



PRES PÅ SUNDHEDSVÆSENET

Derfor stiger sygehusudgifterne – sådan holder vi væksten nede

DANSKE
REGIONER



Danske Regioner, april 2015

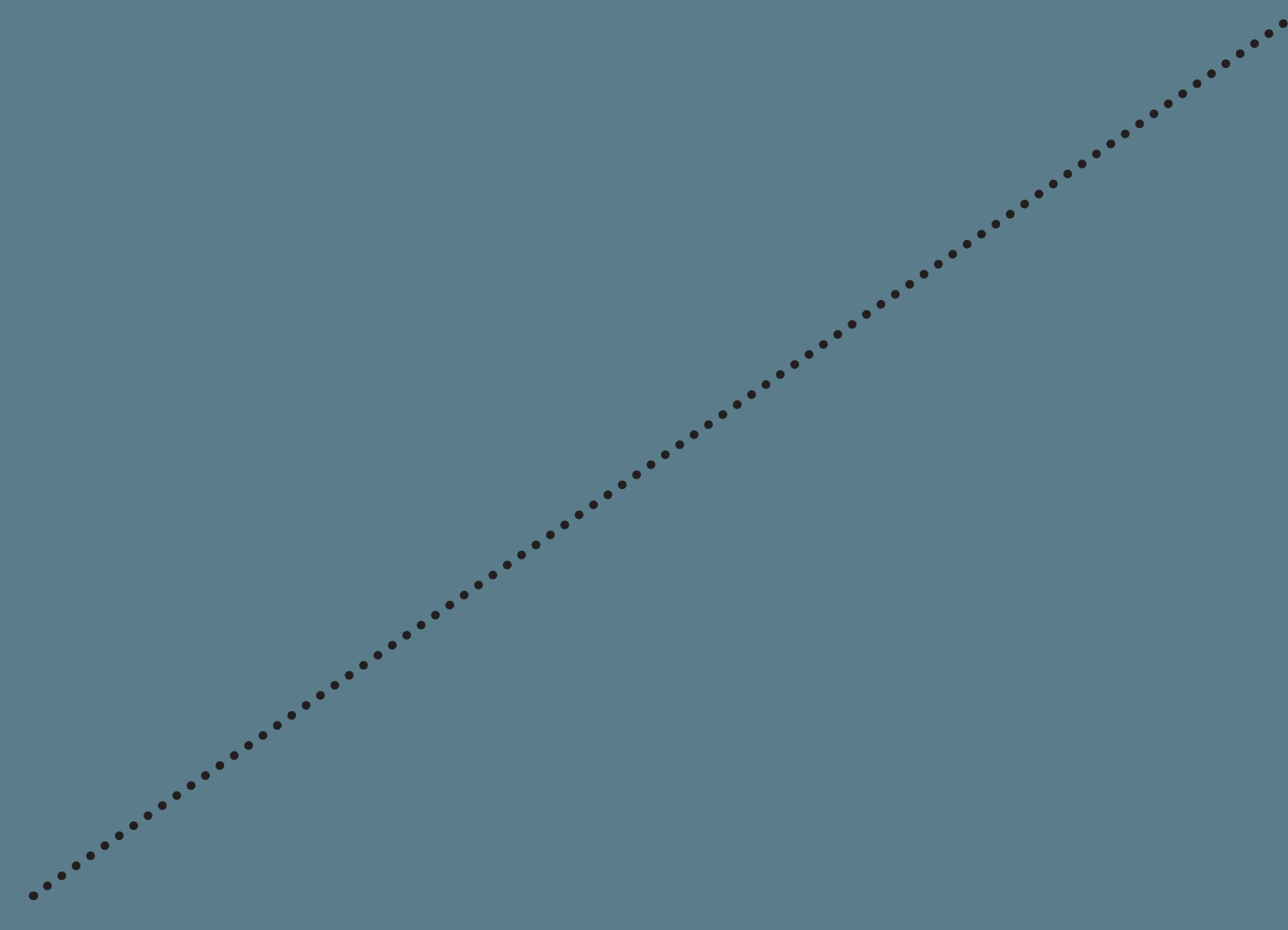
Redaktion: Ola Jørgensen, Klartekst

Grafisk design: Karen Krarup

Tryk: Danske Regioner

ISBN (trykt udgave): 978-87-7723-878-9

ISBN (elektronisk udgave): 978-87-7723-879-6-pdf





INDHOLD

| | |
|--|-----------|
| En fælles udfordring | 4 |
| Et relativt billigt sundhedsvæsen | 6 |
| Derfor stiger sygehusudgifterne | 8 |
| Flere ældre | 10 |
| Flere alvorligt syge | 12 |
| Bedre og dyrere behandlinger | 14 |
| Øget efterspørgsel | 16 |
| Sådan holder vi væksten nede | 18 |
| At drive sygehusene mere effektivt | 20 |
| At forebygge indlæggelser | 22 |
| At styre efter værdi for borgerne | 24 |
| At finde nye måder at prioritere på | 26 |

EN FÆLLES UDFORDRING

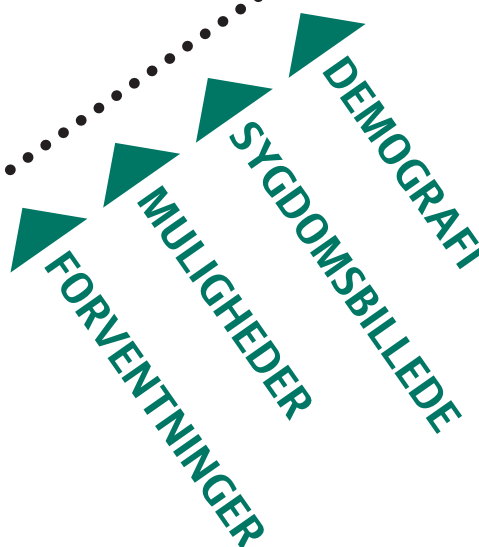
Det danske sygehusvæsen står midt i en rivende udvikling. Stadig flere sygdomme kan behandles – og ofte både mere sikkert og effektivt end tidligere. Forbedringerne er kommet mange patienter til gode og har givet hele befolkningen en større tryghed.

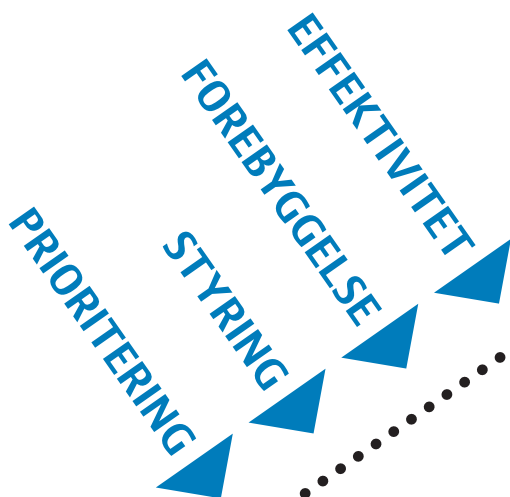
Den alvorligste bivirkning ved denne positive udvikling er, at sundhedsudgifterne bliver ved med at stige. I alle vestlige lande vokser sundhedsudgifterne hurtigere end resten af økonomien. Vi bruger en støt stigende andel af vores velstand på sundhed, og intet land har fundet virkeligt effektive modtræk til udgifternes naturlige opdrift.

Danmark er faktisk det land, der har været bedst til at holde væksten nede. Det er meget længe siden, vi havde verdens højeste sundhedsudgifter. I dag er Danmarks udgifter til sundhed lavere end i de fleste lande, vi normalt sammenligner os med.

Som samfundsøkonomien tegner sig, er det tvingende nødvendigt, at det danske sygehusvæsen fortsat formår at holde væksten på et lavt niveau. At dét bliver en stor udfordring, skyldes især fire stærke tendenser:

- Der bliver relativt flere ældre, som trækker markant mere på sygehusvæsenet.
- En række af de meget behandlingskrævende sygdomme er i vækst.
- Udviklingen i behandlingsteknologi og ny medicin gør det muligt at behandle flere patienter tidligere, bedre og i længere tid.
- Befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet stiger i takt med den generelle velstand, vidensniveauet og adgangen til effektiv behandling.





Der findes ikke ét enkelt og sikkert svar på dette firedobbelte udgiftspres, men vi kender flere af de fornuftige veje at gå. Vi skal drive sygehusene endnu mere effektivt. Vi skal være bedre til at forebygge sygehusindlæggelser. Vi skal fokusere mere på, hvad der faktisk gavner patienterne. Og så er vi nødt til at overveje gode og gennemskuelige måder at foretage fremtidens sundhedspolitiske prioriteringer på.

Vi har i Danmark et stærkt udgangspunkt for at fastholde og udvikle et godt sygehusvæsen, uden at udgifterne løber løbsk. At denne indsats foregår inden for fornuftige styringsmæssige og økonomiske rammer er det vores fælles politiske udfordring og ansvar at sikre.

Dette hæfte lægger op til en åben debat om denne udfordring. Vi fremlægger vores viden om sygehusudgifterne præcist og nøgternt, så vi har et sagligt grundlag for at diskutere en opgave, der består, uanset hvem der har det politiske ansvar for sygehusvæsenet.

Hæftet er skrevet til alle, der interesserer sig for, hvordan vi får råd til at fastholde og udvikle et virkeligt velfungerende sygehusvæsen: politikere, embedsmænd, interesseorganisationer, medier og sundhedspolitisk interesserede borgere. Vi glæder os til debatten.

