

Er der brug for fem milliarder mere i sundhedsvæsenet?

Hvad kan de bruges til?

Kjeld Møller Pedersen

kmp@sam.sdu.dk

Health Economics Papers

2009:2



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

Forord og baggrund (bør læses før hovednotatet)

Det har været svært at skrive dette notat. Ikke så meget videnskabeligt som i praktisk og formidrende forstand. Afsættet var en overfladisk set enkel udfordring: Hvordan ville du bruge 5 mia. ekstra kroner i det danske sundhedsvæsen? Altså en klassisk prioriteringsøvelse. Det skulle være ret enkelt at svare på for en forsker med mangeårig interesse for prioritering i teori og praksis kombineret med et godt kendskab til forholdene i sundhedsvæsenet. Men det var det på ingen måde. Og det viste sig, at omkring 20 adspurgte personer i det danske sundhedsvæsen også fandt det forbavsende svært. Det gamle udtryk om, at ét er søkort at læse, et andet skib at føre, blev skræmmende klart.

Spørgsmålet var en del af Danmarks Konsensus, som er et samarbejde mellem Copenhagen Consensus Center (www.copenhagenconsensuscenter.com) og dagbladet Politiken. Danskerne havde først peget på Danmarks fem største udfordringer. Sundhedsvæsenet var én af dem. Dernæst skulle eksperter give et bud på løsningen af dem i form af forslag til fordeling af fem milliarder kroner.

Opgaven kunne være grebet an ved blot at fordele fem milliarder. Sådan! Uden egentlige begrundelser. Akademisk ville det være utilfredsstillende. Fremgangsmåden blev derfor at besvare en række spørgsmål, som gradvist skulle føre frem til konkrete valg. Besvarelsen af disse spørgsmål førte reelt til en oversigt over udviklingen i de sidste 25 år. En lang omvej vil nogen synes, men alligevel nødvendig og nyttig.

Det *første* spørgsmål, der meldte sig var: Er der behov for flere ressourcer i sundhedsvæsenet? Er det danske sundhedsvæsen 'underfinansieret'? Svaret på det sidste er et forsigtigt nej, og et klar ja til det første: Behovene og muligheder overstiger altid det økonomisk mulige.

Det *næste* spørgsmål var: Det drejer sig ikke alene om penge, men også om sundhedstilstanden – lige fra udviklingen i middellevetid, kvalitetsjusterede leveår til patientoplevelset og faglig kvalitet. På nogle felter er Danmark flot placeret, fx. patienttilfredshed, men på andre områder dårligt placeret, fx. middellevetid.

Det *tredje* spørgsmål drejede sig om værktøjer til at understøtte en sundhedsøkonomisk rationel prioritering. Derfor er der en kort fremstilling af de centrale metoder: Omkostnings-effekt og omkostnings-nytteanalyse med særlig vægt på inddrages fordelingsmæssige hensyn – noget helt centralt i sundhedsvæsenet. Det bliver også nævnt, at der er få cost-benefit-analyser på sundhedsområdet.

Endelig kom *det fjerde og centrale* spørgsmål: Fordeling af 5 milliarder ud fra en kombination af omkostnings-effekt-tænkning, sygdomsbyrde, 'skjulte' sygdomsområder osv. Omkostnings-effekt-analyser giver langt fra alle svarene. Se resumé-afsnittet.

Hermed var udfordringerne dog ikke slut. I det første udkast var der nemlig ikke lavet cost-benefit-beregninger. Grundideen i konsensusmodellen er imidlertid at sammenligne på tværs af sektorer, og det kræver sammenlignelighed, hvilket cost-benefit analyser muliggør. Så efter pres blev den *femte og vanskeligste* udfordring at sætte kr. og ører på 'sund(ere) tid': Liv, ekstra leveår/kvalitetsjusterede leveår. Der er mange teoretiske og empiriske udfordringer. Derfor krævede det en meget dyb indånding at lave nogle meget grove overslag. Lidt overraskende var det ikke helt umuligt og bør give anledning til fornyede overvejelser om cost-benefit-analyse på sundhedsområdet. Se resumé.

Indholdsfortegnelse

Forord og baggrund (bør læses før læsning af selve notatet).....	1
RESUMÉ	4
Oversigt	5
Ressourcesituationen	6
Nok?	7
- 'Nok' i fremtiden?.....	11
Sundhedstilstanden	13
Kvalitet: Det nationale indikatorprojekt, NIP, og utilsigtede hændelser m.m.	17
Prioritering og økonomisk evaluering	22
- Omkostnings-effekt-analyser.....	22
- Lighed i sundhed og CEA/CUA.....	25
- Den økonomiske byrde ved en sygdom eller en skadevolder.....	26
Forslag til anvendelse af 5 mia. kr. i sundhedsvæsenet.....	29
Pulje til effektmåling og evaluering: 500 mio. kroner	31
Social ulighed i sundhed: 300 mio. kroner	32
Bekæmpelse af sygehusinfektioner og utilsigtede hændelser: 300 mio. kroner	33
- Problemets omfang.....	33
- Mulige indsatsområder.....	35
Forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler i almen praksis: 500 mio. kroner	35
- Sundhedsfaglige indhold.....	36
- Resultat af den sundhedsøkonomiske analyse.....	37
- Igangsættelse.....	37
Psykatri: depression og angstsygdomme: 500 mio. kr.	38
- Hvor mange?.....	39
- Konsekvenser.....	39
- Behandling.....	39
- Omkostnings-effekt af indsatsen.....	40
Implementering af 'kroniker-modellen', inkl. telemedicinske løsninger m telemonitorering: 1 mia. kroner	41
- Hvad er det, og hvor mange er der?.....	41
- Kroniker-modellen: En løsningsmulighed.....	41
- Evidens og omkostnings-effektivitet.....	42
- Telemedicin - telemonitorering.....	43
- Fordeling af midlerne.....	43
Hurtigere diagnostisk udredning: 500 mio. kroner	43
Intensiveret rehabiliteringsindsats: 500 mio. kroner	44
- Organisering.....	44
- Evidens.....	45
200 mio. kroner til at afskaffe 'flaskehalse' i sundhedsvæsenet	46
Grove skøn over cost-benefit brøker	46
- Værdisætning af den sundhedsmæssige gevinst.....	47
- Benyttede pengeværdier for ekstra leveår, QALY og statistisk liv.....	49
- Beregninger.....	50
- Noter vedr. antagelser i de grove beregninger.....	50
Appendiks	53
Litteratur	55
Noter	59

RESUMÉ

Som baggrund for spørgsmålet om anvendelsen af yderligere op til fem milliarder i sundhedsvæsenet belyses indledningsvis ressourcesituationen og sundhedstilstanden.

De første 9 sider belyser, om der mangler ressourcer i sundhedsvæsenet. I forhold til ønsker og behandlingsmæssige muligheder er svaret bekræftende. Når man sammenligner det danske sundhedsvæsen med andre lande, ligger vi ressourcemæssigt i midten, og når vi ser fremad, vil der komme et betydeligt ressourcepres.

De efterfølgende 8-9 sider drejer sig om sundhedstilstanden vurderet ud fra forventet middellevetid og fagprofessionel kvalitet. Den danske middellevetid ligger lavt sammenlignet med andre vestlige lande.

I sundhedsvæsenet prioriteres der ved hjælp af omkostnings-effekt-analyse og omkostnings-nytte-analyse, hvor man ser på, hvor man får det største sundhedsmæssige udbytte per krone. Derfor gennemgås disse to metoder og holdes op mod en metode til beregning af den økonomiske byrde ved en sygdom. Denne sidste metode kan dog ikke bruges til fordeling af ressourcer i modsætning til de to første.

Dette efterfølges af en gennemgang af 9 forslag til forøget ressourcetilførelse, jfr. tekstboksen.

1. 300 mio. kroner til øget indsats mod sygehuserhvervede infektioner og øvrige utilsigtede hændelser
2. 500 mio. kroner til forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler i almen praksis’.
3. 1 mia. kroner til storskala-forsøg med og implementering af ’kroniker-modellen’, herunder telemedicinske løsninger (telemonitorering)
4. 500 mio. kroner til intensiveret behandling af depression og angstsygdomme
5. 500 mio. kroner til hurtigere diagnostisk udredning
6. 500 mio. kroner til forøget rehabiliteringsindsats.
7. 300 mio. kroner til forsøgspulje ’reduktion af social ulighed i sundhed’
8. 500 mio. kroner til effektmålings-og evalueringspulje’
9. 200 mio. kroner til ’flaskehalse’ i sundhedsvæsenet

Der afsluttes med, under meget store betænkeligheder, at præsentere C/B-brøker for tre af forslagene. Det er tale om meget grove og antagelsestunge beregninger:

<i>Forslag</i>	<i>Benefits</i>	<i>Costs</i>	<i>C/B ratio</i>
1. Infektioner/utilsigede hændelser	17 mia. kroner	200 mio. kr/år i fem år, derefter selvfinansierende	17
2. Kronisk sygdom, baseret på diabetes og depression	<i>Diabetes:</i> 3,2 mia kr. + nettobesparelser i sundheds-og socialektoren på 5 mia. Samlet benefit: 8,2 mia. kr. <i>Depression:</i> 3,75 mia. kr.	<i>Diabetes:</i> Reelt selvfinansierende (= nettobesparelser – se benefit-siden) <i>Depression:</i> 0,54 mia. kr/år	<i>Diabetes:</i> ’meget stor’ <i>Depression:</i> 6,95
3. Helbredssamtaler i almen praksis	21 milliarder	500 mio. kr per år (2,5 milliarder over fem år)	8,4

Oversigt

Det danske sundhedsvæsen er paradoksernes holdeplads. Spørger man sygehuspatienterne, er de godt tilfredse med deres sygehusindlæggelse eller ambulante behandling^{1, 2}. Vurderet ud fra dokumenteret faglig kvalitet på sygehusene, bl.a. data fra det nationale indikatorprojekt, NIP³, er situationen acceptabel, men ikke prangende. Danskernes middellevetid er lav målt med OECD-alen, og skal man tro kritikerne, er forklaringen mangler i det behandlende sundhedsvæsen.

Der er vedvarende klager over for få ressourcer, både fra patientgrupper, som vil have indført nye eller forbedrede behandlinger, og fra sundhedsfaglige grupper, der både ønsker bedre patientbehandling og bedre arbejds- og lønforhold. Samtidig er den årlige realvækst i sundhedsudgifterne historisk høj. I det kommende 10-år vil der blive investeret mindst 25 milliarder i nye sygehuse eller renovering af eksisterende. Ikke siden først i 70'erne er der blevet investeret så meget. Det bliver dog fra nogle sider fremhævet, at væksten i Danmark er relativt lav målt med internationale alen. Produktiviteten på de danske sygehuse ligger over 2% per år⁴. Det er højt i forhold til den øvrige offentlige sektor og på ingen måde dårligt sammenlignet med den private serviceindustri.

Pressen er et kapitel for sig. Her fokuserer man næsten udelukkende på de negative patienthistorier. Pressen tegner et billede af et sundhedsvæsen i store vanskeligheder. Fremvæksten af sundheds- og sygeforsikringer og de stadig flere privathospitaler tolkes ikke blot som privatisering, men også som tegn på mistillid til det offentlige sundhedsvæsen og ulighedsskabende – ja, nærmest undergravende for det sundhedsvæsen vi kender.

Fremadrettet er der mørke skyer på himlen:

- Mangel på arbejdskraft. Det skyldes ikke dårlige arbejdsforhold i sundhedsvæsenet, men en faldende arbejdsstyrke i almindelighed og dermed skarp konkurrence fra stort set alle sider
- Antallet af kronikere stiger, fx patienter med sukkersyge, forhøjet blodtryk, 'rygelunger' osv.. Det forstærkes af en aldrende befolkning. I de næste 10 år vil gruppen af 64+-årige vokse med 200.000.
- Nye eller forbedrede behandlingsmuligheder presser på, og udviklingshastigheden synes, om noget, at accelerere
- Patienterne er blevet forbrugere med forbrugerholdninger- og forventninger og bliver lovet mere og mere af politikerne: Kortere ventetid, sammenhængende behandlingsforløb, hurtigere ibrugtagning af nye behandlinger osv.. For at sætte trumf på stiller man befolkningen 'sundhedsvæsen i verdensklasse' i udsigt.

Politikernes vilje til at prioritere åbent er ikke imponerende, måske især på Christiansborg, hvor ansvaret for den daglige drift er fraværende.

Det er i denne sammenhæng, man skal se spørgsmålet om, hvad man med fordel kan bruge 5 milliarder til. Det svarer rundt regnet til en ekstraordinær vækst på 5% af det samlede sundhedsbudget – eller knap kr. 1.000 per indbygger.

Ugbrevet A4 gennemførte først i 2007 en opinionsundersøgelse om danskernes prioritering af velfærdsområder. Sundhedsvæsenet lå suverænt i top. Blandt de adspurgte svarede ikke mindre end 38 procent, at sundhedsvæsenet er det offentlige serviceområde, hvor det er vigtigst, at der sker forbedringer – dog uden at angive hvilke forbedringer. På anden- og tredjepladsen kommer ældreomsorgen og folkeskolen med henholdsvis 24 og 19 procent af de adspurgte. Først langt herefter

kommer andre offentlige serviceområder som eksempelvis daginstitutioner og den offentlige transport.

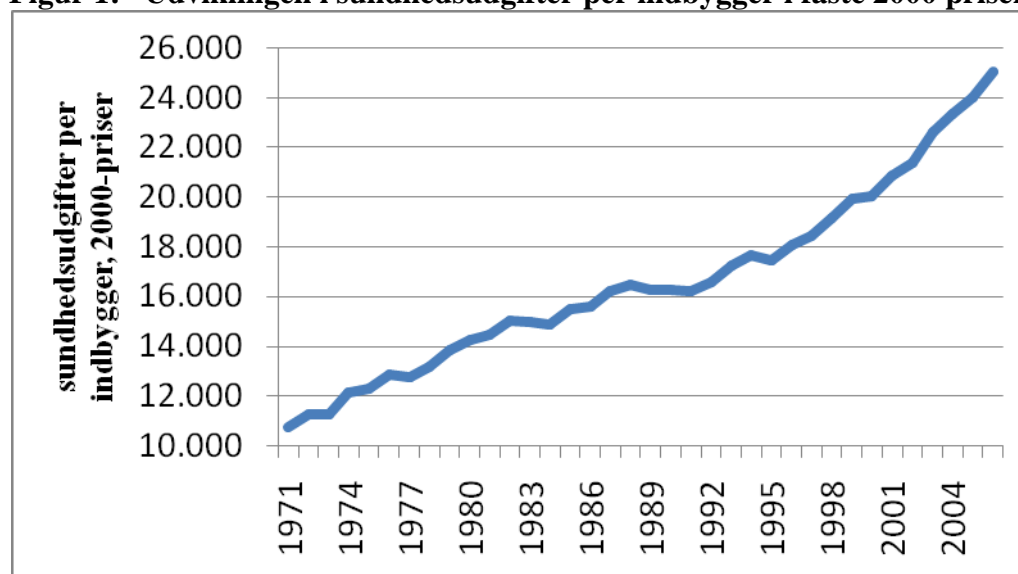
Danskernes ønske om bedre kvalitet i sundhedsvæsenet viser sig også ved, at det er det område, der ville få tilført klart flest penge, hvis den almindelige dansker fik råderet over de offentlige budgetter. Af eventuelle ekstra bevillinger til den offentlige service skulle 31 procent gå til sundhedsvæsenet, hvis det stod til de adspurgte i Ugebrevet A4's undersøgelse. 22 procent skulle gå til ældreomsorgen. 19 procent til folkeskolen. 11 procent til daginstitutioner. 7 procent til de videregående uddannelser og blot 1 procent til forsvaret.

Før man tilføjer sundhedsvæsenet ekstra fem milliarder, er det naturligt at gøre status. Det sker i de følgende afsnit under overskrifterne 'ressourcesituationen' og 'nok?', herunder også et kig ind i krystalkuglen. Ressourceafsnittene følges af beskrivelse af udviklingen i middellevetid og selv-vurderet helbredstilstand efterfulgt af spørgsmålet om faglig kvalitet og utilsigtede hændelser. Derefter tages der hul på spørgsmålet om prioritering i form af præsentation af værktøjer, der kan understøtte prioritering. Det er dels omkostnings-effekt-analyser, dels den økonomiske byrde ved sygdomme og skadevoldere. Omkostnings-effektanalyserne spiller en vigtig, men ikke enerådende rolle ved fordelingen af midler til nye initiativer i sundhedsvæsenet. Afslutningsvis gennemføres med betænkelighed nogle meget grove og summariske cost-benefit-beregninger.

Ressourcesituationen

Sundhedsudgifterne har været støt stigende i de sidste mange år målt som 'faste' kroner per indbygger, hvorved der også korrigeres for befolkningstilvæksten, figur 1. Der har været kortvarige perioder med stagnation eller svagt fald: begyndelsen af firserne og sidst i firserne, men bortset herfra har den gennemsnitlige årlige vækst i sundhedsudgifter per indbygger, korrigeret for inflation, været på 2,5 % fra 1971 til 2006. I perioden 1971-1980 var vækstprocent på 3,2%, men faldt i firserne til 1,4 %, for så at stige til 3,8% i halvfemserne (1991-2000) og nåede den højeste årlige vækstprocent i fra 2001 til 2006: 4,2%.

Figur 1: Udviklingen i sundhedsudgifter per indbygger i faste 2000 priser



Kilde: OECD Health Data, 2008 (m. december-2008-opdatering)

Enhver tale om 'besparelser', forstået som et egentlig fald i ressourcerne, kan således manes til jorden.

Hvad er de mulige forklaringer på væksten? To hovedforklaringer skiller sig ud.

I et skattefinansieret sundhedsvæsen som det danske spiller udviklingen i de økonomiske konjunkturer – og dermed den økonomiske vækst – en betydelig rolle. Der er en generel tendens til, at sundhedsudgifterne stiger i takt med økonomiske vækst, fordi der bliver råd til mere. Fluktuationer i væksten i sundhedsudgifterne hænger ofte sammen med landets fiscale situation – et vilkår for skattefinansierede sundhedsvæsener, noget ofte overset, når man sammenligner sundhedsvæsener. Det er således ikke tilfældigt, at firserne var præget af beskeden vækst. Det var nemlig i samme periode, at den danske økonomi blev saneret: Væk fra den økonomiske baggrund, som Knud Heinesen talte om.

I takt med en grundlæggende bedre økonomi og bedre konjunkturer har man i 90erne og den forløbne del af det nye årtusinde set historisk høje årlige vækstprocenter.

Den anden hovedforklaring skal findes i kirurgiske og medicinske behandlingsmæssige fremskridt, som *medfører øgede udgifter, fordi flere kan behandles for mere og sjældent fører til nettobesparelser i sundhedsvæsenet, men i nogle tilfælde muligvis i andre sektorer, især socialektoren*. Det er fx. i 80erne, at kunstig befrugtning gradvist indføres og effektiv varetagelse af for tidligt født børn på perinatale afsnit vinder frem. Det er også i 80erne, at grå stær operationer, hofte- og knæudskiftninger m.m. bliver almindelige.

Det er også i samme periode, at man for alvor stifter bekendtskab med ventelister til bl.a. disse behandlinger. Ressourcerne til at ibrugtage de nye behandlinger og de mange mennesker, som kunne have gavn af dem, var ikke til stede i fornøden omfang, jfr. 80erne lave stigningstakt, og gav sig udslag i ventelister. I midten af 80erne begyndte Sundhedsstyrelsen således at offentliggøre ventetidsstatistik for en række operationer og satte dermed fokus på problemet.

Det illustrerer det klassiske misforhold mellem behandlingsmæssige muligheder og de økonomiske rammer dikteret af den samlede økonomiske situation. En konsekvens er som nævnt ventelister, en anden er et vedvarende pres for øget produktivitet, fx ved at indføre nye behandlingsformer. Overgangen til sammedagskirurgi tog sin begyndelse sidst i firserne, men accelererede voldsomt i halvfemserne. De to væsentlige faglige forudsætninger: Lokalbedøvelse og kirurgiske teknikker, havde været til rådighed før denne tid, men den økonomiske situation gav skubbet til overgang til sammedagskirurgi.

Nok?

Der har været vækst, men er det nok? Spørgsmålet lader sig ikke besvare objektivt for et sundhedsvæsen, hvor den samlede ressourcefordeling er politisk bestemt, og hvor der uafhængigt heraf til enhver tid altid vil være og har været et misforhold mellem de behandlingsmæssige muligheder og de til rådighed værende ressourcer – det misforhold, der også til enhver tid kræver prioritering. Det er et vilkår for ethvert sundhedsvæsen, men det er blot mere føleligt i et skattefinansieret og politisk styret sundhedsvæsen. Det er ingen tilfældighed, at prioriteringsdebatten har været mest intens i skattefinansierede sundhedsvæsener og langt mere afdæmpet, nærmest fraværende i fx USA.

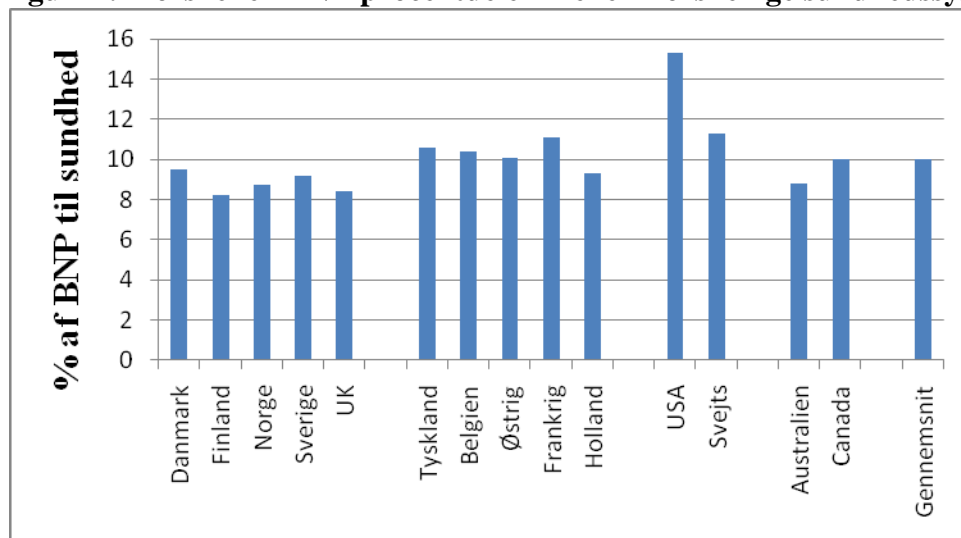
Man kan naturligvis bruge udlandet som målestok for, om det har været 'nok'. 'Nok' skal så vurderes i forhold til en accepteret målestok for ressourcer til sundhedsvæsenet forudsat, der foretages de nødvendige korrektioner før en endelig sammenligning. Man kan dog ikke ud fra sådanne sammenligninger konkludere noget som helst normativt. Humes naturalistiske fejlslutning om ikke at kunne slutte fra et 'er' til et 'bør' holder også her.

En ofte anvendt målestok er den procentdel af bruttonationalproduktet, der går til sundhedsvæsenetⁱ. Det er illustreret i figur 2 for udvalgte sundhedsvæsenere i 2006ⁱⁱ. Sundhedsvæsenene er opdelt i fire grupper: Skattefinansierede systemer, hvor Danmark hører til; sociale-forsikringsordninger ('sygekasselignende') med bl.a. Tyskland; mere markedsorienterede systemer med bl.a. USA og endelig blandingssystemer, fx Australien.

Det fremgår, at Danmark ligger pænt (højst) blandt de skattefinansierede systemer, men lavere end sundhedsvæsenere finansieret i form af social-forsikring og endnu lavere end et mere markedsliggende system som USA.

På tværs af de fire typer af sundhedsvæsenere, som især adskiller sig med hensyn til overordnet finansieringsmetode, synes der at være en tendens til, at de skattefinansierede systemer bruger mindst. Der kan kun gisnes om årsagerne hertil, men en mulig forklaring er, at ressourcetildelingen er strammest i de systemer, hvor den politiske styring er mest direkte og i højere grad samvarierer med konjunkturer og økonomiske vækst end i andre systemer.

Figur 2: Forskelle i BNP-procentdelen mellem forskellige sundhedssystemer, 2006



Kilde: OECD Health Data, 2008 (m. december-2008-opdatering)

Før en samlet vurdering af den danske placering, skal mindst tre forhold indgå i overvejelserne:

- Hvor velstående er landet?
- Hvor stor en andel af sundhedsudgifterne går til egentlige sundhedsydelser?
- Definitionen på sundhedsudgifter

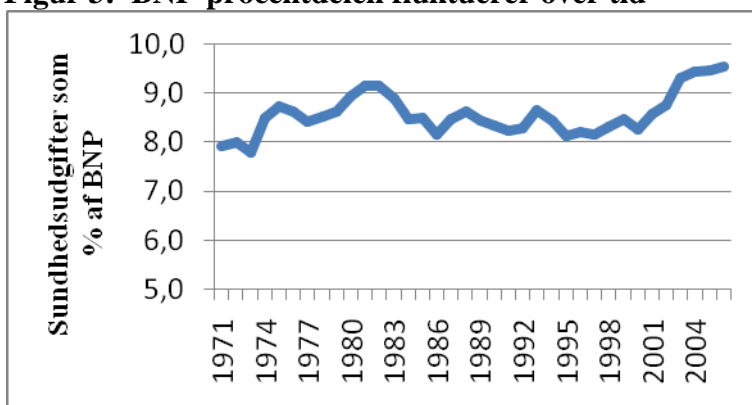
En forudsætning for at sammenligne lande er, at definitionen af sundhedsudgifter (og bruttonationalprodukt) er nogenlunde ens. Her bruges tal fra OECD. Man må derfor formode, at definitionen er nogenlunde ens. På den anden side sker der ændringer/klargøringer i definitionen, også for Danmarks vedkommende.

