveau som en del af deres overordnede ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme.

Social ulighed medfører sundhedsrisici

En række adfærdsmæssige risikofaktorer i Danmark ses hyppigere blandt personer med et lavt uddannelsesniveau eller en lav indkomst. F.eks. var antallet af rygere blandt voksne med det laveste uddannelsesniveau i 2017 næsten tre gange større end blandt personer med en videregående uddannelse. Det er blevet anslået, at social ulighed, hvad angår rygning, fysisk aktivitet, kost og indtagelse af alkohol, tegner sig for ca. 60 % af uligheden, hvad angår dødelighed (Sundhedsstyrelsen, 2011).



Figur 6. Overdrevent alkoholforbrug og den stigende forekomst af fedme blandt voksne er væsentlige folkesundhedsmæssige problemer i Danmark



Bemærk: Jo tættere prikken er på midten, jo bedre klarer landet sig i forhold til andre EU-lande. Ingen lande ligger i det hvide "målområde", da der er plads til forbedring i alle lande på alle områder.

Kilde: OECD-beregninger baseret på ESPAD-undersøgelsen fra 2015 og HBSC-undersøgelsen 2013-14 for børneindikatorer og på EU-SILC 2017, EHIS 2014 og en national undersøgelse i 2017 for voksenindikatorer.

4 Sundhedssystemet

De danske regioner og kommuner er førende inden for planlægning og levering af sundhedspleje

Det danske sundhedsvæsen er fortsat decentraliseret, hvad angår folkesundheden og levering af sundhedsydelser, selv om der er sket en gradvis centralisering af den overordnede planlægning og regulering til nationalt niveau (boks 1). Regeringen

står for regulering, tilsyn, generel planlægning og kvalitetsovervågning, mens regionerne er ansvarlige for detaljeret planlægning, defineret og levering af sundhedsydelser på hospitalerne, og kommunerne har ansvaret for sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse, rehabilitering, hjemmepleje og ikke-specialiseret langtidspleje. De nationale sundhedsmyndigheder fastsætter standarder og vurderer sundhedsplejens kvalitet.

Boks 1. I de seneste reformer er sundhedsplejen blevet omorganiseret

Strukturreformen i 2007 medførte, at 14 amter blev til 5 store regioner, og at antallet af kommuner skrumpede fra 275 til 98. Strukturreformen havde også til formål at rationalisere hospitalsnetværket, så der bliver færre, større og mere specialiserede hospitaler. Det politiske incitament til reformen var at centralisere og koncentrere ressourcerne med henblik på at forbedre kvaliteten og kontrollen med udgifterne. Samtidig med en modernisering af hospitalerne havde reformen også til formål at sikre mere sammenhængende patientforløb

(navnlig for kræft og hjertesygdomme) og styrke kvalitetskontrollen.

Der er løbende iværksat nye initiativer for at styrke koordineringen af behandling og pleje. Nye initiativer fokuserer særligt på at afhjælpe manglen på praktiserende læger i underforsynede områder og på at sikre en bedre opfyldelse af behovene hos patienter med kroniske lidelser.

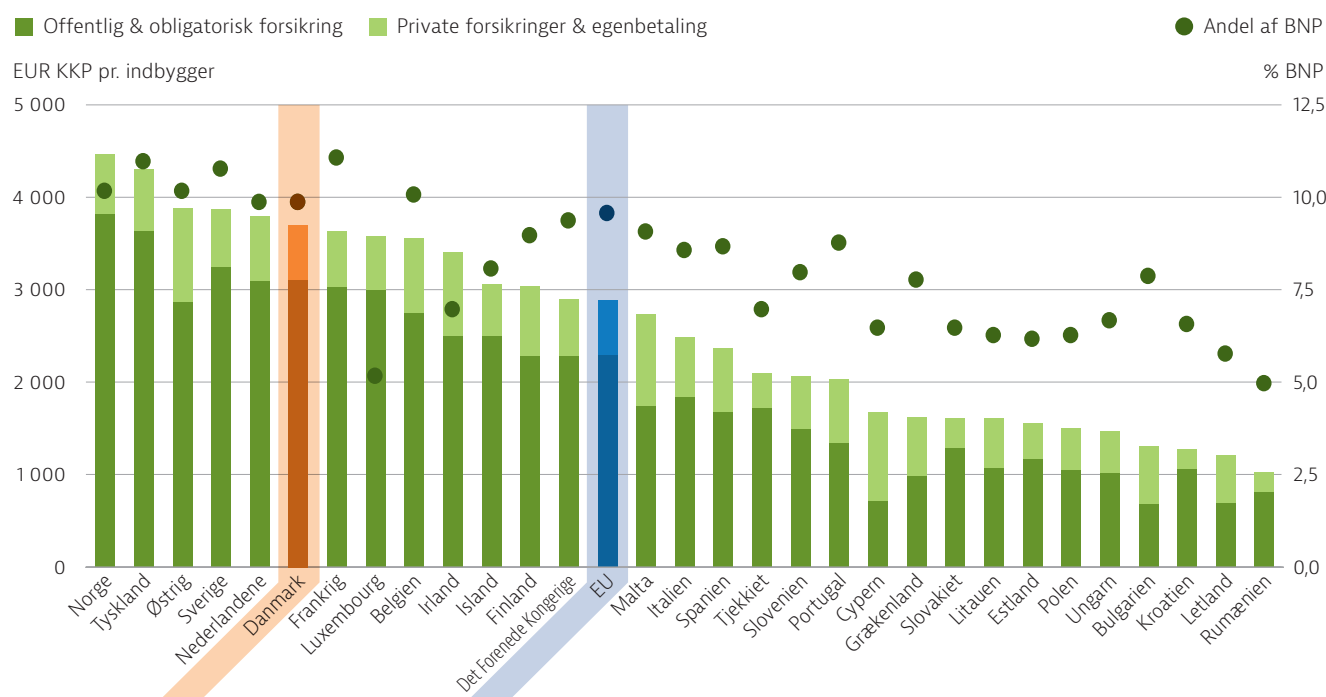
Sundhedsudgifterne i Danmark er højere end i de fleste andre EU-lande

I 2017 brugte Danmark 10,1 % af BNP på sundhed, hvilket er mere end EU-gennemsnittet (9,8 %), men mindre end i andre nordiske lande som Sverige og Norge (figur 7). Udgifterne pr. person (3 695 EUR i 2017) var også

højere end EU-gennemsnittet (2 884 EUR (justeret for forskelle i købekraft)).

Sundhedsudgifterne i faste priser er steget med gennemsnitligt 1,4 % om året siden 2009, svarende til vækstraten i EU som helhed.

Figur 7. Sundhedsudgifterne i Danmark er høje både pr. indbygger og som andel af BNP



Kilde: OECD Health Statistics 2019 (2017-data).

Ambulant behandling er den største kategori af sundhedsudgifter i Danmark

Den største kategori af sundhedsudgifter i Danmark er ambulant behandling (især undersøgelser hos de praktiserende læger og ambulant behandling på og uden for hospitalet), som tegnede sig for mere end en tredjedel af alle sundhedsudgifter i 2017 (figur 8). Dette afspejler de reformbestræbelser, der er gjort for at dæmme op for udgifterne til hospitalsindlæggelser og samtidig udvikle den ambulante behandling.

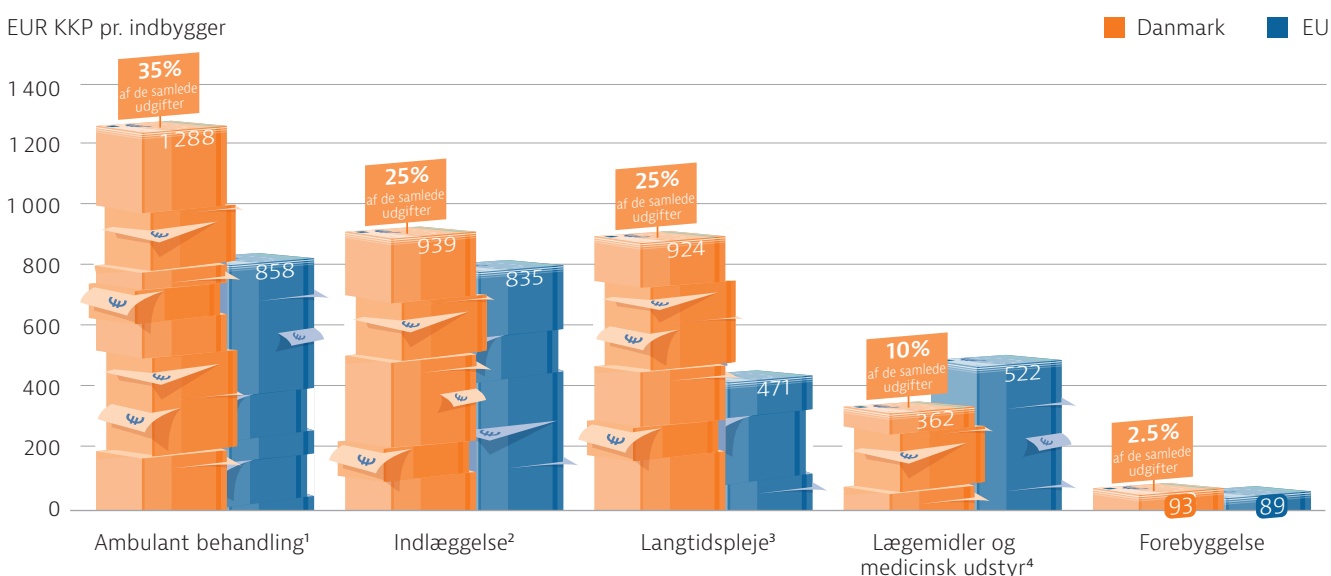
Indlæggelser (typisk på hospitaler) tegnede sig for en fjerdedel af sundhedsudgifterne, og det er mindre end for ti år siden. Langtidspleje tegner sig også for en fjerdedel af sundhedsudgifterne, hvilket er næsten dobbelt så meget som EU-gennemsnittet, men dog noget lavere end i Sverige og Norge.