Bent Hansen

Formand for Danske Regioner

Carl Holst

Næstformand for Danske Regioner

ET RELATIVT BILLIGT SUNDHEDSVÆSEN

At sammenligne landes samlede sundhedsudgifter er forbundet med betydelige metodeproblemer. Det skyldes især, at der er store forskelle på, hvor stor en del af ældreplejen der regnes med som sundhedsudgifter. Det giver derfor en mere retvisende sammenligning at se bort fra udgifter til langtidspleje og -omsorg og sammenholde de "egentlige sundhedsudgifter" på tværs af lande.

Den sammenligning viser, at Danmarks sundhedsudgifter som andel af BNP er lavere end næsten alle de andre gamle EU-lande. Tyskland og Frankrig bruger næsten to procentpoint mere af deres BNP på sundhedsvæsenet end Danmark. Målt pr. indbygger er det blandt de rigeste OECD-lande kun Finland, der har lavere sundhedsudgifter end Danmark. Se figur 1.

Udgifter under kontrol

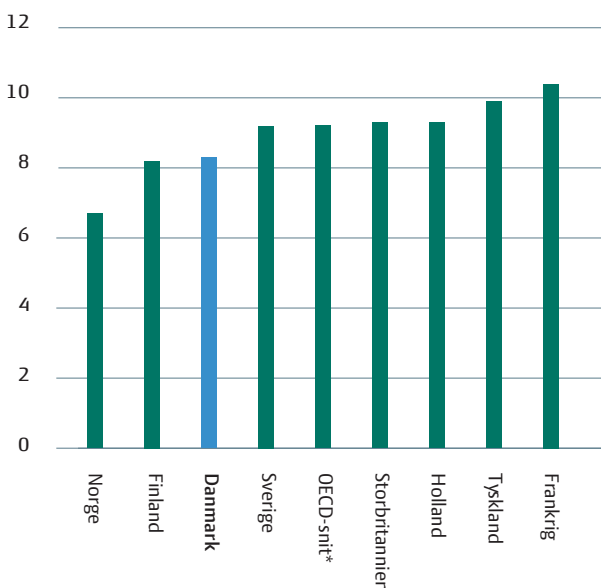
At sundhedsudgifterne stiger år for år, er ikke nogen naturlov, men det er en meget klar og langvarig tendens. Siden 1970 har kurverne over sundhedsudgifter i samtlige vestlige lande peget opad – både opgjort totalt, pr. indbygger og som andel af landenes samlede økonomi.

Der ligger stærke dynamikker til grund for udgifternes stadige opdrift: befolkningernes aldring, sygdomsbilledet, bedre behandlingsmuligheder, og ikke mindst tendensen til, at befolkningen forventer stadig mere af sundhedsvæsenet. Blot at dæmpe "den naturlige vækst" er i de fleste lande en stor udfordring.

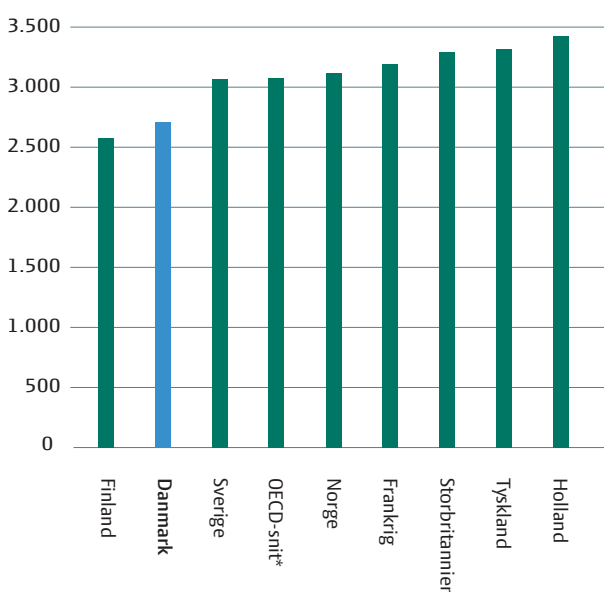
Figur 1 | **den billige ende**

Samlede sundhedsudgifter (uden ældrepleje) i udvalgte OECD-lande. 2011, procent af BNP og udgift pr. indbygger.

Andel af BNP
Procent



Udgift pr. indbygger
Dollar

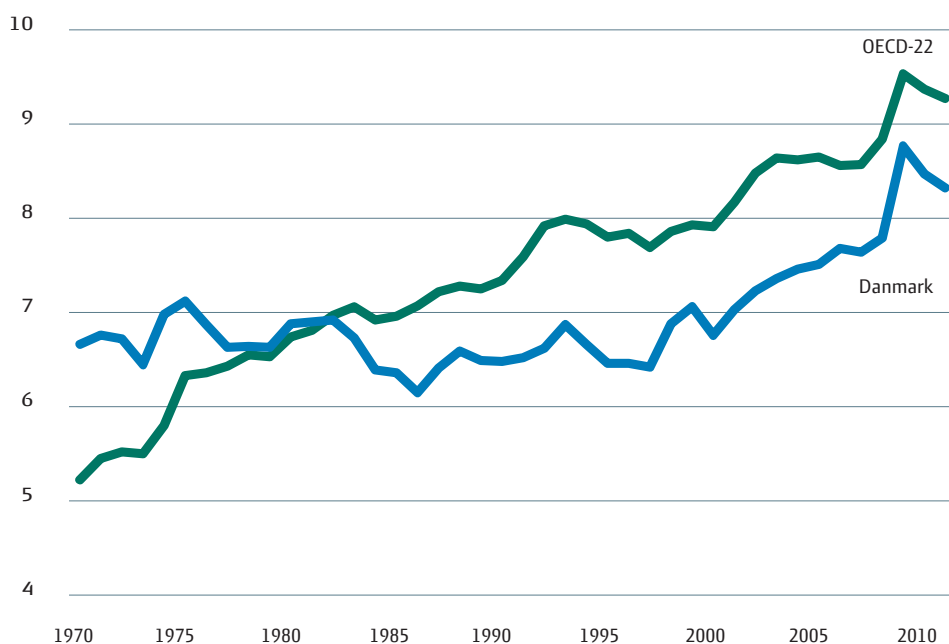


Note*: Kun de 22 "gamle" OECD-lande, som er dem, Danmark bedst kan sammenlignes med.

Kilde: Søgaard Advice, 2014, pba. OECD Health Data.

Figur 2 **En afdæmpet vækst**

Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter (uden ældrepleje) i Danmark og OECD*: 1971-2011, procent af BNP.



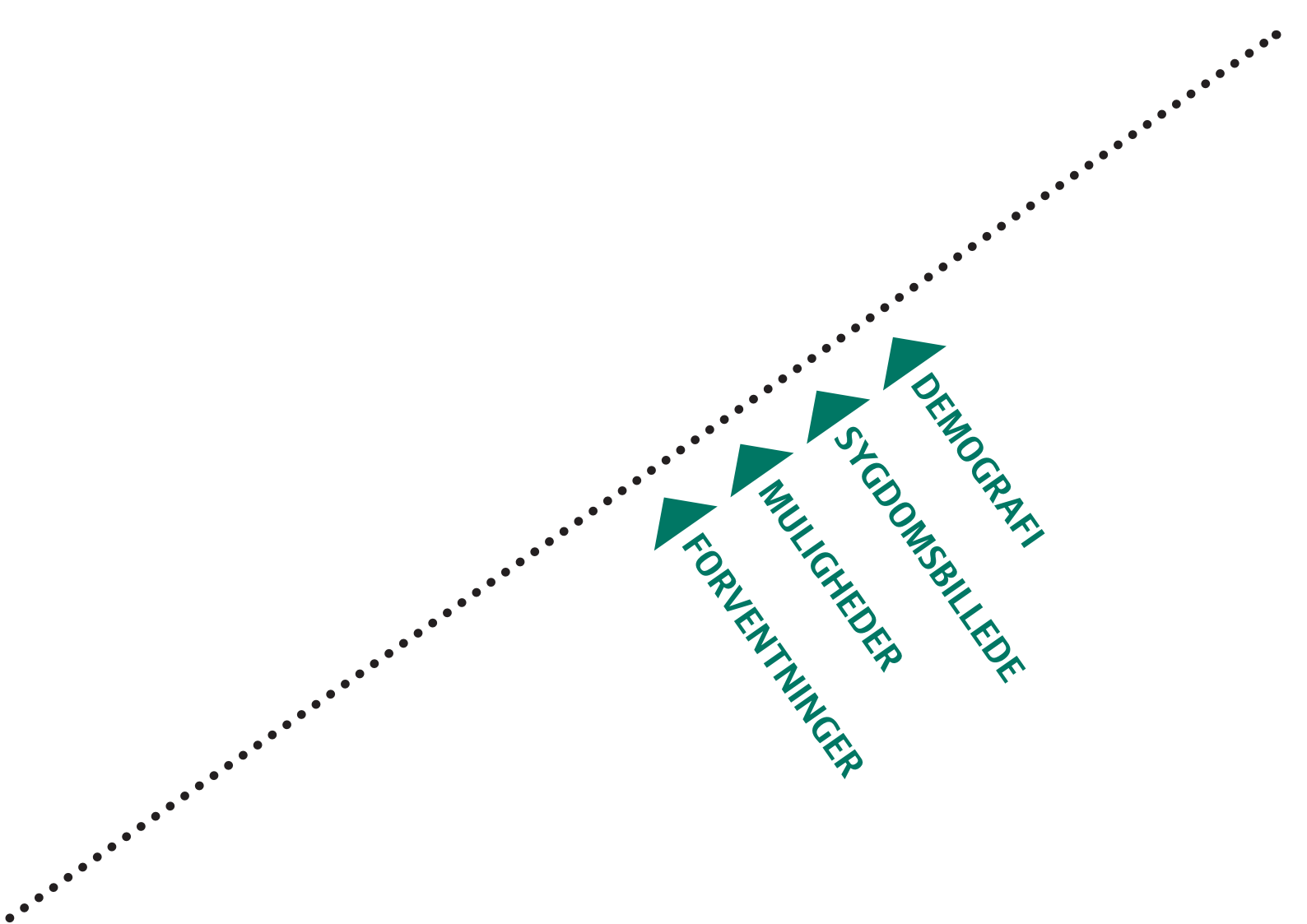
Note*: Kun de 22 "gamle" OECD-lande, som er dem, Danmark bedst kan sammenlignes med.

