

Tale til Ida Sofie – Møde i Folketingets Sundheds Udvalg

Tak fordi jeg må komme her i dag og præsentere lægemiddelindustriens syn på, hvordan vi ser den nye sundhedslov i sammenhæng med de store udfordringer, der er på sundhedsområdet.

Jeg skal indledningsvis henvise til vores hørings svar til Sundhedsloven, som ligger som bilag. Samtidig vil der efter mødet blive uddelt et sæt plancher, som ligger til grund for min præsentation, og som med fakta illustrerer de problemer, vi ser ved en manglende sundhedspolitik.

Nogle betragter os som købmænd – dem der sælger medicin – og at det kun er derfor vi kommer - nemlig for at sælge jer noget mere medicin.

Og ja, vi sælger medicin. Men når det så er sagt, så skal man passe på med at dæmonisere hele den forskende industri. Det må ikke blive sådan, at hvis industrien har fordel af noget, så er det ensbetydende med, at det er imod det offentlige interesser. Testen må være om patienterne har fordel af det. Har patienterne fordel af det, så må industri og sundhedsmyndighederne også kunne finde hinanden i et forpligtende samarbejde.

Den nye sundhedslov ændrer grundlæggende på rammerne og strukturen for sundhedsvæsenet. Folketinget og staten vil komme til at spille en større rolle, bl.a. skal Sundhedsstyrelsen have et langt større ansvar end i dag.

Vi synes, der tegner sig et billede, hvor I – Folketingets Sundhedsudvalg – bliver den øverste "bestyrelse" for virksomheden: "Sundhed i Danmark". Det er Jer, der skal udstikke målene og det er Jer, der skal efterspørge resultaterne.

Og hvordan er det så med resultaterne, hvordan er udgangspunktet for den nye virksomhed: Sundhed i Danmark?

Danskerne har den laveste levetid i Europa. Vi har markant højere dødelighed end vores nordiske brødre. I ved godt, at vi dør hyppigere af lungekræft, brystkræft og mave-tarmkræft end i Norge, Sverige og Finland, men ved I også, at der er op mod dobbelt så mange, der dør af sukkersyge og mavesår, som i Sverige, Norge og Finland - og på flere områder er dødeligheden endda stigende – eksempelvis som følge af sukkersyge?

Ydermere ved vi, at der er store regionale forskelle i behandling af patienter, og manglende adgang til effektiv og moderne behandling.

Hvis vi kobler disse sundhedsresultater:

- markant højere dødelighed og

- store regionale forskelle i behandlingen

med det faktum:

- At vi har det laveste medicinforbrug i Europa
- At vi har et stort efterslæb på ibrugtagning af ny og moderne medicin
- At danskerne har den højeste egenbetaling på medicin
- At vi ud af de samlede sundhedsudgifter bruger færrest penge på medicin

Så synes vi tiden er inde til at tale om visioner og opstille nye mål.

I den nye sundhedslov definerer I målene som:

- Behandling af høj kvalitet
- Sammenhængende patientbehandling
- Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
- Mere valgfrihed og styrket kvalitet
- Effektivitet og faglig udvikling i sundhedsvæsenet

Kort sagt et sundhedsvæsen i verdensklasse. Og der har vi fælles interesser.

Vi er blevet citeret for, at vi ikke mener, at Danmark har en sundhedspolitik, men at det er finanspolitik det hele. Det vil vi gerne uddybe.

Vi ser fire bærende søjler i en sundhedspolitik:

1. Opsporing

Den første søjle er indførelse af forebyggende helbredsundersøgelse/ sundhedstjek og screeningsprogrammer på de områder det er muligt, og hvor der er gode behandlingsmuligheder.

I Danmark har vi lovbestede biltilsyn af hensyn til sikkerheden på vejene og forebyggelse af trafikikkerheden. Det er formentlig en af de mest effektive forebyggende indsatser, vi har etableret i Danmark. Det har reduceret dødeligheden, og bilparken er i dag moderne og af langt højere kvalitet end for blot få år siden.

Vi synes, at der er alt mulig grund til have samme konsekvente holdning til vores egen personlige sundhedstilstand.

Nogle borgere er i dag så heldige, at de via deres arbejde får tilbudt årlige tjek af deres helbred. Men hvorfor skal denne mulighed være begrænset til de få. Burde vi ikke lægge en plan for, hvilke sygdomsområder vi alle burde undersøges for. Vi kender godt de store sundhedstrusler og risikoen for specifikke sygdomme.

I Danmark har vi ikke tradition for forebyggende helbredsundersøgelser og screening. Hvorfor egentlig ikke? Der tales om sygeliggørelse af raske borgere, men er det ikke lige det modsatte? At vi i Danmark først bliver behandlet og får medicin, når vi er så syge, at vi skal på sygehuset, og sygdommen er så langt fremskredent, at behandlingen er vanskelig og særdeles kostbar, og med større dødelighed til følge. Er det fordi samfundet ikke vil bruge penge på behandling, før end udgiften er uafviselig, dvs. når patienten ligger på sygehuset? Er det fordi vi ikke har en sammenhængende sundhedspolitik?

Hvorfor er vi f.eks. bange for screening af mave-tarm kræft – et billigt og nemt redskab, der effektivt forebygger unødigt kostbar og pinefuld sygehusindlæggelse og tidlig død? Vi ved, at der er iværksat forsøg nogle steder, men hvorfor skal det kun være på forsøgsbasis i Danmark, når fagfolk anbefaler det generelt?

Vi tror, at tiden er til at kigge ud over landegrænsen, og se hvad andre gør og lære af det.

2. Forebyggelse

Med en konsekvent holdning som på bilsyn – så vil vi blive bedre til tidlig diagnosticering af patienter med begyndende sygdomssymptomer. Samtidig åbner vi op for en hurtig og mere effektiv forebyggende behandlingsindsats, som er til stor gavn og glæde for de patienter, som ellers udvikler de begyndende stadier af sygdomme til behandlingskrævende sygdom.

