



Luxembourg, sundheden og sundhedsvæsenet

Læge René Flamsholt Christensen

Forf.s adresse: 54, Ceinture um Schlass,
Hesperange, Luxembourg

For mange af Ugeskriftets læsere, især blandt forfatterens jævnaldrende, vil landets navn i første række vække minder om Radio Luxembourg, der i 1960'erne kværmede popmusik ud på mellembølgebåndet til husværelse for Europas teen-agere. Et land, der i udstrækning er mindre end Fyn, og hvis befolkning tæller ca. 470.000, påkalder sig sjældent verdens opmærksomhed. Når Luxembourg gør, er det oftest med elan.

Storhertugdømmet Luxembourg har dog langt fra altid været en succeshistorie. I midten af 1800-tallet emigrerede folk fra et tilbagestående land, hvis eneste aktiv, landbrugsjorden, er af så ringe bonitet, at den i store dele af landet reelt kun er egnet til skovdrift.

Befolkningstallet dalede til omkring 160.000. Så oprandt industrialiseringens umættelige behov for jern og stål. Fra 1870'erne begyndte man at udvinde de store forekomster af jernmalm i den sydlige del af landet. Arbejdskraft mønstrede man ved at invitere udlændinge, især italienere, til landet.

Mange af disse blev der, befolkningstallet begyndte at stige igen, og Luxembourg havde fundet en formel for økonomisk fremgang, som med variation stadig er i brug.

Landets befolkning består nu af ca. 60% luxembourgere og 40% indvandrere, og kun ca. 35% af dets arbejdspladser bestrides af folk, der er født der. Ud over de ca. 190.000 fastboende udlændinge krydser hver dag omkring 110.000 mennesker den franske, belgiske eller tyske grænse for at arbejde i det økonomisk velsmurte storhertugdømme. Jernmalmen har taget slut (om end verdens største stålfirma har hovedkvarter her). Nu er det landets finanssektor, med oprindelse i en bankhemmelighed à la den i Schweiz, en stor servicesektor og en række EU-institutioner, der er drivkraften bag landets velstand.

Den omtalte formels effektivitet afspejler sig i et bruttonationalprodukt (GDP) pr. capita, der med US\$ 68.800 (2006) er verdens højeste. Et GDP pr. capita på US\$ 37.000 giver Danmark en sjetteplads på verdensranglisten.

Sundhedstilstanden

Spørger man folk, er der, som **Tabel 1** viser, færre i Luxembourg, der anser egen sundhedstilstand for at være »god« eller »meget god« end tilfældet er blandt danskerne. I EU-27-sam-

Det er værd også at nævne en anden efterhånden vigtig indikator for folkesundhed: overvægt og fedme [1], dvs. *body mass index* (BMI) > 25, fylder meget, bogstavelig talt og ikke uventet i et land, der er så motoriseret og har en så lav brændstofpris som Luxembourg.

En 13% lavere cancerincidens (*age standardised incidence rate per 100.000 inhabitants* – ASR E) [2] i Luxembourg end i Danmark dækker over en meget betydelig forskel i kønsfordelingen. Hvor fraktionerne af danske mænd og kvinder, der bliver ramt af malign sygdom, er stort set lige store, er hyppigheden hos mænd i Luxembourg næsten halvdan gange kvindernes. Er det mon en refleksion af forskellig tobaksadfærd? De storrygende danskere (28%) fordeler sig med næsten lige mange mænd og kvinder. I Luxembourg er prævalensen faldet hurtigere, og kun 22% ryger, men næsten halvdan gange flere mænd end kvinder ryger. I Luxembourg har man suverænt det højeste alkoholindtag i Europa – nok under indtryk af landets reelle karakter af *taxfree shop* og deraf følgende grænsehandel.

En opgørelse fra EU-Kommissionen [3] viser en aldersstandardiseret mortalitet i Danmark, der er ca. 17% højere end den aldersstandardiserede mortalitet i Luxembourg. Denne dækker næsten samtlige 65 dødsårsager, men er især markant hvad angår malignitet og iskæmisk hjertesygdom. Det er nær-

liggende at tolke den noget lavere cancerdødelighed i Luxembourg som et udtryk for en mere effektiv præventiv, diagnostisk og behandlingsmæssig indsats. Det er dog snarere sådan, at den relativt ringere overlevelse blandt danske kvinder er årsag til en væsentlig del af forskellen i cancermortaliteten.