Kilde: Søgaard Advice, 2014, pba. OECD Health Data.

Danmark er et af de lande, der har haft størst succes med dette. Ingen af de 21 andre gamle OECD-lande har som Danmark formået at holde den gennemsnitlige årlige vækst i sundhedsudgifterne helt nede på 2 procent i perioden 1971-2011. Fra tidligere at have haft verdens højeste sundhedsudgifter ligger Danmark i dag tydeligt under gennemsnittet af de lande, vi normalt sammenligner os med. Når ældreplejen ikke regnes med, bruger vi godt 8 procent af BNP på sundhed. For 40 år siden var det knap 7 procent. Se figur 2.

Derfor stiger sygehusudgifterne

Især fire stærke og indbyrdes forbundne samfunds- og sundhedstendenser sætter sygehusudgifterne under pres. Intet tyder på, at de fire tendenser bliver svækket i de kommende år – tværtimod.



Demografi

Aldringen af befolkningen er med til at presse sygehusudgifterne i vejret, fordi ældre er langt mere i kontakt med sygehusvæsenet end resten af befolkningen. Effekten af såkaldt "sund aldring" er svær at få øje på.

Sygdomsbillede

Der er udsigt til fortsat vækst i en række af de sygdomme, der udløser et stort behov for sygehusbehandling. Kræft, hjertekar-sygdomme, diabetes og KOL er blot nogle af eksemplerne.

Muligheder

Sygehusvæsenet bliver heldigvis stadig dygtigere til at kurere sygdomme – eller holde dem under kontrol. Men ofte gør bedre teknologi, ny medicin og langstrakte forløb behandlingen dyrere.

Forventninger

Når den rette behandling kan give os flere gode leveår, forventer vi, at sygehusvæsenet kan levere den – selv om vi er oppe i årene. Operationer som hjerteklap, grå stær, knæ og hofter er i stærk vækst blandt ældre.

De fire tendenser uddybes på de følgende sider. På Danske Regioners hjemmeside er der henvisninger og links til en række af de anvendte analyser og datakilder.

FLERE ÆLDRE

En stor efterkrigsgeneration og en generelt længere levetid kommer til at sætte et tydeligt præg på fremtidens sygehushæsen og -udgifter. I 2030 vil der være 270.000 flere ældre borgere i alderen 65-80 år og næsten lige så mange flere (230.000) i gruppen, der er fyldt 80 år. Skuer vi et årti længere frem til 2040, vil antallet af over 70-årige være 1.165.000. I dag er det 650.000.

Med alderen får vi oftere brug for sygehusets hjælp. En gennemsnitlig borger, der har passeret 70 år, bruger sygehushæsenets ydelser dobbelt så meget som folk i 50'erne. Personer over 65 år står allerede i dag for knap halvdelen af alle udgifter til sygehusbehandling.

Når vi lever længere, får vi også behov – og mulighed – for forskellige ydelser på sygehuset gennem en længere periode. Især ældre patienter har ofte komplekse sygdomsbilleder (såkaldt komorbiditet). Det gør udredningen mere krævende og øger behovet for diagnostiske værktøjer som fx scanninger. Patienter over 70 år er i gennemsnit i kontakt med sygehuset med to-tre forskellige sygdomme i løbet af et år.

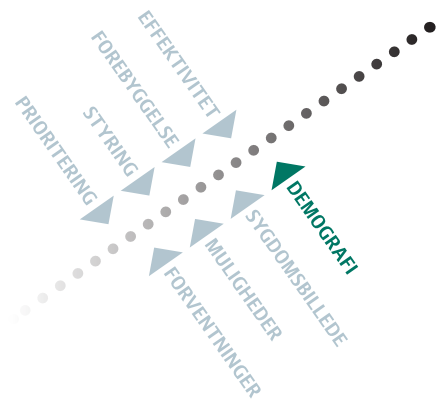
Vi lever – og behandles – længere

Det nævnes ofte, at aldringen af befolkningen ikke betyder så meget for sundhedsudgifternes størrelse. At når borgerne lever længere og sundere, forskydes sundhedsudgifterne blot med alderen, så den demografiske udvikling ikke slår så stærkt igennem. Denne teori om "sund aldring" bygger på den antagelse, at en stor del af sundhedsudgifterne afholdes i de sidste leveår.

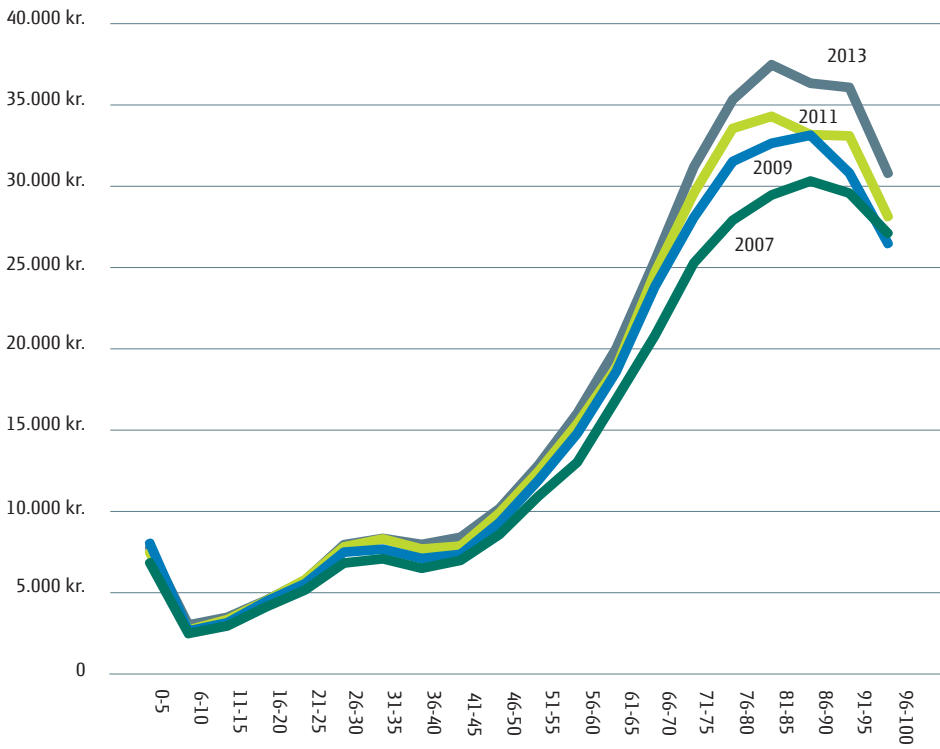
Flere nye undersøgelser både herhjemme og internationalt peger imidlertid på, at alder *i sig selv* har betydning for forbruget af sundhedsydelser. Fx har de økonomiske vismænd i en analyse konkluderet: "Længere levetid leder til flere behandlingskrævende leveår, og højere alder bidrager også i sig selv til højere sundhedsudgifter til den enkelte, selv når der er taget højde for, at en væsentlig del af sundhedsudgifterne til ældre har karakter af terminaludgifter."

Den tendens kan man også se i udviklingen i de aldersfordelte sygehusudgifter i perioden 2007-2013. År for år er udgifterne til borgere i de ældre aldersgrupper steget kraftigere end til de yngre. Se figur 3.

Ud fra teorien om sund aldring ville man forvente, at kurvens toppunkt gradvis rykker mod højre, fordi borgerne "kommer senere i reparationsalderen" og får flere sunde leveår. Men indtil nu er tendensen uændret: Udgifterne følger med alderen op – og væksttempoet stiger endda med alderen. De gennemsnitlige sygehusudgifter for den ældste fjerdedel af befolkningen er i perioden 2007 til 2013 vokset med 23 procent. Det er markant mere end for befolkningen under ét.



Figur 3 **Højere udgifter til ældre**
Gennemsnitlige sygehusudgifter for 5-års aldersgrupper



Note: 2015-priser.

Kilde: Landspatientregisteret.

FLERE ALVORLIGT SYGE

Befolkningens aldring kan forklare en del af den forventede vækst i antallet af patienter, der får nogle af de alvorlige sygdomme, der kræver dyr og ofte længerevarende behandling.

Over to millioner danskere er hvert år i kontakt med sygehusvæsenet. Mange af dem for lidelser, der økonomisk set er i "småtingsafdelingen". Det er de 10 procent med det største behandlingsbehov, der tegner sig for tre fjerdedele af udgifterne. Den allerhårdest ramte procent af patienterne står for 30 procent af hele budgettet.

