

# INTERNATIONAL BENCHMARKING AF DET DANSKE SYGGEHUSVÆSEN

Februar 2010



International benchmarking af det danske sygehusvæsen

Februar 2010

Henvendelse om udgivelsen kan ske til:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

Tlf.: 72 26 90 00

Fax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN-nr.: 5798000362055

ISBN elektronisk publikation: 978-87-7601-290-8

Publikationen kan hentes på

[www.sum.dk](http://www.sum.dk)



## Indhold

Kapitel 1: Sammenfatning .....	5
Kapitel 2. Baggrund og metode .....	13
Kapitel 3. Sundhedssystemer og befolkningens sundhedstilstand .....	19
Kapitel 4: Udgifter, personale, kapacitet og aktivitet .....	31
Kapitel 5: Patienten og sygehusvæsenet .....	49
Kapitel 6: Ressourceanvendelse og behandlingskvalitet .....	59
English Summary .....	73
Bilag 1: Kommissorium .....	83
Bilag 2: Oversigtstabel med samtlige indikatorer .....	85
Bilag 3: Definitioner og data .....	87
Litteratur .....	115



## Kapitel 1: Sammenfatning

Denne internationale benchmarking sammenligner det danske sygehusvæsen med andre landes sygehusvæsen på følgende fire områder:

- Sundhedssystemer og sundhedstilstand
- Udgifter, personale, kapacitet og aktivitet
- Patienten og sygehusvæsenet
- Ressourceanvendelse og behandlingskvalitet

Indikatorerne i benchmarkingen vedrører således primært ressourcer, proces, ydelser og effekter, jf. figur 1.1.

Til sammenligningen er der udvalgt syv europæiske lande: Sverige, Norge, Finland, Storbritannien, Tyskland, Nederlandene og Frankrig. Desuden vises et OECD-gennemsnit, hvor det er muligt.

Landene er primært valgt med udgangspunkt i dem, som Danmark naturligt kan sammenligne sig med på grund af geografisk nærhed og en sammenlignelig levestandard. Ligeledes har det været

et hensyn, at landenes sygehusvæsen til en vis grad er sammenlignelige og generelt anses for at holde en høj international standard.

Viden om, hvordan det danske sygehusvæsen klarer sig i forhold til andre lande, giver et fingerpeg om, hvor der eventuelt kan være noget at lære af andre lande. Den internationale benchmarking er således med til at synliggøre sygehusvæsenets præstationer til gavn for patienterne. Dermed bygger benchmarkingen på den samme tanke, som ligger til grund for, at styringen af regioner og sygehuse fremover i højere grad bør baseres på resultatmål, der kan understøtte en effektiv anvendelse af ressourcerne, jf. *Sundhedspakke 2009*. To ud af de tre områder, som regeringen har foreslået som fremtidige mål for effektive patientforløb, indgår ligeledes som indikatorer i benchmarkingen, nemlig anvendelse af ambulans behandling og indlæggelsestider.

Figur 1.1. Model for benchmarking af det danske sygehusvæsen



### Resultater af benchmarkingen

Overordnet set viser benchmarkingen, at det danske sygehusvæsen klarer sig godt på de fleste områder både sammenlignet med de syv lande i publikationen og gennemsnittet af OECD-landene. For Danmark kan det bl.a. fremhæves, at tilgængeligheden er god med relativt korte ventetider og med den mindste andel borgere, som oplever at have et uopfyldt behov for lægelig under-

søgelse blandt landene i benchmarkingen, jf. boks 1.1.

Kvaliteten af behandlingen på hjerteområdet er høj, hvorimod Danmark klarer sig mindre godt på kræftområdet. Det skal dog ses i sammenhæng med, at data er fra 2007, hvor kræftpakkerne endnu ikke var implementeret og de ekstraordinære investeringer i scannere endnu ikke gennemført.

