

Bemærkninger til forslaget

En overordnet sundhedspolitisk udfordring er at sikre, at så mange borgere som muligt får mulighed for et sundt liv og et godt helbred. Men uanset voksen- de velstand, stigende beskæftigelse og uddannelsesni- veau samt offentlige forebyggelsestiltag er det ikke lykkedes at knække sammenhængen mellem socialt tilhørsforhold og sundhed. Tværtimod er uligheden i sundheden stigende. Lavt-uddannede mænd i Dan- mark har oplevet en stigende dødelighed, mens døde- ligheden blandt højtuddannede mænd og kvinder har været faldende.¹⁾

Det er en falliterklæring, først og fremmest menne- skeligt, men også for det danske velfærdssamfund. Den stigende ulighed i sundheden kan på ingen måde forsvares og slet ikke som en ulighed, der skaber dy- namik i form af job og velstand. Tværtimod skader den sociale ulighed i sundheden samfundsøkonomien. Det gælder ikke mindst med hensyn til de store folke- sygdomme, der godt hjulpet af også det stigende antal ældre i befolkningen truer med at blive en alvorlig økonomisk byrde for vores velfærdssystem. WHO skønner, at op til 70 pct. af alle sygdomme i 2020 vil være livsstilsrelaterede.

Uligheden i den danske befolknings sundhed kommer til udtryk på tre måder:

1. Et godt helbred er fortsat i alt for høj grad afhæn- gigt af uddannelse, job og indkomst. Eller med andre ord: De mindst uddannede, de lavest lønne- de og de ledige er i stigende omfang dem, der har det dårligste helbred. Det skyldes både livsvilkår og livsstil. Vi har brug for en stærkere og mere målrettet indsats, hvis det skal lykkes at bryde båndet mellem social status og sundhed.
2. Uligheden i sundheden handler også om bruger- betaling. Den udstrakte brug af brugerbetaling på få områder, f.eks. tandlægehjælp, har klar social slagside. Udfordringen er at indrette fordelingen af brugerbetaling på en bedre og socialt mere ret- færdig måde uden at øge den samlede brugerbe- taling.
3. Endelig er der social ulighed, når det gælder bor- gernes brug af sundhedsvæsenets behandlingstil-

bud – en ulighed, der ikke kun kan forklares med et anderledes sygdomsmønster. Meget tyder på, at det bl.a. gælder med hensyn til brugen af frit valg i sundhedsvæsenet. Udfordringen er at ind- rette sundhedsvæsenet således, at der også reelt bliver tale om en lige adgang til behandling.

Der er brug for en sammenhængende strategi, der finder svar på alle tre udfordringer. Det vil kræve en langsigtet investeringsplan med en nøje prioritering af de indsatsområder, hvor der er bedst mulighed for at bryde den stigende sociale ulighed i sundheden. Den vil også forudsætte, at der tænkes på tværs, og at alle parter involveres: de offentlige myndigheder (staten, regionerne og kommunerne), arbejdsmarkedets par- ter, foreningslivet og borgerne selv. Behovet for at sætte ind på tværs af sektorerne illustreres bl.a. af hen- holdsviis den norske handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009²⁾, der involverer hele otte ministerier, og den britiske handlingsplan »Tackling health inequali- ties«³⁾, der omfatter 12 ministerier. I den norske plans indledning slås netop behovet for en bred indsats fast: »Økt fysisk aktivitet skal oppnås gjennom en samlet strategi som omfatter tiltak på flere samfunnsområder og arenaer – i barnehage, skole, arbeidsplass, trans- port, nærmiljø og fritid.«

Kommissionen skal på den baggrund:

- Fremkomme med anbefalinger til en national stra- tegi for, hvordan uligheden i sundheden bedst be- kæmpes – med afsæt i den eksisterende viden om årsagssammenhængen mellem sociale forhold og ulighed i sundheden og danske såvel som udenland- ske erfaringer med at forebygge og bekæmpe ulig- hed i sundheden.
- Indhente og analysere viden om, hvordan specielt brugerbetaling i Danmarks og andre sammenligne- lige landes sundhedsvæsen påvirker adfærden og den sociale ulighed i sundhedsvæsenet – og på den baggrund komme med anbefalinger til en bedre og socialt mere retfærdig indretning af brugerbetalin- gen i det danske sundhedsvæsen. Præmissen er, at den samlede brugerbetaling ikke øges.