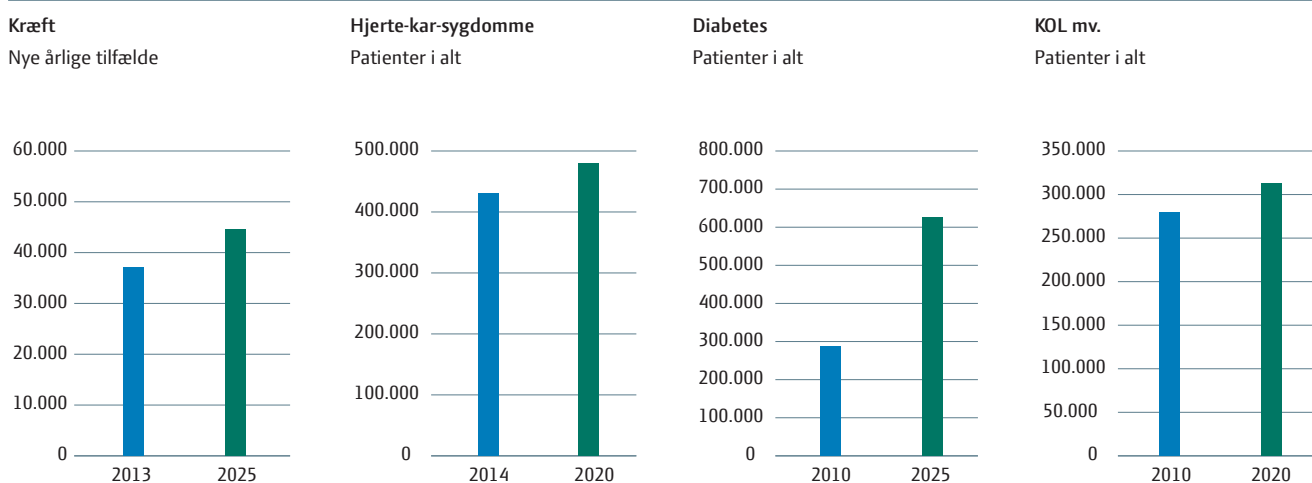
Nogle af de sygdomme, man ofte finder hos de 10 procent, er kræft og kroniske sygdomme som fx hjertesvigt, diabetes og KOL. Fælles for disse sygdomme er, at forekomsten har været stigende de senere år, og at alle prognoser peger på en fortsat vækst. Se også figur 4.

Der forventes en betydelig stigning i antallet af overlevende **kræftpatienter** over de næste 5-10 år. Antallet af nye kræfttilfælde i Danmark forudses selv med et konservativt skøn at stige med knap 20 procent over de kommende 10 år. I 2025 forventes det samlede antal nye kræfttilfælde i Danmark at overstige 44.000. En del af væksten er demografisk betinget, men de såkaldte livsstilsfaktorer spiller også en afgørende rolle.

Antallet af sygehuspatienter med **hjerter-kar-sygdomme** er årligt steget hvert eneste år siden 2008, så der nu er 26,2 procent flere patienter med hjerter-kar-sygdomme i behandling på hospitalet, end der var i 2008. Det er mere end 50.000 ekstra patienter. Hjerteforeningens prognose viser, at der i 2020 vil være 11-12 procent flere danskere, der har overlevet og lever med en hjerter-kar-sygdom.

Figur 4 **Flere sygehuspatienter**

Prognoser for udvalgte sygdomme



Note: Antallet af nye tilfælde er et konservativt skøn, hvor der blandt andet er taget højde for en lavere screeningseffekt.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse.

Note: Alle sygdomme i kredsløbsorganer.

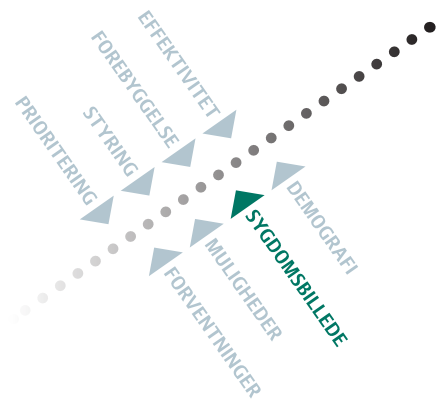
Kilde: Hjerteforeningen.

Note: Andre scenarier og beregninger forudser en noget lavere vækst.

Kilde: Diabetesforeningen.

Note: Tallene omfatter både KOL og andre langvarige lungesygdomme.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.



Ifølge Statens Institut for Folkesundhed forventes antallet af **kronisk** eller langvarigt syge at nå to millioner i 2020; det er 250.000 flere end i 2010. To af de alvorlige kroniske lidelser i vækst er diabetes og KOL:

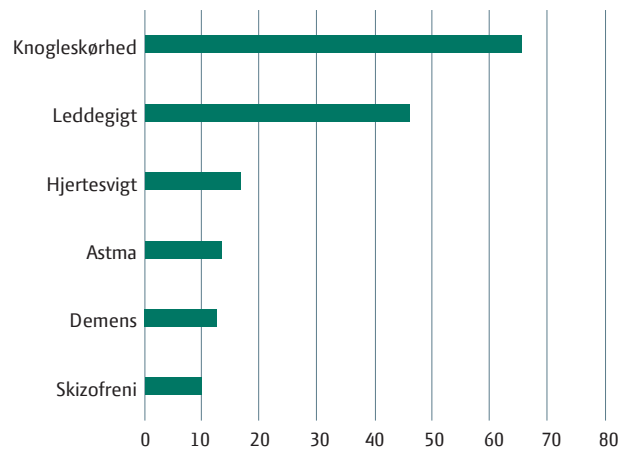
I 1997 var der godt 113.000 **diabetikere**, i 2010 var tallet steget til 287.000 – en stigning på over 150 procent. Diabetesforeningen frygter, at der i 2025 kan være helt op mod 625.000 diabetikere – en vækst i forhold til 2006 på 5,5 procent om året. Omkostningerne til diabetesbehandling er meget store; især patienter med alvorlige sendiabetiske komplikationer har et stort behov for sygehusbehandling.

Omkring 430.000 danskere skønnes at have **KOL**, og især de cirka 10 procent sværest ramte KOL-patienter har store behandlingsbehov. Antallet af KOL-patienter forventes at vokse med omkring 1 procent år for år frem mod 2020. Det bliver afgørende for sygehusudgifterne, om det lykkes at stoppe sygdommens forværring hos den meget store gruppe, der i dag har KOL i moderat grad.

Også for seks **andre kroniske sygdomme** peger udviklingen i den forkerte retning. Siden 2007 er forekomsten af astma, knogleskørhed, leddegigt, skizofreni, demens og hjertesvigt således øget med mellem ca. 10 og 65 procent. Se figur 5.

Figur 5 **Flere kronisk syge**

Udviklingen i udvalgte sygdomme 2007-13, procent.



Kilde: Statens Serum Institut.

BEDRE OG DYRERE BEHANDLINGER

Ny forskning, ny behandlingsteknologi og nye typer af medicin gør lægerne i stand til at behandle patienterne tidligere, bedre og i længere tid. Det betyder dels, at flere patienter faktisk kan blive behandlet, dels at en større del af patienterne overlever kritisk sygdom og lever godt videre. Det har blandt andre mange kræftpatienter glæde af.

Udviklingen går hurtigt. I specialevejledningen for klinisk onkologi fra 2010 står der, at ca. 40 procent af patienterne skønnes at kunne behandles med helbredelse for øje (kurativ intention). I opdateringen af samme vejledning for 2014 er tallet forhøjet til 70-80 procent.

Det er en overordentlig positiv udvikling, men den medfører også et øget behov for personale til diagnostik, operationer samt stråle- og kemobehandlinger. Med bedre behandlinger følger også yderligere behov for palliation, rehabilitering, håndtering af komorbiditet, understøttende behandling samt forebyggelse og behandling af senfølger mv.

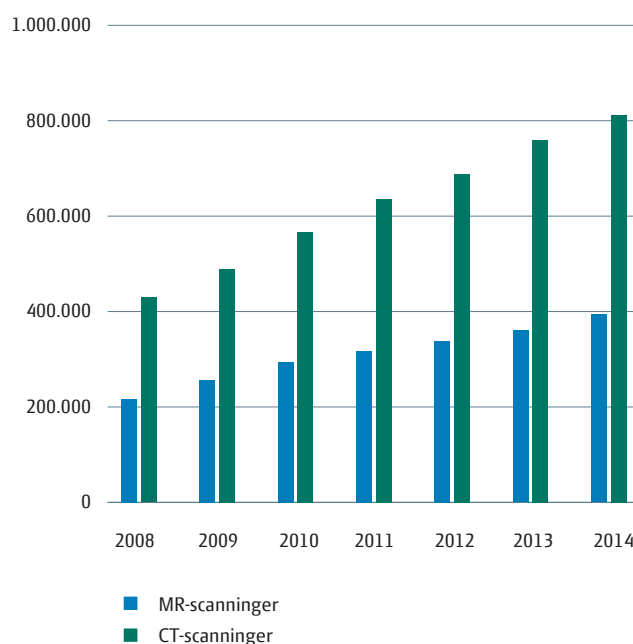
De lægevidenskabelige landvindinger er ikke altid fordyrende. Eksempelvis kan en række operationer, der tidligere krævede langvarige indlæggelser, nu håndteres langt hurtigere og i nogle tilfælde ambulant. Det er som regel både billigere for sygehuset og bedre for patienten. Der er dog ingen tvivl om, at udviklingen inden for behandlingsteknologi og medicin samlet set gør behandlingerne dyrere og dermed er med til at presse sygehusudgifterne i vejret.

Dyrere diagnostik og medicin

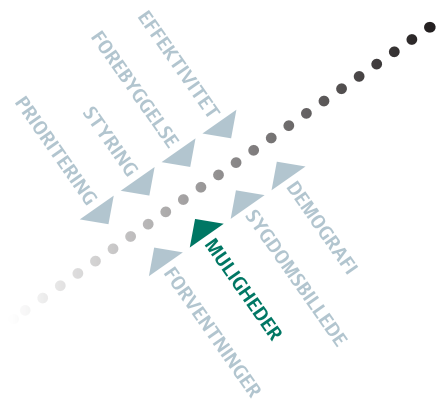
Et eksempel er omlægningen fra almindelige røntgen- og ultralydsundersøgelser til mere komplicerede og dyrere MR- og CT-scanninger, som gør det muligt hurtigere at stille en præcis diagnose. Fra 2008 til 2014 steg antallet af MR-scanninger med over 80 procent og antallet af CT-scanninger med næsten 90 procent. Se figur 6.