På den anden side er udgifterne til lægemidler og medicinsk udstyr, der udleveres uden for hospitalerne, lave i Danmark og udgør kun 10 % af de samlede

sundhedsudgifter i 2017 (sammenlignet med 18 % i EU som helhed). Dette afspejler de igangværende bestræbelser på at kontrollere væksten i udgifterne til lægemidler (se afsnit 5.3). Det er også vigtigt at bemærke, at dette ikke omfatter udgifter til lægemidler på hospitaler, som hører til under hospitalsindlæggelse eller ambulant behandling. Medtagelse af udgifter til lægemidler på hospitalerne ville føje yderligere 70 % til udgifterne i detailhandlen.

Kun 2,5 % af sundhedsudgifterne i Danmark blev afsat til forebyggelsesprogrammer i 2017, hvilket er mindre end EU-gennemsnittet på 3,1 %. Der er imidlertid stor usikkerhed omkring de ressourcer, der afsættes til forebyggelse og sundhedsfremme, fordi nogle aktiviteter indgår i ambulant behandling og i overordnede kommunale budgetter.

Figur 8. De vigtigste kategorier af sundhedsudgifter er ambulant behandling og langtidspleje



Bemærk: Administrationsomkostninger er ikke medregnet. 1. Omfatter hjemmepleje. 2. Omfatter behandling/rehabiliterende behandling på hospitaler og andre steder. 3. Indeholder kun sundhedskomponenten. 4. Omfatter kun det ambulante marked.

Kilde: OECD Health Statistics 2018; Eurostats database (2017-data).

Danskerne har gratis adgang til en bred vifte af sundhedsydelser

Finansieringen af sundhedsvæsenet består af en generel progressiv indkomstskat til det statslige budget og en progressiv indkomstskat til det kommunale budget. Den offentlige andel af sundhedsudgifterne har ligget forholdsvis stabilt på omkring 84 % af de samlede sundhedsudgifter, hvilket er væsentligt højere end EU-gennemsnittet (79 % i 2017).

Egenbetalingen er generelt set lav og udgør kun 14 % af alle sundhedsudgifter i 2017 (sammenlignet med et EU-gennemsnit på 16 %), men spiller stadig en vigtig rolle med hensyn til betaling for medicin, tandlægebehandling, fysioterapi og briller. Selv om en betydelig del af befolkningen er dækket af en privat sygeforsikring (ca. 40 % er dækket af en supplerende privat forsikring og 35 % af en overlappende privat forsikring), udgør betalinger via frivillige sygeforsikringsordninger under 3 % af alle sundhedsudgifter.

Hospitalerne er i overvejende grad ejet af det offentlige, mens de fleste praktiserende læger er selvstændige

Personer, der er bosiddende i Danmark, skal generelt lade sig registrere hos en praktiserende læge, der sørger for den primære sundhedspleje, og som fungerer som visitator i forhold til adgang til hospitals- og speciallægebehandling. De praktiserende læger er hovedsagelig selvstændige i private solo- eller gruppepraksisser og har indgået en kollektiv overenskomst med regionale sundhedsmyndigheder.

Næsten alle hospitaler ejes og drives af de danske regioner (mindre end 5 % af hospitalssengene er på privathospitaler). De fleste hospitaler tilbyder både indlæggelse og ambulans behandling samt akut behandling døgnet rundt.

Danmark har relativt få sengepladser og korte gennemsnitlige indlæggelsestider

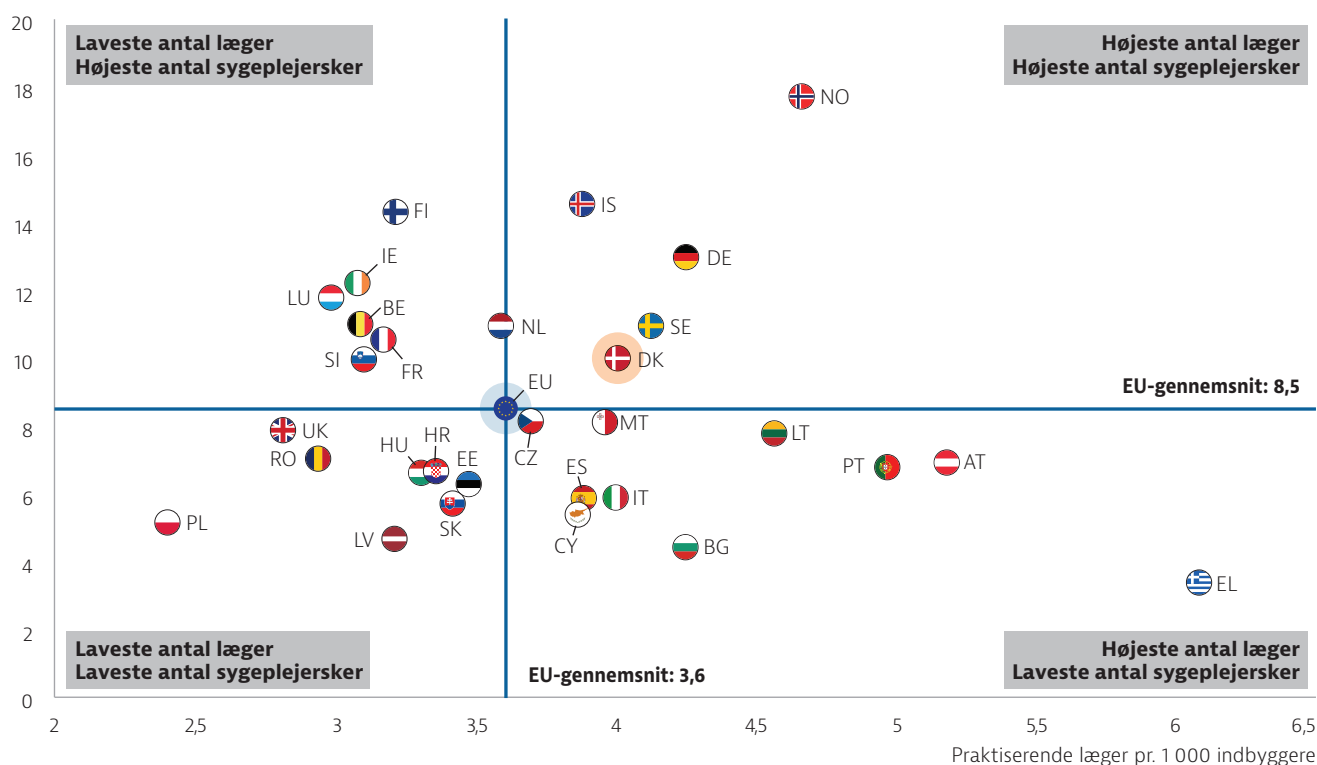
Antallet af sengepladser i forhold til befolkningen er faldet støt i Danmark siden begyndelsen af 1990'erne og var i 2016 kun omkring halvdelen af EU-gennemsnittet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospitalet er også faldet som følge af ændringer i behandlingsmuligheder og politikker til fremme af tidligere udskrivelse af patienter, der ikke længere behøver at blive på hospitalet (se afsnit 5.3).

Danmark har en betydelig arbejdsstyrke på sundhedsområdet

Antallet af læger og sygeplejersker i forhold til befolkningen i Danmark er højere end EU-gennemsnittet, selv om det er lavere end i Sverige og Norge (figur 9). Omkring en femtedel af lægerne er alment praktiserende.

Figur 9. Danmark har et større antal læger og sygeplejersker end EU-gennemsnittet

Praktiserende sygeplejersker pr. 1 000 indbyggere



Bemærk: Antallet af sygeplejersker i Danmark er lavere end tidligere indberettet, fordi den gruppe af sundhedspersonale, der tidligere blev indberettet i kategorien associate professional nurses (social- og sundhedsassistenter), nu indberettes i kategorien caring personnel (omsorgspersonale). I Portugal og Grækenland henviser dataene til alle læger, der har autorisation til at praktisere, hvilket resulterer i en stor 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 (data for 2017 eller nærmeste år).

