

**NOTAT
TIL DET POLITISK-ØKONOMISKE UDVALG (PØU) SAMT
SUNDHEDSUDVALGET (SUU)**

FOLKETINGET



OECD-analyse:

**Danske sygehuse er
omkostningseffektive**

17. september 2007

Ref.: 07-000844-1

Kontakt:

Flemming Densø Nielsen

Dir. tlf: 36 01

(Økonomigruppen i Folketinget)

Resumé:

OECD har sammenlignet omkostningerne for 7 udvalgte behandlinger i sygehusvæsenet i 10 OECD lande. Danmark klarer sig som det mest omkostningseffektive land i undersøgelsen, da udgifterne "kun" er 5 pct. højere end den mest optimale behandlingspris. OECD konkluderer på den baggrund, **at Danmark har et effektivt sygehusvæsen sammenlignet med andre OECD-lande.** Der er med andre ord kun meget få muligheder for at nedbringe behandlingsudgifterne i Danmark, ifølge OECD.

Finland og UK har også ret lave behandlingsudgifter med 12-13 pct.'s reduktionspotentiale. Derimod ligger de resterende 7 lande (Tyskland, Norge, Sverige, Frankrig med flere) fra 32 pct. til 48 pct. over den laveste pris for behandlingerne.

Undersøgelsen fra OECD er en **kvantitativ måling** (hvor effektiviteten måles) og **ikke en kvalitativ måling** (hvor kvaliteten af behandlingen måles). OECD anvender dog kræftbehandlingen i landene som et eksempel på kvaliteten i behandlingen.

Som eksempel viser OECD med historiske kræftdata (1990-94), at Danmark international set har en af de laveste overlevelsesgrader inden for kræftbehandlingen, og at dette måske hænger sammen med de meget lave behandlingsudgifter (Det kan hertil tilføjes, at andre undersøgelser viser, at der er sket fremskridt i kræftbehandlingen i Danmark i perioden 1995-2005).

1. Indledning

OECD har i juni 2007¹ udarbejdet en sammenlignende analyse af 10 OECD-landes behandlingsudgifter for 7 udvalgte typer af behandlinger i sygehusvæsenet. Analysen har været en del omtalt i pressen.

I notatet gennemgås hovedresultatet, der er interessant, fordi det placerer Danmark som nummer 1 med de laveste udgifter til behandling, men Danmark har desværre også en dårlig overlevelsesstatistik for kræftframte blandt OECD-lande.

¹ OECD rapporten: "Improving the efficiency of health care spending: Selected evidence on hospital performance" fra juni 2007. Economics Department working papers no. 555.

2. Resultater af OECDs analyse af 7 konkrete behandlinger på sygehusene.

De 7 behandlinger er valgt, da OECD har vurderet, at de har en nogenlunde ensartet behandlingsform, hvilket medfører, at man kan foretage en sammenlignende undersøgelse mellem landene. De specifikke definitioner der er anvendt til at gruppere behandlinger er DRG-systemet². I DRG-systemet er patientbehandlingen grupperet ud fra at være nogenlunde klinisk og økonomisk homogene grupper, hvilket gør sammenligning muligt.

I **Tabel 1** er vist de 7 behandlinger i OECDs undersøgelse samt den danske afregningstakst for disse typer af behandlinger. De danske afregningstakster indgår som enhedsomkostninger i undersøgelsen.

Tabel 1: Oversigt over de 7 typer af behandlinger i OECDs undersøgelse set fra dansk side (2006 priser)