Figur 6 **Flere dyre scanninger**

Antal MR- og CT-scanninger, 2008-2014

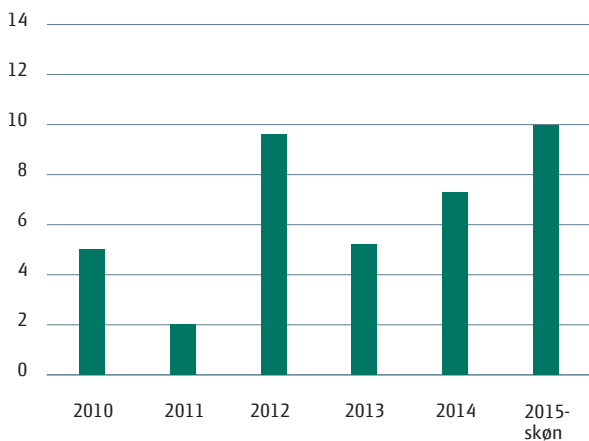


Kilde: Landspatientregisteret.



Figur 7 **Højere medicinudgifter**

Udgifter til sygehusmedicin 2010-15, årlige vækstrater i procent



Kilde: Amgros.

Væksten i udgifterne til sygehusmedicin er et andet eksempel. Fra 2009 til 2014 er udgifterne steget med 35 procent, og i 2015 forudses en høj vækst på 10 procent. Se figur 7.

2015-væksten svarer til 700-800 millioner kr. Heraf stammer kun cirka en tredjedel fra øgede udgifter til eksisterende medicin (større mængder mv.). Hovedparten af væksten skyldes, at der tages helt nye præparater i brug. Det vil gavne mange patienter, der ikke kunne hjælpes før. Alene tre typer medicin til behandling af prostatakræft skønnes at øge udgifterne med 300-400 millioner kr. Se tekstboksen *Ny kostbar kræftmedicin*.

Der er også godkendt nye effektive præparater til behandling af hepatitis c, som kan koste helt op til 700.000 kr. for hver patient, der får gavn af dem. Det vil umiddelbart øge medicinudgifterne med ca. 120 millioner kr. Ved disse opgørelser over udgifterne til ny medicin er der ikke taget hensyn til, at en effektiv behandling i nogle tilfælde kan reducere fremtidige sundheds- og samfundsudgifter.

Ny kostbar kræftmedicin

Når Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) godkender nye produkter, sker det ud fra en lægefaglig vurdering af effekt og bivirkninger sammenholdt med eksisterende behandlingsmuligheder.

KRIS har for nylig blandt andet godkendt produkterne Xtandi, Zytiga og Xofigo til behandling af en særlig type prostatakræft. Det er gode nyheder for alle dem, det nu bliver muligt at behandle effektivt. Det vil dreje sig om cirka 1.000 patienter plus yderligere 250-300 patienter med knoglemetastaser.

Dette skønnes at øge udgifterne i 2015 med ca. 300-400 millioner kr. Der er for alle tre produkter tale om behandling af nye patienter eller flere behandlingsmuligheder for eksisterende patienter. Produkterne erstatter således ikke en eksisterende behandling.

ØGET EFTERSPØRGSEL

Efterspørgslen efter sygehusbehandlinger følger ikke kun udviklingen i demografi, sygdomsbillede og behandlingsformer. Al erfaring fra både Danmark og udlandet viser, at befolkningens forventninger og ønsker til behandling i sygehusvæsenet også vokser i takt med:

- at den generelle velstand stiger
- at alle kan søge information om behandlingerne
- at der bliver lettere adgang til behandlingerne.

Sammenhængen mellem velstandsudviklingen i samfundet og borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelse er veldokumenteret. Vi har populært sagt bedre muligheder for at gå op i et godt helbred, jo rigere samfundet bliver. I hele OECD vokser sundhedsudgifterne hurtigere end bruttonationalproduktet.

Hvad vi som borgere gerne vil behandles for, er også meget påvirket af mulighederne for behandling. Når behandlingen ikke koster os noget, og risikoen er lav, behøver den potentielle helbredsgevinst måske ikke at være særlig stor eller sikker, før vi takker ja.

Alder ingen hindring

Et godt eksempel på, at muligheder og behov påvirker hinanden, er ældres efterspørgsel efter nogle af de operationer, hvor det er blevet muligt at behandle flere ældre med et godt resultat. Eksempelvis er antallet af hjerteklapoperationer for +65-årige steget med 44 procent siden 2007. Se også tekstboksen *Flere hjerteklapoperationer til ældre*.

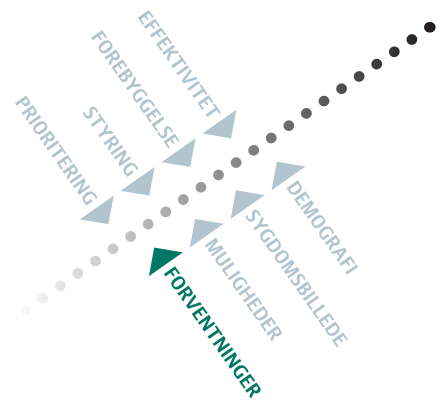
En tilsvarende udvikling ses, når det gælder de ældres mod på hofte- og knæoperationer samt operationer for grå stær. Antallet af indsættelser af proteser i hoftelæddet er steget 16 procent. For knæproteser er stigningen 23 procent, og for grå stær 24 procent. Se figur 8.

Flere hjerteklapoperationer til ældre

– Vi bliver konstant bedre og bedre til at udføre hjerteklapoperationer, og i dag kan vi mange ting, som vi ikke kunne tidligere. For 20 år siden opererede vi sjældent patienter over 80 år, men nu opererer vi mange, der har passeret 80 år og også enkelte over 90 år. Den helt store udvikling er sket ved, at en stor del af operationerne på de +80-årige i dag foregår som stentklapoperationer gennem et kateter i lysken fremfor at åbne hele patientens brystkasse. Det betyder, at patienten ikke skal i fuld narkose, men i stedet kan opereres langt hurtigere og mere skånsomt, og det er især gavnligt for de ældre patienter.

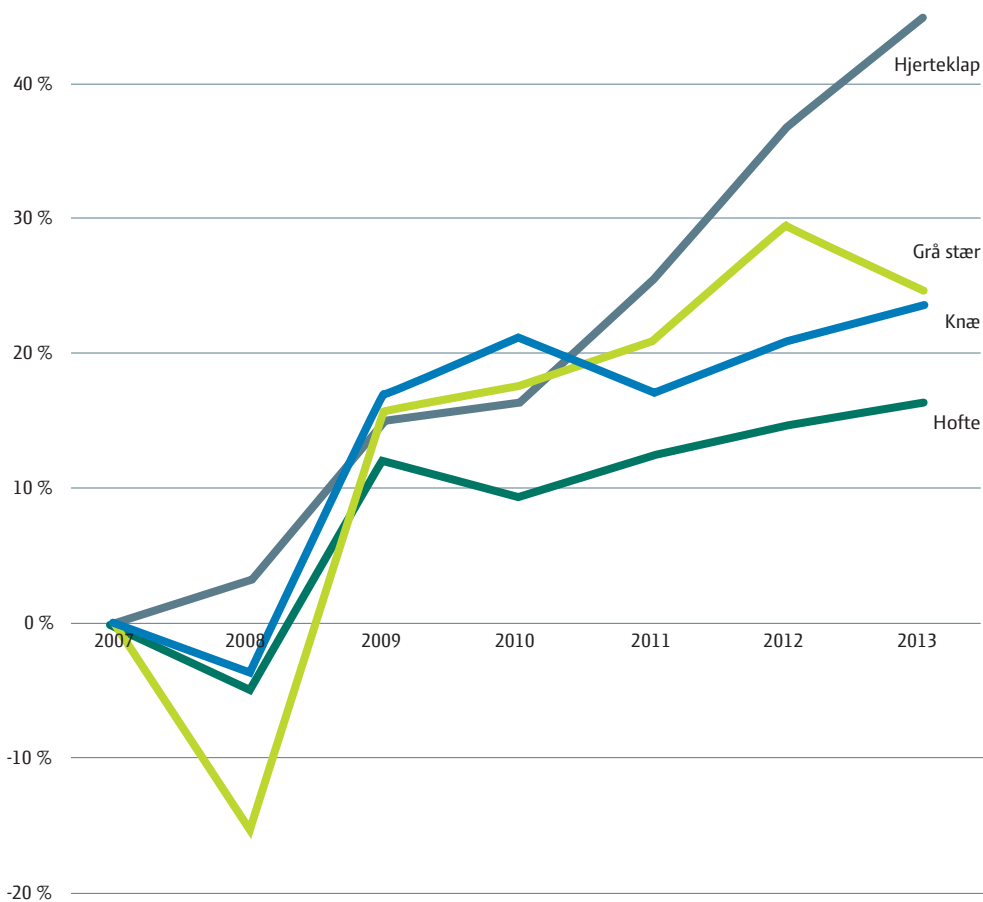
Sådan forklarer Lars Ilkjær, ledende overlæge ved Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk Afdeling på Skejby Sygehus, den markante vækst i antallet af hjerteklapoperationer blandt især ældre. Han vurderer, at patientens alder ikke i dag er afgørende for, om vedkommende skal opereres. Det handler i højere grad om, hvorvidt patienten har et godt fysisk og psykisk helbred og vil kunne få gavn af operationen.