I lighed med nabolandene er Luxembourgs sundhedsvæsen baseret på den såkaldte Bismarckmodel [4] efter den tyske kansler, der indførte sygekasser i Tyskland i 1800-tallet. Medlemskab af en af ni sygekasser er obligatorisk for alle. Sluttet sammen i en national organisation forvalter kasserne medlemsbidragene, der sammen med andre sociale afgifter opkræves »ved kilden« som en procentdel af den skattepligtige indkomst. Sundhedsvæsenets driftsomkostninger erholdes af sygekasserne, som dog kun henter godt 60% af provenuet via de direkte medlemsbidrag, mens staten yder et variabelt årligt tilskud svarende til mankoen. Uanset ejerskab finansieres hospitalernes investeringer i nybyggeri og større nyanskaffelser næste udelukkende via statsbudgettet.

Et af de bærende principper i sundhedsvæsenet er patienternes frie valg af behandler og behandlingsinstitution. Den praktiserende læge er derfor i Luxembourg i langt mindre grad nøglefigur i systemet end i Danmark. Mange har ikke fast tilknytning til en læge, men vælger at søge speciallæge direkte i tilfælde af sygdom.

Den behandlende lene sig derudover på en række andre aktører. Den største aktør er altså den offentlige sektor, og herunder især kommunerne. Den offentlige sektor er altså den største aktør i forhold til at finansiere og gennemføre de forskellige tiltag. Den offentlige sektor er også den største aktør i forhold til at gennemføre de forskellige tiltag. Den offentlige sektor er altså den største aktør i forhold til at gennemføre de forskellige tiltag.

Af de i alt syv akuthospitaler i landet er to statsejede, resten ejes af kirkelige (katolske) organisationer. De statslige hospita-



Tabel 1. Et sammenlignende perspektiv på luxembourgnernes og danskernes sundhed, livsstil og alvorlig sygdom.

Indikatorer – sundhed	Luxembourg	Danmark
Forventet levealder ved fødsel (år, 2006)	82,2 ^a	76,6 ^b
Meget/tilfreds med egen sundhedstilstand,%	74	78
Spædbarnsdødelighed	2,6	4,4
Rygere, % af befolkning	22	28
Alkoholindtag pr. indbygger, l 100% (2003)	12,6	9,5
BMI > 25, % af befolkning	53	42
Cancer		
incidens (ekskl. hud, ASR E)	376	428
kønsfordeling (ekskl. hud, ASR E)	312 ^a	440 ^b
mortalitet	127 ^a	223 ^b
	196 ^a	243 ^b

a = kvinder: b = mænd

ASR E = age standardised incidence rate per 100,000 inhabitants

BMI = *body mass index*

VIDENSKAB OG PRAKSIS | LUXEMBOURG

ler har en fastansat lægelig stab; de private fungerer gennem aftaler med en række speciallæger, som hver disponerer over et vist antal senge til indlæggelse og behandling af deres patienter. Hospitalet råder tilsammen over godt 2.500 senge [5], hvilket svarer til 5,4 pr. 1.000 indbyggere, til sammenligning er tallet 3,2 i Danmark og 4,2 i hele EU. Mens indlæggelsesfrekvensen er næsten som i Danmark, er der en afgørende forskel i den gennemsnitlige indlæggelseslængde: 7,7 dage i Luxembourg mod 3,6 dage i Danmark. EU gennemsnit er 6,9 dage.

Alle ydelser er omfattet af en honorarftale mellem på den ene side sygekasserne og på den anden side læger, hospitaler, apoteker og andre ydere.

Denne aftale efterleves af alle ydere, idet dog hospitaler i tilgift forhandler et driftsbudget med sygekasserne. Praktiserende behandlere betales direkte af den enkelte patient, der efterfølgende får refusion af sin sygekasse, mens hospitaler afregner ydelser direkte med sygekasserne. I mange tilfælde afkræves patienten en mindre egenbetaling.

Udgifterne til sundhedsvæsenet udgør 6,9% målt i andel af nationalindkomsten, hvilket er betydelig lavere end i Danmark (9%) og EU som helhed (9,3%). I nominelle tal tegner situationen sig noget anderledes. I Luxembourg spenderer man årligt knap US\$ 4.000 pr. indbygger, et beløb, der internationalt kun overgås af USA. Til sammenligning beløber Danmarks årlige udgifter pr. indbygger sig til US\$ 2.840 og EU's gennemsnitligt til US\$ 2.645.