Helbredstjek, screeningsprogrammer m.m. er en naturlig og integreret del af den anden søjle – en styrket forebyggelse. Hvis vi identificerer patienter i risikogrupperne, kan vi også målrette forebyggelsesindsatsen. Det værre sig både via en livsstilsændrende forebyggelsesindsats samt målrettet forebyggende behandling.

Vi ved, at tidlig opsporing og forebyggende medicinsk behandling har stor effekt på de såkaldte "stille dræbere" som for højt kolesteroltal, for højt blodtryk og for højt blodsukker.

3. Behandling

Den tredje søjle indeholder en optimering af behandlingsindsatsen og kvaliteten i behandlingen. Fundamentet skal basere sig på faglighed og videnskabelighed. Det er helt afgørende, at vi har et sundhedsvæsen, hvor vi er villige til at åbne op for nye behandlingsformer.

Vi kender alle udfordringen, som hedder kronisk sygdom. Det vil sige sygdomme, som er livslange og uhelbredelige. Nogen hævder at op imod 70 % af de ressourcer, der anvendes på patientbehandling anvendes på kroniske patienter. I fremtiden vil den belastning ikke blive mindre. De kroniske patienters største

ønske er, at der forskes i deres sygdom og udvikles ny medicin, der kan behandle deres sygdomme og lindre deres smerter.

For langt de fleste af de kroniske patienter er medicin kernen i en optimal patientbehandling. Nogle gange betyder ny medicin helt store landvindinger, hvor der bliver mulighed for at behandle sygdomme, som man ikke har kunnet behandle tidligere. Andre gange sker der gradvise forbedringer af den medicinske behandling.

Konsekvensen af en kortsigtet politik, der ensidig fokuserer på økonomien, er en forringelse af de behandlingsmæssige resultater for patienterne. Men ringere behandlingsresultater betyder også dårligere livskvalitet, fordi gammel medicin og forældede behandlingsmetoder kan betyde flere bivirkninger og påføre patienterne flere lidelser end nødvendigt er.

Midt mellem anvendelsen af nye teknologier og terapier i sundhedsvæsenet og en national satsning på forskning og udvikling står den kliniske forskning på hospitalerne.

Der er en synergieffekt mellem moderne behandling og klinisk forskning. Jo mere forskning jo mere moderne behandling – og jo mere moderne behandling jo mere forskning.

Konkret mener vi, at der skal formuleres en sundhedspolitik med klare sundhedsmål inden for de største sygdomsområder. I dag fokuserer vi på enkelte af dem, og kun på den uafviselige del af behandlingen – ikke på effektiv forebyggelse. Men vi må gå bredere og mere systematisk til værks. Hvorfor ikke opstille mål, såsom brystkræftdødeligheden skal være på niveau med Norge og Sverige inden 2015? Eller at reducere dødeligheden med 40 % for personer under 65 år før 2020?

Forbruget af medicin er forskelligt fra amt til amt. De store forskelle kan ikke blot forklares ud fra demografiske forskelle. For at spare på budgetterne kæmper de enkelte amter for at bringe udgifterne på medicin ned. Men hvilket amt - om nogen – har det behandlingsniveau og kvalitet, som giver patienterne den bedst mulige behandling? Ja det er der faktisk ikke nogen der ved, for det er der ingen overordnet faglig vurdering af. Når vi ser på behandling i primærsektoren er det faktisk et forhold som den nye sundhedslov ikke løser. Det bekymrer os, og gør behovet for en sundhedspolitik med klare mål større!

4. Opfølgning

Fjerde og sidste søjle, som vi ikke må glemme er opfølgning på patienter, der er i behandling. Det er et område, hvor vi også skal blive meget bedre. Vi skal inddrage patienternes egen rolle i en optimal anvendelse af medicin i en sammenhængende sundhedspolitik.

En afgørende forudsætning for, at vi får fornuftig samfundsøkonomi ud af fremtidige investeringer i mere sundhed, er, at patienternes rolle og medansvar tages med i betragtning. Patienterne skal tænkes med ind.

Kommunerne får i den nye struktur en helt central rolle på dette område, og skal sikre en relevant forebyggelse og genoptræning. Kommunerne er altså på begge sider af behandlingen i sundhedsvæsenet, og vil derfor skulle fokusere på patienten hele vejen! Det synes vi er vigtigt, og vi glæder os til at følge den nye spiller og aktør på sundhedsområdet.

Lad os finde sammen i en systematisk analyse af alle sygdomsområder. En analyse, der tager udgangspunkt i en kortlægning af behandlingsmetoder og erfaringer i Danmark. Det er en viden, vi kan bruge til at formulere en: "best practise" og dermed danne udgangspunkt for etablering af effektive forebyggelsesprogrammer og optimering af behandlingen. Lægemiddelindustrien ligger inde med stor viden, og derfor ser vi os som en helt naturlig samarbejdspartner i et så vigtigt projekt. Ikke alene vil vi gerne være med, men vi ser også frem til at blive inviteret. Så lad os arbejde sammen.

Tak for ordet.



Onsdag den 30. marts 2005

Med Folketingets medlemsvalg

- **»Bopælen afgør adgangen til ny medicin«**
 - (Børsen den 26. januar)
- **»Leddegigtpatienter kan undgå ødelagte led med ny medicin – de får bare ikke medicinen«**
 - (TV2 Nyhederne den 13. marts)
- **»Eldre får unødig medicin for 300 mio. kr. «**
 - (Dagens Medicin den 11. marts)
- **»400 - 500 hjerneblodpropper kunne være undgået med den rette behandling«**
 - (Politiken den 13. marts)