I 1999 ændrede Danmark definitionen af sundhedsudgifter til at omfatte en del af, hvad der tidligere var defineret som sociale udgifter, nemlig bl.a. hjemmesygepleje og dele af ældreplejen. Baggrunden var, apropos dette afsnit, at interesseorganisationerne igen og igen hævdede, at Danmark brugte for lidt på sundhedsvæsenet i den forstand, at vores andel af bruttonationalproduktet var (for) lavt sammenholdt med 'sammenlignelige' lande – uden iøvrigt at præcisere hvilke. For at undgå denne delvist meningsløse diskussion valgte sundhedsminister Carsten Koch at ændre definitionen⁵. Det betyder, at der er omkring tre procentpoints forskel mellem OECDs tal og nogle af de tal, Danmarks Statistik offentliggør. Definitionsspørgsmålet er derfor på ingen måde et trivielt spørgsmål og ladet med politisk sprængstof.

I dansk sammenhæng har DSI, Institut for Sundhed, der er et selvejende institut med betydelige basismidler fra Den kommunale Momsfond samt Danske Regioner, gjort sig til talsmand for, at de danske tal bør renses for en stor del af det, som Carsten Koch fik lagt til. Det er dog kun dokumenteret i beskedent omfang⁶, ligesom det er uklart, om OECD er enig heriⁱⁱⁱ. En sammenligning for 2005 mellem OECD-tallene og WHO's European Health for All database viser ikke markante forskelle, selvom der er benyttet lidt forskellige opgørelsesmetoder.

Med til definitionsspørgsmålet hører også den simple konstatering, at hvis væksten i BNP er lavere end væksten i sundhedsudgifterne, vil sundhedsudgifternes andel stige over tid, og falde, hvis væksten i BNP er højere end væksten i sundhedsudgifterne. Det er simpelt, men vigtigt, når man ser udviklingen over tid, figur 3; ligesom selve definitionen implicit antager én eller anden normativt meningsfuld relation mellem sundhedsudgifter og bruttonationalproduktet. Figur 3 'skjuler' således den vækst som figur 1 illustrerer.

Figur 3: BNP-procentdelen fluktuerer over tid



Kilde: OECD Health Data, 2008 (m. december-2008-opdatering)

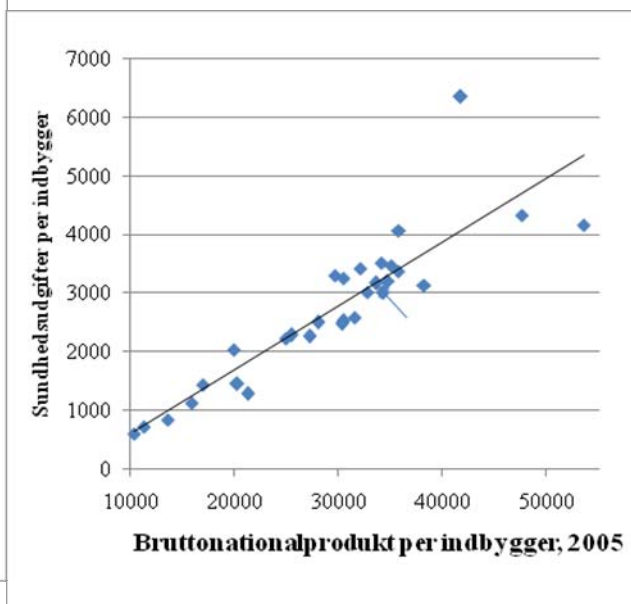
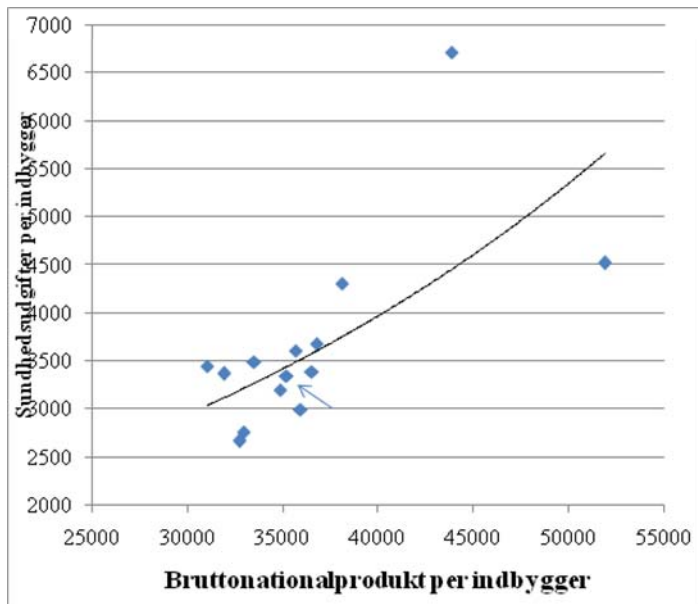
Det karakteristiske er, at procentdelen har fluktueret en del over de sidste godt 30 år, men indenfor et bånd på knap 8 til 9,5% med to højdepunkter: i 1982 og 2006 og med lavpunkt i 1973.

Der er en ret klar sammenhæng mellem nationalindkomst per indbygger og sundhedsudgifter per indbygger. Jo højere nationalindkomst per indbygger, jo højere sundhedsudgifter, figur 4

Figur 4: Sammenhæng mellem BNP og sundhedsudgifterne

Bruttonationalprodukt og sundhedsudgifter per indbygger, lande i figur 2, 2005

Bruttonationalprodukt og sundhedsudgifter per indbygger, alle OECD-lande, 2005



Kilde: OECD Health Data, 2008 (m. december-2008-opdatering)

Det fremgår, at Danmark ligger tæt på trend-linjen: Enten på eller lige under. Ud fra denne sammenligning er der ikke umiddelbart noget, der tyder på, at det danske sundhedsvæsen skulle være 'underfinansieret'. Man kan dog notere, at fx Tyskland, som har en lidt lavere gennemsnitsindkomst end Danmark, ligger over trendlinjen, men herudaf kan man næppe konkludere, at Danmark så *burde* ligge højere. Som tidligere antydnet synes der at være en tendens til, at skattefinansierede lande for fastholdt gennemsnitsindkomst har lavere sundhedsudgifter per indbygger end i et sygekassesystem, som det tyske, dvs. der er 'systemeffekter'.

Efter spørgsmålet om definition af sundhedsudgifter og sammenhængen med det økonomiske velfærdsniveau tilbagestår spørgsmålet om, hvor meget af sundhedsudgifterne, der går til sundhedsydelser, og hvor meget der går til administration, markedsføring, forsikring mod utilsigtede hændelser osv., det som økonomer under ét kalder transaktionsomkostninger, forstået som de omkostninger, der er nødvendige for at få '(behandlings)systemet' til at fungere.

USA ligger klart i spidsen med andel af BNP, der går til sundhedsvæsenet, bl.a. fordi det også fortsat er et af de rigeste lande. Det er også det land, hvor en meget stor andel af sundhedsudgifterne går til transaktionsomkostninger. Lidt afhængig af både den præcise definition, og hvem man støtter sig til⁷⁻¹⁰, regner man med, at 15-25% af sundhedsudgifterne er transaktionsomkostninger. Det skyldes fx, at et hospital ikke som i Danmark har én finansieringskilde, men mange, nemlig dels de to offentlige finansieringsordninger (Medicare og Medicaid) og de mange (private) forsikringsordninger. Der skal sendes regninger osv.. Der er betydelige markedsføringsudgifter, og på grund af risikoen for retssager i kølvandet på utilsigtede hændelser, er forsikringspræmierne i mange stater meget høje. Alt dette får man ikke mere behandling af.

I de sociale-forsikringsordninger, fx Tyskland, er der også betydelige transaktionsomkostninger, fx på grund af det økonomiske mellemværende mellem de forskellige sygekasser, som også opkræver kontingent, og sygehusene. Med usikkerhed lyder skønnet på omkring 15% af sundhedsudgifterne.

I de skattefinansierede systemer, som i den engelsksprogede litteratur kaldes 'one source' financing, nemlig fra de generelle skatter, er transaktionsomkostningerne lavere end i de to andre systemer. Sandsynligvis et sted mellem 6-10%. Med andre ord: I et system som det danske går en større andel af sundhedskronerne til sundhedsydelse end i sundhedsvæsenet med andre finansieringsordninger.

Sammenfattende kan konstateres, at der ikke er overbevisende belæg for, at det danske sundhedsvæsen i økonomisk henseende er: a) (meget/markant) ringere stillet end andre skattefinansierede systemer, b) og til dels heller ikke er meget ringere stillet end lande med sociale forsikringsordninger, når der tages hensyn til bl.a. transaktionsomkostninger og velfærdsniveau.

I den offentlige debat bruges procentdel af BNP til sundhedsvæsenet ofte som målestok for, hvor 'godt' et land er placeret. Med mindre der korrigeres for de nævnte forhold, er det misvisende, ligesom det ikke giver et normativt grundlag for at mene, at der fx bør tilføres yderligere midler. Det er da også typisk, at det især er interesseorganisationer og fortalere for flere midler til sundhedsvæsenet, der noget ureflekteret bruger dette nøgletal. I virkeligheden ville det være bedst at droppe det og i stedet bruge sundhedsudgifter per indbygger – som dog også skal korrigeres på den skitserede måde for at kunne bruges ved meningsfulde sammenligninger.

- **'Nok' i fremtiden?**

Det foregående har været bagudskuende og med fokus på problemer med at bruge % af BNP som målestok for, om Danmark ligger godt/dårligt placeret internationalt vedrørende udgifter til sundhedsvæsenet. I forrige afsnit blev det konstateret, at per capita-væksten i i perioden 2001-2006 har været den højeste i de sidste 30 år.

Fremadrettet^{iv} er der to finansieringsmæssige udfordringer for sundhedsvæsenet: En aldrende befolkning og (tilsyneladende) fortsat mere kostbare behandlingsmæssige fremskridt. Hertil kan føjes en tredje, nemlig en velstandseffekt, som indfanger det ovenfor omtalte forhold, at væksten i sundhedsudgifterne synes at være højere end væksten i bruttonationalproduktet. Det sidste fænomen kan delvis afhjælpe det pres, som de to første forhold giver, men spørgsmålet er, om det er nok. Betragter man perioden 1990-2006 var den gennemsnitlige årlige vækst i BNP på 2,2 %, medens det tilsvarende tal for sundhedsudgifterne var på 3 %, dvs. 0,8 procentpoint højere.

Dette skal sammenholdes med de officielt udstukne rammer for væksten i de offentlige udgifter under ét. Den officielle politik lyder på 2% vækst – kombineret med et finansministerielt krav om to procents produktivitetsvækst, som forlods fratrækkes bevillingerne. Som det er fremgået ovenfor, holder disse målsætninger ikke for sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er imidlertid, dels om den fortsatte 'høje' vækstrate i offentlige sundhedsudgifter kan/vil fortsætte, dels – lidt paradoksalt – om der er behov for endnu mere. Der er noget, der peger på et bekræftende svar til det sidste spørgsmål.

Velfærdskommissionen noterede i 2005 (med mine fremhævninger)¹¹:

”Med den forventede fremtidige udvikling i befolkningens sammensætning med et stigende antal ældre er der fokus på udviklingen i udgifterne til sundheds- og ældreplejeområdet. Der er ikke diskussion, om hvorvidt disse udgifter må forventes at vokse hurtigere end økonomien

generelt i den kommende tid, således at denne type offentlige udgifter vil udgøre en stigende andel af BNP. Det forventer alle. Diskussionen vedrører størrelsen af den forventede mer-vækst.”

Velfærdsforliget i sommeren 2006 tog (delvist) hånd om en række af de økonomiske udfordringer i fremtidens velfærdsstat, men sundhedsvæsenet var ét af de områder, hvor der ikke blev udvist rettidig omhu. DREAM-gruppen beregnede sidst i 2006 de økonomiske konsekvenser af forliget og noterede, at man var nået langt vedrørende overførselsindkomsterne, men ikke for sundhedsområdet. Man genkender temaet fra ovenstående diskussion vedr. BNP og andel til sundhedsområdet (med mine fremhævninger):

” Derimod er der ikke elementer i reformen der på samme måde sikrer en stabilisering af udgifterne til sundhed eller andre offentlige serviceydelser i forhold til BNP eller sikrer, at der medfølger en finansiering, hvis udgifterne til disse velfærdsordninger stiger mere en væksten i økonomien generelt.

Der er derfor ikke tvivl om, at udviklingen i sundhedsudgifter og andre offentlige serviceydelser samt disses finansiering bliver centrale fremtidige politiske spørgsmål. Samtidig er det netop udviklingen i disse udgiftsposter og deres finansiering, der er afgørende for om velfærdsreformen kan sikre [den] finanspolitiske holdbarhed.”, p. 81,¹².

DREAM-gruppens beregninger pegede alle i samme retning, nemlig, at fremadrettet er sundhedsudgifternes udvikling helt afgørende for den finanspolitiske holdbarhed. Hvis der er politisk ønske om at øge sundhedsudgifterne hurtigere end den generelle vækst, kan det kun ske, hvis der findes den nødvendige finansiering. I modsat fald, hed det diplomatisk, ”bliver holdbarhedsproblemet let meget stort”. Senere hedder det, at resultaterne understreger, at styring af væksten i de årlige sundhedsudgifter er det centrale instrument i spørgsmålet om finanspolitisk holdbarhed efter gennemførelsen af velfærdsreformen.

Ved ’finanspolitisk holdbarhed’ forstås, at den offentlige sektor overholder sin langsigtede budgetbetingelse, dvs. at indtægter er lig udgifter. Hermed fremhæves det skæbnefællesskab, et skattefinansieret sundhedsvæsen har, ikke blot med den offentlige sektors økonomiske situation men også med den økonomiske udvikling iøvrigt.

Sundhedsudgifterne per person stiger med alderen. Fremadrettet vil ældreandelen i befolkningen føre til en stigning i sundhedsudgifternes andel af BNP selv uden, at udgifterne til den enkelte person vokser hurtigere end BNP. Den stigende ældreandel, alene 200.000 flere +64-årige i de næste 10 år, er dels en konsekvens af, at de store efterkrigsårgange når pensionsalderen, og dels en konsekvens af, at restlevetiden for ældre vokser (stigende middellevetid).

Mens der ikke er tvivl om størrelsen af den udgift, der følger af, at det er i fremtiden er større pensionistgenerationer (man kan blot beregne aldersspecifikke forbrugsrater) er der mere usikkerhed om, i hvilket omfang en forøgelse af antallet af ældre som følge af længere levetid behøver at give sig udslag i øgede udgifter. Omdrejningspunktet er spørgsmålet om ’healthy ageing-effekten’.

Som det ene yderpunkt vedrørende effekten af øget levetid på sundhedsudgifterne kan man antage en uændret aldersfordeling af sundhedsudgifterne. Som det andet yderpunkt, kendt som ”healthy ageing”, antager man, at levetidsstigning kun fører til en stigning i antallet af sunde leveår, mens antallet af år, hvor man er syg og behandlings- eller plejkrævende er uafhængig af levetiden. I dette tilfælde vokser sundhedsudgifterne således ikke som følge af den stigning i antallet af ældre,

der følger af den forlængede levetid. De to beregningsmetoder giver markant forskellige resultater vedrørende fremtidens sundhedsudgifter, hvor healthy ageing-antagelsen fører til det mest konservative skøn. Hertil kommer, hvad der kan betegnes som 'velstandseffekt', dvs. den tidligere omtalte tendens til, at man bruger en relativt mere på sundhedsvæsenet, når velstanden øges (vækst i BNP). DREAM-gruppen har i beregningerne antaget, at væksten i sundhedsudgifterne per år er 0,4% højere end den økonomiske vækst.

Hvis der er maksimal effekt af "healthy ageing" og ingen velstandseffekt på sundhedsudgifterne betyder velfærdsreformen, at finanspolitikken er meget tæt på at være holdbar, idet den nødvendige stramning kun er 0,6 pct. af BNP i 2040. Som det modsatte tilfælde opnås et holdbarhedsproblem på 4,8 pct. af BNP – alene på grund af sundhedsvæsenet, hvis der er en permanent mervækst som følge af velstandsudviklingen på 0,4 pct. om året, og hvis der ikke er nogen reduktioner i de aldersbetingede sundhedsudgifter som følge af den længere levetid, tabel 10, p. 81¹².

Det advarende budskab i DREAM-beregningerne er, at den aldrende befolkning og den forventelig velstandseffekt nødvendiggør klare politiske prioriteringer. Som minimum, at det accepteres, at væksten i sundhedsudgifterne er væsentligt højere end i den øvrige offentlige sektor. Dette afføder imidlertid behov for en skarp prioritering (=dæmpet vækst) i de andre sektorer, hvis den offentlige økonomi skal være i balance. Alternativt kræver det vilje og evne til at prioritere mellem de mange muligheder i sundhedsvæsenet for at dæmpe væksten.

Sandsynligheden taler for at begge dele vil blive nødvendigt: En overproportional vækst i sundhedsvæsenet, men ikke så meget som DREAM-beregningerne tilsiger og dermed behov for politisk prioritering i sundhedsvæsenet og i de sektorer, som i en vis forstand til finansiere mervæksten i sundhedsvæsenet. Et alternativ hertil vil være at øge den private medfinansiering, det der i ovenstående DREAM-formulering blev til '*sikre, at der medfølger en finansiering, hvis udgifterne til disse velfærdsordninger stiger mere end væksten i økonomien generelt*'. Den lynhurtige statsminister-afvisning af Velfærdskommissionens forslag om beskeden og social balanceret brugerbetaling for visse sundhedsydelser, tyder ikke pt. på politisk vilje til at gå denne vej. Den mere 'automatiske' mekanisme, dvs. uden for megen politisk stillingtagen, ekskl. holdning til om skattesubsidiering af visse forsikringsformer (de arbejdsgiverbetalte, men ikke de langt flere individuelt betalte forsikringer) med stadig flere syge-og sundhedsforsikringer er muligvis en vej, men på mange måder ikke en reel løsning.

I det foregående indgik ikke den økonomiske betydning af et stigende antal effektive behandlinger, enten genuint nye eller forbedringer af eksisterende tilbud. Som hovedregel er der netto forbundet med mer-omkostninger hermed, bl.a. fordi flere grupper kan nyde godt af fremskridtene. Det kan antages, at en del heraf dækkes af 'velstandseffekten', som bl.a. må omfatte (hurtigere) ibrugtagning, men kan også udgøre en selvstændig komponent, som øger væksten i sundhedsudgifterne. Der findes imidlertid ikke holdbare prognoser herfor. Man kan blot konstatere, at det vil være en selvstændig faktor, som øger finansierings-udfordringen.

Sundhedstilstanden

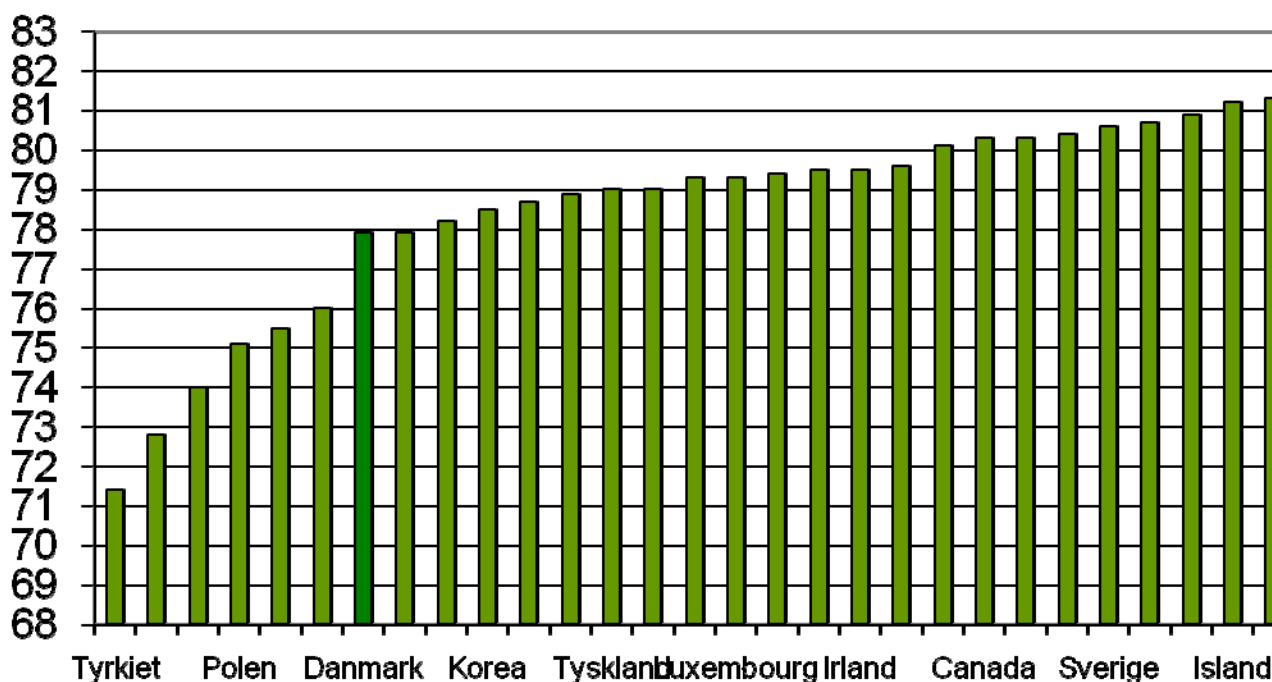
Indsatsen i sundhedsvæsenet bør naturligvis grundlæggende vurderes ud fra de sundhedsmæssige resultater og ikke (alene) ud fra ressourceindsatsen. Det er desværre forbundet med store vanskeligheder. I dette afsnit belyses bl.a. spørgsmålet om udviklingen i middellevetid og evt. sammenhæng med sundhedsudgifterne.

Der er (sundheds)politik i middellevetiden, fordi det intuitivt, men delvist misvisende, kobles sammen med indsatsen i sundhedsvæsenet. Det er således blevet et succeskriterium for sundhedsvæsenet og den bredere forebyggelsesindsats at forøge middellevetiden. Skal man tro regeringen tre ekstra leveår i de næst 10 år. Det er imidlertid en åbenbar forenkling. Med WHO's gamle slogan drejer det sig fortsat både om at føje år til livet og føje liv til årene, og en meget stor del af sundhedsvæsenets indsats drejer sig om det sidste – og gør dermed middellevetiden til en dårlig indikator for succes.

Hertil kan føjes den stigende vægtlægning af lighed i sundhed, fx mindske forskellen i middellevetid mellem forskellige befolkningsgrupper. Dette kan meget vel stride mod interessen for alene at maksimere den samlede middellevetid. Fx. kunne det være, at det er lettest at øge middellevetiden mest i grupper, der allerede har en høj middellevetid, medens det er sværere at gøre det i grupper med en lavere middellevetid, fx. lavtuddannede og indvandrere. Satser man især på den sidste gruppe for at øge ligheden, giver det i sagens natur en samlet set mindre sundhedsgevinst.

Sammenlignet med de øvrige OECD-lande, figur 5, er Danmark dårligt placeret. Det er en placering, som er svær at ændre på. Det er resultatet af en mangeårig proces: Fra at have ligget nogenlunde pænt i feltet i 60'erne og de første år i 70erne til gradvist at få en dårligere og dårligere placering. Figur 6 viser udviklingen i Danmark og en række nærtstående lande. Det karakteristiske er, at Danmark især tabte terræn fra omkring 1978 til omkring midten af 90erne, hvorefter væksten i middellevetiden begyndte at følge sammenligningslandene, men ikke sådan at tabet i firserne er blevet indhentet.

Figur 5: Sammenligning af middellevetider i OECD-landene, 2005



Kilde: OECD Health Data, oktober 2007

Stagnationen førte til nedsættelse af Middellevetidsudvalget i 1992. Udvalget skulle undersøge de forhold, der kan påvises at have betydning for udviklingen i middellevetiden i Danmark og specielt, hvorfor Danmark klarerede sig ringere end udlandet⁹¹.

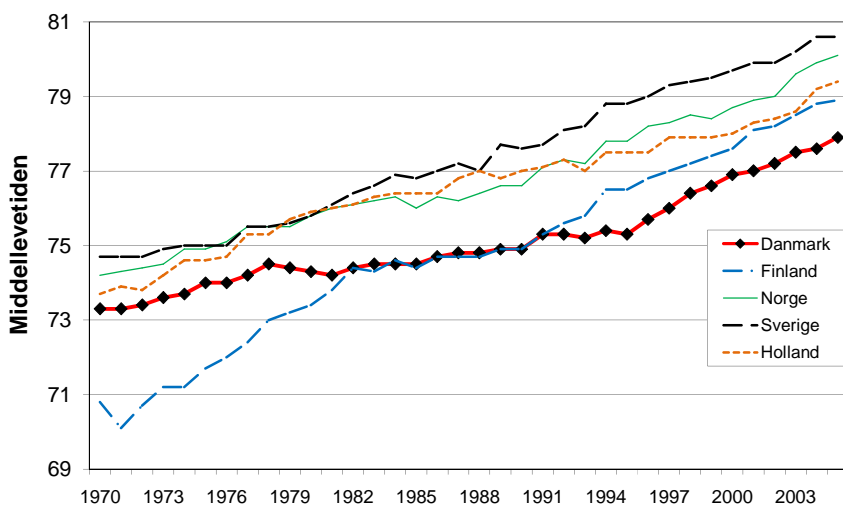
Folketingets økonomigruppe udgav først i 2007 et lille notat om ”Sundhedssektoren i Danmark – hvor stor er sundhedssektoren og hvad får man for pengene”¹³. Økonomigruppen forsøgte bl.a. at vise, at der er sammenhæng mellem øgede bevillinger til sundhedsvæsenet og middellevetiden. Et Ritzau-telegram fik endda overskriften ’høje sundhedsudgifter giver lang levetid’, altså en (næsten) etableret sandhed.