Lægeuddannelse og arbejdsmarked

Luxembourgs universitet er kun fire år gammelt, og trods gode støttemuligheder til højere uddannelse i udlandet har luxembourgerne en af de laveste rater af tertiær uddannelse i Europa. Man importerer den højtuddannede arbejdskraft i stedet. En ung luxembourger med medicinske ambitioner kan læse første år i hjemlandet og tager derefter resten af uddannelsen ved en række tyske, belgiske og franske universiteter, med hvilke den luxembourgske stat har en aftale herom.

Almen medicin er ikke anerkendt som et speciale, og udøvelse forudsætter ikke opfyldelse af bestemte uddannelseskrav. De fleste, der nedsætter sig, vælger dog forinden at sammenstykke relevant erfaring. Speciallægeuddannelse kan for de fleste specialers vedkommende foregå helt eller delvist i Luxembourg. Igen har man etableret et vidtstrakt samarbejde med nabolandene.

Der arbejder knap 1.300 læger i landet, det svarer til 2,8 pr. 1.000 indbyggere, mindre end både EU-gennemsnittet på 3,6 og det danske på 3 pr. 1.000 indbyggere. Godt 400 læger er alment praktiserende, resten er speciallæger. En væsentlig forskel i forhold til Danmark er kønsfordelingen, idet færre end hver fjerde læge i Luxembourg er kvinde.

Autorisation udstedes af sundhedsministeriet. I praksis hviler denne, hvis man er uddannet i en anden EU-medlemsstat, på en afprøvning af ens franske, eller evt. tyske sprog. Af de 53 læger, der etablerede sig i Luxembourg i 2004, var 40

fra andre EU-medlemslande, og omkring 45% af den samlede lægestand er immigranter.

De centrale lægefaglige organer består af L'Ordre National des Médecins og L'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD). Førstnævnte er det øverste faglige organ for udøvelse af lægegerning og råder over disciplinære sanktionsmidler. AMMD's karakter af fagforening understreges af at forhandlingsretten med sygekasserne beror her.

Erfaringer og udfordringer

Det frie valg er højt værdsat af luxembourgerne og muligheden af få en *second opinion* eller at »shoppe« rundt hos forskellige behandlere bruges i udstrakt grad. Der er da næppe heller tvivl om, at sundhedsvæsenet bedømt på umiddelbare forbrugervenlighedskriterier som ventetid er bedre end det danske. Til trods for, at eksempelvis »tætheden« af magnetisk resonans-skannere er blandt de højeste i Europa, er det dog ikke sådan, at ventetid er ukendt.

Det synes svært at sandsynliggøre, at det høje omkostningsniveau eller frie valg omsættes til mere sundhed. Middelevetiden er kun marginalt bedre end OECD's gennemsnit. Og skønt der artiklen igennem er jævnført med danske forhold, er spørgsmålet vel, om ikke en vurdering af behandlingskvaliteten målt som *outcome* bør tage udgangspunkt i forholdene i lande med sammenligneligt omkostningsniveau.

Schweiz frembyder en sådan mulighed. Her er situationen i grove tal den, at man har en total cancerincidens som den danske, altså ca. 13% højere end i Luxembourg. Kønsfordelingen er derimod stort set som den luxembourgske. Heroverfor står en schweizisk cancermortalitet, der er 10% lavere end den luxembourgske, nemlig 160 pr. 100.000 kvinder og mænd pr. år. Alt andet lige burde det være udtryk for, at storhertugdømmets sundhedsvæsen med fordel kunne lade sig inspirere til at tilvejebringe mere sundhed for pengene. Hvorvidt et af sundhedsministeriet nyligt bebudet kvalitetssikringsinitiativ faktisk når så langt, må tiden vise.

Skulle man vælge et område, hvor Danmark utvetydigt kunne lære af Luxembourgs erfaringer, må det blive den vellykkede integration af udlændinge også på sundhedsområdet og på det lægelige arbejdsmarked.

Korrespondance: René Flamholt Christensen, 54, Ceinture um Schloss, L-5880 Hesperange, Luxembourg. E-mail: christen@pt.lu

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tchicaya A. Etat de santé et facteurs de risque: quelques indicateurs pour le Luxembourg en 2005. Population & Emploi No. 22. Luxembourg: Insead/CEPS, 2006.
2. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_2_en.print.htm#12/sept/2007.
3. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Luxembourg. København: WHO, 1999.
4. Ferlay J, Autier P, Boniol M et al. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007;18:581-92.
5. Carte sanitaire 4ème édition 1998-2005. Ministère de la Santé. www.ms.etat.lu/ okt 2007.