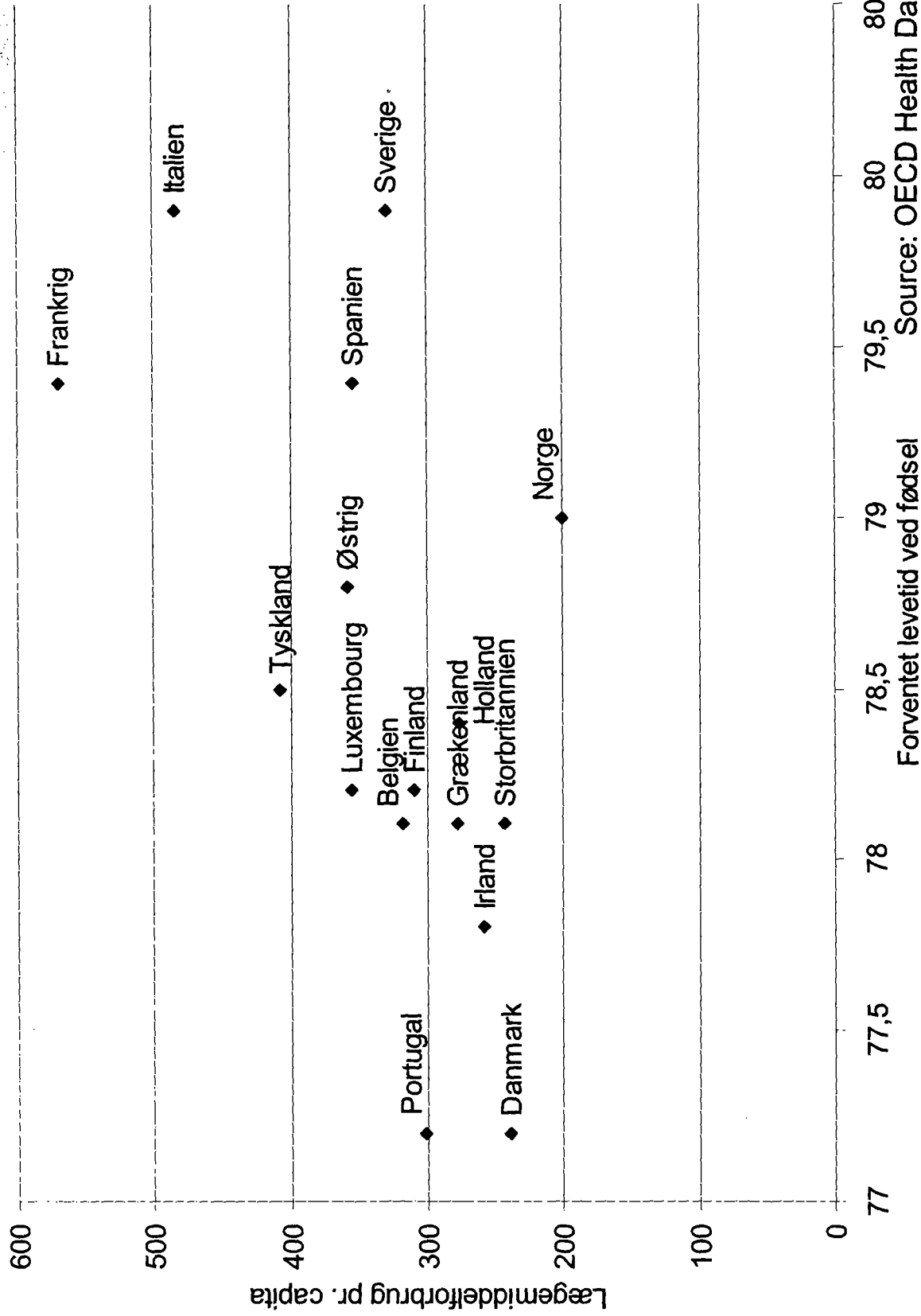


Behov for en sundhedspolitik

- **»Bureaukrati gør, at danske patienter ikke i samme omfang som resten af Europa får adgang til den nyeste medicin«**
 - (TV2 Nyhederne den 15. marts)
- **»700.000 danskere - dobbelt så mange som hidtil antaget er truet af livsstilssygdommen forhøjet blodtryk«**
 - (Berlingske Tidende den 8. marts)
- **»Danmark halter bagefter nabolande i behandling af akutte blodpropper«**
 - (Politiken den 6. februar)
- **»Nye lægemidler får ikke tilskud«**
 - (Berlingske Tidende den 22. marts)



Behov for en sundhedspolitik forbrug og levealden i Europa (2002)