Debattører har uden egentlig analyse også kredset om emnet, nemlig om forklaringen på danskernes relative lave middellevetid hænger sammen med den internationalt set relativt lave andel af bruttonationalproduktet, som går til sundhedssektoren, jfr. ovenstående afsnit.

Middellevetidsudvalget forsøgte i midten af halvfemserne som nævnt også at komme bag om spørgsmålet, men uden større held.

Udviklingen i middellevetiden påvirkes af mindst følgende forhold: levekår, livsstil, sundhedsvæsenets indsats/sundhedsudgifterne (diagnostik, behandling og forebyggelse) og samfundsudviklingen i almindelighed. Der er ikke uenighed om, hvad der påvirker middellevetiden. Der er til gengæld betydelig uenighed om, hvor meget de enkelte faktorer betyder. Kritikere af det danske sundhedsvæsen ser sundhedsvæsenets indsats som afgørende. Det er imidlertid en tvivlsom formodning.

Figur 6: Udviklingen i middellevetiden i Danmark og nærtstående lande



Kilde: OECD Health Data, oktober 2007

Middellevetidsudvalget konkluderende i 1994¹⁴, at det især var livsstil, der betød noget, og noterede direkte, at ”stagnationen i middellevetiden i Danmark [ikke] i nævneværdig grad skyldes det relativt lave niveau for sundhedsudgifter.”. Jes Søgaards rapport fra 1996¹⁵ kom til en lidt anden konklusion: ”øgede ressource til forebyggelse, diagnosticering og behandling i sundhedssektoren påvirker dødeligheden og dermed middellevetiden i befolkningen positivt. En undersøgelse fra 1986 er en pionerundersøgelse af betydningen af intensiveret behandling med medicin (for hypertension) ^{16, 17}. Det var ikke muligt at påvise en klar statistisk signifikant effekt på dødeligheden, om end tendensen i materialet dog pegede i den forventede retning.

Den seneste udenlandske forskning fokuserede på 15 EU-lande⁹² og konkluderede, at stigende udgifter i perioden 1980-1995 var forbundet med en betydelig forbedring af spædbørnsdødeligheden men kun har en marginal virkning på middellevetiden. Resultaterne svarer til, hvad andre tidligere har påvist.

Grundlæggende er spørgsmålet om sammenhæng mellem sundhedsudgifter og middellevetiden forbi ret af uklar tænkning. For det første antages, at sundhedsudgifter primært påvirker middellevetid. Det er grundlæggende en problematisk antagelse. En grå stær operation, en ledudskiftning, fjernelse af hæmorider, en lægekonsultation osv. påvirker ikke middellevetiden, men funktionsevne (’livskvalitet’). For det andet er der overdrevne forventninger til, hvor meget bedre behandlingsmetoder påvirker middellevetiden. For det tredje er middellevetiden ikke tilstrækkeligt følsom til at registrere ændringer i mange behandlinger, der er levetidsforlængende – her skulle man i stedet se på ændringer i dødeligheden. Desværre er der en tendens til netop at gøre ændring i middellevetid til succeskriterium for sundhedsvæsenets indsats.

Interessen for, hvor meget sundhedsvæsenet betyder for middellevetiden, er steget i takt med den fortsatte og øgede vækst i sundhedsudgifterne. Får man et bedre sundhedsmæssigt resultat, og er der sundhedsudgifterne som betyder mere end andre, fx udgifterne til medicin?

Der er åbenbare sundhedspolitiske konsekvenser af analyseresultaterne. Hvis der kan påvises en forbedret middellevetid ved øgede sundhedsudgifter, kan det begrunde en fortsat (høj) vækst i sundhedsudgifterne.

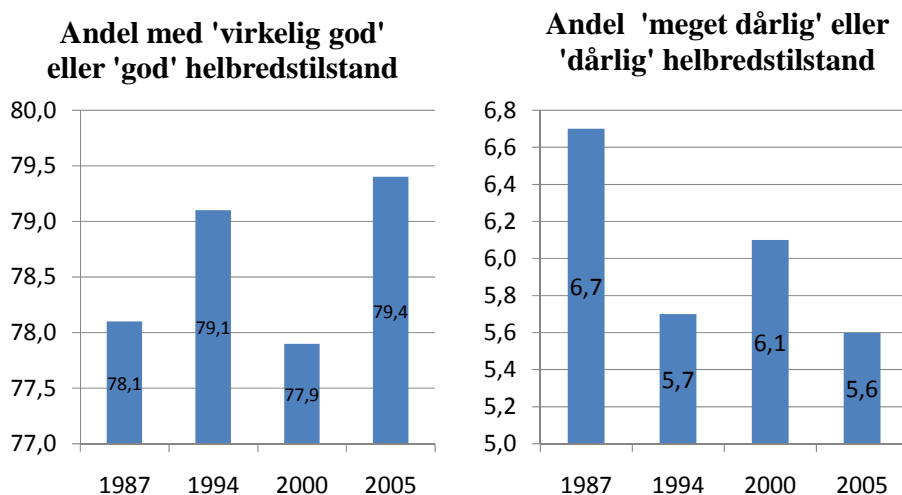
Middellevetiden er – med alle svaghederne - en ’objektiv’ indikator. Det andet yderpunkt er selvvurderet helbred. Det har man systematisk målt i repræsentative stikprøvebaserede undersøgelser siden 1987, figur 7.

Der er ganske viste variationer fra år til år, men der synes dog at være en svag tendens mod bedre selvvurderet helbredstilstand – og lige så vigtigt: en tendens mod en mindre andel med ’meget dårlig’ eller ’dårlig’ helbredstilstand.

Figur 7: Udviklingen i selvvalgt helbredstilstand 1987-2005

Hvorledes vil De vurdere Deres nuværende helbredstilstand i almindelighed?

1. Virkelig god 2. God 3. Nogenlunde 4. Dårlig 5. Meget dårlig



Kilde: Sundheds-og sygelighedsundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed

Kvalitet: Det nationale indikatorprojekt, NIP, og utilsigtede hændelser m.m.

Kvalitetsmålinger er et udtryk for hvor velfungerende et sundhedsvæsen er – og dermed underforstået, hvor der er svigt og forbedringsmuligheder. Målinger siger ikke noget om behandlingsområder, hvor der savnes satsning, alene hvordan det går for eksisterende. På grund af manglende internationale sammenligningsmuligheder er det imidlertid svært at komme til klare konklusioner: Er vi bedre eller ringere?

Kvaliteten af behandlingen i sundhedsvæsenet er svær at måle. Der har været arbejdet med det i mange år både i Danmark og i udlandet. I regi af Nordisk Råd¹⁸ og OECD har man i flere år forsøgt at udvikle fælles retningslinjer^{19, 20}, men der findes fortsat kun få brugbare sammenligninger på tværs af landegrænser. Derfor må man forlade sig på nationale målinger, men på grund af fravær af udenlandske målinger, kan man ikke sætte tallene i perspektiv, bortset ved at sammenligne med sig selv over tid. Danmark er relativt langt på området. Dels med det Nationale Indikator Projekt, NIP, dels med Den Danske Kvalitetsmodel, DDK, som dog først udrulles fra midten af 2009 og fremefter. NIP²¹ er kørende og bliver integreret i DDK.

NIP laver kvalitetsmålinger, der giver indblik i, hvor gode regionerne og de enkelte sygehusafdelinger er til at behandle, pleje og genoptræne patienter. Indtil nu indgår 7 sygdomme i arbejdet (apopleksi, diabetes, hjertesvig, hoftebrud, lungekræft, mavesår og skizofreni).

Som eksempel kan betragtes apopleksi, der årligt rammer 12-14 000 danskere. Apopleksi er den lægelige betegnelse for et slagtilfælde. Ved apopleksi påvirkes hjernens funktion, fordi blodgen-

nemstrømningen mindskes eller helt ophører i en del af hjernen. Apopleksi skyldes for 90 procent vedkommende en blodprop i hjernen, og for de sidste 10 procent en hjerneblødning.

Kvaliteten måles ved hjælp af 10 indikatorer, fx. om patienterne har været indlagt på et særligt apopleksiafsnit, om de er blevet givet antikoagulationsbehandling/blodfortyndende medicin, medicinsk behandling (trombocythæmmer) mhp. forebyggelse af nye blodpropper osv. For hver indikator er der en standard. Standarden er det kvalitetsniveau, som afdelingerne skal stræbe efter at opnå. Standarderne er sat efter sundhedsfaglige kriterier. Indikatorer er udtryk for, hvad der er god faglig praksis, og standarden drejer sig om den ønskede grad af målopfyldelse. Som illustration præsenteres tabeller for udviklingen i tre af indikatorerne, hvor man ser udviklingen over tre år. To indikatorer som ser på processen: har patienten været indlagt på specialafsnit og om det er blevet vurderet om patienten har behov for genoptræning og endelig dødeligheden blandt patienterne.

Indlæggelse på apopleksiafsnit (Indikator 1)				
Standard: Mindst 90 % af patienter med apopleksi bør indlægges på et apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn				
		Procentdelen af patienter, der indlægges på et apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn		
	Standard opfyldt?	2007	2006	2005
Region Hovedstaden	Nej	85	84	82
Region Sjælland	Ja	90	91	78
Region Syddanmark	Ja	90	90	89
Region Midtjylland	Nej	86	88	85
Region Nordjylland	Ja	92	85	58
Landsresultat	Nej	88	88	81
Kommentarer til resultaterne				
88 procent af patienter med apopleksi blev indlagt på et apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn. Resultatet er på samme niveau som året før. Standarden på 90 procent er ikke opfyldt på landsplan.				

Kilde: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=30199.1#ind1>

Hvis der ikke var en høj udbredelsesgrad af apopleksi-afsnit, kan det med rimelighed betragtes som en mangel ud fra foreliggende opfattelser af, hvad der er adækvat behandling. Sammenlignet med 2005 er der sket fremskridt, men man er ikke helt oppe på standardens 90%.

Vurdering af patientens fysiske genoptræningsbehov (Indikator 5)

Standard: **Mindst 90 %** af patienter med apopleksi bør ved en fysioterapeut have vurderet deres behov for fysisk genoptræning senest 2. indlæggelsesdøgn

	Standard opfyldt?	Procentdelen af patienter, der har fået vurderet behov for fysisk genoptræning senest 2. indlæggelsesdøgn		
		2007	2006	2005
Region Hovedstaden	Nej	60	62	56
Region Sjælland	Nej	80	74	63
Region Syddanmark	Nej	68	68	61
Region Midtjylland	Nej	75	70	62
Region Nordjylland	Nej	69	68	58
Landsresultat	Nej	70	68	60

Kommentarer til resultaterne

70 procent af patienter med apopleksi fik vurderet deres behov for fysisk genoptræning af en fysioterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn. Resultatet er forbedret en anelse i forhold til 2006. Standarden på 90 procent er ikke opfyldt på landsplan.

Ingen regioner opfylder standarden og kun 2 regioner har opnået markante forbedringer i forhold til det foregående år. Regionernes resultater varierer markant fra 60 til 80 procent.

Regionerne bør iværksætte tiltag, der kan øge andelen af patienter, der vurderes af en fysioterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn samt sikre, at den efterfølgende genoptræning iværksættes hurtigst muligt.

Kilde: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=30199.1#ind1>

Genoptræning under og efter indlæggelsen er vigtigt for funktionsevne, især at genvinde evt. mistet fysisk eller mental funktionsevne. Her ses der at være betydelige mangler. Målingerne siger ikke noget om indsatsen i kommunerne efter udskrivning fra sygehus.

Dødelighed (Indikator 10)

Standard: **Højst 15 %** af patienter med apopleksi må dø indenfor 30 dage efter indlæggelse

	Standard opfyldt?	Procentdelen af patienter, der døde indenfor 30 dage efter indlæggelse			Justeret odds ratio (OR) ¹
		2007	2006	2005	
Region Hovedstaden	Ja	11	10	11	0,89
Region Sjælland	Ja	10	11	13	1,02
Region Syddanmark	Ja	11	11	11	1,11
Region Midtjylland	Ja	11	11	10	0,95
Region Nordjylland	Ja	11	12	14	1,08
Landsresultat	Ja	11	11	11	1

Dødelighed (Indikator 10)

Standard: **Højest 15 %** af patienter med apopleksi må dø indenfor 30 dage efter indlæggelse

¹Angiver den justerede OR (odds ratio) for 30 dages dødelighed, idet landets øvrige afdelinger anvendes som reference. En OR på 1,21 tilkendegiver, at dødeligheden er 21 % højere end for landets øvrige regioner. I beregningerne af OR er der taget højde for en række forskelle i patientsammensætningen.

Kommentarer til resultaterne

11 procent af patienter med apopleksi døde indenfor 30 dage efter sygdommens fremkomst. Det er uændret i forhold til de forrige år.

Alle regionernes resultater ligger på samme niveau og inden for rammerne af den fastsatte standard, der siger, at højst 15 % må dø inden for 30 dage.

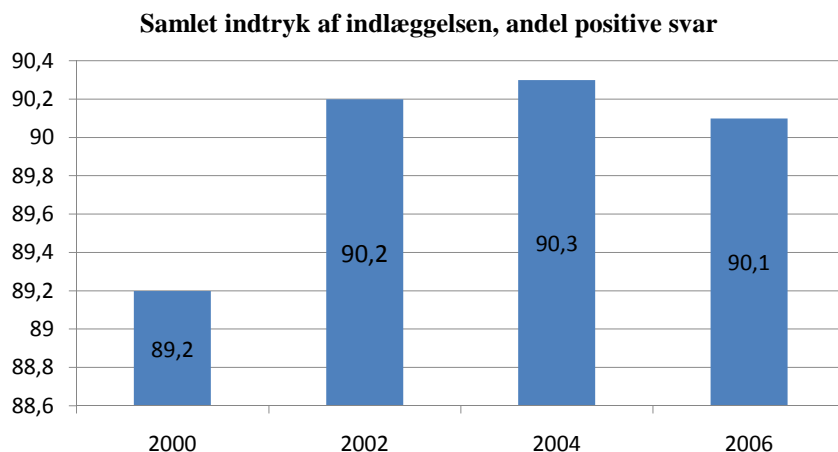
Kilde: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=30199.1#ind1>

For en række behandlinger er overlevelse/dødelighed et succeskriterium. Dette måles også for apopleksi. Indikatoren spejler internationale erfaringer for, hvad der skulle være muligt. Det fremgår, at standarden er opfyldt i alle regioner.

Patienternes vurdering af indlæggelse eller ambulante behandling er en anden vigtig kvalitetsfaktor². Figur 8 viser udviklingen i patienternes sammenfattende vurdering af indlæggelsen.

Figur 8: Den patientvurderede kvalitet af indlæggelsen, 2000-2006

Udviklingen i samlet indtryk af sygehusindlæggelsen på offentlige sygehuse 2000-2006: virkelig godt, godt, dårligt, virkelig dårligt



Kilde: Patienters oplevelser på landets sygehuse, 2006

Tallene dækker i sagens natur over, at der på en række områder har været mangler og utilfredshed, fx. omkring bygningsmæssige forhold, men den samlede vurdering er alligevel (overraskende?) positiv.

De indlagte patienter blev også spurgt om de oplevede, at der blev begået fejl under indlæggelsesforløbet. 20,1 % af patienterne svarede bekræftende herpå. Det drejede sig om forkert diagnose (4,8 %), skade under operation (5,9 %), bortkommen journal (8,7 %) osv.. Kategorien 'andet' var

dog den største med 12,9 %. Nærmere analyser viser ikke overraskende, at patienter, der har oplevet fejl, har en betydelig lavere samlet tilfredshed med indlæggelsen.

Der opstår også fejl i forbindelse med ambulant behandling¹. Samlet set er niveauet ikke så højt som ved indlæggelse, omkring 4-6 %. Fx. angav 2,3 % skader under operation.

Sundhedsfagligt er det ikke sikkert, at man ville klassificere alt, hvad patienterne angiver som fejl, som fejl. Man må dog aldrig overse, at det centrale er patienternes oplevelse, og at der i givet fald tilbagestår en betydelig pædagogisk opgave med at forklare en række af de forhold, der opleves som fejl.

Den sundhedsfaglige indberetning af fejl sker under overskriften utilsigtede fejl. En utilsigtet hændelse er en skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom, herunder altså også infektioner. De utilsigtede fejl indberettes til Dansk Patientsikkerheds Database i Sundhedsstyrelsen. Autoriserede sundhedspersoner eller personer, der arbejder under ansvar fra autoriserede sundhedspersoner, har pligt til at indberette til databasen.

I 2008 blev der indberettet godt 20.000 utilsigtede hændelser til databasen²², tabel 1.

Tabel 1: Indberettede utilsigtede hændelser i 2008

Hændelseskategori	Antal rapporter.
Hændelser i forbindelse med medicinering	6.783 (34 %)
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	719 (4 %)
Fald	2.475 (12 %)
Selv mord og selvmordsforsøg	159 (1 %)
Hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer	297 (1.5 %)
Forveksling eller fejkommunikation	3.757 (19 %)
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	2.087 (10 %)
Hjertestop eller uventet dødsfald	107 (0,5 %)
Øvrige hændelser	3.482 (18 %)

Hændelserne risikovurderes efter et internationalt anerkendt system, Safety Assessment Code (SAC-systemet). Hændelsen får tildelt en risikoscore mellem 1 og 3 (alvorligst) vurderet efter alvorlighedsgraden (skadens omfang) og hændelsens potentielle hyppighed (sandsynligheden for gentagelse). I 2008 fik 2 % af indberetningerne risikoscoren 3. Der er etableret rutiner på sygehusene som sikrer opfølgning på utilsigtede fejl. Tallene skal ses i lyset af omkring 700.000 indlæggelser og mere end 5 mio. ambulante kontakter per år.

Prioritering og økonomisk evaluering

Fordeling af op til 5 mia ekstra kroner i sundhedsvæsenet kræver kriterier for fordeling af de ekstra ressourcer. De fleste vil nok nikke bifaldende til to kriterier: At effekten af en indsats (helst) skal have en dokumenteret virkning og, at effekten på sundhedstilstanden er den størst mulige per ekstra krone. Omkostnings-effektanalyse er en metode, som opfylder disse to betingelser og bruges i udstrakt grad på sundhedsområdet. Der findes imidlertid langt fra omkostnings-effektanalyser på alle sundhedsvæsenets områder. Enten fordi der ikke er stærk evidens, eller fordi ingen har udført omkostnings-effekt-analyser.

Der findes to hovedformer for økonomisk evaluering: Cost-benefit-analyser, CBA, og cost-effectiveness-analyser, CEA, som også omfatter cost-utility-analyser, CUA. Den væsentligste forskel mellem dem er, at man i cost-benefit-analysen værdisætter gevinstsiden monetært ud fra, hvad folk er villige til at betale (betalingsvilje). Denne analyseform bruges sjældent på sundhedsområdet, fordi det er vanskeligt at værdisætte et bedre helbred i kroner og ører. Metoden diskuteres derfor ikke nedenfor, men tages i dette notats sidste afsnit: "Grove skøn over cost-benefit brøker".

Det altdominerende prioriterings-værkstøj på sundhedsområdet er CEA (CUA), som bruges i udstrakt grad i en lang række lande. Fx. i England af det indflydelsesrige National Institute of Clinical Excellence, NICE, og den svenske Lægemiddelstyrelse. I Danmark bruges det i forbindelse med Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurderinger og i et vist omfang i Lægemiddelstyrelsen, når der tages stilling til medicintilskud.

- Omkostnings-effekt-analyser

Sundhedsøkonomiske evalueringer af typen CEA/CUA forsøger at give svar på, hvor man får det største sundhedsmæssige udbytte per krone. Lidt slagordsagtigt: "hvordan får man mest mulighed sundhed for pengene". Det sker ved at sammenligne mindst to alternativer: en ny/ændret behandling sammenlignet med det bedst foreliggende alternativ. I Etisk Råds redegørelse om Prioritering i sundhedsvæsenet fra 1996²³ står, at "... prioritering må tage udgangspunkt i den forudsætning, at de midler, der er til rådighed, alt andet lige skal anvendes så de genererer mest mulig sundhedsmæssig gavn" (p. 80) og det nævnes i konklusionskapitlet, at "man som et led i prioriteringsprocessen på det politisk-administrative niveau jævnlige bør foretage sammenligninger af omkostnings-effektiviteten" (p. 119).

En omkostnings-effektanalyse kræver to sæt af data. For det første oplysninger om den behandlingsmæssige effekt. Det skal helst være data fra lodtrækningsbaserede forsøg og allerhelst data, hvor resultater fra flere forsøg vurderes samlet, såkaldte metaanalyser. På denne måde sikres, at der er et solidt sundhedsfagligt grundlag for analyserne. For det andet skal der være økonomi-data, dvs. hvor meget koster behandlingen – ideelt opgjort for alle berørte parter inkl. fx. patienternes tidsanvendelse. Dette dækker over, hvad økonomerne kalder, de samfundsøkonomiske omkostninger.

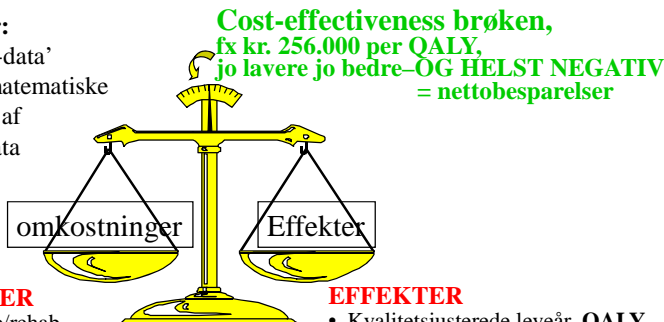
Grundtænkningen er sammenfattet i figur 10

Figur 10: Omkostnings-effektanalyse i et øjekast

Grundide i cost-effectiveness og cost-utility analyser

To typer af analyser:

- baseret på 'original-data'
- model-baseret, fx matematiske modeller, med brug af sammenstykkede data



OMKOSTNINGER

- Behandlings/pleje/rehab .. omkostninger (direkte ressourceforbrug)
 - uanset, hvor de afholdes
- Sparede ressourcer
 - uanset, hvor det finder sted
- (normalt) ikke ændringer i indirekte omkostninger, fx. tilbagevenden til arbejde/mindre sygefravær m.m.

EFFEKTER

- Kvalitetsjusterede leveår, QALY
- Fx ændring i BMI, blodtryk (eller andre 'naturlige' enheder)
- Baseret på kontrollerede studier eller meta-analyser

Forskellen mellem cost-effectiveness og cost-utility analyser ligger på effektsiden. I almindelige cost-effectiveness analyser bruger man fx. ændringer i overlevelse, nedsat blodtryk ved medicinsk behandling, ændring i bodymass-indeks osv. Det er godt, fordi det ligger tæt på den kliniske virkelighed, men en ulempe, fordi man så ikke kan afgøre den allerebedste brug af ressourcerne: Skal der sættes ind på at øge overlevelsen af bestemte kræftsygdomme sammenlignet med at bruge ressourcerne på bedre kontrol af blodtryk og kolesterol? For at besvare dette spørgsmål, skal man have et ensbetydende udtryk for effekt for de to anvendelsesmuligheder. Det er her, at de kvalitetsjusterede leveår, QALY (quality adjusted life years) kommer ind i billedet.

Grundideen bag QALY er, at man kombinerer spørgsmålet om at 'føje år til livet' med 'liv til årene' og kommer frem til kvalitetsjusterede leveår. Det indfanger noget væsentligt omkring sundhedsvæsenets indsats: Det livs- og funktionsforbedrende. Vi går ikke ind på beregningsmetoden her, men noterer blot, at fx. en ny hofte eller en grå stær-operation ikke er livsforlængende, men forbedrer funktionsevnen ('liv til årene'), således at man i restlevetiden fx. går fra en funktionsevne på 60 % (0,6) af det normale til fx. 80 %, (0,8). Et normalt leveår har værdien 1 (= et 'almindeligt kalenderår'). Det betyder, at gevinsten i kvalitetsjusterede leveår for en hoftepatient på fx. 60 år fx. vil være 4 kvalitetsjusterede leveår. En 60 åring har eksempelvis en forventet restlevetid på 20 år – og den årlige funktionsforbedring er 0,2, og $20 \cdot 0,2$ er lig med 4 kvalitetsjusterede leveår. En patient, som har fået en by-pass-operation får både forlænget levetiden og en forbedret 'livskvalitet', nemlig færre smerter og bedre funktionsevne. Tag igen en 60 åring: Middellevetiden øges fx. med 3 år efter by-pass-operationen og funktionsevnen øges med 0,05 per år – også i 20 år som i det foregående eksempel. Det giver $3 + 20 \cdot 0,05 = 4$ kvalitetsjusterede leveår. En grafisk illustration findes i afsnittet om 'grove cost-benefit skøn'.

På denne måde kan man altså sammenligne de to anvendelser af evt. ekstra ressourcer. Det er åbenbart, at det er en mere datakrævende metode end almindelige omkostnings-effekt-analyser. Der skelnes ikke mellem, om man er gammel eller unge, erhvervsaktiv eller pensionist. 'Et kvalitetsjusteret leveår er et kvalitetjusteret leveår, uanset hvem det kommer til gode'.