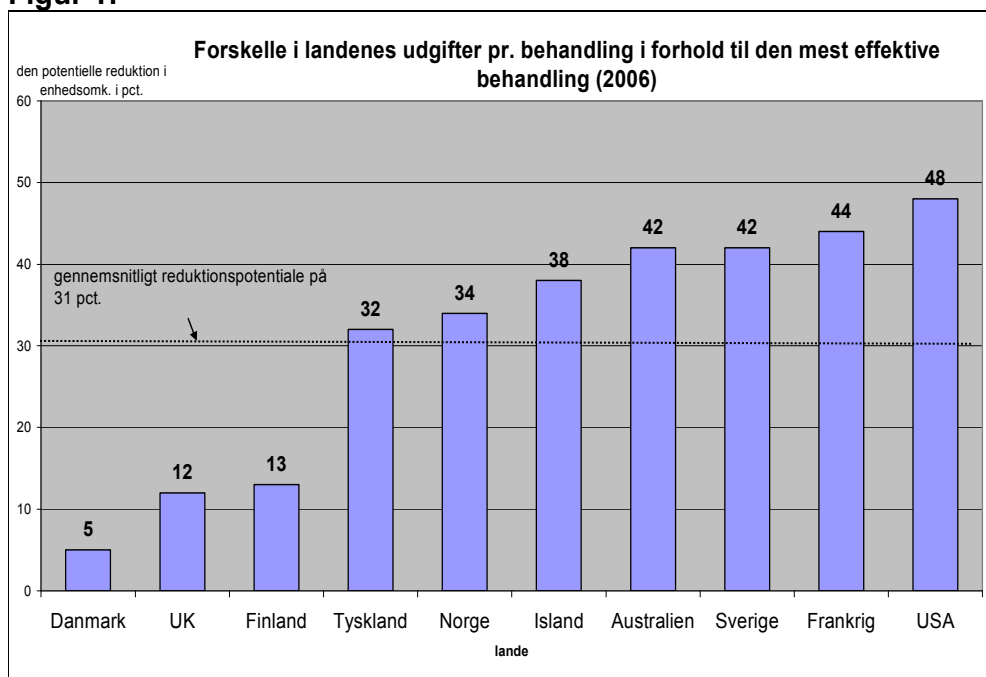
Type af behandling:	DRG-takst i kr. (ca.)
By-pass operation (hjerte).	119.100
Indsættelse af større implanter vedr. operation (f.eks. i hofte eller knæ).	74.600
Lungebetændelse og lungehindebetændelse.	24.600
Fjernelse af galdeblære.	19.100
Operationer for brok.	14.800
Ukompliceret fødsel.	10.600
Grå stær operation.	8.300

Kilde: Se fodnote 1. Se endvidere Sundhedsstyrelsens "Takstsystem 2006 – en vejledning".

I **figur 1** er landene rangordnet efter, hvor effektive landets behandling er i forhold til den billigste løsning.

² DRG står for Diagnose Relaterede Grupper.

Figur 1:



Kilde: Se fodnote 1.

Danmark har de laveste enhedsomkostninger pr. behandling. Omkostningerne i Danmark kan "kun" forbedres 5 pct. for at have den mest optimale behandlingspris for alle 7 typer af behandlinger for samtlige 10 lande!.

Det bemærkes også, at UK og Finland har væsentlige lavere enhedsomkostninger end de resterende lande. De andre 7 lande ligger alle sammen væsentlig højere fra 32 til 48 pct. USA har de højeste enhedsomkostninger i undersøgelsen med et reduktionspotentiale på hele 48 pct. for at komme ned på den mest effektive pris.

OECD undersøgelsen har ikke haft til formål at forklare, hvilke årsager som kan ligge til grund for forskellen, da det kræver en dybere analyse. Bl.a. har Danmarks høje grad af ambulante behandlinger sikkert medvirket til det omkostningseffektive danske sundhedssystem.

Endvidere er det vigtigt at understrege, at målingen er et **kvantitativt** forsøg på at måle **effektiviteten** ved hjælp af, hvor meget udvalgte typer af hospitalsbehandlinger koster i de forskellige lande. Det siger **ikke** noget om, hvordan **kvaliteten** af behandlingerne er i de forskellige lande. Det skal der andre og mere dybdegående undersøgelser til for at få belyst nærmere. I **bilag 1** er skematisk angivet, hvorledes OECD måler sig frem til resultaterne.