5 Sundhedssystemets resultater

5.1. Effektivitet

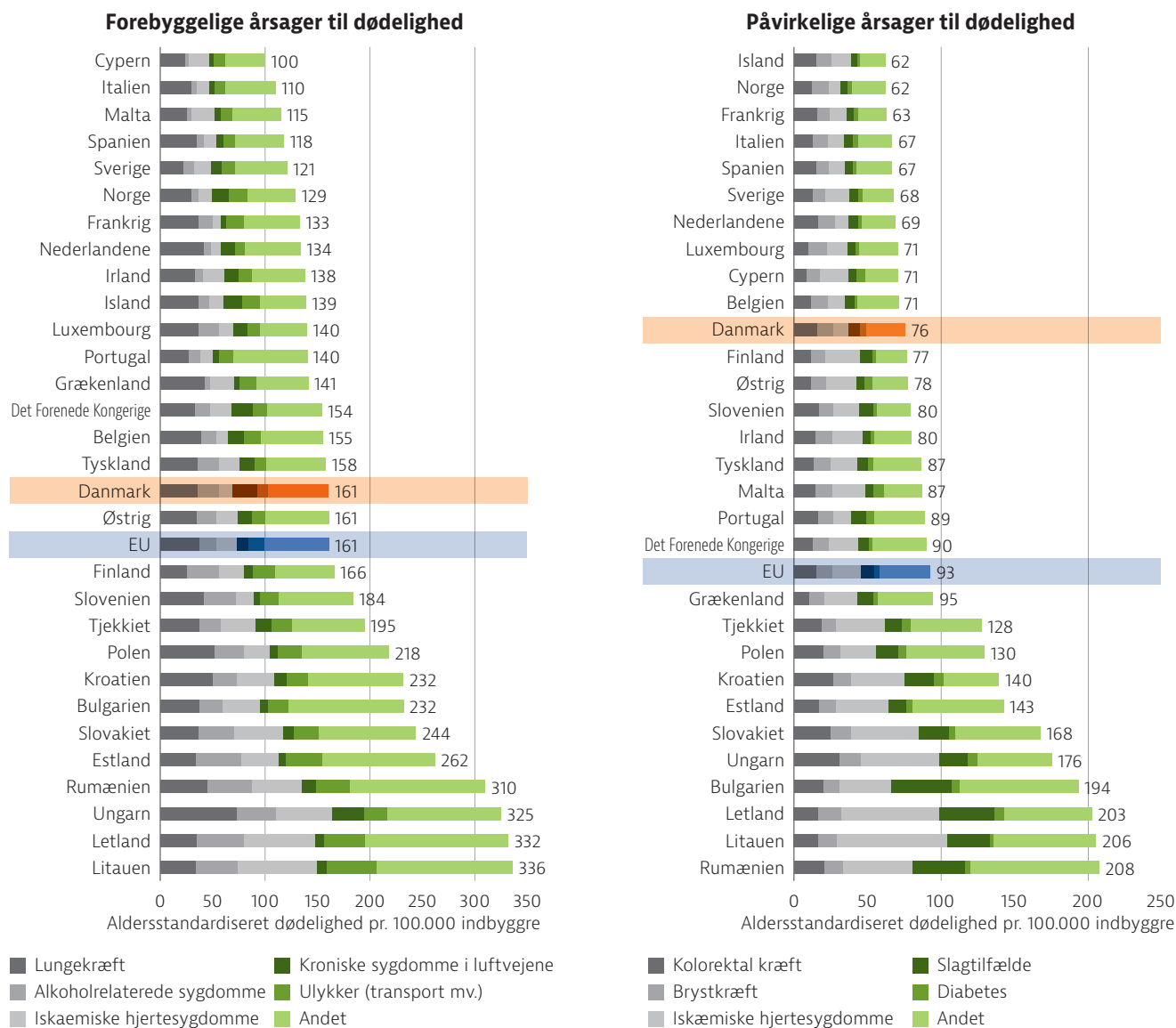
Den forebyggelige dødelighed ligger tæt på EU-gennemsnittet, men den påvirkelige dødelighed er lav

Antallet af dødsfald i Danmark, som skyldes forhold, der kan forebygges, ligger kun lidt under EU-gennemsnittet, hvilket tyder på, at en højere prioritering af forebyggelsestiltag fremadrettet kan bidrage til at reducere for tidlig død. De vigtigste årsager til forebyggelig dødelighed i Danmark er lungekræft, ulykker (herunder trafikulykker og andre hændelige

dødsfald), alkoholrelaterede dødsfald og iskæmiske hjertesygdomme (figur 10). Forekomsten af forebyggelige dødsfald faldt med over 10 % mellem 2011 og 2016, hovedsagelig på grund af fald i dødeligheden som følge af iskæmiske hjertesygdomme.

Danmark klarer sig bedre med hensyn til påvirkelig dødelighed, hvilket tyder på, at sundhedssystemet er effektivt til at redde liv for personer med livstruende sygdomme. De største årsager til dødelighed, der kan påvirkes, er kolorektal kræft, brystkræft, iskæmiske hjertelidelser og slagtilfælde. Mellem 2011 og 2016 faldt den påvirkelige dødelighed med 16 % til et godt stykke under EU-gennemsnittet.

Figur 10. Den forebyggelige dødelighed ligger tæt på EU-gennemsnittet, men den påvirkelige dødelighed er lav



Bemærk: Forebyggelig dødelighed defineres som død, der hovedsagelig kan forebygges gennem foranstaltninger i den offentlige og primære sundhedssektor. Dødelighed som følge af årsager, der kan påvirkes (eller håndteres), defineres som død, der hovedsagelig kan undgås ved hjælp af sundhedsydelser, herunder screening og behandling. Begge indikatorer henviser til for tidlig død (under 75 år). Dataene er baseret på de reviderede OECD-/Eurostat-liste.
Kilde: Eurostats database (2016-data).

Tobakspolitik har medført færre tobaksrelaterede dødsfald, men det er muligt at gøre yderligere fremskridt

Antallet af rygere er faldet kraftigt i Danmark siden 2000 og er nu meget tættere på det niveau, der ses i andre nordiske lande, men nye tobaksprodukter (f.eks. e-cigaretter) bliver stadig mere populære og skaber nye udfordringer. Potentialet for yderligere reduktion af antallet af rygere blandt voksne er betydeligt, da næsten tre fjerdedele af de daglige rygere i 2017 angav, at de ønskede at holde op med at ryge (Sundhedsstyrelsen et al., 2017).

Nationale rygestopprogrammer er blevet indført som supplement til de kommunale ydelser for dem, der ikke ønsker at deltage i individuelle rådgivningsprogrammer. Et digitalt (mobilt sundheds-) program er tilgængeligt for voksne rygere (E-kvit), og et andet er udviklet til unge mennesker (XHALE).

Den danske tobakslov, der blev vedtaget i juni 2016, indeholder en række bestemmelser som f.eks. krav om sundhedsadvarsler på tobaksvarer, forbud mod mærkning, der angiver, at en bestemt tobaksvarer er mindre skadelig end andre, og et forbud mod salg af snus (selv om salg af tyggetobak fortsat er lovligt). Høj beskatning af tobaksvarer anvendes også som et økonomisk middel til at afskrække unge fra at begynde at ryge og til at opfordre rygere til at holde op med at ryge.

Alkoholpolitikken har kun haft ringe virkning med hensyn til at reducere drikkeri blandt mindreårige og et overdrevent alkoholforbrug generelt

Drikkeri blandt mindreårige og et overdrevent alkoholforbrug er stadig væsentlige problemer for folkesundheden i Danmark (se afsnit 3). En ud af 14 voksne (7 %) i 2017 havde et større forbrug end den højrisikogrænse, som Sundhedsstyrelsen har fastsat for indtagelse af alkohol. Mindst en tredjedel i denne gruppe erkendte, at de havde et alkoholproblem, og sagde, at de ønskede at reducere deres forbrug (Sundhedsstyrelsen, 2017).

En dansk lov forbyder salg af alkohol til personer under 16 år. Ikke desto mindre drikker mange danske unge alkohol, og mange angiver, at de har været berusede mere end én gang. Sundhedsstyrelsens indsats til regulering af alkoholforbruget fokuserer hovedsagelig på forebyggelse af alkoholmisbrug i visse sammenhænge ved hjælp af projekter som f.eks. 'Ansvarlig udskænkning'- og 'Unge og alkohol'-kampagner på festivaler og spillesteder. Sundhedsstyrelsen giver også kommunerne evidensbaserede anbefalinger om forebyggelse af alkoholmisbrug.

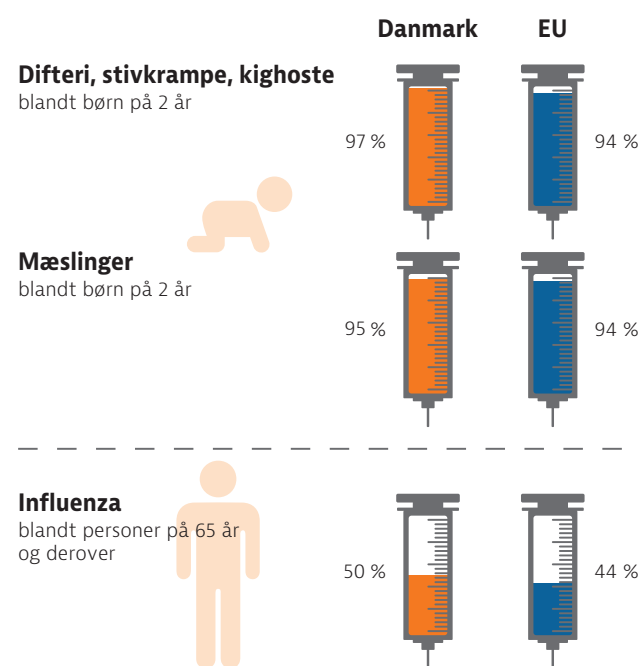
Vaccinationsprocenten blandt danske børn er høj, men kan forbedres blandt de ældre

Vaccination er fortsat en af de mest effektive metoder til at mindske spredningen af smitsomme sygdomme. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udvikle og føre tilsyn med gennemførelsen af nationale vaccinationsprogrammer for børn og voksne. Styrelsen anbefaler forskellige typer vacciner til børn, selv om ingen er obligatoriske, og anbefaler vaccination mod influenza blandt ældre mennesker og andre risikogrupper (Rechel, Richardson og McKee, 2018).

Vaccinationsprocenten for mæslinger, difteri, stivkrampe og kighoste blandt danske børn er høj, idet den udgør 95 % eller derover og dermed opfylder WHO's anbefaling (figur 11).

Vaccination mod influenza er gratis for personer på 65 år eller derover og for andre risikogrupper. Selv om dækningen i denne befolkningsgruppe fortsat ligger et godt stykke under det mål på 75 %, som WHO anbefaler, er den steget i løbet af de senere år fra 44 % i 2015/16 til 50 % i 2017/18. En del af denne stigning kan dog blot skyldes en forbedret registrering af vaccinationer af ældre i det danske vaccinationsregister.