Cost-utility analyser kan således bruges til at vurdere, hvor man med fordel kan sætte ind i sundhedsvæsenet. En cost-benefit-analyse kan bruges bredere – nemlig også fordeling mellem sektorer – fordi både gevinst og omkostninger gøres op i penge, men findes som nævnt reelt set ikke i sundhedsvæsenet.

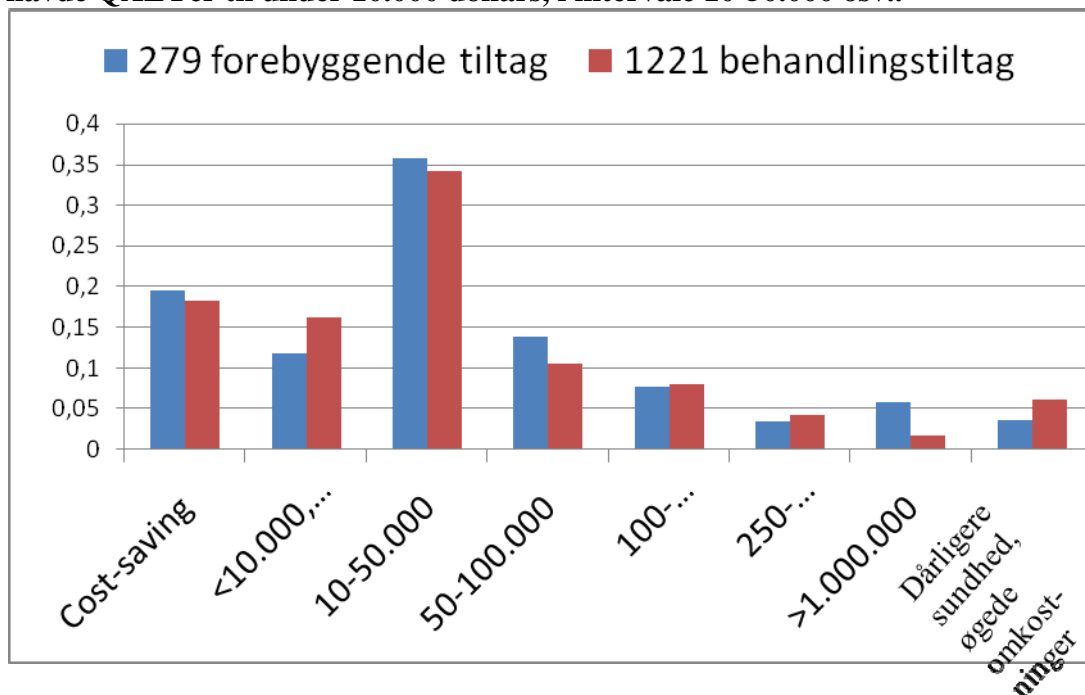
Det er sjældent, at omkostningseffekt-analyser viser nettobesparelser. Hovedreglen er merudgifter. Figur 11 er taget fra en nylig artikel i det kendte tidsskrift *New England Journal of Medicine* og illustrerer situationen ud fra omkring 1.500 CUA'er i perioden 2000-2005.

Hvad er så en acceptabel omkostnings-nytte-brøk? Er det fx. kr. 350.000 per QALY? Eller mere eller mindre? I CEA-litteraturen er det meget populært at bruge udtrykket, at noget er 'omkostnings-effektivt'. Det betyder, at den beregnede omkostnings-effekt-brøk ligger under et bestemt beløb og dermed, at den nye eller intensiverede indsats bør finansieres. Spørgsmålet er imidlertid, om der findes et sådan tal, og hvad der i givet fald er begrundelsen.

Det korte svar er, at der ikke findes en videnskabelig holdbar begrundelse for en sådan øvre grænse, men der er gradvist blevet etableret en praksis.

Der findes ikke en officiel dansk øvre grænse. I stedet støtter man sig den grænse, der som hovedregel praktiseres af det engelske National Center of Health and Clinical Excellence (NICE): £ 20-30.000 (2008) – svarende til 200-300.000 kr. *Above a most plausible ICER of £30,000 per QALY gained, the Committee will need to identify an increasingly stronger case for supporting the technology as an effective use of NHS resources. p. 59²⁴ (ICER=incremental cost effectiveness ratio)*

Figur 11: Sammenfatning af omkostnings-nyttebrøker fra analyser i perioden 2000-2005, procentdel af hhv. behandlende og forebyggende tiltag, der var omkostningsbesparende, havde QALY'er til under 10.000 dollars, i intervaller 10-50.000 osv..



Kilde: *New England Journal of Medicine*, 14. februar 2008.

I England har det ført til en række kontroversielle beslutninger fra NICE om ikke at indføre bestemte behandlinger, især medikamentelle behandlinger med en meget høj omkostningseffektbrøk. Der er derfor forsøgsvis etableret en højere grænse for behandling med visse former for kræftmedicin.

En dansk analyse fra 2007 af kræftlægemiddelet Gemcitabin (pulver til infusionsvæske), som er et produkt, som hæmmer kræftcellers vækst, illustrerer problemstillingen. Gemcitabin er godkendt til palliativ behandling af pancreascancer. Resultatet af en grov CEA er vist i nedenstående tabel.

Tabel 3. Omkostninger, levetidsgevinst og omkostningseffektratio ved behandling med gemcitabin.

	Gennemsnitlige omk.	Gns. levetidsgevinst	Omkostning pr. vundet leveår (cost-effectiveness ratio)
Gns. patientforløb	73.998 kr.	3,7 måneder/0,31 år	239.994 kr./år

I analysens konkluderende afsnit står: ”Men under alle omstændigheder er en omkostnings-effekt ratio på 240.000 kr. per vundet leveår ikke højere end for andre kemoterapi-behandlinger der tilbydes kræftpatienter...” . Hermed mere end antydes, at behandlingen godt kan ibrugtages.

I en ideel verden kunne man forestille sig, at der eksisterede en liste, som den i tekstrammen illustrerede. Dernæst skal man så forestille sig, at man ekstraordinært får 5 mia. kroner, som skal bruges sådan, at man får den største sundhedsmæssige gevinst. I denne stiliserede verden skal man så starte fra toppen og arbejde sig ned i listen indtil de 5 mia. kroner er brugt.

1. Behandlinger indsats med negative omkostnings-effekt-brøker			
• Dvs. med besparelser			
2. Behandling indsats 1	.....	fx omkostnings-effekt-brøk:	300kr
3. Behandling indsats 2	.....	fx omkostnings-effekt-brøk:	2000kr
.....			
.....			
100 Behandling indsats 101	.....	fx omkostnings-effekt-brøk:	500.000 kr
.....			
.....			
500 Behandling indsats 501	.....	fx omkostnings-effekt-brøk:	8 mio. kr
.....			
.....			
.....			

- **Lighed i sundhed og CEA/CUA**

Omkostnings-effekt-analyse er baseret på en antagelse om, at beslutningstagere ønsker at maksimere det sundhedsmæssige udbytte per krone. Der er imidlertid et delvist modløbende hensyn, nemlig det fordelingsmæssige – og kernen i megen politik er netop (om)fordeling. Fordelingshensynet kan derfor i konkrete prioriteringssituationer føre til, at man ikke følger resultaterne fra omkostnings-effekt-analyserne. Det er på ingen måde irrationelt, men principielt en konsekvens af, at der også indgår andre kriterier i beslutningen end énsidig maksimering af det sundhedsmæssige udbytte. Emnet overses dog alt for ofte af mange sundhedsøkonomer^v.

Man kan forestille sig at stå over for at kunne gøre noget (nyt/ændret) for to grupper, fx. en mere veluddannet/høj-indkomstgruppe (gruppe 1) sammenlignet med gruppe af ufaglærte med relativ lav indkomst (gruppe 2) med henholdsvis en relativ god og en relativ dårlig sundhedstilstand, fx. mid-

delleveitid. Hvis man hypotetisk forestiller sig, at en indsats i gruppe 1 samlet set ville give et større sundhedsmæssigt udbytte, (flere kvalitetsjusterede leveår), end i gruppe 2, ville almindelig omkostnings-effekt-logik føre til at vælge indsatsen til gruppe 1.

Der kan imidlertid være et ønske om at udligne uligheden i sundhed, og derfor vælger man at gøre noget for gruppe 2. Ud fra et politiske/beslutningstager-synspunkt er dette naturligvis helt legitimt og viser blot, at lighedshensynet er stærkere end maksimeringsønsket – og at CEA og CUA ikke har medtænkt dette i analyselogikken. I forhold til ovenstående tekstramme kunne det betyde, at en indsats 'langt' nede på listen prioriteres foran nogle af de foranstående. Når det sker, er man således villig til at give afkald på større sundhedsmæssigt udbytte for at tilgodese et fordelingshensyn. Det skal dog bemærkes, at der stadigvæk er tale om en evidensbaseret indsats, blot dyrere per vundet sundhedseffekt end de muligheder, man overspringer. Politisk kan det selvsagt ikke udelukkes, at hensynet til lighed i sundhed fører til 'ønskeprojekter', hvor der ikke på forhånd foreligger empirisk evidens. Man må så håbe, at der gennemføres effektmålinger, så der gradvist fremkommer empirisk evidens.

- *Den økonomiske byrde ved en sygdom eller en skadevolder*

Omkostnings-effektanalyser fokuserer på fordeling af ressourcer ud fra hensynet til sundhedsforbedringer. Der findes imidlertid en analysetype, hvor man stiller et andet spørgsmål: Hvad er den økonomiske byrde ved en sygdom eller skadevolder ('sygdomsbyrde-analyser, cost-of-illness analyser')^{vi}. Denne analysetype kan i sin rene form imidlertid ikke bruges som grundlag for ressourcefordeling, fordi man ikke inddrager evidens om effekten af en ændret behandlingsmæssig indsats, men illustrerer alene et problems størrelse og fungerer ofte som en 'øjenåbner' i den offentlige debat.

Grundideen i analyserne er, at man først finder frem til, hvor mange der har den pågældende lidelse, fx. sukkersyge, og dernæst beregner omkostningerne herved, dels behandlingsomkostninger i sundheds- og socialvæsenet, de direkte omkostninger, dels omkostninger i form af sygefravær, invaliditet eller præmatur død, de indirekte omkostninger.

Beregningerne giver som hovedregel store milliardbeløb, fx. 13 milliarder for sukkersyge, heraf 2,7 mia. som behandlingsomkostninger. Store tal gør indtryk i offentligheden og fører uvilkårligt til den tanke, at 'der må gøres noget (endnu mere)'. Problemet er imidlertid som nævnt, at man ikke har en parallel vurdering af effekten på den økonomiske byrde af en evt. (øget) indsats.

Eksemplet med diabetes er vist i nedenstående tabel, hvor 'produktionsværdi' dækker over de indirekte omkostninger. I denne som i mange andre undersøgelser skyldes langt de største omkostninger de indirekte omkostninger.

De fleste 'sygdoms-byrde-analyser' ligner den i tabellen skitserede.

I den her benyttede analyse går man imidlertid et (nyttigt) skridt videre ved at bruge resultatet til at *illustrere*, hvad der kan ske, hvis man indfører en intensiveret indsats overfor diabetikere svarende til anbefalingerne i en MTV-rapport om screening, diagnostik og behandling af type 2 diabetes fra 2003. Det gør analyseformen mere brugbar end den rene og simple form i tabel 1. Resultatet af den udvidede analyse fremgår af tabel 3.

Tabel 2: De samfundsmæssige omkostninger ved sukkersyge.

Scen	
Omkostningstype og -kategori	Nuværende (N)
Samlede omkostninger	13.110
Primær behandling	2.667
Øvrige sundhedsomkostninger	9.841
Patienternes tidsforbrug	578
Pårørendes tidsforbrug	25
Produktionsværdi, i alt	12.607
Formelt arbejde med løn	10.803
Ikke formelt arbejde	1.804

Kilde: ²⁶

Ifølge analysen er der betydelige gevinster i form af sparede direkte (behandlingsomkostninger) og indirekte (produktionsrelaterede) omkostninger.

Tabel 3: Den udvidede økonomiske byrde-analyse, en slags quasi-omkostnings-effekt-analyse

Omkostningstype og -kategori	Nuværende (N)	Intensiveret (I)	Differencen (I-N)
Samlede omkostninger	13.110	7.470	-5.640
Primær behandling	2.667	2.671	4
Øvrige sundhedsomkostninger	9.841	4.176	-5.665
Patienternes tidsforbrug	578	599	21
Pårørendes tidsforbrug	25	25	-1
Produktionsværdi, i alt	12.607	17.384	4.777
Formelt arbejde med løn	10.803	14.898	4.095
Ikke formelt arbejde	1.804	2.486	682

Kilde: ²⁶

Der var i alt 152.800 “patientår” med diabetes i 2001 i Danmark ifølge beregningerne for det “nuværende scenarie”. Går man i gang med intensiveret behandling, vil gevinsten være 16.000 “patientår” højere. Det skyldes forbedret overlevelse. Hertil kommer, at der vil være tale om færre diabetesrelaterede komplikationer og derfor også forbedret livskvalitet. Denne forbedring i livskvalitet er dog ikke blevet omsat i kr. og ører.

I analysen har man ydermere forsøgt at omsætte dette til omkostnings-effekt-tænkning. Forskellen mellem “det nuværende scenarie” og “scenariet med intensiveret indsats” svarer til en CEA-brøk på ca. 250 kroner pr. vundet leveår, når man kun ser på omkostningerne til primær behandling (4 mio. kr divideret med 16.000 (leveår) = kr. 250 per leveår). Det er et udtryk for, at intensiv medicinsk diabetesbehandling er marginalt dyrere end den nuværende behandling. Der er imidlertid åbenbare besparelser på andre poster, men de indgår normalt ikke i omkostnings-effekt-analyser, specielt ikke besparelser på de indirekte omkostninger. Det skyldes bl.a., at det ville betyde at behandlinger, der

især gavner personer i den erhvervsaktive alder, ville tage sig bedre ud end behandlinger, der gavner fx. de 60+-årige.

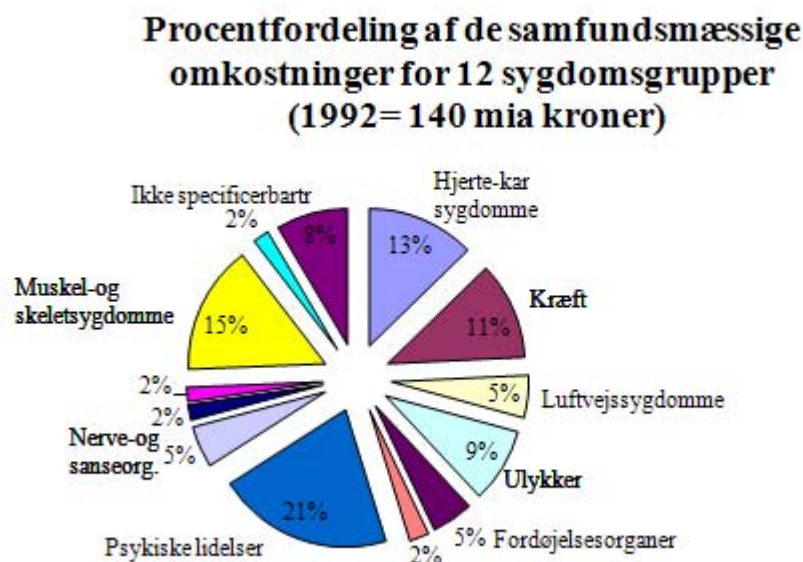
Ud fra det tidligere diskuterede er det absolut en acceptabel omkostnings-effektbrøk. Man skal imidlertid huske på, at der ikke er tale om en 'fuldgod' CEA. Som fremhævet med kursiv ovenfor, er der tale om en *illustration*. Bl.a. er dokumentationen for effektsiden 'stykket' sammen fra flere kilder og ikke alle har været afprøvet i lodtrækningsbaserede forsøg. Hertil kommer, at viden om træk på ydelser på socialvæsenet, fx. hjemmesygeplejen, normalt er rudimentær og de afledte effekter på arbejdslivet, fx. ændringer i sygefravær, førtidspensionering m.m. også ofte er mangelfulde.

Afslutningsvis præsenteres to danske analyser af den økonomiske byrde ved henholdsvis sygdomme og risikofaktorer.

Figur 12 et dansk forsøg fra midten af 90'erne på at danne sig et samlet overblik over den økonomiske sygdomsbyrde for hovedkategorier af sygdomme. Analysen blev meget sigende udarbejdet af NASTRA-udvalget, hvis betænkning fra 1995, foreslog en national strategi for dansk sundhedsvidenskabelig forskning. En sådan analyse kan som tidligere fremhævet ikke bruges til at prioritere den forebyggende eller behandlingsmæssige indsats, men kan have værdi bl.a. i forbindelse med prioritering af en forskningsindsats.

I den løbende debat får henholdsvis hjerte-karområdet og kræft megen opmærksomhed, men det er væsentligt at notere, at psykiske lidelser opgjort på denne måde vejer væsentligt tungere. Dette er iøvrigt i overensstemmelse med tilsvarende internationale beregninger, bl.a. WHO's 'burden of disease' beregninger, der er opgjort på en lidt anden måde.

Figur 12: Beregninger af de økonomiske byrde af 12 sygdomskategorier. Danmark



Vender vi os mod risikofaktorer som rygning, alkohol, overvægt osv. publicerede Statens Institut for Folkesundhed i 2006 en omfattende analyse²⁷ af bl.a. den økonomiske byrde af risikofaktorerne.

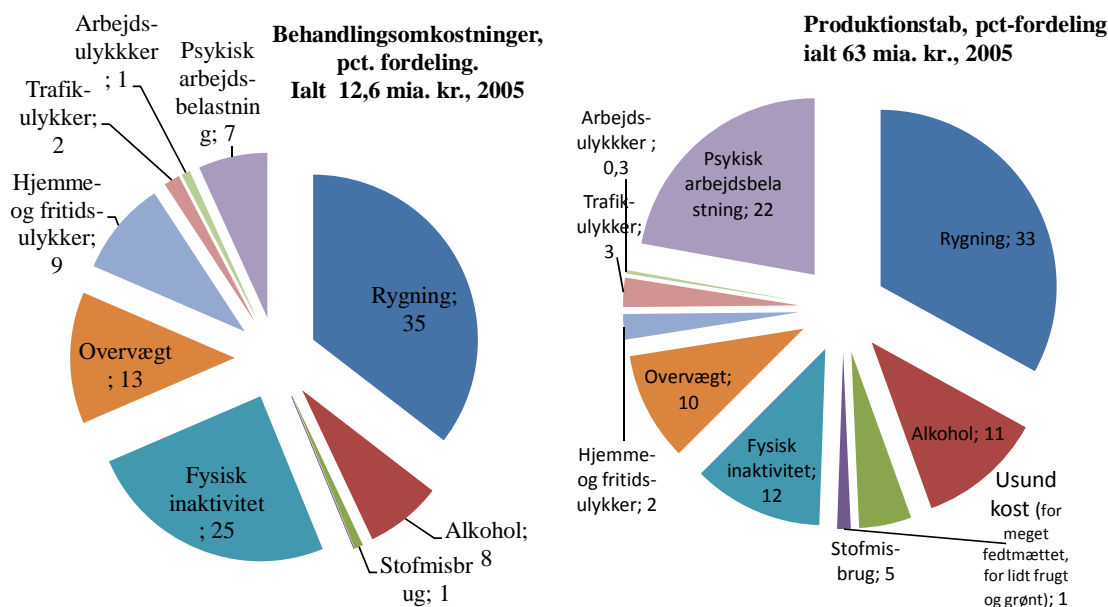
Det er komplicerede beregninger, fordi man skal adskille risikofaktorerne. Det gør man ved hjælp af den såkaldte ætiologiske fraktion, der måler, hvor stor en andel af sygdomstilfældene i en befolkning, der kan undgås, hvis risikofaktoreksponeringen fjernes. Forfatterne understreger, at der er store usikkerheder forbundet med disse beregninger. Tallene i figur 13 skal derfor læses med dette in mente.

Tre risikofaktorer tegner sig for næsten tre fjerdedele af behandlingsomkostningerne: rygning, overvægt og fysisk inaktivitet. De samme tre faktorer er også dominerende, når blikket vendes mod produktionstab med tilsammen 55 % af omkostningerne.

Kunne man derfor i den befolkningsrettede forebyggelse finde metoder, der effektivt reducerede forekomsten af disse risikofaktorer kunne meget vindes. Dette siger analysen som tidligere fremhævet imidlertid ikke noget om. Erfaring siger imidlertid, at når det drejer sig om at ændre livsstil er der en mangel på omkostnings-effektive metoder, især med varige effekter, bortset fra forbudslovgivning og prismekanismen.

Figur 13: Risikofaktorer og økonomisk byrde

Den økonomiske byrde ved forskellige risikofaktorer opdelt på behandlingsomkostninger og produktionstab



Forslag til anvendelse af 5 mia. kr. i sundhedsvæsenet

Fem milliarder ekstra til sundhedsvæsenet svarer til godt 5 procents forøgelse af sundhedsbudgettet – eller kr. ca. 1.000 kr. per indbygger.

Forslagene i tekstrammen er fremkommet ved at kombinere en række undertiden modstridende hensyn: Dokumenteret effekt, omkostnings-effektivitet, her-og-nu problemer contra fremtidige problemer, 'skjulte'/oversete områder og størrelsesorden (små kontra store patientgrupper). Der er endvidere hentet inspiration ved, at omkring 20 personer med forskellig placering i det danske sundhedsvæsen er blevet udfordret: Hvad ville du bruge 5 mia. ekstra kroner på i sundhedsvæsenet? Der kom svar fra 12 – og nogle af svarene har været inspiration for det følgende.

Ideelt set skulle alle forslag i det følgende være baseret på omkostnings-effekt-analyser og dermed være med til at

sikre, at de ekstra milliarder giver 'mest sundhed for pengene'. Hvis der fandtes en udtømmende liste, som den i tekstrammen p. 24 skitserede, skulle man således blot starte fra toppen og stoppe, når de fem milliarder var opbrugt. Det er imidlertid ikke muligt, fordi der langt fra findes undersøgelser på alle områder. Hertil kommer, at ikke alle CEAs er danske. Det kan være af betydning i nogle tilfælde.

Normalt vil den sundhedsfaglige evidens være den samme,

men omkostningssiden kan være ret følsom overfor nationale forskelle. Fx. kan liggetid på sygehus være forskellig, og ikke mindst kan de anvendte 'enhedspriser' være forskellige, fx. varierer prisen for en sygehus-sengedag eller indlæggelse meget på tværs af landegrænser.

1. **300 mio. kroner til øget indsats mod sygehuserhvervede infektioner og øvrige utilsigtede hændelser**, herunder bl.a. medicineringsfejl samt implementering af 'safe surgery saves lives'.
2. **500 mio. kroner til forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler i almen praksis**'. Der foreligger rimelig dokumentation for dette og grebet rigtig an, vil der være betydelige gevinster, ligesom det kan medvirke til at konsolidere og styrke almen praksis
3. **1 mia. kroner til storskala-forsøg med og implementering af 'kroniker-modellen'**, herunder telemedicinske løsninger (telemonitorering)
4. **500 mio. kroner til intensiveret behandling af depression og angstsygdomme**. Et område som med fordel kan udbygges
5. **500 mio. kroner til hurtigere diagnostisk udredning**
6. **500 mio. kroner til forøget rehabiliteringsindsats** – kan for alvor føje 'liv til årene'.
7. **300 mio. kroner til forsøgspulje 'reduktion af social ulighed i sundhed'** – ulighed i sundhed er påpeget igen og igen, men viden, hvordan man effektivt reducerer den er beskeden. Derfor midler til store forsøg
8. **500 mio. kroner til effektmålings-og evalueringspulje'** – et sørgeligt forsømt område,
9. **200 mio. kroner til 'flaskehalse' i sundhedsvæsenet**, fx. udbygning af intensivafsnit, flere operationsstuer, flere ydernumre til praktiserende speciallæger osv..

Øgede midler i sundhedsvæsenet kan gå til at indføre nye behandlinger, incl. forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, opruste indsatsen overfor bestemte grupper og forbedre eksiste-

rende behandlingstilbud. I det følgende satses der over en bred front, og der forsøges bl.a. identificeret områder, der af forskellige årsager ikke altid tiltrækker sig opmærksomhed i den løbende debat, fx. infektioner, men hvor gevinstpotentialet er betydeligt og omkostningerne er moderate. Der er skelet til i hvilket omfang forøgelsen medvirker til at løse 'her-og-nu-problemer', fx. sygehus-erhvervede infektioner eller udfordringer på lidt længere sigt, fx. kronikerspørgsmålet og mere satsning på forebyggelse. Der er set bort fra at bruge pengene til investeringer i nye bygninger eller renoveringer, ligesom der er set bort fra at bruge pengene til fx. at indføre en differentieret moms på sunde fødevarer, noget som ville koste mindst 2 mia. i mistede momsindtægter, og der er ikke noget, der peger på, at det ville være en omkostnings-effektiv anvendelse af ekstra midler. Der er, med visse undtagelser set bort fra midler til bl.a. nedbringelse af ventelister.

Det er én ting at foreslå nye aktiviteter. Det er en anden sag at være sikker på, at det nødvendige personale er til rådighed. Det er problematisk at indføre nye aktiviteter på områder, hvor der er måske er personalemangel, fx. forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis i en situation, hvor der er mangel på praktiserende læger. Der anvises ikke i alle tilfælde konkrete løsninger på dette, men i eksemplet fra almen praksis kan en delvis løsning være at uddelegere mere til erfarne praksissygeplejersker.