Source: OECD Health Data, 2004



Standardiserede dødelighedsrater for solkvinder over 100.000 indbyggere

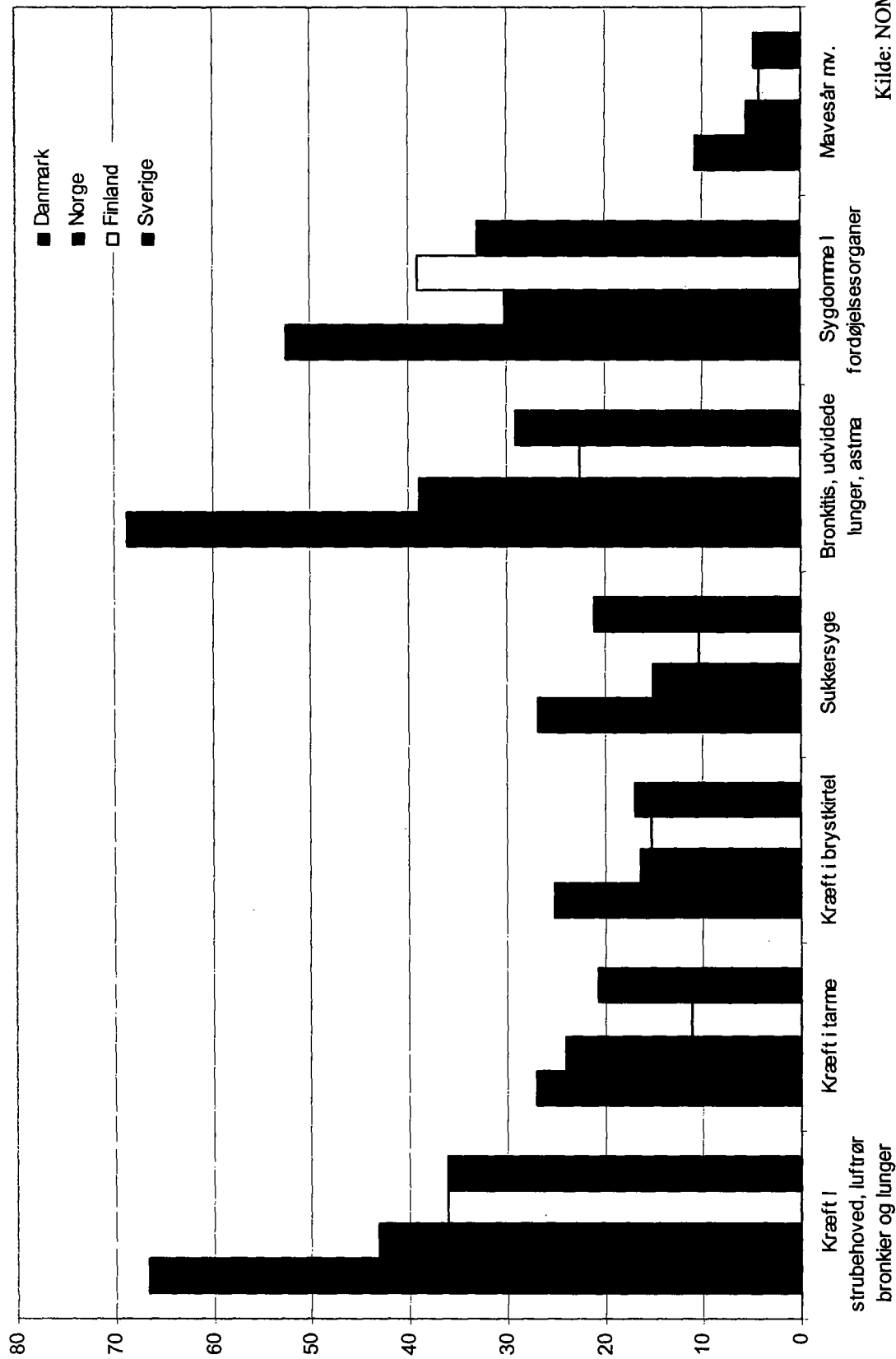
Dødelighed	1985	1990	1995	1999	2000	2001	1985-2001
Sukkersyge	16	16	15	26	27	26	63%
Blodtryksforhøjelse	7	7	7	11	9	11	57%
Andre hjerte sygdomme	44	58	76	74	73	75	70%
Iskæmisk hjertesygdom	362	319	246	187	171	172	-52%
Bronkitis, udvidede lunger og astma	51	53	61	69	69	68	33%
Senilitet uden oplys. Sindssygdom	4	10	19	12	12	14	250%
Mentale lidelser	12	17	19	35	31	34	183%

