

Etniske minoriteter har på en række punkter et markant ringere helbred end befolkningen i øvrigt. Det gælder diabetes 2, hvor det er hver fjerde, der rammes, hvor det for øvrige danskere er én ud af 50, der får diabetes 2. Etniske minoriteter får også hyppigere hjerte-kar-sygdomme, luftvejssygdomme og muskel-skelet-lidelser.

Socialt skævt brugerbetaling i sundhedsvæsenet

I Danmark har vi – i modsætning til de fleste andre sammenlignelige lande – valgt at koncentrere brugerbetalingen om få ydelser, ikke mindst medicin og tandlægehjælp. Inden for voksentandplejen er brugerbetalingen nået op på cirka 80 pct. af de samlede udgifter.

Kendsgerningen er en klar social ulighed, ikke mindst når det gælder voksentandpleje. Middellevetidsudvalget dokumenterer f.eks. i sin rapport, at ledige er mindre end halvt så ofte i kontakt med en tandlæge som topledere og andre lønmodtagere på chefniveau. Tandlægernes Nye Landsforening har i en undersøgelse påvist en systematisk sammenhæng mellem uddannelses- og indkomstniveau og dårlig tandstatus. F.eks. havde 90 pct. af funktionærerne i alderen 45-64 år mindst 20 tænder, mens det samme kun gjaldt for 57 pct. af førtidspensionisterne.⁹⁾ Skadevirkningen af dårlige tænder er ikke alene ringere livskvalitet, men også, at det kan have negative konsekvenser for f.eks. jobmuligheder og dermed adgangen til arbejdsmarkedet.

En afledt konsekvens af den høje brugerbetaling på tandbehandlingen er, at mennesker med alvorlige tandsygdomme, f.eks. aggressiv paradentose, overlades til at betale al behandling selv, hvilket kan beløbe sig til flere tusinde kroner årligt. Det virker paradoksalt, navnlig i betragtning af, at næsten en tredjedel af det samlede sygesikringsstilskud går til tandrensning, som man i nogen grad kan betvivle den sundhedsmæssige værdi af. Det er særligt angribeligt, fordi sygdommen menes at øge risikoen for hjerte-kar-sygdomme.

Udfordringen er at få omlagt brugerbetalingen i sundhedsvæsenet, så den fordeles mere logisk og socialt retfærdigt – på en så vidt muligt enkel, administrerbar måde. Da brugerbetaling i sig selv vender den tunge ende nedad, er det vigtigt at skabe et system, der tager hensyn til lavindkomstgrupper.

Her er det oplagt at samle viden om de mange udenlandske erfaringer på området.

I flere af de nordiske lande har man indført et loft over, hvor meget den enkelte borger eller husstand samlet kan komme til at betale i brugerbetaling i løbet af f.eks. et år. I andre lande er lavindkomstgrupper

helt friholdt for brugerbetaling. I Irland gælder det f.eks. for mere end en tredjedel af befolkningen.¹⁰⁾ Endelig er det muligt at gøre brugerbetalingen indkomstafhængig som bl.a. i Belgien og dele af Sverige.

Det centrale er, at en omlægning af brugerbetalingen inden for sundhedsvæsenet opfylder to hovedkrav: at den på den ene side tilskynder til den bedst mulige anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer og på den anden side rammer så lidt socialt skævt som muligt.

Social ulighed i brugen af sundhedsvæsenet

Der mangler i dag viden om, hvordan organiseringen af det danske sundhedsvæsen påvirker befolkningens brug af sundhedsvæsenets ydelser, men udgangspunktet er, at den måde, vi vælger at organisere sundhedsvæsenet på, i sig selv både kan fremme og modvirke den sociale ulighed i sundheden.

Her er det spørgsmålet om, hvorvidt der er forskel på de sociale gruppers forbrug af sundhedsydelser, også når man renser for forskellig sygelighed. Middellevetidsudvalget fandt f.eks. frem til, at lønmodtagere med ingen eller kort uddannelse er langt oftere i kontakt med den praktiserende læge. Derimod viste det sig, at f.eks. kvinder med en lang videregående uddannelse og kvindelige topchefer er klart oftere i kontakt med en speciallæge end kvinder med blot grundskole.

Også når det gælder sundhedsvæsenets forebyggende tilbud, kan der spores social ulighed. F.eks. fandt Middellevetidsudvalget, at det først og fremmest er mellem- og højere uddannede funktionærer, der tager imod tilbud om celleprøver fra livmoderen.

Allervigtigst er dog spørgsmålet om det frie sygehusvalg, som regeringen siden 2001 har udvidet. Middellevetidsudvalget slog fast, at »det frie sygehusvalg oftest benyttes af topledere og lønmodtagere på højt niveau«. ¹¹⁾ Regeringen erkender så sent som i august 2005, at de svageste borgere »ofte har sværere ved at anvende deres valgmuligheder end andre brugere af frit valg«. ¹²⁾ Problemet i dag er, at vi ved alt for lidt om, hvem der bruger det frie sygehusvalg. Udfordringen vil i givet fald være at organisere det frie valg bedre, så det i højere grad er en reel lige mulighed for alle. Det rejser bl.a. spørgsmålet om tilstrækkelig og målrettet information og rådgivning af den enkelte patient.

Kommissionens sammensætning og tidsplan

Kommissionen skal sammensættes af en formand og otte sagkyndige personer med relevant forskningsmæssig erfaring og indsigt inden for et bredt felt af relevante fagområder, herunder sundhedsvæsenet, det