Med mindre andet nævnes, er det antaget, at der er tale om varige forøgelser af bevillingerne til de pågældende områder, men hvor det i en række tilfælde, vil være nødvendigt med en flerårig indfasning for at sikre en hensigtsmæssig implementering.

Der er afsat to relativt store forsøgspuljer. De er tænkt som varige poster, men med mulighed for en vis fleksibel anvendelse.

De forskellige komponenter ses i stikordsform i ovenstående tekstramme, hvorefter de uddybes i varierende omfang. Rækkefølgen er tilfældig. Det er beløbene imidlertid ikke, omend de i sagens natur ikke er fremkommet ved detaljerede beregninger.

Pulje til effektmåling og evaluering: 500 mio. kroner

Evidens og dokumentation er nøgleord ved prioritering: Vil ekstra midler medvirke til at løse de problemer, som indsatsen rettes mod? Ideelt set skulle man have denne viden forud for igangsætning, men ofte er vidensgrundlaget ufuldstændigt, og måske er det i realiteten en forudsætning for at få yderligere viden, at man igangsætter enten større forsøg eller landsdækkende initiativer, men hvor der i givet fald burde være en forpligtelse til at igangsætte en parallel effektmåling eller (proces)evaluering. Det er naturligvis baseret på den antagelse – som gælder i dette notat - at der ikke er tale om rent symbolske og handlekraftdemonstrerende initiativer men et ønske om, at det forbedrer et problemområde.

Hvis der skal handling bag ordene om 'evidens-baseret' sundhedspolitik, kræver det, at man på områder med manglende eller mangelfuld dokumentation opbygger denne viden. Det sker allerede i udstrakt grad på behandlingsområdet i form af lodtrækningsbaserede forsøg, så de behandlingsmæssige gevinster er dokumenterede. Det er imidlertid langt fra alle områder, hvor dette kan lade sig gøre på samme måde som ved kliniske forsøg, men hvor der alligevel i tillempet form kan opbygges viden om forventede resultater også indfinder sig, når man gennemfører ændringerne.

Et meget overordnet eksempel er den nye model for akutmodtagelse på landets sygehuse, som er en radikal organisatorisk ændring, der er gennemført i forventning om en sundhedsmæssig gevinst ('bedre faglig kvalitet'). Sundhedsstyrelsen, som har ønsket modellen, antyder klart i grundmaterialet, at evidensen er mangelfuld. I kølvandet på denne omlægning følger milliardinvesteringer til de nødvendige bygningsmæssige ændringer, men der er ikke afsat én krone til måling af effekten heraf! Diplomatsk sagt er det uheldigt og beklageligt. Der kan være (og er) gode grunde til at igangsætte omlægningen uanset manglende evidens i udgangssituationen, men det burde være en forpligtelse, at man i forbindelse med implementeringen forsøgte at måle effekten uanset metodiske vanskeligheder. Der er mange andre eksempler på sådanne forsømmelser, fx. omkring 'pakkeforløbene' på kræft- og hjerteområder, arbejdet med sammenhængende patientforløb, distriktspsykiatriske modeller, kommunale sundhedscentre^{vii}, om produktiviteten på nye sygehuse øges sammenlignet med eksisterende osv., men det kan og bør ikke fortsætte.

Der er ringe tradition for den slags anvendelsesorienteret og praksisrelevant forskning i det danske sundhedsvæsen, men de fleste af initiativerne, der foreslås nedenfor bør følges op med forskningsbaserede effektmålinger. Fører en øget indsats mod sygehuserhvervede infektioner faktisk til et fald osv.. Vil nye telemedicinske løsninger faktisk aflaste det almindelige sundhedsvæsen og være omkostnings-effektive løsninger på nye organisatoriske modeller? Osv..

Skal dette arbejde udføres med god kvalitet, kræver det rimelige ressourcer – og ofte, at der følges op i flere år. Da vi ikke i Danmark har en grundregel, der fx. siger, at nye initiativer følges til dørs med bevillinger svarende til 5-10 % af grundbevilling til især effektmåling, men også (proces)evaluering^{viii}, og man på sundhedsområdet ikke har en konstruktion som Satspuljen på det sociale område, er det bevidst, at der er afsat 500 mio. kroner til at råde bod på denne mangel således, at der løbende skulle være tilstrækkelig finansiering af denne uundværlige aktivitet.

Effektmåling og evaluering kræver forskningsmæssig kompetence. Derfor bør man overveje at inddrage forskningsrådene ved beslutningen om, hvem der skal udføre opgaverne ligesom i Norge. Det kan embedsmænd ikke gøre – bortset fra de ofte er inhabile, fordi de står bag udformningen af de pågældende ordninger. Det kan også være nødvendigt, at de involverede forskere og udredere har en uafhængig status af bevillingsgiver, fordi der kan være betydelig politisk og administrativ interesse i resultaterne, uden at det må føre til 'elfenbenstårn' effektmåling. Relevanskravet må ikke tabes af syne på noget tidspunkt ved dette arbejde.

Kan man dokumentere, at en så massiv satsning bidrager til at forbedre sundhedsforholdene? Svaret er, at det kan man kun i et vist omfang, bl.a. ved at initiativer, som mod forventning ikke leverer de forventede resultater, stoppes eller ændres og dermed sikrer en bedre anvendelse af midlerne. For at sikre, at det er en god satsning af midler, kunne man efter (mindst) 5 år effektmåle og evaluere, om satsningen på at tilvejebringe evidens og dokumentation er lykkedes.

Social ulighed i sundhed: 300 mio. kroner

Social (u)lighed i sundhed drejer sig bl.a. om, at visse socialgrupper har højere sygelighed og dødelighed end andre grupper. Det er veldokumenteret, men man ved uheldigvis relativt lidt om, hvordan man skaber større lighed i sundhed. Hertil kommer, at der kan være grund til at formode, at en betydelig del af indsatsen skal ligge uden for sundhedsvæsenet, dvs. bl.a. levekårene, og derfor næppe skal tilgodeses ud af sundhedspuljen på 5 mia. kroner. Professor Finn Diderichsen og forskningsleder Tina Curtis skriver i bogen *Den tunge Ende*²⁸, at den mest effektive indsats for at reduce-

re social ulighed er at begrænse forbruget af tobak og alkohol ved hjælp af højere afgifter og statslig lovgivning. Men også trafikpolitik, arbejdsmiljø og psykiatrisk rehabilitering af socialt udsatte er vigtige indsatsområder. De noterer også, at de effektive indsatser skal rettes mod særlige målgrupper og bedrives i meget stor skala for at kunne påvirke social ulighed. Det er med henblik på det sidste, at der afsættes relativt store forsøgsmidler.

Uanset at spørgsmålet om lighed i sundhed er et politisk prioriteret område, fx. i regeringens folkesundhedsprogram 'Sund hele livet', får megen presseomtale, og en række forskere utrætteligt påpeger det, bliver det 'kun' prioriteret her med en forsøgspulje på 300 mio. kr., fordi der i store træk er for ringe viden om, hvordan der effektivt ændres på billedet, men forsøgsmidlerne skal medvirke til at opbygge en sådan viden^{ix}. At det er et vigtigt område viser fx. en opinionsundersøgelse fra 2006 (offentliggjort i DSRs magasin Synergi). 78 % var helt eller delvist enige i "... uligheden i sundhed er et problem, vi bør forholde os til som samfund" og 84 % var enige i, at "det er vigtigt at der bliver gjort en særlig indsats for dem, hvis sociale situation gør dem mere udsatte for at blive syge".

Det engelske Underhus offentliggjorde d. 15. marts 2009 en rapport med en vurdering af den hidtidige og højtprioriterede indsats mod ulighed²⁹. Det hedder bl.a.: "The Government's attempt to tackle health inequalities is being held back by inadequate policy evaluation, and money has been spent on initiatives which might not even work ..." Videre noteres det, at "More public money must not be wasted on ineffective and possibly damaging interventions. A more rigorous culture of piloting, evaluating and using the results to inform policy must be introduced, with clearly defined goals and robust measurements for success. Future initiatives should, before implementation, adhere to a basic set of research guidelines. Given the lack of evidence, the Committee realises that it is difficult to recommend what measures should be taken, but there is plenty of evidence that a healthier lifestyle greatly improves life expectancy".

I det omfang at der gradvist opbygges viden om effektive metoder til mindskelse af uligheden i sundhed, kan de 300 mio. gradvist konverteres til løbende driftsmidler.

Bekæmpelse af sygehusinfektioner og utilsigtede hændelser: 300 mio. kroner

I den løbende debat fokuseres der meget på fx. livstruende sygdomme. Det er der gode grunde til, men der er samtidig en tendens til at overse, hvordan patientsikkerheden er, om patienter på den ene eller anden måde lidt paradoksalt bliver syge eller får en skade i forbindelse med behandlingen. Det er de færreste, der er opmærksomme på problemet og dets omfang. De sundhedsmæssige gevinster ved at sætte ind på området er betydelige – og ikke særlig omkostningstungt. Meget drejer sig om at ændre kultur og arbejdsgange. Her er der betydelige gevinster i form af undgåede dødsfald m.m. Et groft skøn lyder på 4-600 undgåede dødsfald per år og et ukendt antal år med bedre livskvalitet for mindst 10.000 patienter. Antager man, at gennemsnitsalderen blandt de udskudte dødsfald er 70 år giver det alene 5000-7000 ekstra leveår, svarende til 42- 60.000 kr. per vundet leveår.

- *Problemets omfang*

Mellem hver 8. og 10. sygehuspatient får en infektion under indlæggelse. De er ikke alle lige alvorlige, men hovedparten fører som minimum til forlængelse af sygehusopholdet, og nogle medfører

døden. Alene på det menneskelige plan er sygehusinfektioner derfor et alvorligt problem, men de er også en milliardbelastning.

I Danmark skønnes det, at meromkostningerne på grund af kirurgiske sårinfektioner beløber sig til ca. 1 mia. kroner. Med samlede sygehusudgifter på ca. 46 mia. kroner i 2000, svarer det til mere end 2 % af sygehusudgifterne. Det er utvivlsomt en undervurdering, bl.a. fordi der kun er medtaget omkostningerne for sygehuset, og ikke fx patienternes omkostninger. Hertil omkostningerne ved de mange infektioner, der ikke er medtaget i beregningen, fx urinvejsinfektioner og blodstrømsinfektioner³⁰. I en ny amerikansk undersøgelse³¹ anføres eksempelvis at et sted mellem 2-3 % af patienterne, som får operationsinfektion, dør som følge af infektionen. Man skønner, at mindst 30 -40 % af sygehusinfektionerne kan forebygges.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom, herunder altså også infektioner. Utilsigtede hændelser dækker både kendte og ukendte komplikationer og egentlige fejl^x.

Ved gennemgang af den engelsksprogede litteratur om utilsigtede hændelser fandt man en forekomst af utilsigtede hændelser på 20-36 % af samtlige hospitalsbehandlinger. Fælles for skaderne er, at de varierer i omfang og type, men alle medfører de som minimum en forlænget indlæggelse, forbigående men eller i ganske få tilfælde varigt handicap eller død. Ifølge tallene fra en dansk undersøgelse er ca. 40 % forebyggelige med den nuværende viden og teknik.

En dansk undersøgelse fra 2001³² er også tankevækkende. En stikprøve på 1.097 somatiske indlæggelser blev gennemgået for tilstedeværelse af en eller flere utilsigtede hændelser. Gennemgangen og vurderingen blev foretaget af erfarne læger og sygeplejersker.

Der blev fundet 114 indlæggelser med i alt 176 utilsigtede hændelser, svarende til en forekomst på 9,0 % af indlæggelserne, altså færre end i ovennævnte survey af den engelsksprogede litteratur. 46 af hændelserne blev vurderet til at være forebyggelige, dvs. 40 %. Hændelserne gav anledning til en gennemsnitlig forlængelse af indlæggelserne på 7,0 sengedage per indlæggelse. Patientens funktionsnedsættelse som følge af utilsigtede hændelsesforløb gav oftest anledning til milde, forbigående men. For 30 indlæggelser blev det imidlertid skønnet, at hændelsen gav anledning til varigt men eller død.

En anden dansk undersøgelse af 'behandlingskader og near misses på en kirurgisk afdeling' fra 2004³³ er baseret på gennemgang af mere end 1.600 journaler fra en urologisk afdeling på et større københavnsk sygehus. Man fandt 200 behandlingsskader, heraf 3 dødelige. En grov men forsigtig opregning til landstal kom til at der på landsplan kunne være op til 2.800 dødsfald per år på grund af utilsigtede hændelser.

Også i almen praksis og hjemmesygeplejen er der utilsigtede fejl. Det sidse står at læse i den første danske rapport om patientsikkerhed i hjemmesygeplejen "Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen – pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer"³⁴.

De 671 utilsigtede hændelser fordelte sig på 229 patienter. Enkelte patienter var udsat for op til 11 utilsigtede hændelser. I 34 procent af alle de utilsigtede hændelser kom patienterne til skade. Forkert medicinering var typisk årsag til skaderne, som førte til kontakt til egen læge eller sygehus-

indlæggelse. Andre skader som følge af utilsigtede hændelser var sårinfektioner, tryksår samt infektioner i urinvejene og via kateder.

Omfanget i almen-og speciallægepraksis kendes ikke.

- **Mulige indsatsområder**

De efterfølgende punkter skal tages som en konkret, men ikke udtømmende, illustration af, hvor der kan sættes ind. Der findes relativt få omkostnings-effektanalyser på området. I en sammenfatning af foreliggende undersøgelser fra 2003 anføres omkostnings-effekt-brøker fra godt \$13.000 per QALY til godt \$800.000/QALY^{35, 36}.

1. WHO kører en kampagne med den malende overskrift: **Safe Surgery Saves Lives**. Grundideen er næsten bekymrende enkel: en 19-punkts checkliste forud for kirurgiske indgreb. Først i 2009 blev der rapporteret nogle resultater i det anerkendte New England Journal of Medicine³⁷. Konceptet var blevet afprøvet på 8 store/mellemstore sygehuse i otte byer: Toronto, New Delhi, Amman, Auckland, Manila, Ifakara i Tanzania, London og Seattle. Før brugen af checklisten af dødsraten på tværs af sygehuse 1,5 % og efter faldt den til 0,8 %. Før var der komplikationer hos 11 % af patienterne. Det faldt til 7 % efter. Det omfatter bl.a. kirurgiske sårinfektioner, der faldt fra godt 6 % til godt 3 %. Alle tre ændringer var statistisk signifikante.

Der er ikke beregnet omkostnings-effekt-tal for indsatsen, men der kan ikke være tvivl om, at de løbende driftsomkostninger er ringe. Der er mere et spørgsmål om den nødvendige disciplin til at sikre gennemførelsen af checklisten – som i et vist omfang utvivlsomt allerede findes på mange operationsafsnit i Danmark, men hvor en forstærket indsats alligevel kan gennemføres med fordel.

2. Alle ved, at bedre håndhygiejne vil være et vigtigt bidrag til at mindske infektionsforekomsten, men det er svært at fastholde den nødvendige disciplin. Der bør derfor sættes ind over en bred front,
3. Uddannelse af flere hygiejnesygeplejersker på sygehusene. Det er en specialuddannelse, som synes at være blevet nedprioriteret af regionerne.
4. Kurser for personale – både om hygiejne og kultur/forandringsledelse
5. Forbedret rengøringsstandarder

Forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler i almen praksis: 500 mio. kroner

Der kan gennemføres en effektiv forebyggende indsats ved at indføre forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler i almen praksis. Det er dokumenteret i et større dansk forsøg i Ebeltoft³⁸⁻⁴⁰, ligesom engelske undersøgelser peger i samme retning. Forsøget i Ebeltoft er velbeskrevet ud fra forskellige vinkler: patientens, den sundhedsprofessionelle, organisatorisk og effekten. Der er således i forhold til mange andre områder en relativt udførlig dokumentation til vurdering af indførelse i fuld skala. Det skal samtidig understreges, at der ikke er tale om, hvad der ofte forbindes med 'helbredscheck', hvor man fx. hvert eller hvert andet år gennemgår en omfattende undersøgelse.

Hensigten med Ebeltoft-projektet var at undersøge effekten af generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler med egen læge blandt midaldrende mennesker. I sundhedsprojekt Ebeltoft deltog 1507 personer i alderen 30-49 år, svarende til 75 % af de inviterede 2000 tilfældigt udvalgte knyttet en af de ni deltagende praksis. Deltagerne blev ved lodtrækning fordelt på tre grupper: 1) en kontrolgruppe, 2) en gruppe, som blev tilbudt generelle helbredsundersøgelser og 3) en gruppe, som blev tilbudt generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler. Deltagerne lignede i al væsentligt gennemsnittet af danskerne i de tilsvarende aldersgrupper. Selve forsøget blev afviklet 1991-1997 således, at der har været gode muligheder for langtidsopfølgning.

Hovedresultatet af den sundhedsøkonomiske evaluering af Ebeltoft-projektet var, at der for interventionsgruppen var en signifikant bedre sundhedseffekt opgjort over en 5-årig periode som fik tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler sammenlignet med en kontrolgruppe i form af flere vundne leveår. Samtidig var tilbuddet om helbredsundersøgelser og -samtaler til interventionsgruppen ikke signifikant dyrere, opgjort over en 6-årig periode end tilbuddet til kontrolgruppen.

Det kan supplerende nævnes, at den engelske regering per 1. januar 2009 begyndte at indfase et lignende program for alle mellem 40 og 74 år baseret på undersøgelse hvert femte år. Det er beregnet⁴¹, at det koster per ca.£ 3.500 per QALY (kvalitetsjusteret leveår) – og modregner besparelser på de indirekte omkostninger er der tale om en nettogevinst.

- Sundhedsfaglige indhold

Helbredsundersøgelserne i Ebeltoftforsøget omfattede foruden en vurdering af risikoen for hjerte-kar-sygdom følgende undersøgelser: Synsprøve, høreprøve, konditest, lungefunktionsundersøgelse, vurdering af leverfunktion og nyrefunktion samt undersøgelse for diabetes. For hver person blev der beregnet en kardiovaskulær risikoscore baseret på køn, disposition for hjertekarlidelser, rygning, blodtryk, serum-kolesterol (total) og BMI (body mass index). Undersøgelserne blev foretaget i Sundhedscenter Ebeltoft og udført af tre laboranter. Efter 2-3 uger modtog hver deltager et skriftligt svar fra egen læge på helbredsundersøgelsens resultater med tilhørende livsstilsråd, hvis undersøgelsesresultaterne faldt uden for normalområdet. I brevet medfulgte fem pjecer om sund livsstil og hjerte-kar-sygdom. Alle undersøgte med forhøjet eller høj kardiovaskulær risikoscore blev opfordret til at opsøge deres egen læge, uanset hvilken randomiseringsgruppe de tilhørte.

Helbredssamtalen i gruppe 3 havde som formål at opstille en personlig målsætning for en sund livsstil i samråd med lægen ud fra helbredsundersøgelsens resultater og patientens egen vurdering af sine behov. Der var afsat 45 minutter til samtalen og yderligere 15 minutter til forberedelse og afslutning for lægen. Patienten blev opfordret til at angive maksimalt tre helbredsrelaterede livsstils mål for det kommende år. Efter tre måneder havde deltagerne i gruppe 3 yderligere en mulighed for at få en opfølgende samtale af 30 minutters varighed med deres praktiserende læge. I hvert af de efterfølgende år fik deltagerne i gruppen med helbredssamtaler (gruppe 3) tillige tilbudt en helbredssamtale, som de kunne tage imod ud fra vurdering af eget behov.

Projektet er blevet analyseret ud fra patientperspektivet³⁹, de praktiserende lægers perspektiv³⁸ og ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv⁴⁰.

- **Resultat af den sundhedsøkonomiske analyse**

Formålet med den sundhedsøkonomiske analyse var at beregne omkostninger, herunder implementerings- og interventionsomkostninger, og effekter i form af vundne leveår ved forebyggende helbredsundersøgelser med og uden helbredssamtaler i almen praksis.

Personer som fik tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) vandt 0,30 leveår sammenlignet med 0,16 leveår for personer i kontrolgruppen (gruppe 1) og 0,24 leveår for gruppe 2, som alene fik tilbudt helbredsundersøgelser.

På omkostningssiden er der lavet opgørelse af for det første implementerings- og gennemførelsesomkostningerne, dvs. helbredsundersøgelse og helbredssamtaler og for det andet forskelle i forbrug af sundhedsydelser i opfølgingsperioden på ca. 6 år. Endelig er der beregnet indirekte omkostninger (sygefravær, førtidspension).

De gennemsnitlige direkte omkostninger i sundhedsvæsenet beløb sig til sig til 21.200 kr. pr. person for de, som fik tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler og til 24.100 kr. pr. person for de, som kun får tilbudt helbredsundersøgelser versus 27.300 kr. pr. person³ for deltagerne i spørgeskemagruppen (kontrolgruppen) – forskellene til spørgeskemagruppen er dog ikke signifikante.

Omkostninger (de egentlige interventionsomkostninger) per deltager i de tre grupper var; kr. 619 kr. 1.708 og kr. 2.506 gruppen som modtog både helbredsundersøgelse og helbredssamtaler.

Prisen for en helbredsundersøgelse er kr. 430,15 (1997-priser), mens prisen for en helbredssamtale er kr. 430,01 (1997-priser). Omkostningen til laboratorieanalyser er baseret på en antaget pris pr. helbredsundersøgelse på 100 kr.

Konklusionen fra den sundhedsøkonomiske analyse var, at tilbuddet om *helbredsundersøgelser og -samtaler* til 30-49-årige mænd og kvinder i almen praksis er i økonomisk forstand dominant i forhold til tilbuddet til spørgeskemagruppen (kontrolgruppen). Det betyder, at der er signifikant bedre effekt, opgjort over en 5-årig periode, for interventionsgruppen, som får tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler i forhold til spørgeskemagruppen (kontrolgruppen) i form af flere vundne leveår. Samtidig er tilbuddet om helbredsundersøgelser og -samtaler til interventionsgruppen ikke signifikant dyrere, opgjort over en 6-årig periode end tilbuddet til spørgeskemagruppen. Resultatet skal dog tages med et vist forbehold, idet opgørelsen af vundne leveår er baseret på en antagelse om en livslang effekt af interventionen, hvilket formentlig betyder, at levetidsgevinsten må anses for at være overvurderet. Til gengæld er de beregnede omkostninger kun opgjort for en 6-årig periode, hvorved det forventede fremtidige mindre forbrug i interventionsgruppen ikke er medregnet.

I rapporten hedder det: ” Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler må således anses for at være omkostningsneutrale i sammenligning med nuværende praksis (svarende til det tilbud der er givet til kontrolgruppen).” Med andre ord har vi her ét af de relativt sjældne tilfælde i sundhedsvæsenet, nemlig at en forbedring af sundhedstilstanden ikke medfører mer-omkostninger. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at det så ikke betyder, at det i givet fald er ’gratis’ at igangsætte, især ikke for de berørte aktører.

- **Igangsættelse**

Det er vigtigt at bemærke, at selve helbredsundersøgelsen ikke gennemføres af praktiserende læger – og således ikke beslaglægger tid hos en gruppe, som der er mangel på. På den anden side blev helbredssamtalerne i Ebeltoft gennemført af praktiserende læger. I forbindelse med fuldskala-gen-

nemførelse skal man nøje overveje organisering m.m., fx. om praksissygeplejersker med samme effekt kan overtage dele af helbredssamtalerne og det præcise indhold af helbredsundersøgelserne, fordi der kan være indtruffet ændringer i vurderingen heraf siden første i 90'erne, ligesom der skal fastlægges interval for helbredsundersøgelsen^{xi}, som i Ebeltoft-forsøget blev gennemført én gang (to gange hvis opfølgingsundersøgelsen efter fem år medregnes).

Der er ialt godt 1,5 mio. danskere i aldersgruppen 30-49 år. Hvis man antager, at der gennemføres en helbredsundersøgelse hvert femte år og i gennemsnit 1,5 helbredssamtaler i kølvandet på helbredsundersøgelsen, og yderligere antager, at der årligt bliver indkaldt ca. 300.000 personer bliver de årlige omkostninger (i 1997-priser) ialt omkring 350 mio. kr/årligt. Der er, jfr. Ebeltoftprojektet, regnet med en pris for en helbredsundersøgelse på kr. 430,15 (1997-priser), og en pris for en helbreds-samtale af samme størrelsesorden. Omkostningerne til laboratorieanalyser er baseret på en antaget pris pr. helbredsundersøgelse på 100 kr. Med prisstigninger siden 1997 samt for at sikre plads til uforudsete forhold regnes der med i alt 500 mio. kroner.

Som nævnt indfører man i England helbredsundersøgelser for 40-74 årige. Dette burde overvejes. I givet fald skal der afsættes flere penge.

Psykiatri: depression og angstsygdomme: 500 mio. kr.

Sundhedsvæsenets indsats kan føje år livet, men (oftere) føje liv til årene i form af livskvalitet/bedre funktionsevne). Behandling af depression og angstsygdomme drejer sig især om det sidste og er et område med potentiale for forbedring især baseret på en formodning om underbehandling.

Depression og angstsygdomme er hyppigere, end man skulle tro. Det skyldes bl.a., at mennesker med depression og angstsygdomme helst ikke taler om det. Det er dog svært at opgøre antallet præcist, fordi det afhænger af, hvad der forstås ved depression og angstsygdom, og om man opgør hvem der på et bestemt tidspunkt lider af depression (prævalens) eller angst, eller om man opgør, hvor mange der over en periode, fx. 20 år har haft depression eller angst (livstidsprævalens). Tallene nedenfor er opgjort på bestemte tidspunkter, fordi det giver det mest reelle billede af situationen.