### Boks 1.1. De overordnede resultater

- Danskerne har en kortere middellevetid end borgerne i de andre syv lande i sammenligningen samt gennemsnittet af OECD-landene. Det skyldes bl.a. livsstilsfaktorer (f.eks. højt forbrug af tobak og alkohol). Middellevetiden i Danmark udgjorde 78,4 år i 2007 mod 79,1 år i OECD-landene i gennemsnit.
- Danmark anvender 4,3 pct. af BNP på sygehusvæsenet, mens gennemsnittet for OECD-landene er 3,1 pct.. De syv andre lande i sammenligningen anvender mellem 2,8 og 4,1 pct. af BNP.
- Danmark har næstefter Norge flest fuldtidsbeskæftigede på de offentlige sygehuse målt pr. 1.000 indbyggere.
- Danmark udfører relativt flere operationer på indlagte patienter end de andre lande i sammenligningen og gennemsnittet af OECD-landene. I Danmark udføres 76 operationer på indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere mod i gennemsnit 71 i OECD-landene.
- Danske patienter ligger kortere tid på sygehuset end patienter i de øvrige lande. I Danmark er den gennemsnitlige liggetid for somatiske patienter på 3,5 dage, mens gennemsnittet for OECD-landene er 6,6 dage.
- Danmark havde i 2007 den laveste dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjerte og i hjernen blandt landene i sammenligningen. Dødeligheden blandt danske patienter var 2,9 pct. én måned efter indlæggelse mod 4,9 pct. i gennemsnit for OECD-landene.
- Danske patienter havde i 2007 en højere dødelighed efter hjerneblødning end patienter i de tre øvrige nordiske lande i sammenligningen og Tyskland. Dødeligheden i Danmark lå dog samtidig lavere end OECD-gennemsnittet.
- Danmark lå i 2002-2007 under OECD-gennemsnittet med hensyn til overlevelse fem år efter diagnosticering af tyk-/endetarmskræft og livmoderhalskræft, men lå lige over OECD-gennemsnittet mht. overlevelse efter brystkræft.

- De danske patienter har veludbyggede rettigheder set i forhold til de øvrige lande i sammenligningen. Ud af de otte lande i sammenligningen er det f.eks. kun Danmark, der har et generelt udvidet frit sygehusvalg efter én måneds ventetid. Ligeledes har Danmark blandt de otte lande det laveste niveau for uopfyldte behov for lægelig undersøgelse.

I det følgende er benchmarkingens hovedresultater sammenfattet.

### *Sundhedssystemer og sundhedstilstand*

Selvom landene i benchmarkingen er udvalgt med sammenlignelighed for øje, eksisterer der forskelle. Forskellene findes såvel i landenes organisering af sundhedsvæsenet som i befolkningernes sundhedstilstand. Disse strukturelle betingelser er væsentlige at beskrive, idet de danner rammen for sygehusvæsenernes virke og har en sammenhæng til flere af de udvalgte indikatorer og landenes placering på de enkelte områder. Landenes forskellige fordeling af sundhedsopgaver i hhv. sygehussektor, praksissektor og den kommunale sundhedssektor kan bl.a. påvirke størrelsen af landenes sygehusudgifter og opgørelser af sygehuspersonale.

### *To modeller for sundhedssystemer*

De otte lande har organiseret sig forskelligt, men kan overordnet kategoriseres i to hovedmodeller.

Centralt i den nordiske og britiske model er skat-baseret finansiering og stor offentlig produktion af sygehusydelse. Centralt i den anden model, som omfatter Tyskland, Nederlandene og Frankrig, er forsikringsbaseret finansiering og en kombination af offentlig og privat produktion af sundhedsydelse.

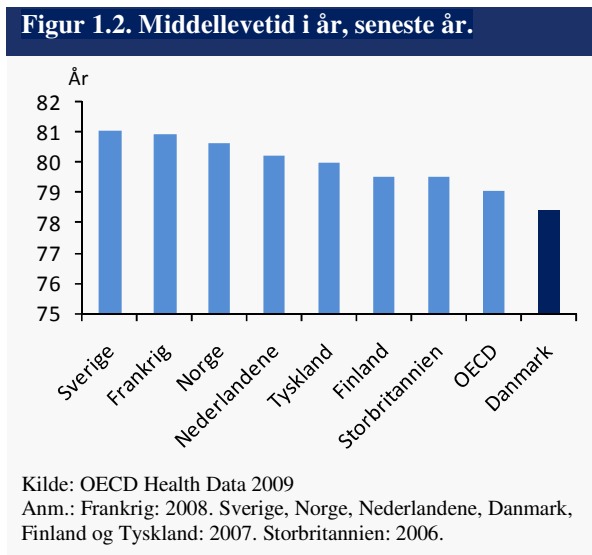
Danmark har den højeste andel af offentlig finansiering af sundhedsvæsenet blandt landene og ligger i midten hvad angår andelen af befolkningen, som har en supplerende privat sundhedsforsikring.



### Befolkningens sundhedstilstand

Befolkningens generelle sundhedstilstand har stor betydning for forbruget af sundhedsydelser, herunder sygehusydelser. Forskellige mål for sundhedstilstanden, f.eks. middellevetid og dødelighed, er samtidig i høj grad påvirket af borgernes livsstil mv. Derfor kan man ikke tolke disse mål som udtryk for, hvor godt sygehusvæsenet fungerer i de enkelte lande.