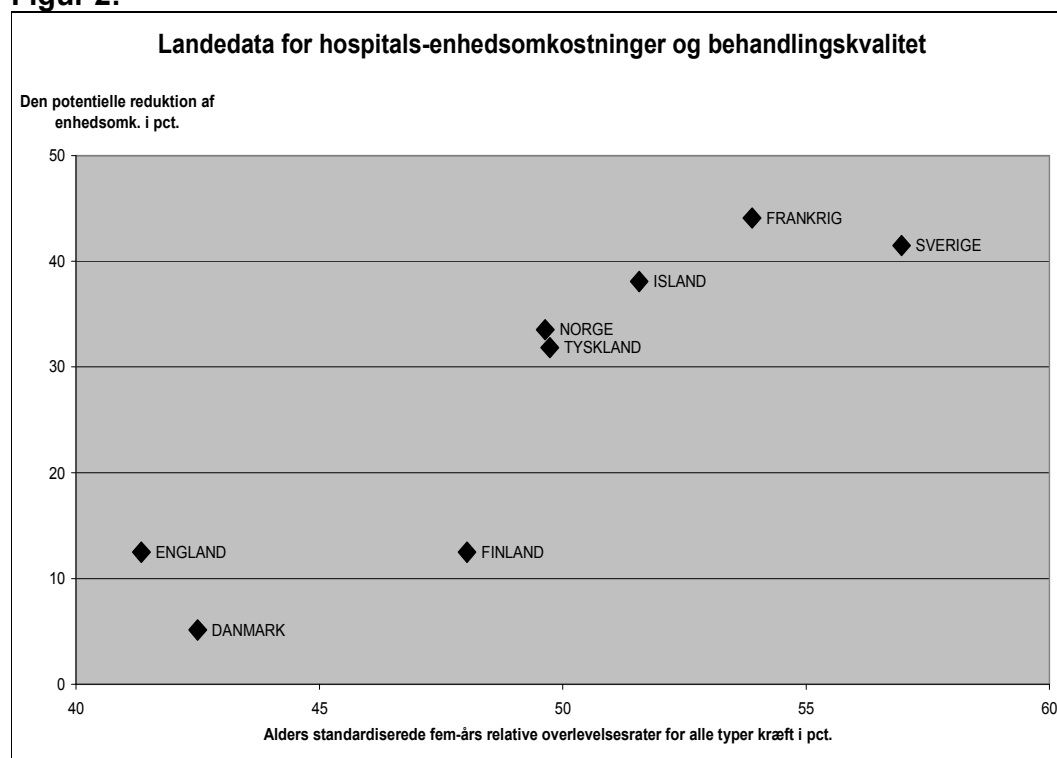
Ikke desto mindre, har OECD valgt at inddrage kræftbehandlingen, som en slags kvalitetsindikator (jf. nedenfor).

OECD nævner her, at i det omfang at kvaliteten af behandlingen er nært knyttet til de anvendte ressourcer, kan lave omkostninger potentielt afspejle, at kvaliteten er **relativt** lav. I den forbindelse anvender OECD data for 5 års overlevelsesraten inden for kræftområdet, som sammenlignes med enhedsomkostningerne i OECD's undersøgelse.

Figur 2 viser forholdet mellem enhedsomkostningerne til de 7 operationer og kvaliteten i kræftbehandlingen.

Det skal bemærkes, at kræftdødelighedstallene i figur-2 er for personer, som fik diagnosen kræft i perioden **1990-1994**, hvor man har målt, hvor mange, der lever fem år efter.

Figur 2:



Kilde: Se fodnote 1. Fem-års overlevelsesrater er fra Eurocare-3 studie, hvor personerne i undersøgelsen har fået kræftsygdommen i perioden 1990-1994.

I **figur 2** ser man, at England og Danmark har de laveste overlevelsesrater ved kræftsygdomme. Samtidig er omkostningerne ved sygehusbehandling ret lave i de to lande. På den anden side har Sverige og Frankrig den højeste overlevelseshyppighed inden for kræft, men har også forholdsvis høje

enhedsomkostninger i OECD-undersøgelsen. **Det er interessant at se, at Finland har opnået en relativ høj overlevelsesgrad med lave omkostninger.**

OECD anfører dog, at selvom sammenhængen mellem lave udgifter og overlevelsesrater for kræft er tydelig i figuren, skal man af mange grunde være forsigtige med at drage for håndfaste konklusioner.³

I den forbindelse er det vigtigt at påpege, at OECD-tallene stammer fra 1990-94, og at der er sket fremskridt i Danmark i kræftbehandlingen i perioden 1995-2005, hvor de alderskorrigerede dødshyppigheder for kræft er faldet med 10 pct.⁴ I det omfang, at kræftbehandlingen er blevet tilsvarende bedre i de undersøgte lande, vil det ikke rykke ved Danmarks **relative** placering.

Med venlig hilsen

Flemming Dengsø Nielsen (3601)

³ Ifølge Berlingske Tidende (30. juli 2007) udtaler **formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S)**, følgende til OECD's tal: "Men den stramme styring har også givet os nogle problemer i behandlingen af sygdomme i vækst som f.eks. kræft, hvor vi har været bagud. Her kommer vi ikke uden om, at der skal ske en betydelig tilførsel af økonomiske ressourcer."