Ved depression ses typisk et forsænket stemningsleje, hvor både energien og aktivitetsniveauet er nedsat. Koncentrationsevnen kan være svækket, og der kan være uoverkommelighedsfølelse, træthed, selvbebrejdelser, skyldfølelse samt fx døgnvariation, hvor tilstanden er værst om morgenen. Der er mange former for depression, bl.a.: Tilbagevendende (periodisk) depression, melankoli, kronisk depression, årstidsrelateret depression og fødselsdepression. Dette er de såkaldte unipolare former for depression, som er i fokus her - i modsætning til manio-depressive former (bipolar depression)

Angst består af angstfølelse, kropslige ledsagesymptomer, tanker relateret til angsten og undvigelsesadfærd. De vigtigste angstlidelser er: Fobier, panikangst og vedvarende angst. De præcise årsager til angst kender man ikke. Der er tale om en kombination af biologiske og psykosociale faktorer

- **Hvor mange?**

Ifølge Statens Institut for Folkesundheds store sundheds-og sygelighedsundersøgelse fra 2005 oplyste knap 4 %, at de havde kronisk angst eller depression. Omsat til personer svarer det til ca. 165.000 personer. Ud fra undersøgelsen kan der ikke underopdeles i angst og depression.

Psykiatrifonden bruger andre tal. Uden præcis kildeangivelse oplyses, at ca. 125.000 mennesker i Danmark har en middelsvær eller svær depression. Herudover er der omkring 75.000 mennesker, som har mildere depressionssymptomer, som i mange tilfælde kan overvindes ved omlægning af livsstil (mindre stress, mindre alkohol osv.) Den sidste gruppe har typisk ikke brug for egentlig behandling, men snarere opmærksomhed på og viden om årsagerne til deres depressionssymptomer, samt hvordan de afhjælpes.

Ifølge Dansk Sundhedsinstitut, DSI, lider mindst 200.000 danskere til enhver tid af angstsygdomme. Der findes forskellige angstformer. Overføres engelske tal til Danmark får man et højere tal end forannævnte. Generel angst, fobisk angst, panikangst og OCD (Obsessive-Compulsive Disorder)^{xiii} forekommer hos ca. 350.000 personer, mens ca. 280.000 lider af angst i forbindelse med depression.

- **Konsekvenser**

Depressive sygdomme rummer ikke alene store menneskelige omkostninger for den enkelte og dennes pårørende, men de er også forbundet med betydelige samfundsmæssige omkostninger i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger, pensionering og et stort forbrug af sundhedsydelser. Der findes ikke danske undersøgelser med oplysninger om de direkte og indirekte omkostninger ved depression, men de indirekte sundhedsøkonomiske omkostninger for lette-moderate depressioner er i Danmark blev i 1999 på baggrund af udenlandske undersøgelser anslået til 5-9 mia. kr. årligt. En undersøgelse fra 2006⁴² når frem til omkring 7,5 mia. kroner i indirekte omkostninger. De direkte behandlingsomkostninger blev i samme undersøgelse beregnet til omkring 3 mia. kroner. Ankestyrelsens statistik for førtidspensioner viser for 2007, at knap 10 % af omkring 12.000 førtidspensionstilkendelser havde depression, angst eller OCD som hoveddiagnose. Også ved langvarige sygedagpengesager spiller depressioner en stor rolle.

WHO anser på verdensplan depression for at være den fjerde mest alvorlige sygdom målt i tabte sygdomsjusterede leveår.

Omkostninger i forbindelse med angstpatienters forbrug af sengedage og ambulante besøg på psykiatriske og somatiske sygehuse var i 2004 på 112 mio. kr.⁴³ Det er ikke muligt at opgøre de indirekte omkostninger, da omfanget af sygefravær eller arbejdsløshed begrundet i angstsygdomme ikke kendes, ligesom det ikke er muligt at opgøre udgifterne til f.eks. dagpenge eller førtidspension, der er en følge af dette fravær.

- **Behandling**

Har man en depression kan behandling være nødvendig. Depression kan behandles og bliver som oftest helbredt. En væsentlig årsag til at søge behandling er, at behandling kan forkorte depressionens forløb og minimere de mange konsekvenser en depression har. Behandling kan også reducere antallet af tilbagefald og nye depressioner. Til tider kan depression ligefrem være en livstruende sygdom, hvor personen tænker på selvmord eller ikke kan sørge for at drikke og spise. I

sådanne tilfælde er behandling en nødvendighed. Depression kan behandles med medicin (anti-depressive midler, bl.a. 'lykkepiller')^{xiii}, psykoterapi og elektrochok. Ved vinterdepression har lys-terapi været anvendt.

Personer med ubehandlede depressioner vil typisk få flere og dybere depressioner. Undersøgelser tyder på, at de første depressive episoder i et menneskes liv ofte er provokeret af et psykisk traume (det kan fx være, at man bliver fyret, skilt eller oplever andre belastende begivenheder), men ved efterfølgende episoder, skal der tilsyneladende mindre og mindre til at udløse depressionen

Ifølge en medicinsk teknologivurdering fra Sundhedsstyrelsen var der i 2003 knap 340.000 danskere i behandling med antidepressive lægemidler, og det vurderes, at ca. 90 % af al diagnostik og behandling af patienter med depression foregår i almen praksis. En særlig central konklusion er i denne sammenhæng, at der er god dokumentation for bedre behandlingsresultat, når behandling i dette regi suppleres med patientundervisning, telefonstøtte til patienter, elektroniske påmindelser om behandlingsprincipper samt let adgang til psykiater/psykolog med ekspertise i (kognitiv) kort-tidspsykoterapi.

I Sundhedsstyrelsen 'Referenceprogram for unipolar depression hos voksne' (2007) anføres, at depression ofte ikke behandles. Mange patienter med depression søger ikke læge. Flere undersøgelser viser, at under halvdelen af de patienter i almen praksis, som lider af depression, får stillet den korrekte diagnose, og under halvdelen af dem, som får stillet diagnosen, modtager medicinsk behandling i tilstrækkelige doser og med tilstrækkelig varighed.

Behandling af angst foregår i sygehussektoren, hos alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge og praktiserende psykolog. Endvidere er der et stort gråt marked for alternativ behandling og for behandling af terapeuter med varierende uddannelse. Selv om distriktpsychiatrien op gennem 1990'erne har gennemgået en betydelig udbygning, kommer distriktpsychiatriens tilbud ikke denne patientgruppe til gode i nævneværdigt omfang⁴³

- Omkostnings-effekt af indsatsen

Det findes ikke danske omkostnings-effektundersøgelser, hverken af depressionsbehandling eller behandling af angstsygdomme. En litteraturoversigt fra WHO⁴⁵ og en australsk undersøgelse^{43, 46} udgør derfor dokumentationsgrundlaget sammen med en svenske analyse af lægemidler mod depression og angsts⁴⁴, men tilsammen efterlader de ikke megen tvivl vedr. omkostnings-effektivitet på en række områder.

WHOs gennemgang af depressionsbehandling i primærsektoren⁴⁵ viste omkostningseffekt-brøker på fra \$15 463 per QALY til \$36 434, som således ligger indenfor de 'normalt acceptable' grænser for, hvad der med rimelighed kan indføres. En anden bredere WHO-analyse, hvor man så generelt på omkostnings-effekten af psykiatrisk behandling⁴⁷ pegede på depression og angstsygdomme som 'gode' indsatsområder ud fra omkostninger per DALY (disability adjusted life years, som er WHOs foretrukne udtryk for kvalitetsjusterede leveår). En amerikansk orienteret gennemgang af, hvad der kan gøres for at reducere den økonomiske byrde ved depression, pegede tydeligt i retning af betydelige gevinster⁴⁸. Den svenske undersøgelser udpegede også en række lægemidler som 'omkostnings-effektive'.

Det skal bemærkes, at størstedelen af indsatsen utvivlsomt skal foregå i almen praksis. Danske Regioner har ganske vist i marts 2009 fremlagt en handlingsplan for psykiatri, hvor der foreslås at

oprette særlige angst-og depressionsklinikker. Dette vil imidlertid kun hjælpe en mindre del af målgruppen, men har en indbygget fare ved at få behandling af en ret stor patientgruppe gjort hospitalsorienteret, hvor den i stedet især burde være orienteret mod primærsektoren.

Implementering af 'kroniker-modellen', inkl. telemedicinske løsninger m telemonitorering: 1 mia. kroner^{xiv}

Fremtidens største sundhedsmæssige udfordring bliver, hvordan vi griber spørgsmålet om kronikergruppen an. Mislykkes det at gøre det på en 'fornuftig' måde, vil sundhedsvæsenet stå med et meget stort problem. Derfor afsættes der et meget stort beløb til både at intensivere indsatsen og eksperimentere med forskellige modeller. Grundlæggende skal indsatsen organiseres i overensstemmelse med kroniker-modellen, der beskrives nedenfor.

Der vil blive tale om patientrettet forebyggelse, dvs. hvor sygdommen allerede er tilstede, men hvor indsatsen går ud på at lindre virkninger og sætte patienterne i stand til bedre at mestre deres egen sygdom. Det vil kræve ændringer i den måde, der laves tilbud til gruppen på og ændringer i patienternes egen forståelse af deres sygdom.

- *Hvad er det, og hvor mange er der?*

Kronisk sygdom har en eller flere af følgende karakteristika⁴⁹: Sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer, kræver langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats”

De otte store kroniske sygdomme – også kaldet 'folkesygdomme' er 1. aldersdiabetes, 2. Kræftsygdomme, 3. hjerte- og karsygdomme, 4. osteoporose/knogleskørhed, 5. muskel- skeletlidelser, 6. astma og allergiske lidelser, 7. rygerlunger og 8. psykiske lidelser.

Lidt afhængig af opgørelsesmetode er der et sted mellem 1 – 1,5 millioner kronikere, en del med mere end én sygdom. Statens Institut for Folkesundhed fandt i 2005, at godt 1,7 mio lever med kronisk sygdom, heraf er 496.000 meget hæmmet i hverdagen af deres kroniske sygdom. En stor del er ældre. Gruppen vil stige i de kommende år alene på grund af aldringen af befolkningen. I de næste 10 år bliver der 200.000 flere 64+-årige, og en del af dem vil være eller blive kronikere. Gruppen vil også stige – uanset aldring – på grund af livsstil (for lidt motion, spisevaner, overvægt m.m.). Fx. er andelen med selvrapporteret sukkersyge blandt 45-66-årige fordoblet fra 1987 til 2005 og er i dag på over 4 % - og i 2009 utvivlsomt endnu højere.

En meget stor del af sundhedsvæsenets aktiviteter er rettet mod kronikergruppen. Over halvdelen af kontakterne i almen praksis kommer fra personer med én eller flere af de otte 'folkesygdomme'⁵⁰.

- *Kroniker-modellen: En løsningsmulighed*

Sundhedsstyrelsen har i række publikationer foreslået og analyseret en amerikansk inspireret model for omsorg for kronikere. Den er blevet kendt som kroniker-modellen⁵¹⁻⁵⁵. Modellen er i varierende grad under implementering i regioner og kommuner, men der savnes fremdrift, systematisk forsøgsarbejde med modeller, som ligger tæt op ad ideal-modellen. Modellens elementer kan ikke gennemgås i detaljer, men præsenteres i figur 12.

Kronikermodellen forudsætter et hidtil ukendt samarbejde på tværs af sektorgrænser – at trekanten kommune-almen praksis-sygehus ikke bliver en Bermuda-trekant, men et sammenhængende hele,

med hovedvægten placeret på primærsektoren. I Sundhedsstyrelsens sprogbrug hedder det: ”Sundhedsvæsenets organisering skal tilpasses de særlige behov for en kontinuerlig indsats i forløbet af kroniske sygdomme. Den sundhedsfaglige indsats skal ydes af en behandlergruppe, som er hensigtsmæssigt organiseret, inddrager alle relevante faggrupper og har adgang til og udnytter viden både om den enkelte patient og om den samlede patientgruppe på”. Det nævnes, at der skal eksperimenteres med modeller for egenomsorg, patientskoler osv..

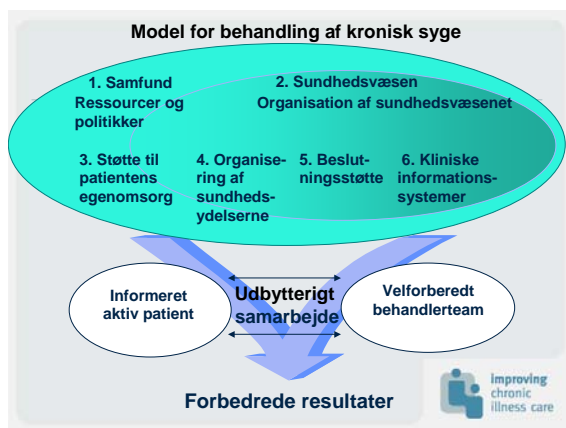
- *Evidens og omkostnings-effektivitet*

Det understreges igen og igen, at kroniker-modellen er evidensbaseret. Det er også rigtigt, men ikke altid lige overbevisende. I et nyligt review af modeller, som lever op til kravene i kroniker-modellen, jfr. ovenstående figur, og hvor én af modellen fædre var medforfatter⁵⁶, hedder det ”Accumulated evidence appears to support the CCM as an integrated framework to guide practice redesign. Although work remains to be done in areas such as cost effectiveness, these studies suggest that redesigning care using the CCM leads to improved patient care and better health outcomes”. Betydningen af dette for danske forhold er, at man indarbejder effektmåling, når modellen implementeres

Figur 14: Kronikermodellen i oversigtsform
”Kronikermodellen”

Består af seks komponenter/indsatsområder:

1. egenomsorg/mestring af egen sygdom
2. sundhedsvæsenets organisering
3. den sundhedsfaglige indsats
4. beslutningsstøtte
5. kliniske informationssystemer
6. samfundsindsatsen (familie, sociale netværk, nærsamfund)



Sundhedsstyrelsen skriver i hovedrapporten fra 2005, at ”Der er tiltagende dokumentation for, at en veltilrettelagt indsats og en samlet høj behandlingskvalitet kan nedsætte behovet for ydelser fra sundhedsvæsenet og dermed reducere det ressourcepres, der følger af befolkningsudvikling og nye behandlingsmuligheder”, p. 34⁵³. Det citerede kunne forlede til at tro, at der vil være tale om nettobesparelser. Der er ikke noget der peger i den retning^{xv}. I bedste fald vil det være mindre ressourcetrævendende end alternativet – nemlig at lade stå til. Der foreligger kun få holdbare omkostnings-effektanalyser af kroniker-modellen⁵⁶⁻⁵⁹. De giver ikke så sikre resultater, at de medtages her. Noget peger dog – meget forsigtigt – i retning af, at der er et rimeligt forhold mellem omkostninger og effekter, især for sukkersyge.

Sundhedsstyrelsen anfører iøvrigt, at en ændret indsats i forhold til kroniske sygdomme vil forudsætte, at der anlægges en samlet samfundsorienteret sundhedsøkonomisk synsvinkel, så kassetænkning i regioner og kommuner ikke stiller sig hindrende for hensigtsmæssige løsninger, der medfører en omfordeling af omkostningerne.

- **Telemedicin - telemonitorering**

Egenomsorg og bedre mestring af egen sygdom er nøgleord i kronikermodellen. Det har som logisk forudsætning, at meget naturligt foregår i hjemmet. Der er meget der peger på, at telemedicinske løsninger her kan bidrage meget, især telemonitorering, hvor den udbredte adgang til PCere, også i de lidt ældre befolkningssegmenter, kombineret med bredbånd og centralt lokaliserede 'monitoreings-og vejledningscentre' har et meget stort potentiale⁶⁰⁻⁶².

Der er allerede positive danske erfaringer med anti-koaguleringsmonitorering^{xvi} og forsøg igang vedrørende patienter med rygelunger og hjerteproblemer. Der tilbagestår imidlertid megen udviklingsarbejde, især med at få det gennemført i lidt større skala. Tanken er derfor at arbejde med telemedicinske løsninger kan få et kick-start ved at sammenkoble det med kroniker-modellen og inden for rammen på 1 mia., skal der være rigelig plads til forsøg med telemedicin.

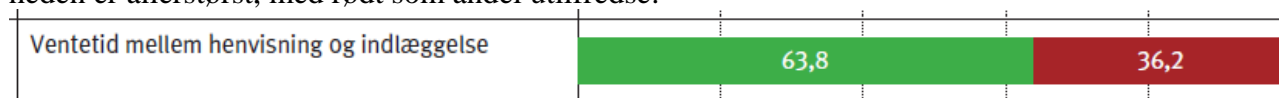
- **Fordeling af midlerne**

I overensstemmelse med kronikermodellen forventes mindst 80 % af indsatsen at skulle foregå i primærsektoren og/eller hjemmet. Resten kræver en mere specialiseret, oftest hospitalsbaseret indsats. Midlerne skal fordeles i overensstemmelse hermed, og der skal afsættes rigelige midler til stor-skalaforsøg med telemonitorering.

Hurtigere diagnostisk udredning: 500 mio. kroner

På en række områder, bl.a. visse kræftformer, ved man at tidlig(ere) diagnostik – og dermed muligheden for hurtigere behandlingsindsat - fører til et bedre. Det er dybest set den samme tænkning, der ligger bag screenings-programmer: Hvis en sygdom opfanges tidligt, kan en tilsvarende tidlig indsats (muligvis) ændre det senere forløb. Hertil kommer, at usikkerhed vedrørende diagnose skaber utryghed hos mange patienter.

I undersøgelserne af patienttilfredshed er der kun et generelt ventetidsspørgsmål, hvorfor ventetid til forundersøgelse/diagnosestillelse ikke kan udskilles. Ventetid er ét af de områder, hvor utilfredsheden er allerstørst, med rødt som andel utilfredse:



Bortset fra screening må det erkendes, at evidensen vedrørende effekten af tidlig(ere) diagnostik ikke er overvældende. Det skal samtidig noteres, at tidlig(ere) diagnostik uden efterfølgende hurtigere behandlingsindsats ikke giver mening. I denne forbindelse skal man dog erindre, at afklaring af diagnostisk/grad af behandlingskrævende indsats kan være med at reducere de samlede ventelister, fordi der givet vil være patienter, som kan afsluttes efter den diagnostiske udredning.

Tanken med at reservere så stort et beløb er, at en del kan gå til nødvendig apparatur-anskaffelse for at fjerne flaskehalse og evt. forbedre de diagnostiske muligheder samt indretning af nye faciliteter –

og i en periode finansiering af overarbejde, ligesom der kan udvikles og afprøves diagnostiske pakker, ligesom de praktiserende lægers adgang til hurtig(ere) diagnostisk afklaring skal forbedres.

Det kan nævnes, at i afrapporteringen fra Medicinsk Tænk tank vedr. (ældre/svage) medicinske patienter blev det anbefalet at oprettes diagnostiske centre, som kan yde akut rådgivning og undersøgelse til praktiserende læger, vagtlæger og ældreplejen (Thomas Gjørup, præsentation, 23. oktober 2008, Den medicinske tænketanks anbefalinger)

Intensiveret rehabiliteringsindsats: 500 mio. kroner

I en rapport fra 2004⁶³ lød den første sætning: ”Genoptræning og rehabilitering er den største oversete velfærdsdagsorden i dagens Danmark”. Det er det fortsat. Det er bl.a. én af de vedvarende klager i en stor rapport om Kræftpatients Verden⁶⁴. Der kommer vedvarende klager fra hjertepatienter og gigtpatienter – uanset mange forsøg på at afhjælpe problemerne. Uanset at patientorganisationers klagesang i sagens natur kan have karakter af rituel interessevaretagelse, kan der alligevel meget vel være tale om et udækket behov.

Det er således sigende, at ét af de meste utilfredsstillende områder ved undersøgelse af patienttilfredsheden i 2006 var spørgsmålet om information om genoptræning (rødt: % utilfredse)

28a.	Information ved udskrivelse om efterbehandling/ genoptræning	74,2	25,8
------	-----------------------------------------------------------------	------	------

Dette er i sagens natur ikke identisk med, at der ikke efterfølgende blev givet genoptræning. I mangel af senere undersøgelse ved vi ikke, om strukturreformen har ændret dette billede. Intentionen var, at det skulle blive bedre.

Blandt fagfolk bruges rehabilitering som et noget bredere begreb, der omfatter arbejdsstræning, mental træning og rådgivning, medens genoptræning ofte opfattes hovedsageligt som fysisk genoptræning. I den offentlige debat benyttes hovedsageligt ordet genoptræning, selv om der snarere er tale om rehabilitering. I det følgende bruges begreberne genoptræning og rehabilitering som synonymmer baseret på følgende forståelse af genoptræning: ’En målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og sundhedsfagligt personale. Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevnen; bevægelses- og aktivitetsmæssige, kognitiv, emotionelt og socialt’⁶⁵.

- **Organisering**

Genoptræningsområdet har været genstand for debat og reorganisering – men det er uklart om noget er blevet bedre. I det mindste tyder meget på, at patienterne (fortsat) ikke oplever det som tilfredsstillende. Årsagerne til debatten er mangeartede, men har måske overvejende rod i, at man fortsat ikke i tilstrækkelig grad ser rehabilitering som afslutningen af et behandlingsforløb – og at den på afgørende vis for mange patientgrupper ’føj liv til årene’ i form af forbedret funktionsevne. Hvad hjælper det fx., at man satser mange penge på akutbehandling af kræft, indførelse af kræftpakker osv., hvis genoptræningsindsatsen måske halter bagefter? Det er vigtigt at fremhæve, at genoptræning ikke alene vedrører afslutning af et sygehusforløb, men også fx. Har meget med forkortelse af sygefravær at gøre mm..

Genoptræningsområdet blev reorganiseret i forbindelse med strukturreformen 1. januar 2007. Kommunerne har med kommunalreformen fået myndighedsansvaret for genoptræning efter udskrivning fra et sygehus (kaldet ambulante genoptræning). Driftsansvaret er imidlertid delt mellem

kommuner og regioner. Kommunerne har til opgave at udføre den almindelige ambulante genoptræning, mens regionerne har til opgave at udføre den specialiserede ambulante genoptræning. Det er ved denne opgavefordeling lagt til grund, at langt hovedparten af genoptræningen skal ske i kommunalt regi.

Før kommunalreformen havde amterne ansvaret for sygehusbehandling, genoptræning under sygehusindlæggelse samt genoptræning efter udskrivning fra sygehus, medens kommunerne udførte den såkaldte vedligeholdende genoptræning, typisk på plejehjemmene.

Siden 2004 har det været lovpligtigt for sygehusene at udarbejde genoptræningsplaner til patienter, der bliver udskrevet fra sygehus og har et behov for genoptræning. Genoptræningsplanen skal indeholde information, der sikrer målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb til patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Før 2007 foregik genoptræningen overvejende på sygehusene, hvorfor genoptræningsplanen mest var et internt redskab på sygehuset. Efter 2007 skal genoptræningsplanen senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge. I tilfælde, hvor en patient efter udskrivning fra sygehus har behov for specialiseret genoptræning på et sygehus, skal genoptræningsplanen efter aftale med patienten også sendes til det valgte sygehus.

Og aktiviteten er høj, uden dog at sige noget om fagligt indhold og tilstrækkelighed. I 2007⁶⁶ blev der registreret ca. 2,2 mio. ydelser til indlagte patienter, ca. 2 mio. ydelser til ambulante patienter og ca. 88.600 genoptræningsplaner. 54 pct. af aktiviteten var stationær og 46 pct. ambulant i 2007. 41 pct. af de registrerede genoptræningsplaner foreskrev specialiseret genoptræning i 2007.

Og så er der alligevel områder, der tilsyneladende har overraskende huller, som fx. dokumenteret af Gigtforeningen⁶⁷:

	Antal genoptræningsplaner	Antal patienter	Andel af patienter der har fået genoptræningsplaner
Diskusprolaps	4.832	15.014	32 procent
Nyt hofteled	3.892	10.199	38 procent
Nyt knæled	3.043	7.703	40 procent
Samlet	11.767	32.916	36 procent

Tallene er fra perioden 1.7.2007-1.7.2008

Kilde: <http://www.gigtforeningen.dk/medlemsbladet+ledsager/2008/6-2008/genoptr%c3%a6ning+sejler+for+patienter+med+diskusprolaps+og+slidgigt>

- **Evidens**

Der er rimelig evidens for effekten og omkostnings-effektivitet af genoptræning, men analyserne findes diagnose for diagnose, fx. for apopleksi⁶⁸, men det vil føre for langt her, at komme ind på

spørgsmålet. Et interessant spørgsmål drejer sig om den organisatoriske ramme for indsatsen: Sygehus, inkl. ambulans genoptræning efter udskrivning, kontra kommunal genoptræning.

Den øgede satsning på genoptræning skal dels gå til forsømte områder, inkl. områder med længerevarende behov for genoptræning, dels til forsøg hvor man kombinerer forskellige organisatoriske rammer, fx. kommune vs. sygehus og fritvalgsmodeller, med indholdsforskelle i indsatsen. Det første er dog delvist tilgodeset i reglerne for vederlagsfri fysioterapi, som for et års tid siden blev udvidet betragte

200 mio. kroner til at afskaffe 'flaskehalse' i sundhedsvæsenet

Dette forslag skal samlet set medvirke til at få et bedre fungerende sundhedsvæsen. Der findes ikke omkostnings-effektanalyser af spørgsmålet, men overordnet og uspecifikt vil det utvivlsomt være velfærdsforbedrende.