Figur 11. Vaccinationsprocenten er høj for børn, men kun halvdelen af de ældre bliver vaccineret mod influenza



Bemærk: Dataene vedrører den tredje dosis for difteri, stivkrampe og kighoste og den første dosis for mæslinger. Kilde: WHO's og UNICEF's data for børn; OECD Health Statistics 2019 (for personer på 65 år og derover). Dataene refererer til 2018 eller nærmeste år.

Behandlingen af kroniske sygdomme kan forbedres

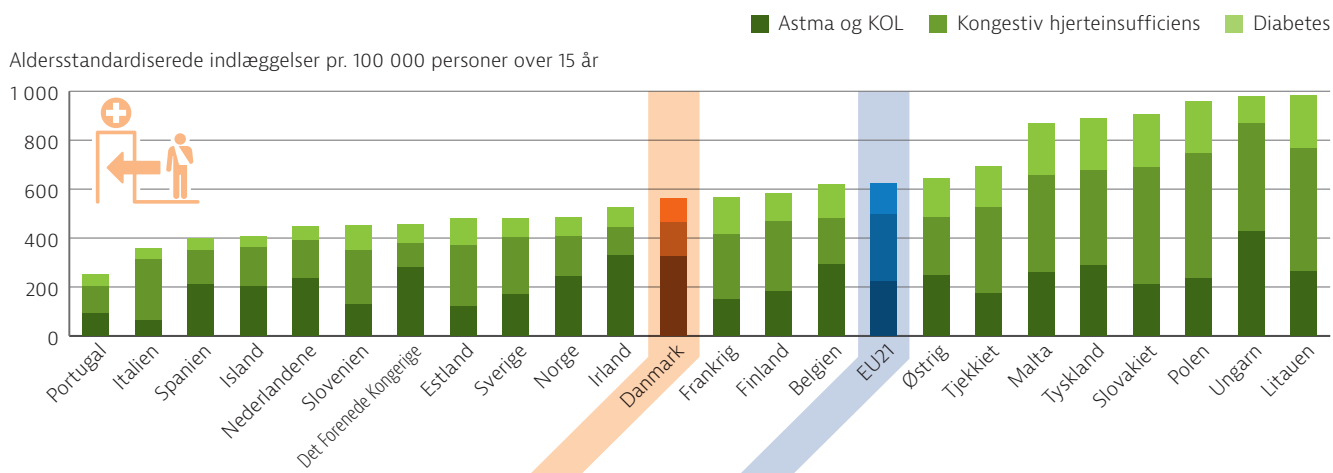
Antallet af hospitalsindlæggelser i Danmark er fortsat relativt højt for visse kroniske lidelser, der bedre vil kunne håndteres i den primære sektor for dermed at undgå hospitalsindlæggelser. Dette gælder især astma og KOL, hvor Danmark har en af de højeste rater for indlæggelser, der potentielt kunne undgås (figur 12).

Der er også store forskelle mellem regioner og kommuner med hensyn til potentielt undgåelige indlæggelser. For eksempel var der i 2015 en forskel på 50 % i regionerne, hvad angår indlæggelsesraten for

diabetes (i forhold til antallet af diabetikere i de enkelte regioner). Mere generelt var antallet af undgåelige indlæggelser af personer over 65 år to gange højere i nogle kommuner end i andre i 2015 (fra færre end 40 til flere end 90 pr. 1 000 indbyggere over 65 år). Disse indlæggelser var positivt korreleret med nærheden til et hospital (OECD, 2017).

Danmark bestræber sig på at øge brugen af e-sundhed og mere specifikt telesundhed for at forbedre kvaliteten og effektiviteten af plejen af personer med kroniske lidelser og mindske antallet af hospitalsindlæggelser (boks 2).

Figur 12. Antallet af potentielt undgåelige hospitalsindlæggelser er højt for visse kroniske sygdomme



Kilde: OECD Health Statistics 2019 (data for 2017 eller nærmeste år).

Boks 2. Fornyet indsats for fremme af telesundhed i Danmark

I marts 2018 offentliggjorde et bredt partnerskab under Healthcare Denmark en hvidbog om den danske tilgang til national gennemførelse af telesundhed med henblik på forbedring af kvaliteten og effektiviteten af pleje. Partnerskabet omfatter Sundhedsministeriet, de danske regioner og en række erhvervspartnerne.

Hvidbogen er baseret på den mangeårige udvikling af telesundhed og har til formål at udbrede en række vellykkede telesundhedsprojekter til hele landet. For eksempel deltog ca. 1 400 KOL-patienter i Region Nordjylland i perioden 2013-2018 i et hjemmemonitoreringsprogram, der blev udbudt af TeleCare Nord. Deltagerne angav en

forbedret livskvalitet, og antallet og længden af hospitalsindlæggelser blev reduceret med henholdsvis 11 % og 20 %. På grundlag af disse positive resultater vil udbuddet af hjemmemonitorering blive udvidet til også at omfatte patienter med hjertesvigt.

Hvidbogen anbefaler også brug af telesundhed med henblik på forebyggelse og øgning af patientbevidstheden om risikofaktorer. Nogle telesundhedsprojekter er udformet til at motivere patienter med kroniske sygdomme til at leve sundere og forbedre behandlings-compliance.

Kilde: Healthcare Denmark (2018).

Hospitaller yder behandling af høj kvalitet til personer, der har behov for akut pleje

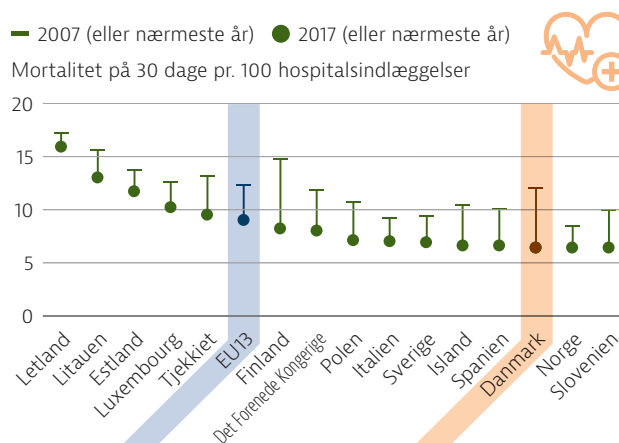
Hospitallerne i Danmark yder effektiv behandling af personer, der har behov for akut pleje i forbindelse med livstruende sygdomme, herunder navnlig hjerte-kar-sygdomme. Der er gjort betydelige fremskridt i løbet af de seneste ti år med hensyn til at reducere dødeligheden for personer, der er indlagt på hospitalet for akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet), gennem optimering af førstehjælpsbehandlingen og forbedring af akutbehandlingen (figur 13).

Behandlingen af kræft er generelt god, men forekomsten og dødeligheden er fortsat høj

Overlevelsen efter diagnosticering af forskellige typer kræft er også blevet forbedret i Danmark i løbet af det seneste årti og er højere end i andre EU-lande (figur 14). For brystkræft skyldes den høje overlevelsesrate delvist en relativt høj screeningsrate, der medfører tidligere diagnosticering: I 2016 var over 80 % af de danske kvinder i alderen 50-69 år blevet screenet inden for de seneste to år i overensstemmelse med anbefalingerne, sammenlignet med kun ca. 60 % i EU som helhed (OECD, 2019).

Dødeligheden for mange typer kræft er dog fortsat højere i Danmark end i de fleste andre EU-lande på grund af højere forekomster af nye tilfælde, navnlig for lungekræft og kolorektal kræft. De nye politikker til bekæmpelse af tobaksforbrug, der er vedtaget siden 2016, bør medvirke til at mindske dødeligheden som følge af lungekræft yderligere.

Figur 13. Dødeligheden efter hospitalsindlæggelse for akut myokardieinfarkt er lav



Bemærk: Tallene er baseret på patientoplysninger og er blevet alders- og kønsstandardiseret til den OECD-population på 45 år og derover, der var indlagt på hospitalet for akut myokardieinfarkt i 2010.
Kilde: OECD Health Statistics 2019.

Den nuværende kræftplan (som er Danmarks fjerde) blev lanceret i februar 2017 og løber frem til 2020. Planen er baseret på en aftale mellem regeringen, regionerne og kommunerne, og gennemførelsen overvåges af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Regeringen har afsat et budget på 2,2 mia. kroner (ca. 295 mio. EUR) i perioden 2017-20 til forbedring af forebyggelsen, diagnosticeringen og behandlingen af kræft. Planen omfatter tre nationale mål og 16 nye initiativer som f.eks. fremme af en mere udbredt anvendelse af hjemmebaseret behandling eller behandling tæt på patientens hjem samt øget screening og tidlig diagnosticering.