Læs mere i magasinet REGIO nr. 7, 2015.



Figur 8 **Flere ældre under kniven**

Udvikling i fire operationstyper i aldersgruppen 65-100-år, 2007-13, indeks 2007=0 procent



Note: Faldet i 2008 skyldes især en otte ugers sygeplejekonflikt, hvor især mange ikke-akutte behandlinger blev aflyst.

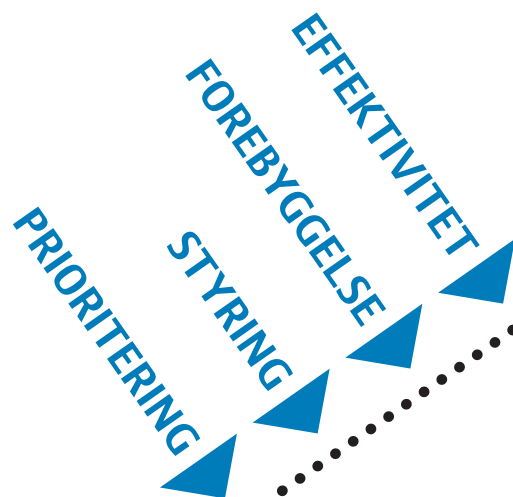
Kilde: Landspatientregisteret.

Det stigende antal operationer skyldes blandt andet, at der bliver flere og flere ældre i Danmark, og at middellevetiden fortsat stiger. Som 70-årig har man typisk flere potentielt gode leveår tilbage, og det spiller øjensynlig ind på beslutningen om at få foretaget disse operationer. Men også udviklingen i operationsforløbene har stor betydning. De såkaldt accelererede patientforløb er mere nænsomme og mindsker komplikationerne, og det har stor betydning for især de ældre patienter.

Ventetiden på ny hofte, nyt knæ og grå stær er markant kortere i Danmark end i lande som fx Norge og Finland. Fra 2007 til 2014 er den gennemsnitlige ventetid på planlagte operationer faldet fra 60 dage til 49 dage.

Sådan holder vi væksten nede

Sygehusudgifterne har tydeligvis en indbygget opdrift, men det er ikke umuligt at holde væksten nede på et forholdsvis lavt niveau. Det kræver, at vi benytter os af mindst fire slags udgiftsdæmpere på en gennemtænkt måde – herunder har et realistisk billede af deres potentielle effekt.



Effektivitet

Sygehusvæsenets produktivitet er vokset markant de sidste ti år. Alle muligheder for at gøre tingene smartere, hurtigere og billigere skal fortsat udnyttes – og fx nyt sygehusbyggeri, digitalisering samt løbende investeringer i moderne bygninger og udstyr vil kunne bidrage til dette.

Forebyggelse

Så stor en del af patientforløbene som muligt bør foregå uden kostbare sygehusindlæggelser. Et godt samspil mellem region og kommuner er en vigtig forudsætning for dette, men langt hovedparten af de dyreste indlæggelser er svære at forebygge.

Styring

Sygehusvæsenet bør i højere grad styres efter den faktiske sundhedsgevinst, indsatsen skaber for borgerne, end efter sygehusenes aktivitetsniveau. Det kræver en mere systematisk opfølgning på behandlingernes resultater og en bedre inddragelse af borgernes egne vurderinger.

Prioritering

Det bør undersøges nærmere, om den uomgængelige politiske prioritering af sundhedsudgifterne kan gøres mere åben, inddragende og demokratisk legitim. Erfaringerne fra blandt andet Norge bør inddrages i vurderingen af fordele og ulemper.

De fire muligheder uddybes på de følgende sider. På Danske Regioners hjemmeside er der henvisninger og links til relevant dokumentation og baggrundsmateriale.

AT DRIVE SYGEHUSENE MERE EFFEKTIVT

En vigtig måde at holde sygehusudgifterne nede på er løbende at sikre sig, at sygehusvæsenet bruger sine ressourcer effektivt, så samfundet får mest mulig sundhed for pengene.

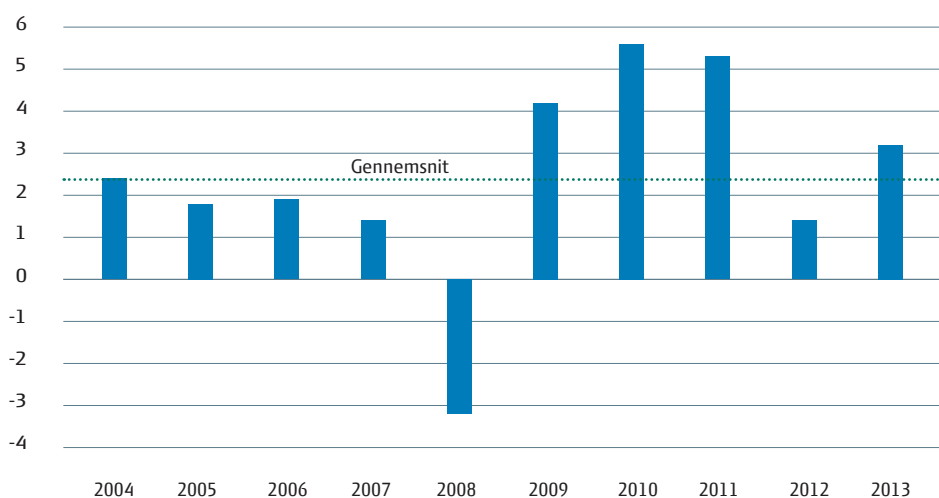
Vejene til effektiv sygehusdrift er mange: smartere (it-)systemer og arbejdsgange, effektiv udnyttelse af bygninger og udstyr, minimering af spild(tid), accelererede patientforløb mv. Det er indsatsen, der arbejdes videre med i alle regioner, og som kræver en ledelse og styring, der understøtter produktivitet, kvalitet og trivsel.

Udviklingen i produktiviteten siden 2003 viser, at det er lykkedes at få langt mere aktivitet for pengene år for år – i gennemsnit 2,4 procent og i de sidste fem år væsentlig mere. Se figur 9.

Det betyder, at hovedparten af de lavthængende frugter formentlig nu er høstet. Effektiviseringer kan dog fortsat yde et bidrag til at holde væksten i sygehusudgifterne nede, hvis de kan gennemføres på en måde, så de ikke går ud over den faglige kvalitet og medarbejdernes trivsel.

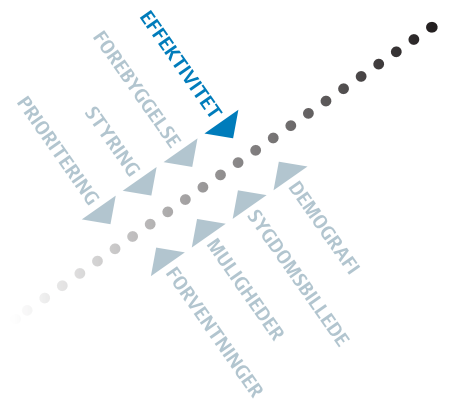
Figur 9 **De produktive sygehuse**

Udviklingen i sygehusenes produktivitet 2004-13, procent



Note: Produktivitetsfaldet fra 2007 til 2008 skyldes den otte uger lange sygeplejekonflikt.

Kilde: Statens Serum Institut.



Investeringer i effektiv drift

En af vejene til mere effektiv drift er tidssvarende faciliteter. Der investeres lige nu over 45 milliarder kr. i de såkaldte kvalitetsfondsbyggerier. Det er en unik chance for at nytænke organisering og arbejdstilrettelæggelse og udnytte de fysiske rammer til at understøtte sammenhængende patientforløb – og dermed skabe et både bedre og mere effektivt sygehusvæsen.

Disse gevinster skyldes ikke kun selve de nye, bedre og mere fleksible faciliteter. De høstes også i takt med, at det lykkes at samle funktioner og gradvis udfase nogle sygehuse i regionerne, sådan som det fastlægges i de enkelte regions sygehusplaner. Forventningen er, at det hen ad vejen er muligt at forbedre produktiviteten med 4-8 procent for de nye sygehuse, der er omfattet af kvalitetsfondsbyggerierne. Se også tekstboksen *Nye effektive sygehuse*.

At investere i effektiviseringer er dog ikke gjort med disse nybyggerier, der kun omfatter en femtedel af sygehusvæsenets bygningsareal. Også for de resterende 80 procent af bygningsarealet er det nødvendigt at investere i bygningsopretning, ombygninger og nyt apparatur for at kunne levere fremtidens sygehusydelse effektivt og i høj kvalitet.

Øget digitalisering er et andet område, hvor regionerne er i gang med at investere i en mere effektiv drift. Regionerne vil fx kunne spare ressourcer som følge af nogle af de fællesoffentlige initiativer på digitaliseringsområdet. Det gælder blandt andet digital kommunikation med borgerne samt fælles grunddata, som skal rydde ud i de mange dobbeltregistreringer og parallelle systemer i den offentlige sektor.

Nye effektive sygehuse

De nye sygehusbyggerier skal blandt andet understøtte:

- bedre tilrettelæggelse af patientforløb
- øget patientsikkerhed (enestuer og dermed færre sygehusrelaterede infektioner)
- effektive arbejdsgange via anvendelse og implementering af ny teknologi og sundhedsinnovation
- færre transporter af patienter, personale og varer mellem sygehuse
- rationalisering af vagtberedskaber, laboratoriefunktioner, røntgen mv.
- bedre udnyttelse af teknisk udstyr, scannere mv.
- sammenlægning af fx administrative og tekniske funktioner.

Kilde: Danske Regioner.