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregisteret. 2005



Bydeligheden i nordiske lande, 2000. Selekterede

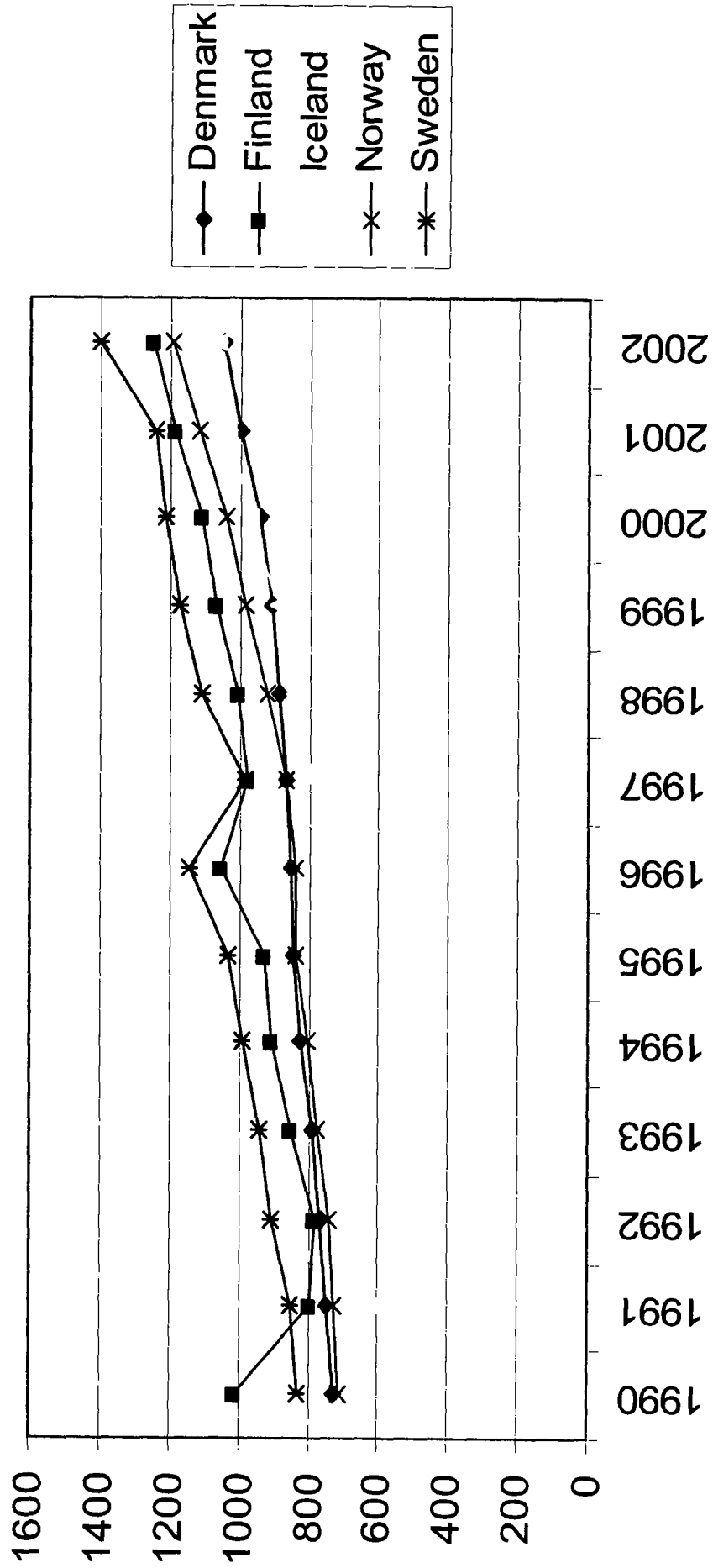
sygdomsråder pr. 100.000 indbyggere



Kilde: NOMESCO



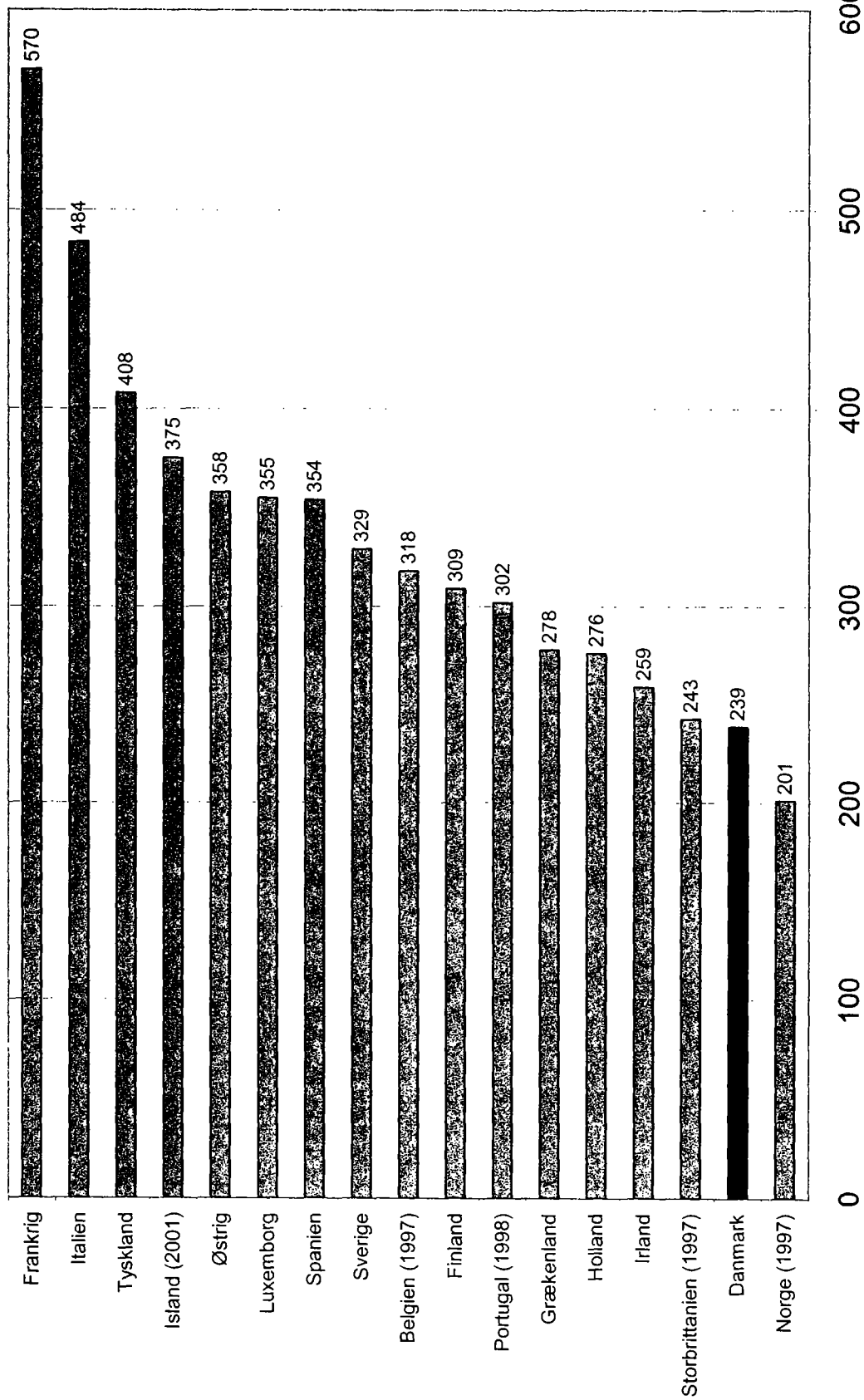
Medicinmiddelforbrug i de nordiske lande -