Figur 14. 5-årsoverlevelsen for kræftpatienter er generelt højere end EU-gennemsnittet



Prostatakræft
Danmark: 86 %
EU26: 87 %



Brystkræft
Danmark: 86 %
EU26: 83 %



Tyktarmskræft
Danmark: 62 %
EU26: 60 %



Lungekræft
Danmark: 17 %
EU26: 15 %

Bemærk: Dataene refererer til overlevelse fem år efter diagnosen for personer, der blev diagnosticeret mellem 2010 og 2014.
Kilde: CONCORD-programmet, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

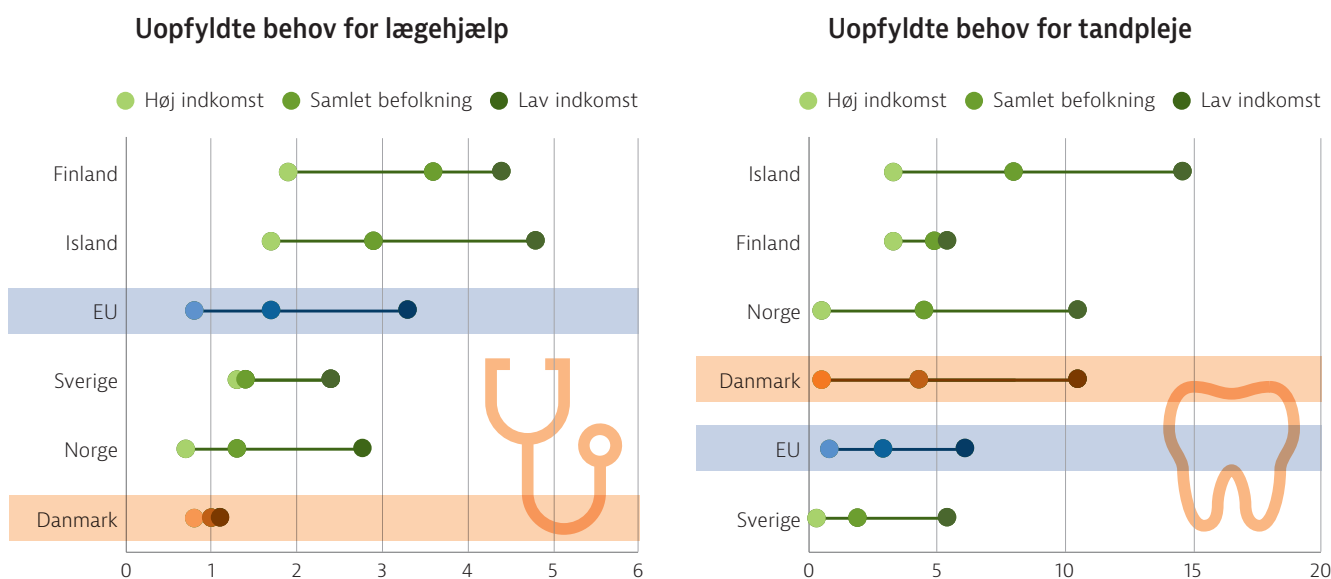
5.2. Tilgængelighed

Den omfattende offentlige dækning af sundhedsydelser resulterer i et lavt niveau af uopfyldte behov

Alle danske statsborgere er omfattet af den offentlige sygesikringsordning, som dækker de fleste af udgifterne til lægebehandling (se afsnit 4). Omfanget af uopfyldte behov for lægebehandling, der skyldes omkostninger, afstand eller ventetider, er meget lavt (indberettet af kun 1 % af befolkningen i 2017). Der er næsten heller ingen forskel mellem de uopfyldte behandlingsbehov, der indberettes af personer i den laveste og den højeste indkomstkventil (figur 15).

De uopfyldte behov er dog større for ydelser, der i mindre grad dækkes af den offentlige sygesikring. For eksempel har lidt over 4 % af danskerne rapporteret om uopfyldte behov for tandpleje i 2017, hovedsagelig af økonomiske årsager. Denne andel var meget større blandt befolkningen i den laveste indkomstkventil (mere end 10 %).

Figur 15. Omfanget af uopfyldte behov er lavt for lægehjælp, men højere for tandpleje



Bemærk: Dataene refererer til behov for læge- eller tandlægeundersøgelser eller -behandlinger, der er uopfyldte på grund af omkostninger, afstand eller ventetider.

Kilde: Eurostat Database, baseret på EU-SILC (2017-data).

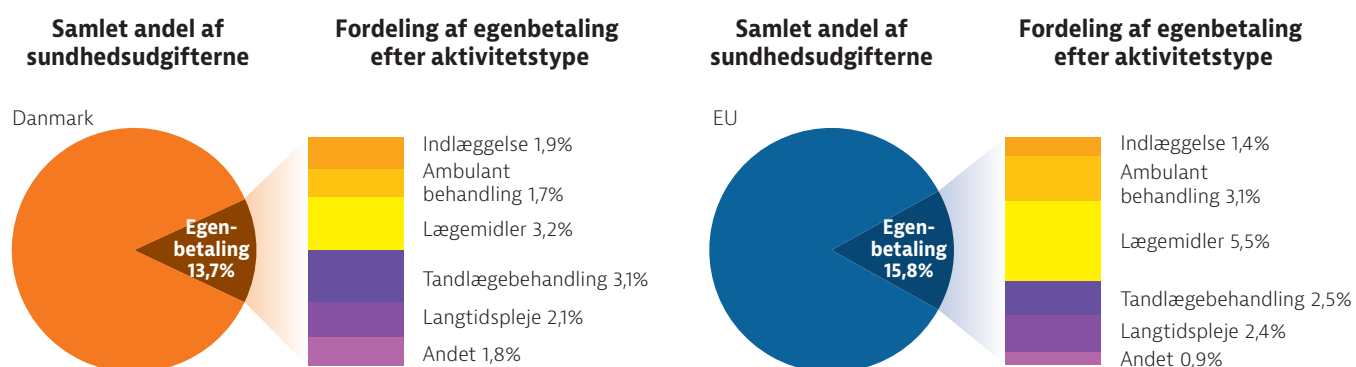
Grænserne for egenbetaling i Danmark beskytter sårbare grupper mod store udgifter

Der er ingen egenbetaling for hospitalsydelser og primære sundhedsydelser, men voksne danskere skal selv betale for tandpleje (35-100 % af de samlede udgifter), receptpligtige lægemidler købt uden for hospitaler og andet medicinsk udstyr som f.eks. høreapparater og briller. Tilskuddet til lægemidler købt uden for hospitaler stiger progressivt, og der er et samlet loft på 4 110 kroner (550 EUR) om året. Der findes også yderligere behovsvurderet social bistand til ældre og socialt dårligt stillede personer (Commonwealth Fund, 2017).

En stigende andel af danskerne køber en privat tillægsforsikring til betaling for lægemidler, tandpleje, fysioterapi og andre ydelser, mens supplerende (overlappende) forsikring (der giver udvidet og hurtigere adgang til private leverandører) ofte tilbydes som et personalegode. Betalinger gennem private sundhedsforsikringer udgør dog under 3 % af alle sundhedsudgifter.

De danske borgere betaler selv ca. 14 % af deres sundhedsudgifter, og denne andel er lavere end i EU som helhed (figur 16). Denne andel har været ret stabil i de seneste ti år. En stor del af egenbetalingen går til lægemidler og tandpleje.

Figur 16. Egenbetalingen vedrører hovedsagelig lægemidler og tandpleje



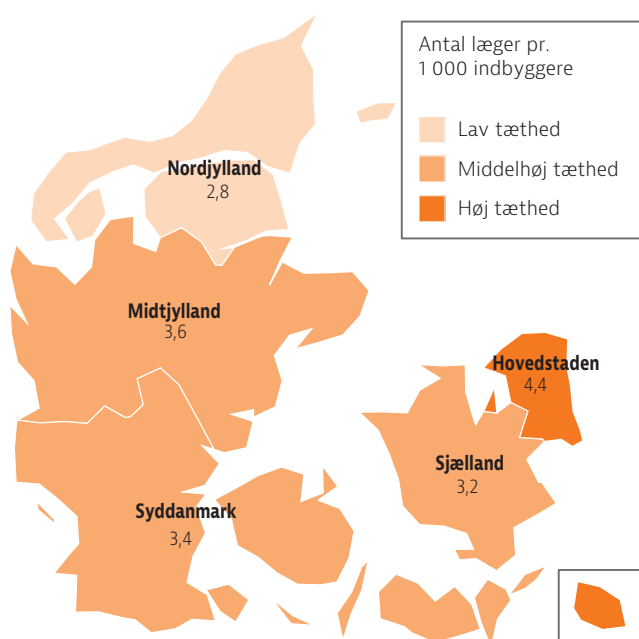
Kilde: OECD Health Statistics 2019 (2017-data).

Selv om Danmark har et stort antal sundhedspersoner, er der også mangel på dem

Antallet af læger og sygeplejersker pr. indbygger i Danmark er lidt højere end EU-gennemsnittet (se afsnit 4). Det er dog kun ca. 20 % af lægerne, der er praktiserende læger, og Danmark står over for en mangel herpå, især i landdistrikter og fjernereliggende områder, herunder på de afsidesliggende øer og i den nordlige del af landet (figur 17).

Der er også store forskelle mellem landets kommuner. I marts 2018 var over 90 % af de praktiserende læger i 12 kommuner ikke længere i stand til at tage nye patienter ind, mens denne andel i 12 andre kommuner var under 30 %.

Figur 17. Antallet af læger pr. indbygger er lavere i Nordjylland end i andre regioner



Kilde: Eurostats database (2015-data).

I fjernereliggende områder kan en række foranstaltninger benyttes til at håndtere manglen på læger. For eksempel gjorde ændringer af sundhedsloven i 2013 det muligt for regionerne at outsource almindelige lægeydelser til en privat sundhedsudbyder eller at etablere et midlertidigt regionalt sundhedshus.

I 2018 lancerede regeringen en ny strategi for at styrke almen praksis i hele landet, ledsaget af 16 initiativer. Disse omfatter en forøgelse af antallet af studerende, der kan vælge almen medicin som speciale, og en forbedring af arbejdsvilkårene for de praktiserende læger, fastholdelse af ældre praktiserende læger (navnlig ved at fritage dem for det nye krav om fornyet akkreditering), bedre arbejdsdeling med sygeplejersker og andet kompetent personale i almen praksis, mindske af den administrative byrde med patientjournaler og udvikling bedre digitale løsninger til kommunikation med patienter og andre sundhedsudbydere.