Når man (dagsaktuelt) hører om transport af et betydeligt antal kritiske syge patienter fra et sygehus til et andet på grund af kapacitetsproblemer på intensivafdelingerne, kan det være udtryk for en flaskehals på det pågældende sygehus (for få intensivsenge og/eller personalemangel). Ideen med denne pulje er at identificere sådanne flaskehalse, hvoraf en del vil være usynlige for offentligheden i modsætning til intensivpatienter, og sætte ind på at få dem fjernet. Det kan være i form af én-gangsinvesteringer, varige eller midlertidige forøgelse af driftsudgifterne.

Som eksempel på noget midlertidigt kan man forestille sig, at man i forbindelse med stigende ventelister genindførte midlertidige puljer til ventelistenedbringelse. Puljerne skulle først frigives, når sygehusenes produktionsmål for året var opfyldt sådan at ekstra midler tydeligt gik til ekstraordinære aktiviteter. Et eksempel på noget permanent kunne være at overveje flere ydernumre og dermed få flere praktiserende speciallæger. Der ville være to fordele herved, dels at ventetiden kunne nedsættes, dels at det også i et vist omfang kunne nedsætte presset på sygehusene. Man kunne også overveje såkaldte del-ydernumre, som sygehusansatte speciallæger kunne tildeles mod at de ikke bijobbede på privatsygehuse, men i stedet kunne deltage i ekstraordinære aktiviteter på offentlige sygehuse, men med aflønning via del-ydernumrene.

Grove skøn over cost-benefit brøker

I afsnittet om prioritering og økonomisk evaluering blev det noteret, at der kun foreligger ganske få egentlige cost-benefit-analyser, CBA, på sundhedsområdet, især analyser, som er gennemført rimeligt korrekt i forhold til cost-benefit-analysens teoretiske grundlag. Fordelen ved cost-benefit-analyser er, at de tillader prioritering på tværs af sektorer, fordi man ved CBA sammenligner med en ensbetydende størrelse: Penge. Cost-utilityanalyser kan alene bruge til fordeling af et givet budget indenfor en sektor, i dette tilfælde sundhedsvæsenet.

Consensus-modellen forudsætter, at der for de berørte sektorer/områder foreligger CBAer. *Det foresøges gjort i det følgende for nogle af indsatsområderne ovenfor, men med meget store betænkkeligheder af såvel praktiske som teoretiske årsager. Det skal understreges, at der er tale om 'slag på tasken', ikke detail-beregninger af den enkelte årsag, at dette ikke er muligt.*

Hovedudfordringen ved CBA på sundhedsområdet er, hvordan man sætter et krone-øre-beløb på den sundhedsmæssige gevinst. Det redegøres der for indledningsvis.

- **Værdisætning af den sundhedsmæssige gevinst.**

Der er tre centrale spørgsmål. Det første spørgsmål drejer sig om, hvad der præcist skal værdisættes: (reddede) Liv, ekstra leveår, forbedring af funktionsevne og/eller kvalitetsjusterede leveår (QALY). Der er en righoldig litteratur om værdisætning af statistiske liv, både teoretisk og empirisk⁶⁹⁻⁷². Det samme gælder på ingen måde ekstra leveår og QALYer. En ny dansk ph.d. fra Syddansk Universitet er ét vigtigt bidrag i denne forbindelse⁷². Det store diskussionsemne er, om der kan og bør sættes en krone-øre-værdi på kvalitetsjusterede leveår⁷³⁻⁸¹, QALYer. Det andet spørgsmål drejer sig om, hvordan der værdisættes, medens det tredje spørgsmål drejer om konkrete beløbsstørrelser til brug i cost-benefit analyser. De to første spørgsmål behandles summarisk under ét.

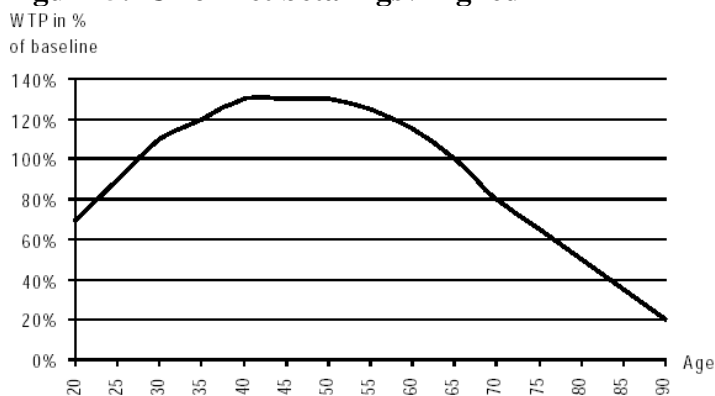
Værdisætningen af liv drejer sig *ikke* om det konkrete identificerede liv, men om at finde betalingsviljen for en risikoreduktion, fx. en mindsket sandsynlighed at blive trafikdræbt inden for det næste år. Betalingsviljen udtrykker den værdi, et gennemsnitligt individ knytter til en statistisk reduktion af risikoen for at dø tidligere end normalt af en specifik årsag, fx. en trafikulykke eller på grund af luftforurening. Denne gennemsnitlige betalingsvilje udtrykker kun værdien af en marginal risikoændring. Værdien af et helt statistisk liv sker ved en at opskalere den erklærede betalingsvilje for den marginale risikoreduktion til 100 %. Eksempelvis vil en gennemsnitlig individuel betalingsvilje på 300 kr. for en reduceret dødsrisiko på 1/50.000, resultere i en værdi af ét statistisk liv på 300 kr. * 50.000 = 15 mio. kr.

Udfordringen er, at der kun i meget få tilfælde findes et 'rigtigt' marked for risikoreduktion, hvor man kan observere betalingsviljen. De få eksempler udgøres af kompenserende lønforskelle, hvor der er lønforskelle mellem mere eller mindre risikofyldte erhverv, men dette vedrører så i sagens natur kun de erhvervsaktive, eller forskelle i bilpriser afhængig af, hvor sikre de. Der er imidlertid ikke sådanne markeder for fx. forøget overlevelse på grund af bedre kræftbehandling eller mindre forurening. Man har derfor udviklet spørgeskemateknikker⁸², hvor man beder folk forholde sig hypotetisk til, hvad de er villige til at give afkald på (betale) for en risikoreduktion. De estimater, der findes for betalingsviljen for et 'statistisk liv' i Europa, stammer primært fra sådanne undersøgelser. Der er en livlig diskussion om såvel metoder som resultater fra disse undersøgelser.

Ligesom ved omkostnings-effektanalyser (det størst mulige sundhedsmæssige udbytte contra indsats for udsatte grupper) er der også fordelingsmæssige spørgsmål ved CBA. Det er åbenbart, at der er en (vis) sammenhæng mellem betalingsvilje og betalingsevne, dvs. indkomst. Forventningen er, at betalings vilje er og kan være større ved større indkomst. Dvs. ved prioriteringer baseret på CBA spiller betalingsevne også en rolle, og det kan således ikke udelukkes, at de økonomisk bedst stillede i en vis forstand 'får mere at sige', fordi tegnebogens tykkelse også spiller ind. Som udgangspunkt er dette problematisk i et sundhedsvæsen, hvor man tillægger lige adgang uafhængig af økonomisk formåen betydelig vægt^{xvii}.

Et af diskussionspunkterne såvel empirisk som teoretisk er, hvorledes betalingsviljen for statistiske varierer med alderen. Nogle undersøgelser har fundet at betalingsviljen falder med alderen, mens andre har fundet en såkaldt 'omvendte U' form, figur 15. I begge tilfælde er det misvisende at tale om ét beløb. Det er aldersafhængigt. Det ses fx., at individer på 80 år har en halveret betalingsvillighed i forhold til individer på 65 år. En konsekvens heraf er, at man ideelt set skal kende

Figur 15: U-formet betalingsvillighed

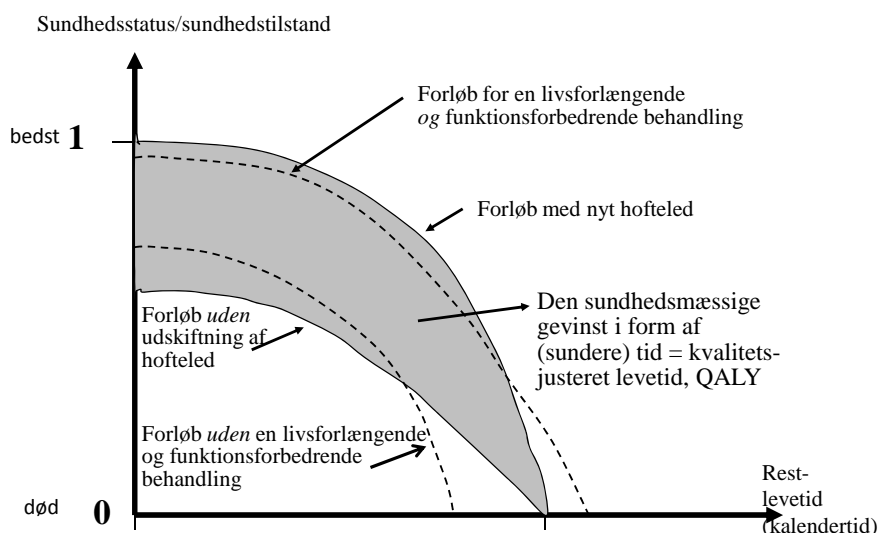


aldersfordelingen i den gruppe, der skal nyde godt af fx. en ny overlevelsesforøgende behandling.

Der er to årsager til, at man med en vis ret kan hævde, at det inden for sundhedsvæsenet ikke er interessant at beskæftige sig med 'værdien af et statistisk liv'. Dels at en stor del af indsatsen i sundhedsvæsenet ikke drejer sig om livsforlængelse men forbedring af funktionsevne, dels at man i stedet for værdien af liv skulle interessere sig for værdien af forlængelse af middellevetiden og kvalitetsjusterede leveår. Den reelle fællesnævner for indsatsen i sundhedsvæsenet er 'sund(ere) tid' – og dermed bliver værdisætning heraf kernespørgsmålet, dvs. værdisætning af ekstra leveår (forlænget middellevetid) og/eller kvalitetsjusterede leveår, QALYer.

Figur 16 illustrerer problemstillingen for to tilfælde: Et indgreb, fx. hofteudskiftning, som alene giver bedre funktionsevne (det gråt-skraverede) og et indgreb, der er både livsforlængende og funktionsforbedrende, fx. en by-passoperation, der nedsætter/fjerner smerter og funktionsindskrænkninger og forlænger middellevetiden (de stiplede linjer).

Figur 16: illustration af grundideen i QALY



Gennemsnitsalderen for en patient, der får udskiftet en hofte, er godt 70 år. Den forventede restlevetid for en 70-årig kvinde er 15 år, dvs. en funktionsbedring gælder i gennemsnit 15 år, jfr. det gråtskraverede område. I figuren er det urealistisk antaget, at man helt genvinder funktionsevnen, ligesom den præcise tidsprofil heller ikke kendes, men er her blot tegnet 'illustrativt'. Når der er tale om livsforlængelse, består den 'sunde' tidsgevinst af såvel ekstra levetid svarende til forskellen mellem skæringspunkterne på X-aksen for de to stiplede linjer som en forbedret funktionstilstand svarende til arealet mellem de to stiplede linjer. Igen er der tale om illustrative forløb.

Grundideen ved værdisætning af et ekstra leveår og en QALY svarer til, hvad der er beskrevet for et statistisk liv, dvs. man forsøger at finde frem til betalingsviljen for en risikoreduktion, der fører til øget middellevetid eller ekstra QALYer. Konkrete beregninger er fremkommet på to måder. Dels ved at man med afsæt i beregnede værdier for statistiske liv forsøger at beregne hvad der betyder, hvis man omsatte det til ekstra levetid eller QALYer⁷⁹, dels at man bruger de samme spørgeskemateknikker som tidligere omtalt⁷². I begge tilfælde savnes der fortsat et stringent teoretisk grundlag svarende til, hvad der er tilfældet for statistiske liv. Det er med andre ord et delvist uopdyrket forskningsområde og føjer således teoretiske problemer til omdiskuterede empiriske metoder. Et af problemerne kan ses i forlængelse af diskussionen om, hvorledes værdien af statistisk liv varierer med alder. Med udgangspunkt i denne problemstilling er det stadig ikke klart, hvordan er betalingsviljen for et leveår varierer med alderen, fx. et ekstra leveår for en 35-årig sammenlignet med et ekstra år for 75-åring. Der findes kun få holdbare spørgeskema-baserede estimater der værdisætter ekstra leveår og QALYer, og det empiriske grundlag for konkrete pengebeløb for et ekstra leveår eller en QALY er således særdeles sparsomt.

- **Benyttede pengeværdier for ekstra leveår, QALY og statistisk liv.**

Der benyttes en dansk beregnet værdi for *et ekstra leveår*⁷². Der blev benyttet en spørgeskemametode og værdien blev estimeret i forhold til luftforurening. Beregningsteknisk bruges her den laveste værdi, dvs. beregningerne i det følgende bliver minimumsskøn, men set i lyset af usikkerheden omkring hele problemstillingen, forekommer det mest forsvarlig. Jytte Seested Nielsen kom frem til et median-skøn på mellem 19 – 29.000 €⁷². *Omregnet til danske kroner og med et groft gennemsnit, sættes værdien af et ekstra leveår til kr. 200.000.*

Der findes ikke danske skøn for værdien af en QALY. I England er der foretaget beregninger, ud fra værdien af statiske liv⁷⁹. Hovedresultatet var, at værdien af en QALY er højere end for et ekstra leveår. Det forekommer intuitivt rigtigt: Ved værdisætning af et ekstra leveår som i ovenstående antages det, at det ekstra leveår opnås i 'normal helbredstilstand'. I værdisætningen af en QALY tages der derimod højde for, at ekstra levetid kan opnås i en helbredstilstand under det 'normale/perfekte'. Forskellen mellem værdien af et leveår i 'normal helbred' og værdien af en QALY lå mellem 18-25 %. I det følgende antages *værdien af en QALY at være kr. 250.000* (= værdien af et leveår plus 25 %).

Med hensyn til danske værdier for et statistisk liv er der problemer. Der findes ganske vist en værdi taget fra de såkaldte transportøkonomiske enhedspriser⁸³, men der er betydelige problemer med det teoretiske grundlag for beregningerne⁸⁴. For en trafikdræbt anvendes et skøn på godt 12 mio. kroner i 2008 kroner. I EU-sammenhæng er der udviklet en anbefaling for værdien for statistiske liv på forureningsområdet⁸⁵. Anbefalingen byggede for praktiske formål på engelske anbefalinger, der i 2007 var på 1.42 £ (i 2005 priser)⁷⁹. *Der benyttes derfor i det følgende en værdi på kr. 15 mio. for et statistisk liv.* Det kan nævnes, at den eneste danske spørgeskemabaserede undersøgelse er fra

1995, hvor Kidholm^{87 89} kom frem til en (median)værdi på 13,6 mio. kr. i 1995-priser. Et beløb, der i dag ville være betragteligt højere.

- **Beregninger**

De meget summariske cost-benefit-beregninger er sammenfattet i tabel 4. Fremgangsmåden har været at finde frem til målgruppens størrelse og overvejelser om, hvor stor en del af målgruppen, der bliver omfattet. Ud fra dette er der foretaget overordentlig grove beregninger af omkostninger og gevinster (med anvendelse af de netop gennemgåede beløb). En del af argumentationen findes i afsnittet med gennemgangen af forslagene. Den tidsmæssige profil af omkostninger ved en forøget indsats og de efterfølgende sundhedsmæssige gevinster vil være asymmetrisk: først omkostninger og så (forhåbentlig) gevinster. Dette er der ikke taget hensyn til ved beregningerne, dvs. der er ikke foretaget systematiske diskonteringer, som i lyset af beregningernes grove karakter, ikke tjener noget betydende formål.

Tabel 4: Meget grove C/B brøker for 4 af i alt 9 foreslåede indsatsområder

<i>Forslag</i>	<i>Benefits</i>	<i>Costs</i>	<i>C/B ratio</i>
Infektioner/utillsigede hændelser	17 mia. kroner	200 mio. kr/år i fem år, derefter selvfinansierende	17
Kronisk sygdom, baseret på diabetes og depression	<i>Diabetes:</i> 3,2 mia kr. + nettobesparelser i sundheds-og socialektoren på 5 mia. Samlet benefit: 8,2 mia. kr. <i>Depression:</i> 3,75 mia. kr	<i>Diabetes:</i> Reelt selvfinansierende (= nettobesparelser – se benefit-siden) <i>Depression:</i> 0,54 mia. kr/år	<i>Diabetes:</i> 'meget stor' <i>Depression:</i> 6,95
Helbredssamtaler i almen praksis	21 milliarder	500 mio. kr per år (2,5 milliarder over fem år)	8,4

- **Noter vedr. antagelser i de grove beregninger**

I konsensusmodellen skal der af hensyn til sammenligneligheden kun være tre 'løsninger'. Som det er fremgået ovenfor, er der her foreslået 9 indsatsområder. Der er ikke områder, der med rimelighed kan tilføres i gennemsnit 1,6 mia. kroner (ved kun tre løsninger). Der ville i givet fald være tale om en inoptimal ressourceanvendelse. Der er udvalgt tre områder, hvor der er forsøgt lavet cost-benefit-beregninger, jfr. de efterfølgende bemærkninger. Desværre fører det til, at andre relevante områder sættes i skyggen. På den anden side, viser de grove C/B beregninger, at der utvivlsomt samlet set er gode C/B-brøker ved anvendelse i sundhedsvæsenet uanset om de umiddelbart kan beregnes.

Der er tale om særdeles konservative skøn. Fx. beregnes kroniker-indsatsen alene ud fra diabetes og depression. Det er åbenbart, at der vil være betydelige gevinster for de øvrige kronikergrupper. Tilsvarende er der kun tale om 'reddede liv' ved indsatsen mod utilsigtede hændelser. Der vil være en række andre gevinster, fx. omkring færre handicaps/funktionsindskrænkninger. På omkostnings-siden er der også tale om konservative skøn. Indsatsen mod utilsigtede hændelser skulle i realiteten være selvfinansierende efter ganske kort tid, medens der her er regnet med 200 mio. kr./år, hvilket utvivlsomt efter et par år ville være nul og i realiteten lig med en netto-besparelse.

Der er stigende evidens for, at forbedret sundhed påvirker økonomisk vækst, jfr. blandt andet den såkaldte 'Sachs Report' fra WHO's Commission on Macroeconomics and Health⁹⁰. Dette er der heller ikke taget hensyn til i beregningerne.

Fordelen ved at benytte konservative skøn er, at hvis cost-benefit-brøker beregnet på denne måde er konkurrencedygtige med andre sektorer, behøver der ikke at være tvivl om det hensigtsmæssige i indsatsen. Hertil kommer, at der ikke er tale om skønmaleri. På den anden side kan det være en ulempe, hvis det viser sig, at cost-benefit-brøkerne ikke kan konkurrere med andre sektorer.

De efterfølgende punkter drejer sig om de summariske beregninger, hvor der også trækkes på den tidligere gennemgang af forslagene.

KRONIKER-indsatsen begrænses til to sygdomme: Sukkersyge og depression

- **Diabetes** (som en delkomponent af kroniker-modellen), leveår/QALY/liv
 - - den danske undersøgelse, som sammenfattet af Green m. fl.²⁶, pegede på en potentiel gevinst på 16.000 leveår. Dette er beregningsforudsætningen i det følgende
 - i. dvs. med en værdisætning på k. 200.000 per leveår, giver diabetes alene en økonomisk benefit på $16.000 \cdot 200.000 \text{kr.} = 3,2 \text{ mia. kroner}$
 - Omkostningerne er iflg. Green et al. lig med nettobesparelser over forløbet: En nettobesparelse på 5,5 mia. i behandler-systemet og afledte besparelser i socialektoren på 5,0 mia. – dvs. ialt 10,5 mia. Dette beløb skulle i princippet lægges sammen med de 3,2 mia. – og dermed en samlet økonomisk gevinst på 13,7 mia. kroner. Det nedjusteres imidlertid for at tage højde for, at der skal være tale om marginalomkostninger. De 10,5 mia. afrundes derfor til 5 mia. – og dermed samlet netto-benefit på 8,2 mia. kr.
 - Dette ville resultere i en cost-benefit-brøk på 8,2 mia/0 – hvilket ville være nul – men i stedet bruges udtrykket 'meget stor'.
- **depression:**
 - Der antages at være omkring 150.000 danskere, der lider af middelsvære/svære depressioner. En del af dem er i sagens natur allerede i behandling, men det antages, at en forbedret indsats gøre dem bedre. Svenske beregninger af medicinsk behandling peger på en gevinst på 0,24 QALY, som her nedjusteres til 0,10 for at tage højde for forskelle i behandlingsstrategier m.m.. Se også 'Reducing the global burden of depression'⁴⁷
 - Samlet QALY-gevinst: $150.000 \cdot 0,10 = 15.000$ kvalitetsjusterede leveår. En kontrolberegning baseret på 'disability free dage' per behandlet person, baseret på 'reducing the global burden of depression' giver 8200 disability free år.
 - 15.000 QALY a kr. 250.000=3,75 mia. kroner
 - omkostninger: Skønnet til \$600/patient ud fra ud fra Chisholm et al⁴⁷ (3.600 kr./år) – ca. 540 mio. kr/år. Dette tal flugter nogenlunde med tabel 13 i en svensk undersøgelse⁴⁴
 - Cost-benefit-brøk: $3,75/0,540 = 6,95$

- **helbredssamtaler, almen praksis,**

- gennemsnitlig nettogevinst (de to interventionsgrupper vs. kontrolgruppen): 0,10 leveår over en 5 årig periode – hvor der er nedjusteret fra 0,13 for ikke at være overoptimistisk.
 - 1,5 mio. danskere i aldersgruppen 30-49 år: $1500000 * 0,10 = 105\ 000$ leveår*0,70 (deltagelsesprocent) = 136.500 leveår. Deltagelsesprocenten i Ebeltoft-forsøget var 75% - ud fra forsigtighedsideen er der nedjusteret til 70%.
 - Enhedspris per leveår: kr. 200.000
 - Benefits: $105.00 * 200.000 = 210000\ 000\ 000 = 21$ mia. kroner
 - Omkostninger: ca. kr. 500 mio. kr årligt i fem år, dvs. 2,5 mia. kr.
- Cost-benefit-brøk på $27,3/2,5 = 8,4$

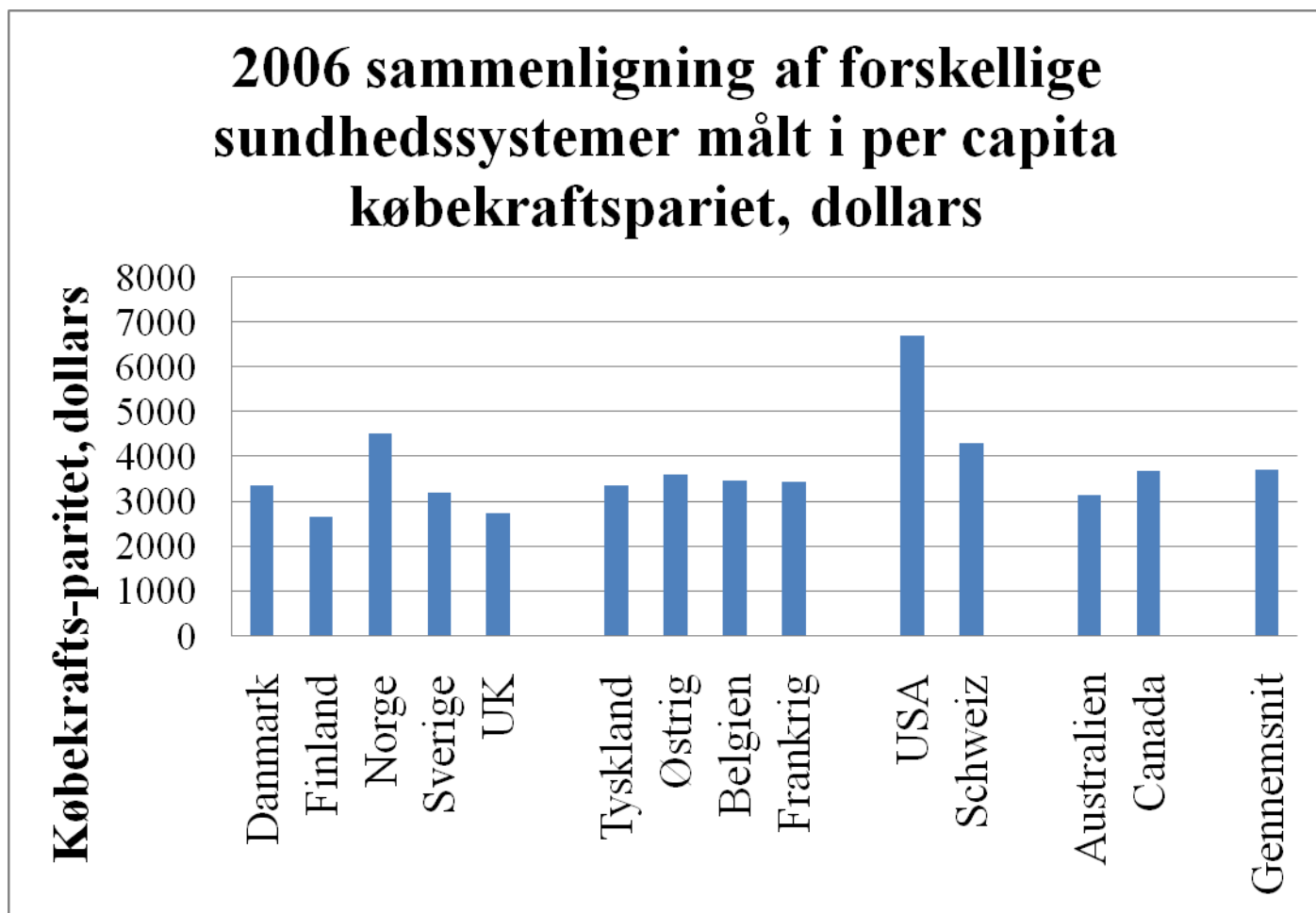
- **Utilsigtede hændelser**

- Der antages at være 2.800 dødsfald per år på grund af utilsigtede hændelser forstået bredt. Mindst 40% af disse kan forebygges ved en intensiveret og vedvarende indsats, dvs. 1120 'reddede liv'. På det foreliggende vidensgrundlag kan der ikke omregnes til ekstra leveår, hvilket ville have forudsat to sæt af informationer: Dels aldersfordeling af de døde, dels en vurdering af om helbredstilstanden af de reddede er sådan, at man antage at de efter 'redningen' vil leve i overensstemmelse med den statistisk beregnede restlevetid.
 - Det grove benefit-skøn bliver derfor: $1120 * 15$ mio. kr. = 17 mia. kroner
- Omkostningerne regnes til 200 mi. kr/år – og efter fem år er der som minimum tale om selvfinansiering, dvs. 1 mia. kr/5 år.
- Dette giver en cost-benefit-brøk på $17/1 = 17$