Kilde: Medicinudvalgets betænkning

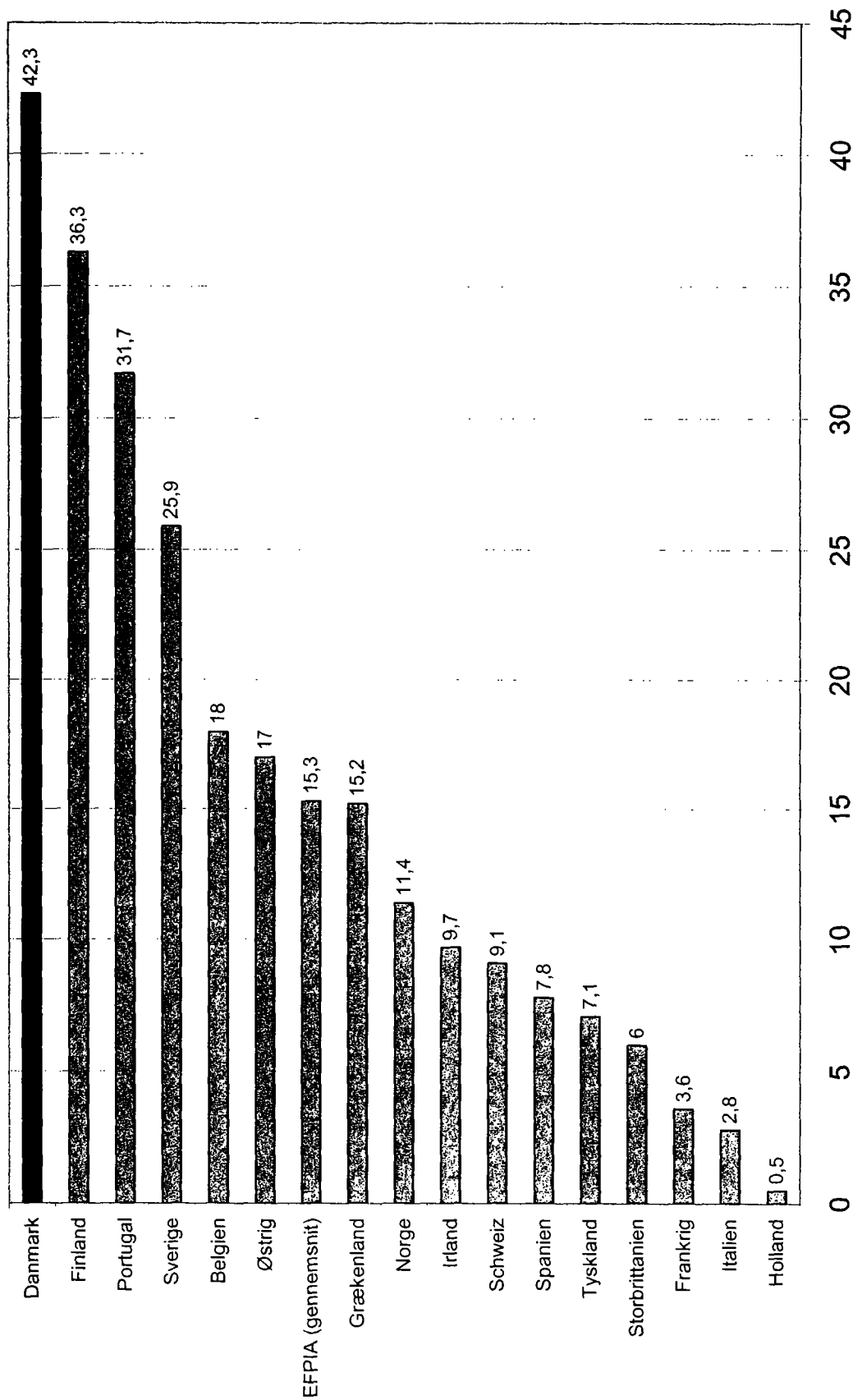


Et gennemsnitligt forbrug i Europa i 2002, et halvt år i USD i købekraftsparitet





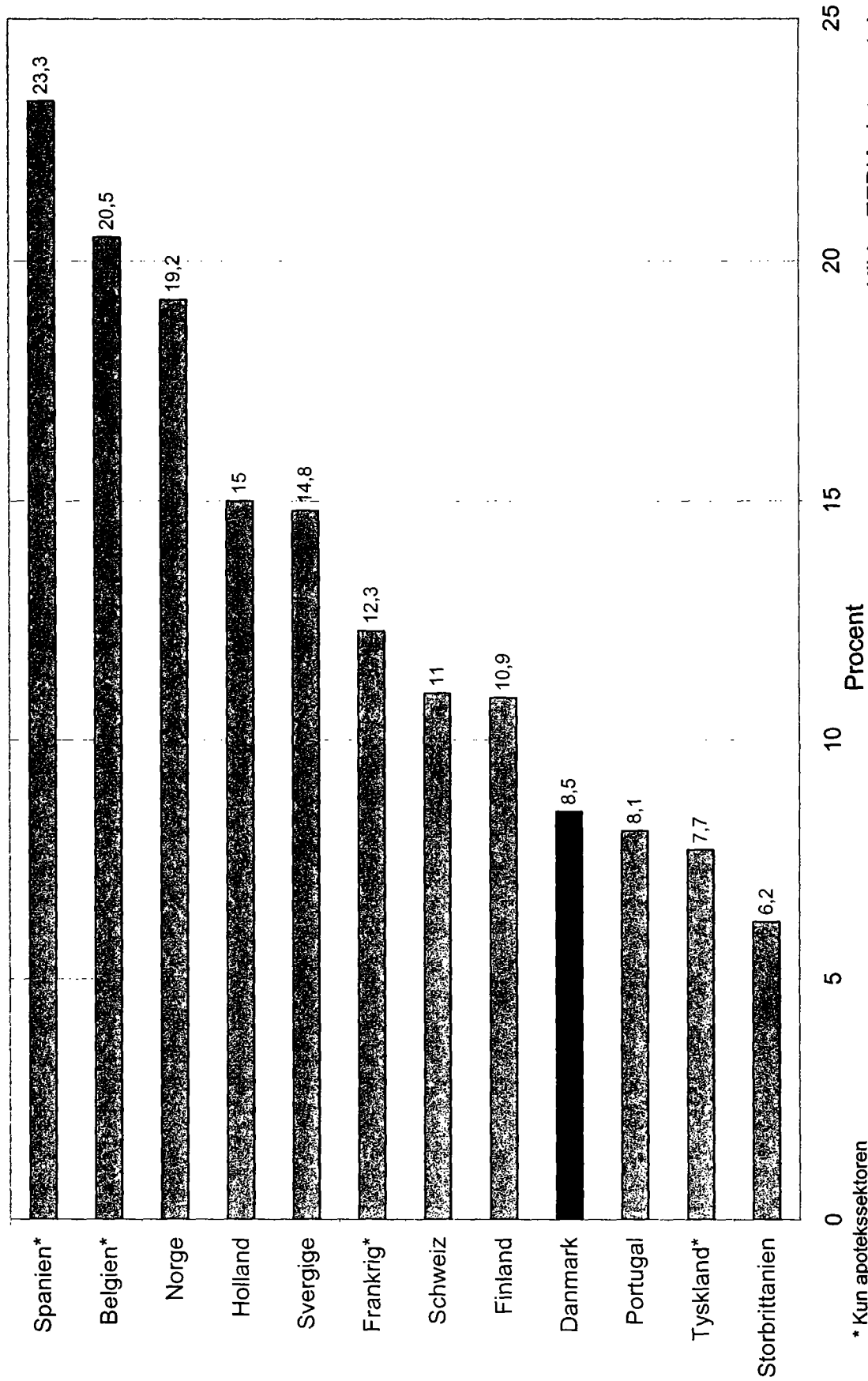
Reguleringsomkostning ved tilskudsberettiget medicin i primærsektoren 2002



Kilde: EFPIA. Lægemiddelindustrien i
tal, 2004.