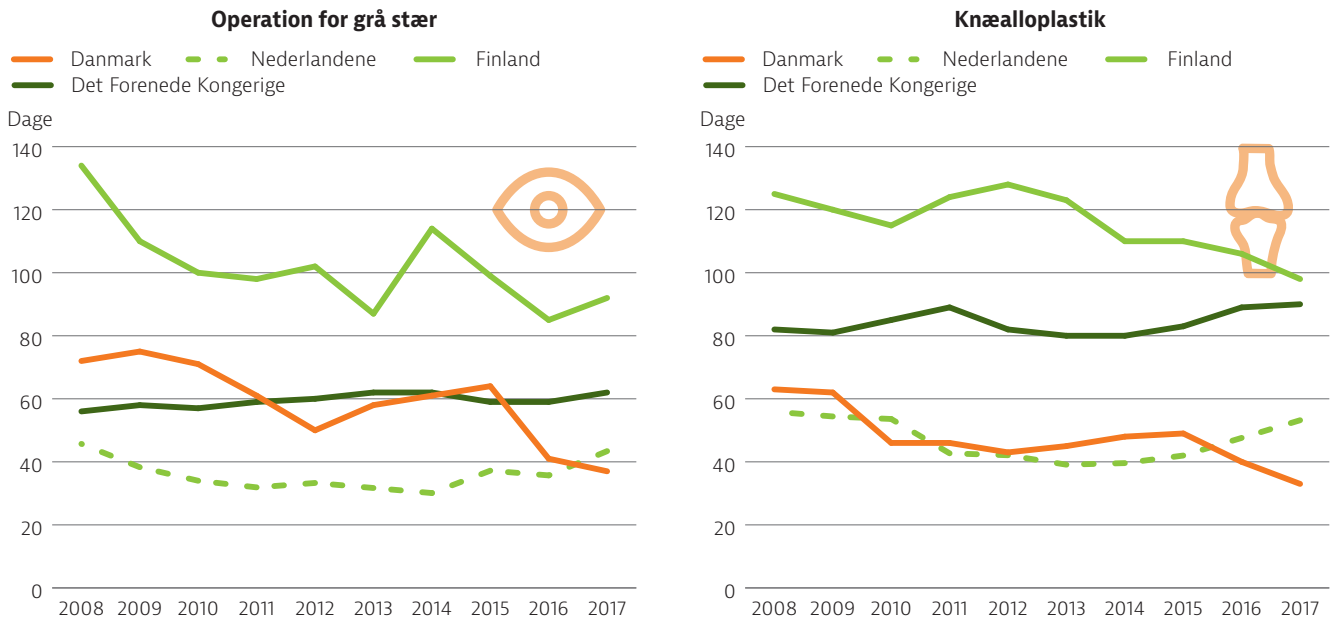
De politiske tiltag til reducere af ventetiderne har været effektive

Et af principperne i den danske sundhedslov er at sikre, at der er korte ventetider på behandling. Danmark begyndte i 2000'erne at anvende en kombination af garanterede maksimale ventetider og patientvalg af udbyder for at reducere ventetiden. I 2002 havde patienterne en garanteret maksimal ventetid på to måneder, som blev reduceret til en måned i 2007, kombineret med et frit valg af udbyder. Hvis hospitalet forventer, at garantien ikke vil blive overholdt, er det under denne ordning forpligtet til at oplyse patienten om alternative muligheder, som kan være andre offentlige eller private hospitaler. Hvis behandlingen finder sted uden for regionens egne hospitaler, dækkes udgifterne af den region, som patienten bor i. Ud over disse tiltag har der været betydelig succes med at øge aktiviteterne og produktiviteten på de offentlige hospitaler ved at reducere den gennemsnitlige indlæggelsestid og overgå til ambulant behandling.

Denne kombination af politiske initiativer førte til en reduktion af ventetiden på operation for grå stær fra ca. 70 dage i 2008 til 50 dage i 2012 og under 40 dage i 2017.

For knæalloplastik faldt ventetiden fra ca. 60 dage i 2008 til under 40 dage i 2017. Disse ventetider i Danmark er meget lavere end i mange andre EU-lande (figur 18).

Figur 18. Ventetiden ved kirurgiske indgreb er lavere i Danmark end i mange EU-lande



Bemærk: Dataene vedrører den mediane ventetid, bortset fra Nederlandene, hvor de vedrører den gennemsnitlige ventetid (hvilket resulterer i en overvurdering).

Kilde: OECD Health Statistics 2019.

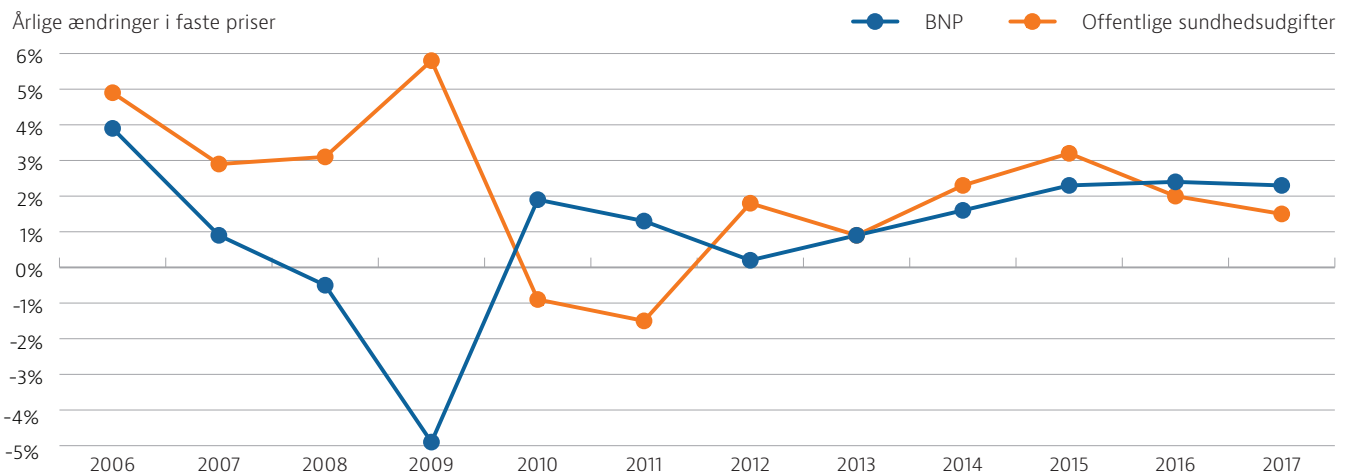
5.3. Tilpasningsevne³

De offentlige sundhedsudgifter er høje, men den langsigtede finanspolitiske bæredygtighed er ikke truet

Sundhedsudgifterne i Danmark oversteg 10 % af BNP i 2017 og finansieres hovedsagelig af offentlige midler (se afsnit 4). Efter nedskæringer i 2010 og 2011 som følge af

den økonomiske krise er de offentlige sundhedsudgifter steget mere eller mindre med samme takt som BNP siden 2012 (figur 19), og den andel af BNP, der er afsat til sundhed, har derfor været ret stabil. Denne langsomme vækst i sundhedsudgifterne afspejler en omkostningsbesparende indsats, navnlig for at begrænse udgifterne til hospitaler og lægemidler.

Figur 19. De offentlige sundhedsudgifter er steget i samme takt som BNP i de senere år



Kilde: OECD Health Statistics 2019.

3: Tilpasningsevne henviser til sundhedssystemernes evne til effektivt at tilpasse sig skiftende omstændigheder, pludselige chok og kriser.

I fremtiden forventes demografiske ændringer og teknologiske fremskridt at lægge yderligere pres på udgifterne til sundhed og langtidspleje. I henhold til de seneste beregninger fra Europa-Kommissionens arbejdsgruppe om aldring forventes de offentlige sundhedsudgifter som andel af BNP at vokse med 1,0 procentpoint mellem 2016 og 2070, og presset forventes at være større på udgifter til langtidspleje, hvor de offentlige udgifter forventes at stige med 2,2 procentpoint i forhold til BNP i denne periode (European Commission-EPC, 2018). Dette understreger den udfordring, det er at reagere effektivt på de voksende behov for sundhedspleje og langtidspleje i de kommende år.

Sygehusenes effektivitet er forbedret

Fra begyndelsen af 2000'erne til 2018 blev hospitalerne pålagt en årlig produktivitetstigning på 2 % (dvs. at hvert hospital forventedes at opnå en stigning på 2 % i aktivitetsniveau uden en tilsvarende forøgelse af finansieringen). Produktiviteten steg med gennemsnitligt 2,4 % om året mellem 2003 og 2015. Denne foranstaltning blev imidlertid opgivet i 2018, da den blandt andet gav anledning til bekymring for, at den gav et incitament til at beholde visse aktiviteter på hospitaler, som kunne flyttes udenfor.

Danmark har et forholdsvis lavt antal sengepladser pr. indbygger og en forholdsvis lav gennemsnitlig indlæggelsestid (figur 20). De seneste ti års reduktion

af antallet af sengepladser synes ikke at have medført nogen mærkbar forringelse af kvaliteten, hvilket tyder på, at hospitalssystemet fungerer mere effektivt.