AT FOREBYGGE INDLÆGGELSER

Det er et veletableret princip i det danske sundhedsvæsen, at indsatsen skal ske på det "laveste effektive omsorgsniveau" (LEON). Sengedage på et højt specialiseret sygehus er dyre. Skal sundhedsudgifterne holdes nede, må så mange patientforløb som muligt håndteres uden indlæggelser, fx hos egen læge, i sygehusenes ambulatorier og i de kommunale sundhedstilbud.

Det kræver ofte et godt samspil på tværs af sundhedssektoren at undgå, at en allerede konstateret sygdomstilstand forværres. At kronisk syge fx bliver bedre til selv at håndtere og leve med deres sygdom – uden så hyppige kontakter med sygehusvæsenet. Denne udvikling er godt i gang. Antallet af ambulante behandlinger stiger støt, og de patienter, der faktisk indlægges, kommer hurtigere tilbage til de vante omgivelser. Se figur 10.

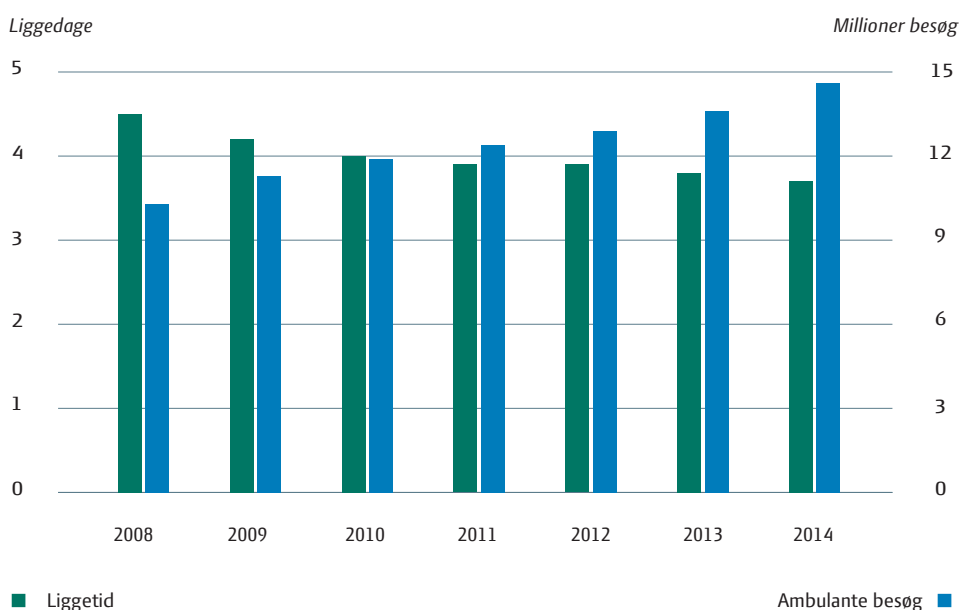
Det er en afgørende forudsætning for at holde de fremtidige sundhedsudgifter i ro at undgå unødvendige indlæggelser. Det vil dels sige patienter, som kunne være behandlet i den mindre specialiserede del af sundhedsvæsenet, dels patienter, der genindlægges. I regionerne foregår der masser af initiativer, som er med til at holde antallet af sygehusindlæggelser nede. Se også tekstboksen *Fem eksempler på forebyggelse*.

De dyreste indlæggelser er svære at undgå

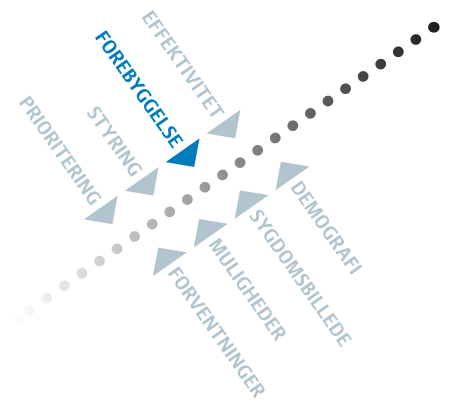
Der er udpeget følgende 11 sygdomme (aktionsdiagnoser), hvor kommunerne vurderes at have særligt gode muligheder for at forebygge indlæggelser: akut bronkitis, blærebetændelse, diabetes, ernæringsbetinget blodmangel, forstoppelse, knoglebrud, kronisk nedre luftvejs sygdom, lungebe-

Figur 10 **Flere korte besøg på sygehuset**

Udviklingen i gennemsnitlige liggetider og ambulante behandlinger 2008-14, dage og millioner besøg.



Kilde: Landspatientregisteret.



tændelse, sociale og plejemæssige forhold, tarminfektion og tryksår.

Det er imidlertid vigtigt ikke at overvurdere, hvor stor en del af de virkelig dyre indlæggelser der vil kunne forebygges – og dermed den økonomiske effekt af indsatsen. En analyse fra Danske Regioner viser:

- At de 10 procent af patienterne, som har det største forbrug i sundhedsvæsenet, står for tre fjerdedele af alle akutte indlæggelser.
- At kun hver sjette af disse indlæggelser sker med en diagnose, hvor der skulle være gode muligheder for at forebygge en indlæggelse.
- At andelen reelt er endnu lavere. Dels fordi mange af de principielt forebyggelige indlæggelser sker på grund af knoglebrud, heraf mange hos yngre patienter, hvor indlæggelse ikke kan undgås. Dels fordi patienter, der bliver indlagt for en af de principielt forebyggelige tilstande (fx lungebetændelse), ofte har flere samtidige lidelser, som i praksis gør det sværere at undgå et sygehusophold.

Fem eksempler på forebyggelse

Geriatrisk udgående team

Hospitalsenheden Horsens har etableret et udgående geriatrisk team, der udreder og behandler ældre mennesker med flere sygdomme. Indlæggelser er typisk en stor belastning for de skrøbelige geriatriske patienter, og det udgående team har til formål at undgå eller forkorte indlæggelser for disse patienter. Teamet samarbejder tæt med kommune, praktiserende læger og hjemmepleje.

Opfølgende hjemmebesøg

I Region Midtjylland kan udvalgte ældre medicinske patienter få tilbudt tre opfølgende hjemmebesøg, når de udskrives fra sygehuset. Besøgene varetages af den praktiserende læge og/eller hjemmesygeplejersken. Metoden har tidligere vist sig at kunne nedbringe antallet af genindlæggelser med næsten en fjerdedel.

Hjemmemonitorering af KOL-patienter

TeleCare Nord er et storskalaprojekt, hvor patienten i eget hjem selv måler blodtryk, puls, vægt og iltmætning. Målingerne indsendes via en telemedicinsk app, så de

kan ses og vurderes af sundhedsfagligt personale. Metoden forventes at kunne mindske antallet af (gen)indlæggelser. Projektet følges tæt af forskere for at vurdere effekten af denne form for telemedicin.

Aktiv patientstøtte

Aktiv Patientstøtte er en ordning, hvor KOL-patienter først får udredt deres sygdoms- og livssituation, og der derefter bliver fulgt op pr. telefon de næste seks-ni måneder. Målgruppen er patienter, hvor der skønnes at være gode muligheder for at forebygge behov for sygehusydelse. Modellen er testet i Sverige med gode resultater for både livskvalitet og sundhedsudgifter.

Styrket palliativ indsats

Regionerne har de senere år oprettet palliative indsatser på det basale niveau. Eksempelvis har Region Syd-danmark etableret en palliativ specialrådgivning, hvor bagvagter på sygehusenes stamafdelinger og lægevagten for patienter i eget hjem kan ringe og få råd fra en palliativ speciallæge.

AT STYRE EFTER VÆRDI FOR BORGERNE

I tider med knappe ressourcer og stigende behov er de rigtige styringsmodeller i sundhedsvæsenet vigtigere end nogensinde. Det vil sige modeller, der tilskynder til effektive og gode løsninger, og som fx kan medvirke til at begrænse antallet af indlæggelser. Det bliver stadig tydeligere, at det stærke fokus på høj aktivitet ikke nødvendigvis er vejen til andre sundhedspolitiske mål som høj kvalitet, sammenhængende patientforløb og nye innovative løsninger – fx telemedicin, omlægning til ambulante behandling og sammedagstilbud.

Vi skal med andre ord ikke kun give sygehusene incitamenter til at lave mere af det samme, hurtigere og med lavere omkostninger. Vi skal også belønne dem for at gøre det rigtige for de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt i gode, sammenhængende forløb med fokus på tidlig indsats og forebyggelse af indlæggelser.

Det kræver, at vi bliver bedre til at forstå og følge op på, hvilken værdi sundhedsvæsenet skaber for borgerne. I et sundhedsvæsen, der er til for borgerne, skal vi være gode til at lytte til borgernes viden, ønsker og behov. Det skal vi sætte i centrum ikke blot for behandling og patientforløb, men også for den måde, vi organiserer sundhedsvæsenet og styrer økonomien på. Det skal ikke kun ske af demokratiske eller etiske grunde, men også fordi det vil gøre behandlingen bedre og mere effektiv. Forskning har vist, at man ved at involvere patienter i pleje, behandling og sygdomshåndtering kan forbedre de kliniske resultater, øge patienternes livskvalitet og samtidig få mere sundhed for pengene.

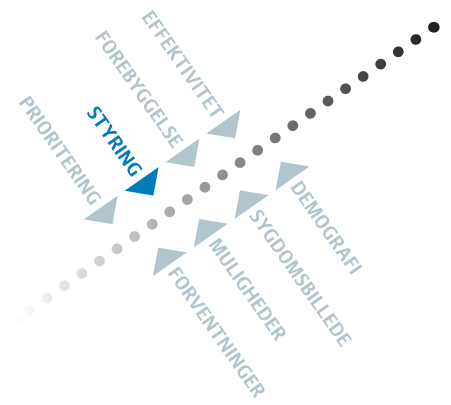
Det skyldes blandt andet, at patienter, der er godt informeret og involveret i behandlingsforløbet, i større omfang følger de sundhedsprofessionelles rådgivning, er mere tilfredse med behandlingen og opnår bedre behandlingsresultater. Patienter, som oplever at have begivenhederne i et sygdomsforløb under kontrol, responderer kort sagt bedre på behandling.