Lif gennemfører introduceret inden for de seneste 12 måneder i 12 af 15 landes apotekermarkedet 2003

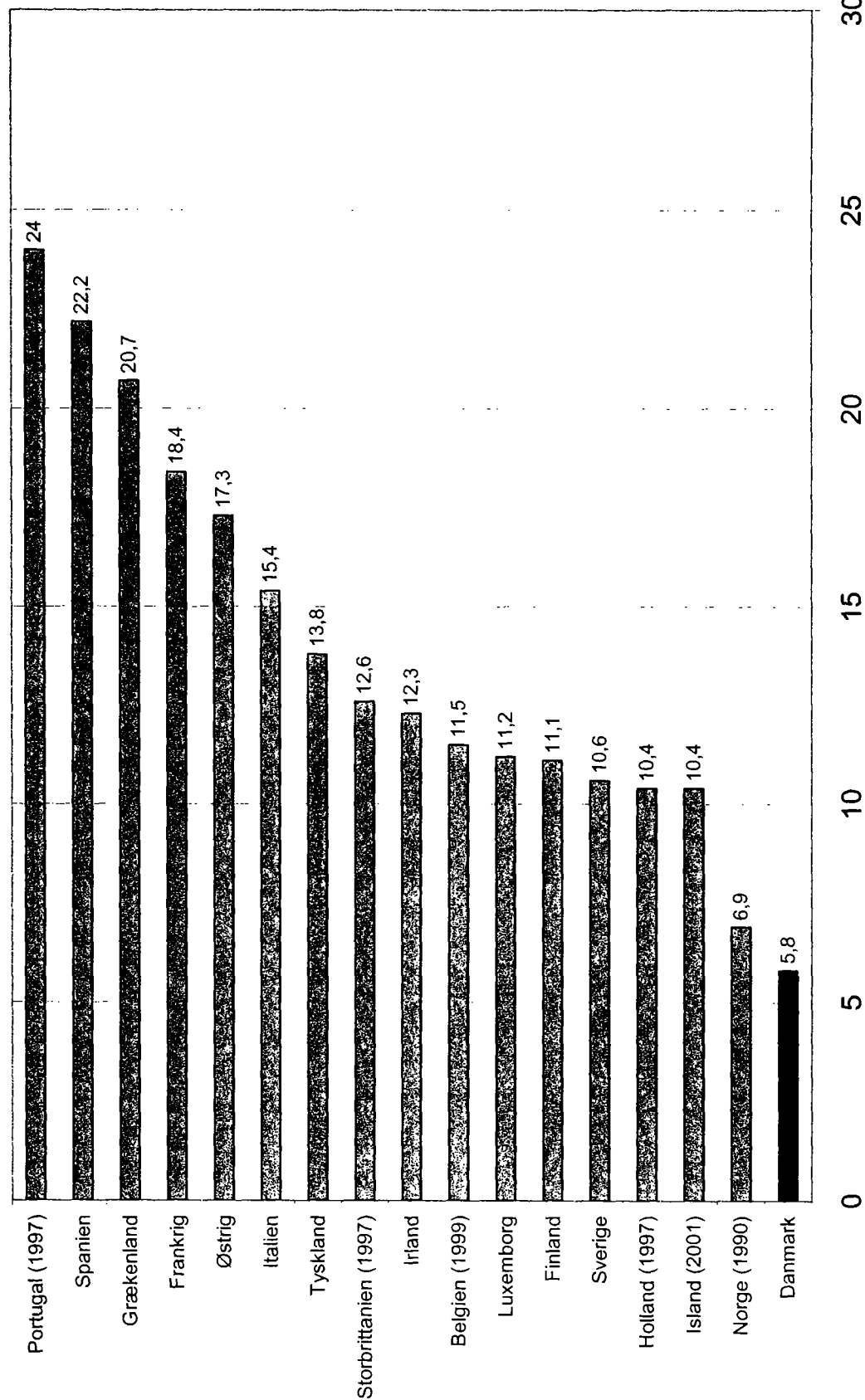


* Kun apotekssektoren

Kilde: EFPIA. Interne tal.



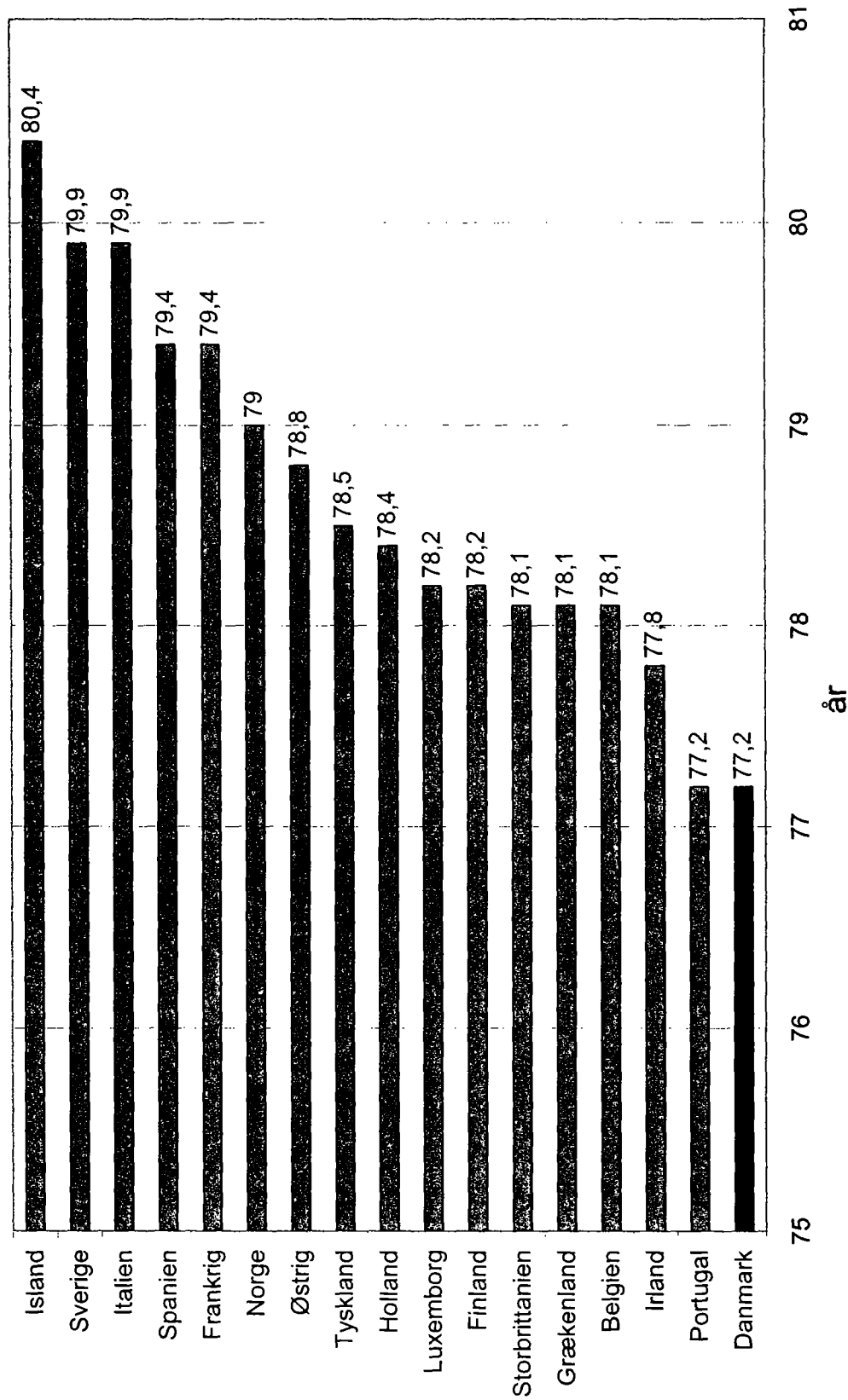
Udfaldet af samlede offentlige sundhedsudgifter, der