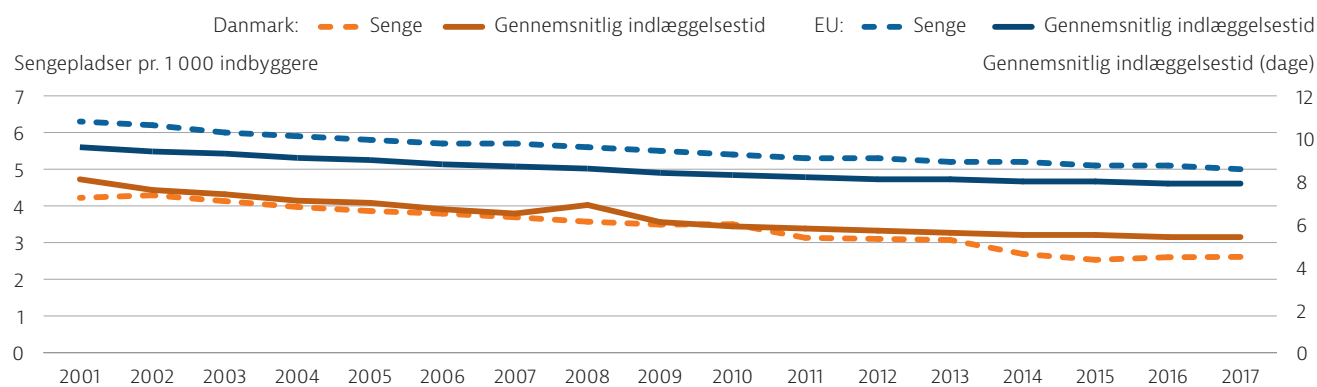
Der er gjort betydelige fremskridt, navnlig med hensyn til at reducere omfanget af forsinkede udskrivinger fra hospitaler, hvorved indlæggelsestiden for patienter, der ikke længere har brug for at være indlagt, reduceres. I 2016 var omfanget af forsinkede udskrivinger (i forhold til befolkningens størrelse) meget lavere i Danmark end i Norge, Sverige, UK og Irland (tabel 1).

Tabel 1. Antallet af sengedage i forbindelse med forsinkede udskrivinger er meget lavere end i andre lande (2016)

	Antal sengedage	Sengepladser pr. 1 000 indbyggere
Danmark	30 844	5
Irland	201 977	43
Norge	81 411	16
Sverige	393 124	40
UK (England)	2 254 821	34

Kilde: Suzuki (under udarbejdelse), 'Reducing delays in hospital discharge', OECD Health Working Papers.

Figur 20. Antallet af sengepladser er faldet og er forholdsvis lavt, og det samme gælder den gennemsnitlige indlæggelsestid



Kilde: Eurostat Database.

Kommunerne pålægges økonomiske sanktioner (som ansvarlige for rehabilitering og langtidspleje i lokalsamfundet) for hver ekstra dag, en patient tilbringer på hospitalet, efter at han/hun er klar til udskriving. En kraftig stigning i størrelsen af disse sanktioner i januar 2017 (fra 1 976 kroner (265 EUR) til 3 952 kroner (530 EUR) pr. dag, stigende til 5 928 kroner (795 EUR) for den tredje og alle efterfølgende ekstra dage) har medført en yderligere reduktion i antallet af forsinkede udskrivinger fra hospitalerne (OECD/EU, 2018).

Indførelsen af akutteam, herunder udvidede opgaver for sygeplejersker og plejeassistenter, har også bidraget til at forebygge hospitalsindlæggelse og muliggøre tidlig udskriving (boks 3).

Boks 3. Udviklingen af plejemuligheder i hjemmet medvirker til at reducere indlæggelser

Kommunerne i Danmark er ansvarlige for at levere hjemmesygepleje, når dette ordineres af en læge, eller når der vurderes at være et individuelt behov. En nyere udvikling i næsten alle kommuner er levering af flere akutte sundhedsydelse i hjemmet, hvilket giver en mere intensiv behandling end det, der tidligere var muligt med den mere traditionelle hjemmesygepleje.

I 2018 rådede 99 % af kommunerne over sådanne akutteam som en del af deres hjemmesygepleje. Leveringen af akutte sundhedsydelser i hjemmet

skal opfylde de nationale standarder, der er fastsat af Sundhedsstyrelsen. Akutteam omfatter forskellige sundhedspersoner, f.eks. sygeplejersker og plejepersonale med stor erfaring. Akutteamene skal være tilgængelige 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen. Både den almindelige hjemmesygepleje og akutteamene arbejder tæt sammen med almen praksis og hospitaler.

Koordinationen af plejen kan forbedres

Reduktionen af antallet af sengepladser i Danmark har medført et øget pres på primærsektoren og hjemmeplejen. Trods det øgede pres ser det ud til, at primærsektoren i Danmark præsterer effektivt under de stigende krav. Adgangen til en praktiserende læge uden for normal arbejdstid er forbedret på flere måder for at reducere antallet af besøg på skadestuerne. Det første kontaktpunkt er som oftest en læge, men kan være en sygeplejerske i Sjælland og i Region Hovedstaden, som nås via en regional telefonservice, og vedkommende beslutter, om patienten skal henvises til et hjemmebesøg eller til en klinik, der er åben uden for normal arbejdstid, og som typisk er placeret sammen med en skadestue på et hospital. De praktiserende læger kan vælge at arbejde i dette program, så meget eller lidt som de har lyst til, og modtager en højere betaling for dette arbejde uden for normal arbejdstid (Commonwealth Fund, 2017).

Behovet for bedre koordinering og omkostningsstyring har været den vigtigste drivkraft bag omstruktureringen af den primære sundhedspleje og bestræbelserne på at fremme et større samarbejde og en mere effektiv arbejdsdeling. Ikke desto mindre er manglen på koordination af plejen stadig et stort problem, især for patienter med kroniske sygdomme, og derfor har nogle kommuner oprettet sundhedscentre, som kan rumme praktiserende læger, tilknyttet sundhedspersonale og klinikbaserede speciallæger. Evalueringen af sundhedscentrene tyder dog på, at selv om de tilbyder forskellige ydelser under samme tag, bidrager de i praksis ikke i væsentlig grad til øget integration af plejen (OECD, 2017).

En række initiativer fremmer adgangen til nye lægemidler og regulerer udgifterne til medicin

Beslutninger om dækning af nye lægemidler bliver truffet relativt hurtigt i Danmark (ca. 1-2 måneder). Patientorganisationer (repræsenteret af foreningen Danske Patienter) medvirker ved beslutningstagningen i det nyligt oprettede Medicinrådet, som anbefaler og prioriterer nye behandlingsformer.

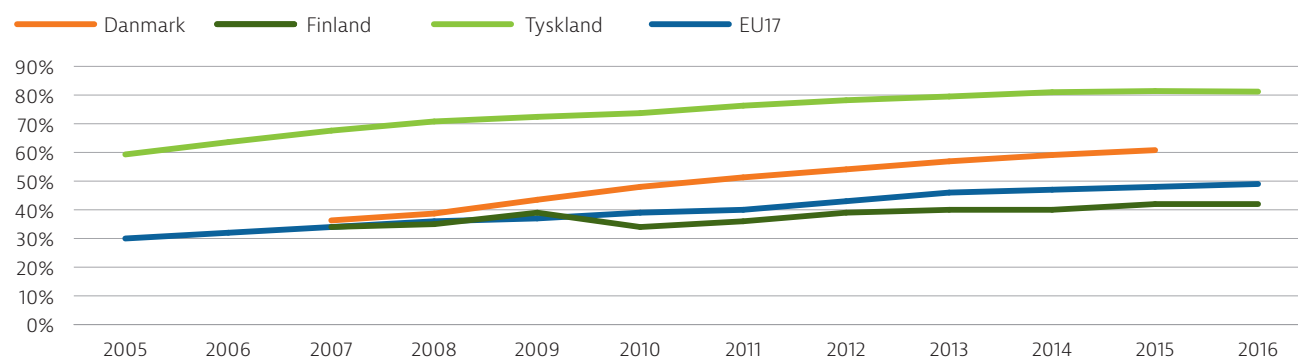
Den danske regering har gennem mange år indført en række politikker for at styre stigningen i udgifter til lægemidler på og uden for hospitalerne, herunder priskontrol og fremme af generiske lægemidler. Oprettelsen af en fælles organisation med ansvar for indkøb af lægemidler til hospitaler (Amgros) har spillet en vigtig rolle med hensyn til at styre udviklingen i lægemiddeludgifterne. Amgros blev oprettet i 1990, men siden 2007 er selskabets ansvar udvidet til at omfatte styring af indkøb til alle landets hospitalsapoteker og understøttelse af reguleringen af lægemidler.

I 2018 bebudede regeringen ligeledes nye initiativer til styring af udgifterne til lægemidler, som skulle gennemføres i 2019. Eksterne referencepriser fra ni europæiske lande vil blive anvendt til at beregne den maksimale listeprijs for både hospitalslægemidler og lægemidler, der er tilskudsberettigede, og som ikke er omfattet af aftalen fra 2016 med Lægemiddelindustriforeningen (denne aftale omfatter en reduktion på 10 % af listepriiserne for hospitalslægemidler fra 2016 til 2019).

I september 2018 blev der bebudet en ny aftale med den norske regering, som skal gøre det lettere at gennemføre fælles udbud af hospitalslægemidler og dele oplysninger om nye lægemidler. Dette samarbejde sigter også mod at øge adgangen til generiske lægemidler på begge markeder.

Udviklingen af det generiske marked er blevet fremmet i løbet af de seneste ti år gennem en række foranstaltninger rettet mod læger, farmaceuter og patienter. Andelen af generika er øget fra mindre end 40 % i 2007 til over 60 % i 2015 (figur 21).

Figur 21. Den generiske markedsandel er steget hastigt i løbet af det seneste årti i Danmark



Bemærk: Dataene vedrører andelen af generiske lægemidler i mængder.
Kilde: OECD Health Statistics 2019.

Andelen af biosimilære lægemidler er også steget hurtigt, for så vidt angår visse kategorier af lægemidler, mens den halter bagefter andre lande for andre kategoriers vedkommende. For eksempel havde biosimilære lægemidler en markedsandel på 90 % for en række lægemidler til behandling af reumatoid arthritis i 2015 (sammenholdt med et EU-gennemsnit på 24 %), mens markedsandelen for en række lægemidler til behandling af nyresvigt kun var på 5 % (EU-gennemsnit på 45 %) (OECD/EU, 2018).