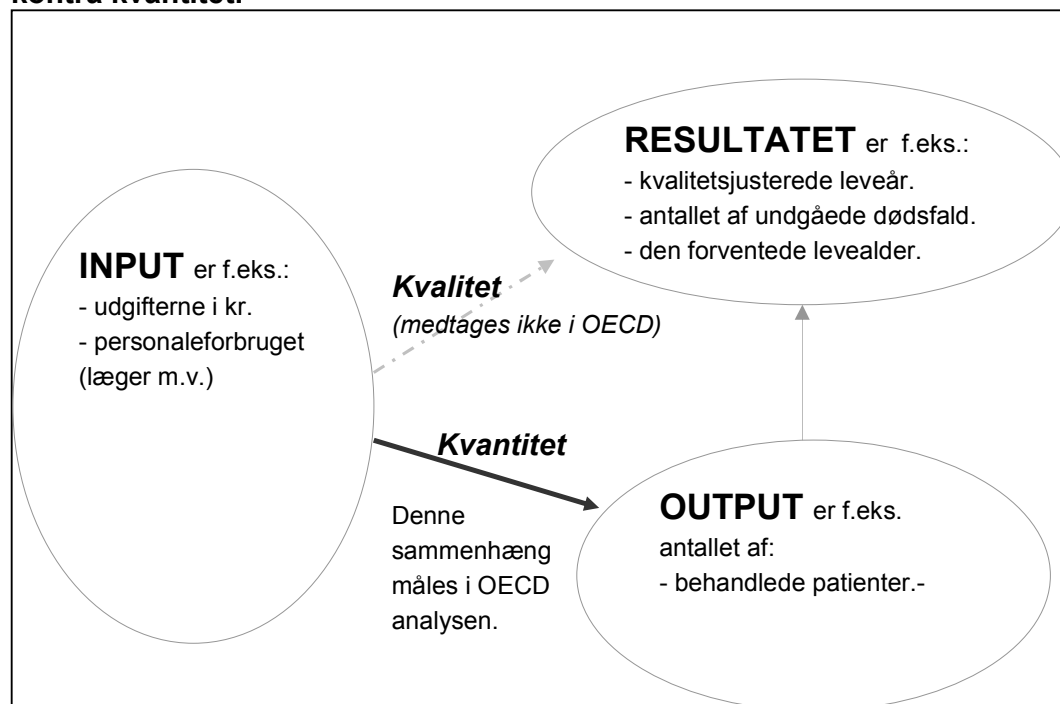
⁴ Minianalyse fra Folketingets Økonomigruppe: " Sundhedssektoren i Danmark: Hvor stor er den, og hvad får vi for pengene?" fra januar 2007.

Bilag 1: Analyse af effektivitetsmåling på baggrund af OECDs anvendte metode

Man kan måle effekten af sundhedsvæsenet på flere måder. De har hver i sær deres egne fordele og ulemper.

I figur 2 er opstillet metoderne til at måle effekten af de ressourcer, der anvendes i sundhedssektoren. Når man skal måle effekten af den indsats, som er i sundhedsvæsenet, skal man sammenstille **inputtet** med en form for **output** (læs: **kvantitet**) eller endnu bedre måles i forhold til det endelige **resultat** (læs: **kvalitet**) af behandlingen.

Figur 2: Metoder til måling af effektiviteten i sundhedsvæsenet: Kvalitet kontra kvantitet.



Kilde: Egne opstillinger på baggrund af OECD's "Cross-Country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research" fra maj 2007.

Inputtet til målingen kan f.eks. være hvor mange udgifter og ressourcer, som de enkelte lande har anvendt til sundhedsvæsenet. Det skal selvfølgelig vejes op imod, hvad man har fået for pengene. Sammenhængen mellem de anvendte ressourcer, og hvad man så har fået for pengene er en kompleks sammenhæng.

Outputtet af sundhedsvæsenet kan være antallet af behandlede patienter på sygehusene, antal hospitalsindlæggelser o.lign. Således kan man

sammenligne de enkelte landes aktivitetsniveau (output) med, hvor mange ressourcer der anvendes til sygehusene (input).

Ideelt set ville man måle på, hvor stort er **resultatet** i forhold til de anvendte ressourcer (input), da man derved også får målt kvaliteten af behandlingen og ikke kun kvantiteten.

De endelige resultater af behandlingen i sundhedsvæsenet kan bl.a. være kvalitetsjusterede leveår (populært kaldet: antallet af raske leveår), undgåede dødsfald eller blot den forventede levealder. OECD har valgt ikke at måle på selve **resultatet**, da andre ting end sundhedspolitikken påvirker **resultatet** (af f.eks. den forventede levetid).