○

Appendiks

Figur 2A (parallel til figur 2 i hovedteksten, men med per capita oplysninger)



LITTERATUR

1. Sundhedsministeriet. Landsdækkende undersøgelse af patienters oplevelser på offentlige sygehuse og privathospitalers-og klinikkers ambulatorier . København: 2008.
2. Amdrårdsforeningen, Sundhedsministeriet. Patienters oplevelser på danske sygehuse. 2006. København: 2006.
3. NIP. NIP, Det nationale indikator projekt; www.nip.dk; www.sundhed.dk. Århus: 2009.
4. Sundhedsministeriet. Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv. København: Sundhedsministeriet; 2009.
5. Koch C. Internationale sammenligninger af sundhedsudgifter: Danmark på niveau med øvrige nordiske og nordeuropæiske lande. Ugeskr Læger 1999;(13):1952-1954.
6. Søgaard J. Har 35 års lavvækst i sundhedsvæsenet betydet større social ulighed i sundhed i Danmark? In: Dagens Medicin, editor. Den tunge ende. København: Dagens Medicin; 2008.
7. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. N Engl J Med 1997 Mar 13 336:769-774.
8. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system. N Engl J Med 1991;324(18):1253-1258.
9. Woolhandler S, Himmelstein DU, Lewontin JP. Administrative costs in U.S. hospitals. N Engl J Med 1993;329(6):400-403.
10. Himmelstein DU, Woolhandler S. Cost without benefit. Administrative waste in U.S. health care. N Engl J Med 1986;314(7):441-445.
11. Velfærdskommissionen. Befolkningsudvikling, velstandsdilemma og makroøkonomiske strategier. København: 2005.
12. DREAM. Langsigtet økonomisk fremskrivning 2006 - med vurdering af velfærdsreformen. København: Finansministeriet, DREAM; 2006.
13. Folketingets økonomigruppe. Sundhedssektoren i Danmark - hvor stor er sundhedssektoren og hvad får man for pengene". København: Folketinget, 2007
14. Middellevetidsudvalget. Levetiden i Danmark (én af i alt 13 rapporter). København: Sundhedsministeriet; 1994.
15. Søgaard J. Analyse af middel-og restlevetider i OECD landene 1970 til 1989. CHS Arbejdsnotat 1996:8, Odense Universitet Odense 1996.
16. Christiansen T, Pedersen K, Harvald B, et al. A health economic investigation of the effect of treatment of hypertension. Forskningsrapport nr.6/1987 , -191 sider. 1987. Odense, Institut for Sundhedsøkonomi og Sygdomsforebyggelse, Odense Universitet.
17. Christiansen T, Pedersen KM, Harvald B, et al. An Investigation of the Effect of Regional Variation in the Treatment of Hypertension. 28. Soc. Sci. Med.[2], 131-139. 1988.
18. Nordisk Ministerråds arbejdsgruppevedrørende kvalitetsmåling. Kvalitetsmålinger i sundhedsvæsenet i Norden. København: 2007.

19. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006;18 Suppl 1:5-13.
20. Mattke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *Int J Qual Health Care* 2006;18 Suppl 1:1-4.
21. Mainz J, Bartels P, Laustsen S et al. Det Nationale Indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. *Ugeskrift for Læger* 2001;163:6401-6406.
22. Sundhedsstyrelsen. Årsrapport 2008 - DPSD - Dansk Patientsikkerhedsdatabase. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
23. Det etiske Råd. Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegørelse. København: Det Etiske Råd; 1996.
24. NICE. Guide to the methods of technology appraisal. London: NICE; 2008.
25. Cookson R, Drummond M, Weatherly H. Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Economics, Policy and Law* 2009;4:231-245.
26. Green A, Rasmussen SR, Emneus M. Sundhedsøkonomiske omkostninger og benefits ved behandling af diabetes mellitus i Danmark. *Behandlerbladet* 2006;(23):6-12.
27. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
28. Dagens Medicin. Den tunge ende. København: Dagens Medicin Bøger; 2008.
29. House of Commons. Health Inequalities, volume 1. London: 2009.
30. Pedersen K, Kolmos HJ. Hospitalinfektioners økonomi. *Health Economics Papers* 2007;4 (www.healtheconomics.dk/publications/working_papers) 2007.
31. Geffers C, Sohr D, Gastmeir P. Mortality attributable to hospital-acquired infections among surgical patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(12):1167-1170.
32. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på Sygehuse. En randomiseret retrospektiv journalgennemgangs undersøgelse i H:S og i Sønderjyllands, Viborg og Århus Amter. *Ugeskrift for Læger* 2001;163:5370-5378.
33. Christoffersen JK, Holm-Nielsen A. Mønstret af behandlingsskader og near misses på en kirurgisk afdeling. En gennemgang af et års produktion. *Ugeskrift for Læger* 2004;(166):19-1760.
34. Christensen M, Nielsen AJ. "Utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen – pilotundersøgelse på to regionale hjemmeplejekontorer". København: DSI; 2006.
35. Stone PW, Larson E, Kawar LN. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000. *Am J Infect Control* 2002;30(3):145-152.
36. Stone PW, Braccia D, Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *Am J Infect Control* 2005;33(9):501-509.
37. Haynes AB, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* 2009;360:491-498.
38. Jacobsen ET. Sundhedsprojekt Ebeltoft". Praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis. København: DSI; 2001.

39. Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - en analyse af patientperspektivet. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
40. Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltøft". København: DSI og Sundhedsstyrelsen; 2006.
41. Department of Health. Putting prevention first. Vascular Checks: risk assessment and management. Impact Assessment. London: Department of Health; 2008.
42. Sobocki P, Angst J, Jönsson B, Rehnberg C. Costs of depression i Europe. Journal of mental health policy and economics 2006;9:87-98.
43. Christensen M, Albæk J, Ankjær-Jensen A. Undersøgelse af angstsygdomme. København: DSI; 2007.
44. Wessling A, Ramsberg J. Genomgången av läkemedel mot depression . Stockholm: Tandvård och Läkemedelförmånsverket; 2008.
45. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? Copenhagen: WHO; 2004.
46. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, et al. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. Psychol Med 2004;34(1):19-35.
47. Chisholm D, WHO-Choice. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from eht CHOICE programme of the World Health Organization. World Psychiatry 2005;4(1):37-44.
48. Donohue IJM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. Pharmacoeconomics 2007;25(1):7-21.
49. Jørgensen SJ. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
50. Audit projekt Odense A, Statens Institut for Folkesundhed. *Folkesygdomme i almen praksis*. Odense: 2005.
51. Sundhedsstyrelsen. Egenomsorg. Et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
52. Sundhedsstyrelsen. Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. . København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
53. Sundhedsstyrelsen. Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. 2005.
54. Sundhedsstyrelsen. Lær at leve med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
55. Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelsesprogrammet. Lær at leve med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
56. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff 2009;28(1):75-85.
57. Luck J, Parkerton P, Hagigi F. What is the business case for improving care for patients with complex conditions? J Gen Intern Med 2007;22(Suppl 3):396-402.
58. Lorig K, et al. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. Medical Care 1999;37(1):5-14.

59. Russel LB. Preventing chronic disease: an important investment, but don't count on cost savings. *Health Aff* 2009;28(1):42-45.
60. Coye MJ, Haselkorn A, DeMello S. Remote patient management: technology-enabled innovation and evolving business models for chronic disease care. *Health Aff* 2009;28(1):126-135.
61. Pare G, Sicotte C, St-Jules D, Gauthier R. Cost-minimization analysis of a telehomecare program for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Telemed J E Health* 2006;12(2):114-121.
62. Pare G, Jaana M, Sicotte C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *J Am Med Inform Assoc* 2007;14(3):269-277.
63. Mandag Morgen. Genoptræning - fra problem til princip. København: Huset Mandag Morgen; 2004.
64. Grønvold M, Pedersen C, Jense CR, Faber MT, Johnsen AT. Kræftpatienter Verden - En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.
65. Sundhedsministeriet. Notat vedr. visse præcisering af visse begreber i lovgivningen på genoptræningsområdet. 2005.
66. Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedstyrelsen. Monitorering af genoptræningsområdet. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
67. Gigtforeningen. Analyse af genoptræning af gigtpatienter efter udskrivelse fra sygehus. København: Gigtforeningen; 2008.
68. Brady BK, McGahan LM, Skidmore B, S. Systematic review of economic evidence on stroke rehabilitation services. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2005;21(1):15-21.
69. Jones-Lee M. The value of life. An economic analysis. London: Martin Robertson; 1976.
70. Jones-Lee M, Loomes G, Philips PR. Valuing the prevention of non-fatal road injuries: contingent valuation v. standard gambles. *Oxford Economic Papers* 1995;47:676-695.
71. Jones-Lee Mr. The value of life and safety. Amsterdam: North-Holland Publishing Company; 1982.
72. Nielsen JS. Valuing gains in life expectancy - Theoretical and empirical issues. Ph.d.-afhandling, Syddansk Universitet. Odense: 2008.
73. Byrne MM, O'malley K, Suarez-Almazor ME. Willingness to pay per quality-adjusted life year in a study of knee osteoarthritis. *Med Decis Making* 2005;25(6):655-666.
74. Dolan P, Metcalfe R, Munro V, Christensen MC. Valuing lives and life years: anomalies, implications, and an alternative. *Health Econ Policy Law* 2008;3(Pt 3):277-300.
75. Dolan P, Edlin R. Is It Really Possible to Build a Bridge between Cost-Benefit Analysis and Cost-Effectiveness Analysis? *Journal of Health Economics* 2002;21(5):827-843.
76. Gyrd-Hansen D. Willingness to pay for a QALY. *Health Econ* 2003;12(12):1049-1060.
77. Gyrd-Hansen D. Willingness to pay for a QALY: theoretical and methodological issues. *Pharmacoeconomics* 2005;23(5):423-432.
78. King JT, Jr., Tsevat J, Lave JR, Roberts MS. Willingness to pay for a quality-adjusted life year: implications for societal health care resource allocation. *Med Decis Making* 2005;25(6):667-677.

79. Mason H, Jones-Lee M, Donaldson C. Modelling the monetary value of a QALY: a new approach based on UK data. *Health Econ* 2008.
80. Van HG, Powers J, Jessup A, Yang JC. Valuing avoided morbidity using meta-regression analysis: what can health status measures and QALYs tell us about WTP? *Health Econ* 2006;15(8):775-795.
81. Kenkel D. Health behaviours among young people. In: Jones A, editor. *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2006:62-71.
82. Bateman I, et al. *Economic valuation with stated preference techniques. A manual*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2002.
83. Vejdirektoratet, Modelcenter Institut for Transport. Transportøkonomiske enhedspriser. <http://www.dtu.dk/centre/modelCenter/Samfunds%20b8konomi/Transport%20b8konomiske%20Enhedspriser.aspx> 2008.
84. Pedersen K. De sundhedsmæssige effekter af miljøet og deres værdisætning. I: Halsnæs K, Andersen P, editors. *Miljøøkonomi*. København: DJØFs Forlag; 2006.
85. EU. Recommended Interim Values for the Value of Preventing a Fatality in DG Environment Cost Benefit Analysis (udateret - men ca. 2005). http://ec.europa.eu/environment/enveco/others/pdf/recommended_interim_values.pdf 2009.
86. Kidholm K, Søgaard J. Analysis of treatment costs associated with traffic injuries (in Danish only: Undersøgelse af behandlingsomkostninger ved personskade ved trafikulykker). Centre for Health and Social Policy, Odense University, CHS working paper 1996:1 .
87. Kidholm K. Estimation of betalingsvilje for forebyggelse af personskader ved trafikulykker. Ph.D dissertation, Odense University 1995 .
88. Desaignes B, Rabl A. Monetary Valuation of Air Pollution Mortality: Current Practice, research Needs and Lessons from a Contingent Valuation. 26-10-2004.
89. Kidholm, K: Betalingsvilje for øget trafiksikkerhed: Resultater af en dansk interviewundersøgelse. CHS arbejdsnotat - sundhedsøkonomiske analyser - en buket med 7 bidrag - 1994:33, Odense Universitet
90. WHO: *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva 2002
91. Middellevetidsudvalget: *Levetiden i Danmark (én af i alt 13 rapporter)*, Sundhedsministeriet, København 1994
92. Nixon, J; Ulmann, P: The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link, *The European journal of health economics*, 2006:7-18
93. Olsen, JA.; Smith, RD: Theory versus practice: a review of 'willingness-to-pay' in health and health care, *Health Economics*, 10(1), 2001: 39-52

NOTER

ⁱ En mere retvisende måde at sammenligne på, men sjældnere brugt, ville være at se på udgifterne per indbygger. Herved undgår man tekniske problemer med ”% af BNP”, hvor ændringer kan skyldes både tæller og nævner. Tænk blot på perioder med faldende BNP, noget vi oplever i øjeblikket. - I appendix findes diagram med per capita sundhedsudgifter. - Æt af problemerne med landesammenligninger er spørgsmålet om valutakurs(fluktuationer). Fx. var gennemsnitskursen på svenske kroner i 2007 på 80,57, i 2008 på 77,73 for i den første del af 2009 at være nede i 60’erne. Disse sammenligningsproblemer løses normalt ved at beregne en ’kunstig’ kurs, den såkaldte købekrafts-paritet, ofte udtryk i dollars, purchasing power parity, PPP. Herved tages højde for forskelle i prisniveauer, hvilket valutakurserne ikke gør.

ⁱⁱ En alternativ fremgangsmåde at undersøge spørgsmålet om ’nok’ på, ville være at undersøge, om der er områder, hvor Danmark halter efter lande, vi ofte sammenligner os med. Denne fremgangsmåde frembyder imidlertid mange problemer: Lige fra hvilke lande man skal sammenligne med til hvem der afgør, om Danmark halter bagefter og kriterierne herfor. I dansk sammenhæng kan dog peges på to områder, som er blevet løftet baseret på kritik af det danske behandlingstilbud sammenlignet med udlandet: Hjerter- og kræftbehandlingen, hvor der ekstraordinært er tilført ressourcer for at løfte niveauet.

ⁱⁱⁱ OECD anfører i 2008 databasen, at de fleste lande nu følger retningslinjerne i ’statistical health accounts’, SHA. ”The overriding aim of the OECD Secretariat is to ensure that data presented in *OECD Health Data 2008* is as comparable as possible, both across countries and over time. In order to improve the quality of international comparisons of data on health expenditure and its financing, the OECD published the manual *A System of Health Accounts (SHA)* in May 2000. This manual contains guidelines for reporting health expenditure according to an international standard. It proposes a common boundary of health care as well as a comprehensive and detailed structure for classifying the components of total expenditure on health. The structure and definitions of the variables in *OECD Health Data 2008* are consistent with the concepts presented in the SHA manual”. Det fremhæves dog, at “one of the major factors still limiting comparability is the different practice of estimating expenditure on long-term nursing care”.

^{iv} I England gennemførte regeringen i 2001-2002 en vurdering af de fremtidige udgiftskrav, publiceret i det såkaldte Wanless-review (*Securing our future health: taking a long-term view*). Hvis man dels skulle følge med udviklingen dels indhente fortidens ’underfinansiering’, skulle realvæksten per år frem til 2022 være på mellem 4,2 – 5,25.

^v I en ny artikel hedder det²⁵: “A systematic review of 424 economic evaluation studies of health interventions published in 1987, 1992, 1995, 1996, and 1997 concluded that ‘Distributional effects seem to have been completely neglected in existing economic evaluations’ ... Our own systematic review of 154 economic evaluation studies of public health interventions published from 2000 to 2005, came to much the same conclusion”

^{vi} Andre ’byrde-mål’ kunne være: Antal dødsfald, tabte leveår, middellevetid, langvarig belastende sygdom, leveår med langvarig belastende sygdom, kvalitetsjusterede leveår (QALYer), disability adjusted life years (DALYer) hospitalsindlæggelser, kontakter til alment praktiserende læge og førtidspensioner. I de økonomiske byrde-analyser (COI) indgår bl.a. tabte leveår og forbrug af sundhedsydelser, fx. hospitalsindlæggelser. De udgør ’mængde’, fx. antal mistede erhvervsaktive år eller antal sygehusindlæggelser, hvorefter man sætter en kr-øre-værdi på disse enheder. Fx. værdisættes mistede erhvervsaktive år ved at se på, hvad man i gennemsnit ville have haft som erhvervsindtægt.

^{vii} Der blev afsat næsten 100 mio. kroner til sundhedscentre i kommunerne i forbindelse med strukturreformen. Heraf blev 1 mio. kroner reserveret til evaluering. Det vil ikke engang kunne finansiere to fuldtidsansatte. Ved denne slags satsninger skal man utvivlsomt op på 10% af grundbevillingen for at sikre den nødvendige kvalitet i effekt- og evalueringsarbejdet.

^{viii} Ved effektmåling forstås, som navnet indikerer, at man forsøger at måle effekten af en indsats i forhold til opstillede mål, fx. færre infektioner, øget overlevelse, bedre funktionsevne osv.. Det kan være metodisk krævende og ekspertisen er begrænset. (Proces)evaluering er rette mod at dokumenter om fx. implementeringen forløb som forventet., hvad der var barrierer osv. – og indsamle dokumentation, som kan være nyttig andre steder, hvor ordningen indføres. Ofte forveksles dette med effektmåling, men en proces-evaluering kan i sagens natur ikke erstatte effektmålingen eller vice-versa.

^{ix} ”Lighed i sundhed” er et større projekt, som Sundhedsstyrelsen gennemfører i samarbejde med et antal modelkommuner i perioden 2006-2009. Der er afsat 6 mio. kroner årligt i perioden 2006-2009 til projekter i 6 kommuner. Formålet med projektet er at skabe ny viden om, hvordan kommunerne kan skabe et sundhedsfremmende miljø, der kan understøtte socialt udsatte borgere i en sund livsstil. Projektet retter sig mod: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte.

^x For at undgå misforståelser skal det bemærkes, at Danmark er på forkant på dette område. Der blev lovgivet på området i 2004: Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Der er etableret frivillig (og personlig anonym), indberetning og Sundhedsstyrelsen opsamler løbende data Dansk Patientsikkerheds Database, www.dpsd.dk. Ikke alle utilsigtede hændelser indberettes, men emnekredsen udvides løbende. Der er tale om et ikke-sanktioneret system. Der kan f.eks. ikke udtales kritik eller ske fratagelse af autorisation på baggrund af de hændelser, der rapporteres. Ifølge årsberetningen for 2008 blev der rapporteret om 19.866 utilsigtede hændelse på danske sygehuse. Oftest går det galt med medicinering, viser tallene fra årsrapporten. 34 pct. af de rapporterede hændelser er medicineringsfejl, mens 19 pct. omhandler forveksling eller fejlkommunikation, og 12 pct. drejer sig om fald. Knap to pct. af hændelserne er vurderet som meget alvorlige. Fx er patienter alvorligt skadet efter fald eller forkert ordination, dosering eller administration af medicin.

^{xi} Der er et metodisk paradoks i denne forbindelse. Den evidens og (især) bagvedliggende praksis, som et forslag baseres på, kan have ændret sig fra et forsøgs gennemførelse til igangsættelse i større skala. Problemstillingen antydes kun lige her. Man kan også spørge, om man skulle udvide målgruppen til højere aldersklasser end 30-49 år – og kan man i givet fald regne med samme (eller større/mindre) effekt osv..

^{xii} Blev tidligere kaldt "tvangsneurose". Det er en psykisk lidelse karakteriseret ved med tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Hvis man modarbejder handlingerne eller tankerne, bliver man angst eller føler ubehag.

^{xiii} En ny svensk gennemgang af lægemidler mod depression⁴⁴ viser, at mange lægemidler er 'omkostnings-effektive', dvs. falder under den i teksten nævnte øvre grænse. Der er også store forskelle mellem lægemidlerne.

^{xiv} Dette beløb skal ses oven i, at regeringen, Dansk Folkeparti og Ny Alliance som led i kvalitetsreformen har afsat i alt 585 mio. kr. i perioden 2008-2011 til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme. På finanslovsforslaget for 2009 er der afsat i alt 129 mio. kr. i 2009 til indsatsen, hvilket er en vækst på knap 80 mio. kr. i forhold til 2008. Størstedelen af midlerne overføres til kommuner og regioner.

^{xv} En nyere gennemgang af økonomisk evidens for noget, der med rimelighed ligner kronikermodellen, konkluderede: "We reviewed articles in peer-reviewed journals, as well as reports available on publicly accessible websites, which contained data about the business case for mechanisms to improve care for patients with complex conditions. ... Published studies do not provide clear evidence that current mechanisms are cost saving. This literature also has several major methodological shortcomings with respect to providing an understanding of the business case for these mechanisms. CONCLUSIONS: Further research using standardized methodologies is needed to understand the business case for mechanisms to improve care for patients with complex conditions", Luck, Paraeton og Hagigi⁵⁷.

^{xvi} Der pågår eksempelvis følgende forsøg om selvstyret antikoagulationsbehandling ved hjælp af internet og telefon: "Der er udviklet en webbaseret løsning, som gør det muligt for patienter, som er selvstyrende og i livslang antikoagulationsbehandling at registrere og opsamle blodprøveværdier (INR-værdier) og medicindosis elektronisk. Webløsningen gør det muligt for den enkelte patient at registrere faktorer - fx kost, medicin, mv. - som kan påvirke den blodfortyndende behandling, og samtidig har de mulighed for at overføre blodprøveværdier via en mobiltelefon til den webbaserede løsning. - I samarbejde med AK-centret på Skejby Sygehus i Århus gennemføres et randomiseret studie med 150 patienter, som er tilknyttet AK-centret. En forsøgsgruppe anvender løsningen i 6-8 måneder. Forskningsfokus er 1) at undersøge, om de selvstyrende patienter opnår bedre indsigt i egen blodfortyndende behandling ved løbende registrering af parametre, som kan påvirke AK-behandlingen, og 2) at udforske patienters oplevelser, holdninger og erfaringer ved anvendelse af en webbaseret og mobil løsning i hverdagen" (kilde: [http://vbn.aau.dk/research/selvstyret_antikoagulationsbehandling_ved_hjaelp_af_internet_og_telefon\(6635068\)/](http://vbn.aau.dk/research/selvstyret_antikoagulationsbehandling_ved_hjaelp_af_internet_og_telefon(6635068)/)).

^{xvii} Følgende citat fra Olsens 2001-oversigtsartikel⁹³ sammenfatter på prægnant vis problemstillingen: "WTP involves complete suppression of distributional considerations. The *social* value of a programme is measured through a simple summation of all individuals' expressed preferences assessed in terms of WTP (the premise of 'one dollar one vote'). In theory, as long as WTP depends on ability to pay (ATP) those with a greater ATP will, *ceteris paribus*, be able to express a greater WTP. If one wealthy individual is willing to pay the same for programme A that a large number of poor individuals are willing to pay for programme B, the two programmes would be perceived to yield the same social welfare, quite independent of any differences in the aggregated 'health' produced. Thus, the determining factor over the provision of programme A or B would be the relative income of the two groups. Furthermore, there is a large body of evidence that 'needs' for health care differ between income groups. In this case using WTP unadjusted for income will skew resource allocation to the preferences expressed by the wealthy. - Table 6 shows that only 16 studies gave explicit recognition to the (in)equity aspects of WTP, or the potential inequitable implications of basing resource allocation on WTP. Interestingly it was in the early days that equity aspects received most concern. It should be noted, though, that among the 12 studies published since 1990 which have given explicit recognition to distribution, five are by the same

author and two by one other. Had it not been for them, explicit equity considerations would seem to have vanished completely in these studies.”

Studies in Health Economics present the results of health economics research at Institute for Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark.

Professor Terkel Christiansen is editor of the series. He is professor of health economics and head of the department of Health Economics University of Southern Denmark.

Further information

Institute of Public Health
Department of Health Economics
University of Southern Denmark
J.B. Winsløvsvej 9, 1
DK-5000 Odense C
Denmark

Telephone: +45 6550 3081
Fax: +45 6550 3880
email: hmj@sam.sdu.dk

ISBN nr.:978-87-89021-67-6