Derfor skal borgerne opleve, at deres møde med sundhedsvæsenet er tilrettelagt, så de kan overskue og forstå deres forløb, tage aktiv del i beslutninger og opnå den bedste effekt af behandlingen. Det er en forandringsproces, der kræver aktiv deltagelse af alle aktører i hele sundhedsvæsenet, og som skal understøttes af de rette incitamenter.

Fra aktivitet til resultater

At udvikle borgernes sundhedsvæsen får ikke kun betydning for det enkelte patientforløb. Det markerer også en ny måde at vurdere sundhedsvæsenets resultater på – og derfor med tiden også nye måder at styre ressourcerne på. Hvor vi i dag primært belønner selve aktiviteten i sundhedsvæsenet – antallet af behandlinger – skal vi i retning af at belønne ud fra indsatsens værdi for en patient eller patientgruppe. Det vil sige den sundhedsmæssige effekt af indsatsen i forhold til omkostningerne. “Overlevelse” og “helbredelse” vil altid være primære mål, men som regel er mange andre mål også relevante. Eksempelvis i hvor høj grad indsatsen hjælper borgerne med at komme sig efter akut sygdom, forbedre deres helbredsrelaterede livskvalitet, fungere godt i hverdagen med en kronisk sygdom eller gennemleve den sidste tid af livet med værdighed. Se også figur 11.

Den slags værdi kan kun patienterne vurdere. Derfor er deres rapporter om den effekt, de oplever af behandlingen, én vigtig byggesten i udviklingen af borgernes sundhedsvæsen. Der skal fremover være et større fokus på at måle, om sundhedsvæsenets ydelser reelt forbedrer patientens helbred. I flere tilfælde vil velinformerede patienter formentlig fravælge behandlinger, hvis de skønner, at helbredsgevinsten er for lille, eller der findes et bedre alternativ. Se også tekstboksen *Inddragelse kan mindske udgifter*.



Figur 11 **Resultater på flere niveauer**

Et hierarki for vurdering af behandlingens værdi for patienterne

| Resultatniveau | Værdi for patienten | Indikatorer |
|-----------------|--|--|
| Niveau 1 | Overlevelse | Opnåede kliniske resultater Opnået funktionsevne |
| | Den opnåede eller bevarede sundhedstilstand | |
| Niveau 2 | Forløbets varighed frem til helbredelse og genoptagelse af daglige aktiviteter. | Smerte/ubehag ved behandlingen Komplikationer Genindlæggelse |
| | Ulemper opstået ved behandlingen – fx fejldiagnosticering, fejlbehandling, ubehag, komplikationer eller andre utilsigtede hændelser. | |
| Niveau 3 | Opretholdelse af sundhedstilstand og karakteren af eventuelle tilbagefald. | Langsigtede kliniske resultater Langsigtet funktionsevne |
| | Behandlingens langsigtede følger (fx utilsigtede bi- eller følgevirkninger). | |

Note: Modellen er en let bearbejdet og oversat version af Michael Porters *The Outcome Measures Hierarchy*.

Kilde: Michael Porter.

Inddragelse kan mindske udgifter

At det har betydning at inddrage patienterne, viser et lille forsøg, som blev udført på Gentofte Hospital.

Her så 100 gigtpatienter en ni minutter lang informationsfilm om fordele og ulemper ved en knæoperation. Samtidig blev de gjort opmærksomme på alternativer som vægttab og genoptræning.

Informationsfilmen fik en tredjedel af patienterne til at vælge ikke at blive opereret.

Det er ikke fjern fremtidsmusik. I både USA og Sverige er der flere steder opnået gode resultater med såkaldt Value-Based Health Care, hvor man fokuserer på og styrer efter, hvad der skaber værdi for patienten i forskellige typer af forløb. Det kan fx være et bevillingssystem, hvor en del af ressourcerne tildeles på baggrund af de opnåede resultater i en samlet behandlingkæde. Danske Regioner samarbejder tæt med de svenske forskere og praktikere for at vurdere mulighederne for at gå lignende veje herhjemme.

Der er også brug for at give både aktivitetsfinansieringen af regionerne og den kommunale medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter et serviceeftersyn. Medfinansieringen har været med til at sætte sundhedsopgaverne på den kommunale dagsorden, men da kommunerne reelt ikke har mulighed for at styre deres medfinansiering, giver ordningen ikke de rette økonomiske incitamentter til at prioritere sammenhæng og forebygge indlæggelser.

AT FINDE NYE MÅDER AT PRIORITERE PÅ

M

ed de knappe ressourcer og stigende behov er det uomgængeligt at prioritere de offentlige sundhedskroner.

Der foregår da også allerede masser af politisk prioritering i sundhedsvæsenet. Fra de årlige økonomiforhandlinger, centrale sundhedsinitiativer og den statslige kontrol med sygehusvæsenet til konkrete beslutninger om sygehusstrukturer, bevillinger og prioriterede indsatser i de fem regionsråd. Hertil kommer, at beslutninger på mange niveauer og i utallige fora har direkte eller indirekte betydning for, hvilke patientgrupper, faglige specialer og indsatsområder der har ressourcemæssig med- eller modvind.

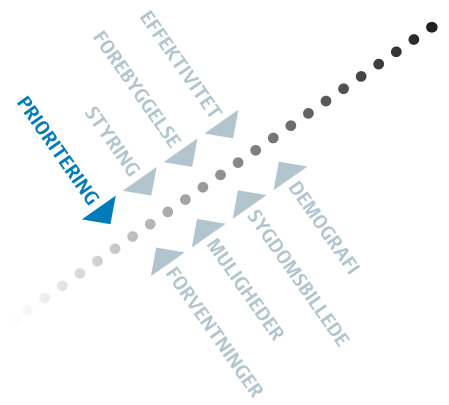
Prioriteringseffekterne af alle disse beslutninger er ofte indirekte og svære at overskue for befolkningen – og nogle gange måske også for politikerne. Mens det fx er let at se effekten af at skrue op for behandlingen af bestemte sygdomme, er det ofte sværere at gennemskue, hvilke nedprioriteringer dét kan medføre andre steder i systemet.

Diskussionen om en bedre politisk prioritering handler i høj grad om, hvordan man i praksis kan gennemføre en mere åben, demokratisk debat om emner, der ofte rummer både sundhedsfaglig kompleksitet og stærke følelser om liv, sundhed og død.

Prioriteringsspørgsmålet angår i princippet hele sundhedsbudgettet, men hovedfokus i debatten er ofte, hvordan man tager stilling til nye kostbare lægemidler, behandlingsformer, screeningsprogrammer mv.

Der foretages allerede en faglig vurdering af nye behandlingstilbud. Det sker blandt andet i Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) og for især kræftmedicins vedkommende i Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS). I praksis har det vist sig, at hvis behandlingerne har en veldokumenteret positiv effekt, er det meget svært politisk at fravælge dem på grund af prisen.

Også retningslinjer for visitation og henvisning samt de nationale kliniske retningslinjer er nyttige instrumenter i prioriteringen af sundhedsressourcerne. De skal bidrage til at undgå indikationsskred og overbehandling og sikre, at behandling i sundhedsvæsenet sker på et fagligt velfunderet grundlag.



Mulig inspiration fra Norge

Spørgsmålet er, om vi i Danmark har brug for at gribe prioriteringsopgaven mere systematisk an, som man fx har gjort i flere af vores nabolande. Sverige, Storbritannien og Tyskland har således hver deres uafhængige instanser, som forsyner politikerne med sundhedsfaglige og -økonomiske argumenter i prioriteringsspørgsmål.

Norge er måske det land, der er kommet længst med en prioriteringsmodel, som Danmark kunne overveje at lade sig inspirere af. Siden 2007 har Norge haft en professionel organisation, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse-tjenesten, som rådgiver politikerne om, hvordan de får mest sundhed for pengene.

Et udvalg nedsat af den norske regering udgav sidst i 2014 en rapport med anbefalinger om prioritering i det norske sundhedsvæsen. Hovedbudskabet i rapporten er, at prioritering i sundhedsvæsenet skal foregå systematisk, med størst mulig åbenhed, inddrage brugerne samt følge klare kriterier – med sundhedsgevinsten som højeste prioritet. Se også tekstboksen *Nye kriterier for prioritering*.

Det vil være naturligt for Danmark grundigt at undersøge de norske erfaringer for at vurdere, om de nødvendige prioriteringer på et af vores største velfærdsområder fremover kan foregå med en større grad af folkelig og demokratisk indseende, medvirken og legitimitet.

Nye kriterier for prioritering

Et norsk ekspertudvalg anbefaler, at de nuværende kriterier (nytte, omkostningseffektivitet og alvorlighed) erstattes af tre nye kriterier:

Sundhedsgevinst: Et tiltag skal prioriteres efter dets forventede sundhedsmæssige gevinst – bredt forstået, så også fx forbedret arbejdsevne, mindre belastning af pårørende mv. kan indgå.

Ressourceforbrug: Et tiltag skal prioriteres højere, jo lavere ressourceforbruget er.

Helbredstab: Et tiltag skal prioriteres højere, hvis det gavner de dårligst stillede – defineret som patientgrupper, der har det største forventede tab af gode leveår.

DANSKE
REGIONER



Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

www.regioner.dk