Kilde: OECD sundhedsdata, 2004.



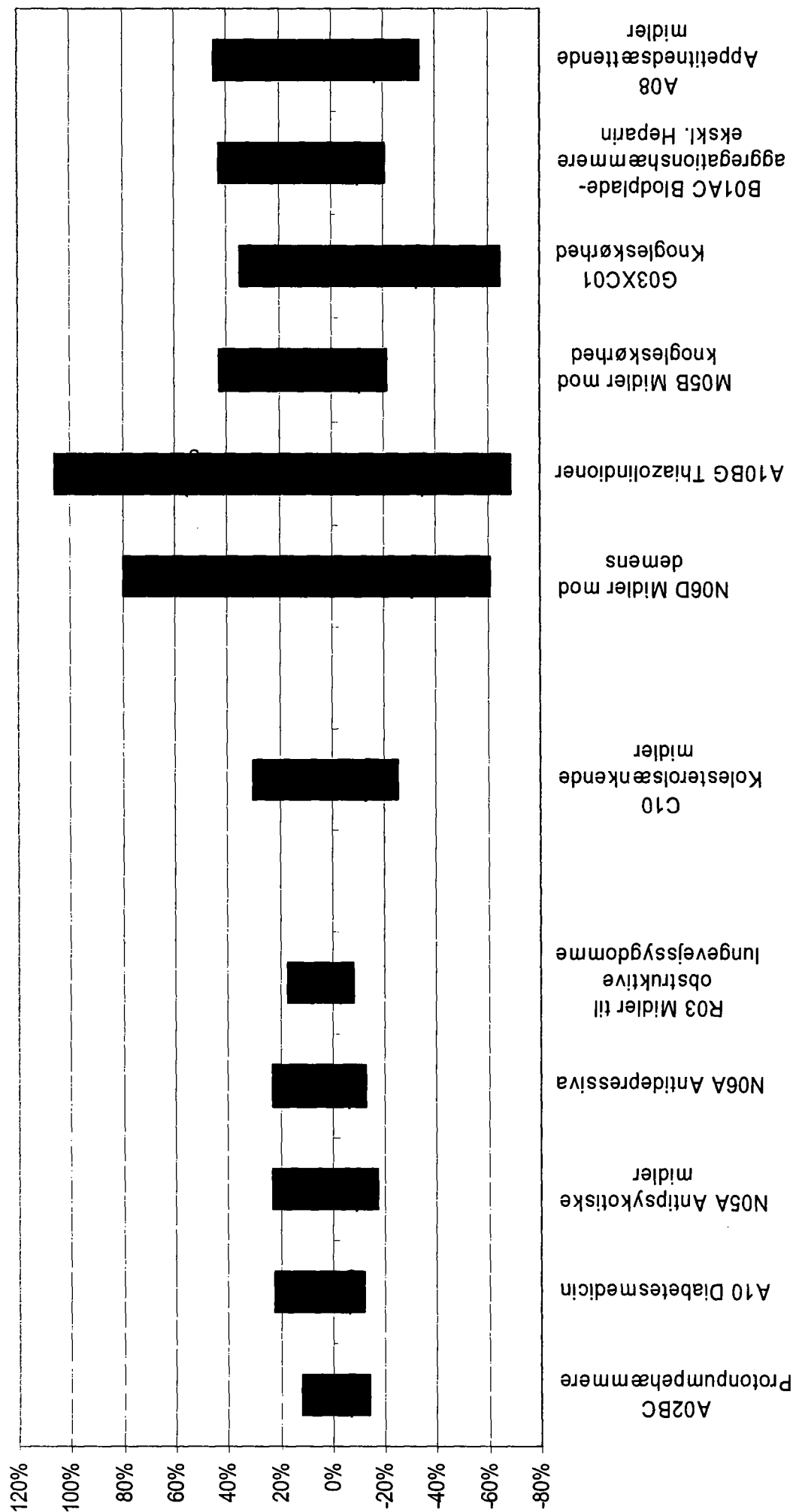
Forventet levetid ved fødslen for begge køn i Europa, 2002



Kilde: OECD sundhedsdata, 2004.



Regionale variationer i medicinforbruget



Kilde: Lægemiddelstyrelsen