Sundhedssystemet råder over en førsteklasses IT-infrastruktur

Danmarks stærke IT-infrastruktur muliggør national udveksling af data. En national elektronisk patientportal (Sundhed.DK) giver patienter og sundhedspersoner på alle niveauer adgang til individuelle patientjournaler. Der findes i øjeblikket to EMR-systemer på hospitalsniveau og en række systemer hos de praktiserende læger, men en række fælles standarder gør det muligt for patienter og sundhedspersoner på alle niveauer at få adgang til nøgledata. Alle praktiserende læger anvender elektroniske patientjournaler, og alle recepter og henvisninger er digitale.

Den danske regering, regionerne og kommunerne samarbejder om en strategi for digital sundhed, der skal gennemføres mellem 2018 og 2022. Blandt de vigtigste mål er at skabe bedre muligheder for, at patienter kan deltage i deres eget behandlingsforløb ved at give dem større indsigt i deres egne sundhedsoplysninger og fremme en mere fleksibel kontakt til sundhedssystemet, herunder gennem ydelser leveret i patientens eget hjem (sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner i 2018).

En række initiativer er også undervejs for at fremme en mere effektiv anvendelse af sundhedsdata gennem et nationalt program og lokale initiativer. Dette omfatter udvikling af danske kliniske registre til at støtte fremskaffelsen af data om aktivitet og kvalitet i realtid for hospitalspersonale og patienter. Indikatorer for kvaliteten af sundhedspleje omfatter ikke kun kliniske målinger, men også i stigende grad patientrapporterede erfaringer og resultater (boks 4).

Boks 4. En strategi for landsdækkende indsamling af data for patientrapporterede resultater

Integrering af patientrapporterede oplysninger i plejeprocessen står højt på den politiske dagsorden. I 2017 iværksatte Danmark et omfattende nationalt program til fremme af landsdækkende indsamling og anvendelse af patientrapporterede resultater. Der blev nedsat en national styregruppe til at støtte standardiseringen af patientrapporterede resultater inden for alle sektorer i sundhedsvæsenet og til at støtte anvendelsen deraf i daglig klinisk praksis samt sikre en forbedring af kvaliteten. Der blev også oprettet et sekretariat med henblik på at fortsætte det praktiske arbejde med udarbejdelse og vedligeholdelse af terminologi, etablering af en spørgeskemabank, udvikling af retningslinjer for standardiseret brug af patientrapporterede resultater, understøttelse af tilpasningen af internationale redskaber for patientrapporterede resultater og deling af viden om patientrapporterede resultater.

I primærsektoren kan de praktiserende læger anvende et internetbaseret informationssystem (kaldet Web-Patient) til at få adgang til data, der uploades af patienter, herunder målinger foretaget i hjemmet og patientrapporterede resultater. Dette redskab fremmer løbende overvågning og dialog under konsultationerne.

Inden for hospitalsbehandling er patientrapporterede resultater blevet integreret i en række kliniske registre, herunder inden for reumatologi, urologi, gynækologi, obstetrik, forskellige former for kræft (prostata- og lungekræft) og palliativ pleje. I 2019 blev der iværksat et nyt initiativ med henblik på at udarbejde et nationalt sæt af patientrapporterede resultater for patienter med psykiske sygdomme (f.eks. depression og skizofreni) og epilepsi til national anvendelse.

6 Hovedkonklusioner

- Danskernes forventede levetid er steget hurtigt siden 2000 og ligger nu en anelse over EU-gennemsnittet, selv om den fortsat er lavere end i de andre nordiske lande. Dette skyldes til dels den fortsat høje dødelighed som følge af årsager, der kunne være undgået gennem mere effektive folkesundheds- og forebyggelsespolitikker.
- En række adfærdsmæssige risikofaktorer som f.eks. tobaksrygning er blevet håndteret effektivt, selv om nye tobaksvarer som f.eks. e-cigaretter bliver mere og mere populære og skaber nye udfordringer. Kraftigt lejlighedsdrikkeri blandt unge og voksne er fortsat et væsentligt folkesundhedsmæssigt problem. På trods af foranstaltninger til fremme af et mere ansvarligt alkoholforbrug synes virkningerne hidtil at have været begrænsede. Overvægt og fedme giver også anledning til stigende bekymring blandt både voksne og teenagere.
- Adgangen til sundhedsydelser i Danmark er forholdsvis god. Borgerne har adgang til en lang række sundhedsydelser. Omfanget af uopfyldte behov for lægebehandling er lavt, men fordi tandpleje ikke er lige så godt dækket, er de uopfyldte behov for tandpleje større, navnlig blandt lavindkomstgrupper.
- Danmark brugte 10,1 % af BNP på sundhedsydelser i 2017, hvilket er mere end EU-gennemsnittet. Samlet set synes systemet at fordele og anvende sine ressourcer effektivt. Faldet i antallet af sengepladser og den gennemsnitlige indlæggelsestid i det seneste årti er blevet opvejet af et større udbud af og adgang til primær sundhedspleje og pleje i nærmiljøet. Gennemførelsen af forskellige løsninger inden for e-sundhed og telesundhed har forbedret adgangen til sundhedspleje, herunder i patienternes eget hjem. Der er dog plads til yderligere forbedringer med hensyn til koordinering af plejen uden for hospitaler for personer med kroniske lidelser.
- Den danske regering lancerede i 2018 en ny strategi for at styrke almen praksis over hele landet ved at øge antallet af studerende, der kan vælge almen medicin, og forbedre løn- og arbejdsforhold for de praktiserende læger. Et andet element i strategien er at give sygeplejersker mulighed for at spille en mere fremtrædende rolle i den almene praksis.
- Regeringen har også truffet en række foranstaltninger i løbet af det seneste årti for at sikre rettidig adgang til nye lægemidler og samtidig styre væksten i medicinudgifterne. Oprettelsen og udvidelsen af en fælles organisation til indkøb af lægemidler til hospitaler har i høj grad bidraget til at nå dette dobbelte mål. Uden for hospitalerne er øget brug af generiske lægemidler blevet fremmet gennem en række foranstaltninger rettet mod læger, farmaceuter og patienter, men der kan gøres yderligere fremskridt inden for biosimilære lægemidler.
- Det danske sundhedsvæsen råder over en førsteklasses IT-infrastruktur, herunder et elektronisk patientjournalssystem, der har en høj grad af interoperabilitet på tværs af miljøer, og som anvendes i hele sundhedsvæsenet. Strategien for digital sundhed sigter mod at give patienterne bedre muligheder for at deltage i egen pleje. Overvågningen af de fremskridt, der gøres med hensyn til sundhedsplejens kvalitet, vil ikke kun omfatte traditionelle kliniske foranstaltninger, men også i stigende grad patientrapporterede resultater, så der sker en bedre afspejling af de ting, der betyder noget for patienterne.



Vigtigste kilder

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Health Systems and Policy Monitor: Denmark*, <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>.

Referencer

Commonwealth Fund (2017), *International profiles of health care systems: Denmark*.

Danish Health Authority (2011), *Social inequality in health – what can the municipality do?*, Copenhagen.

Danish Health Authority (2017), *Danes' health: the National Health Profile, 2017*, Copenhagen.

Danish Health Authority et al. (2017), *Danes' smoking habits 2017*, Copenhagen.

European Commission - EPC (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 79, May 2018, Brussels.

Healthcare Denmark (2018), *Denmark – a telehealth nation*, white paper. Copenhagen.

Ministry of Health, Local Government Denmark, Danish Regions (2018), *National Goals of the Danish Healthcare System 2018*. Copenhagen.

OECD (2017), *Primary Care in Denmark*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels.

Liste over landeforkortelser

Belgien	BE	Finland	FI	Kroatien	HR	Østrig	AT	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Frankrig	FR	Letland	LV	Polen	PL	Sverige	SE
Cypern	CY	Grækenland	EL	Litauen	LT	Portugal	PT	Tjekkiet	CZ
Danmark	DK	Irland	IE	Luxembourg	LU	Rumænien	RO	Tyskland	DE
Det Forenede Kongerige	UK	Island	IS	Nederlandene	NL	Slovakiet	SK	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Norge	NO	Slovenien	SI	Malta	MT

State of Health in the EU

National sundhedsprofil 2019

De nationale sundhedsprofiler er et vigtigt skridt i Europa-Kommissionens igangværende State of Health in the EU-arbejde med videndeling og udarbejdes med finansiell bistand fra EU. Profilerne er resultatet af den fælles indsats, der ydes af OECD og The European Observatory on Health Systems and Policies i samarbejde med Europa-Kommissionen.

Koncise, politisk relevante profiler er baseret på en gennemsigtig og konsekvent metode, der anvender både kvantitative og kvalitative data, og som tilpasses konteksten i hvert enkelt EU-/EØS-land. Målet er at skabe et redskab til gensidig læring og frivillig udveksling, der kan anvendes af politiske beslutningstagere og meningsdannere.

Hver landeprofil indeholder en kort sammenfatning af:

- sundhedstilstanden i landet
- sundhedsdeterminanter med fokus på adfærdsmæssige risikofaktorer
- sundhedsvæsnets organisation
- sundhedsvæsnets effektivitet, tilgængelighed og tilpasningsevne

Kommissionen supplerer de vigtigste resultater af disse profiler med en ledsagende rapport.

Læs mere på: ec.europa.eu/health/state

Denne publikation bedes citeret som følger: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Danmark: National sundhedsprofil 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264834996 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)