Befolkningen i Danmark lever i gennemsnit kortere end befolkningen i de udvalgte lande, jf. figur 1.2.



Det er bl.a. befolkningens livsstil, der har betydning for, hvilke sygdomme de får og dermed for middellevetiden. F.eks. kan størstedelen af forskellen i middellevetiden mellem Danmark og Sverige forklares ved befolkningens rygevaner og alkoholforbrug.

### Boks 1.2. Hvad forklarer forskelle i middellevetid?

Middellevetiden i Sverige er næsten tre år længere end i Danmark. En stor del af den danske overdødelighed og den relativt lave middellevetid kan henføres til en høj dødelighed relateret til forbruget af tobak og alkohol. Alkohol og rygning kan samlet set næsten forklare hele forskellen i middellevetid mellem danske og svenske mænd og tre fjerdedele af forskellen mellem danske og svenske kvinder.

Kilde: Knud Juel: "Middellevetid og dødelighed i Danmark sammenlignet med i Sverige" i *Ugeskrift for læger*, 2008;170(33):2423

Benchmarkingen viser, at der i Danmark er en høj andel rygere, og at alkoholforbruget tilsvarende er højere end i de fleste andre lande i benchmarkingen. Med hensyn til hvor stor en del af befolkningen, som er svært overvægtig, ligger Danmark i midtergruppen blandt de udvalgte lande og et stykke under OECD-gennemsnittet.

### Udgifter, personale, kapacitet og aktivitet

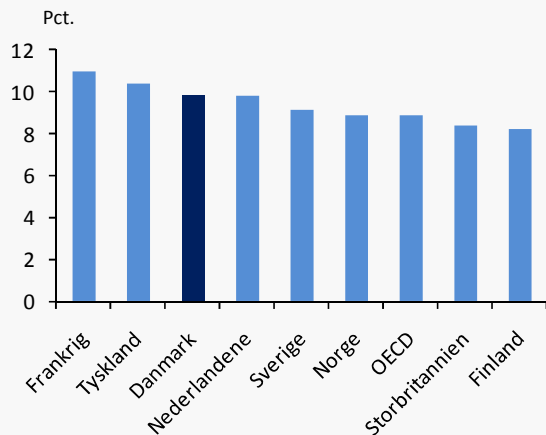
Danmark ligger generelt højt, når benchmarkingens lande sammenlignes med hensyn til udgifter, personale, kapacitet og aktivitet.

### Udgifter

Danmark ligger i midten blandt landene i sammenligningen for så vidt angår de samlede sundhedsudgifters andel af BNP<sup>1</sup>. Danmarks sundhedsudgifter udgør 9,8 pct. af BNP i 2007 og ligger dermed over de 8,9 pct. af BNP, som er gennemsnittet for OECD-landene, jf. figur 1.3.

<sup>1</sup> I OECD's definition af sundhedsudgifter inkluderes udgifter til nogle områder inden for pleje- og omsorg, som i Danmark afholdes på socialområdet.

**Figur 1.3. Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP, pct. 2007.**

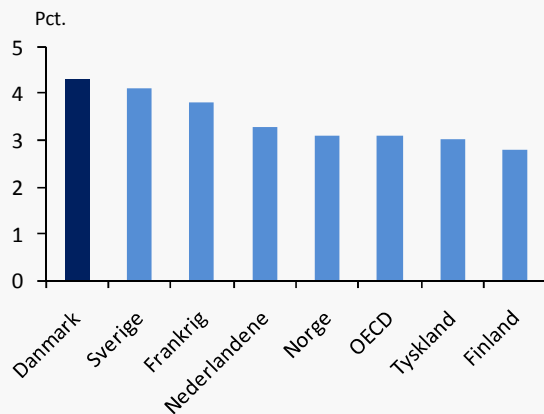


Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet.

I Danmark udgør sygehusudgifterne 4,3 pct. af BNP, mens gennemsnittet for OECD-landene er 3,1 pct., jf. figur 1.4.

**Figur 1.4. Sygehusudgifternes andel af BNP, pct., 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data omhandler udgifter for offentlige og private hospitaler. Investeringer er ikke inkluderet. Data for Norge er fra 2006.

Det er dog ikke et mål i sig selv at anvende mange ressourcer. Det centrale bør være, at ressourcerne anvendes effektivt, og hvilket udbytte man får af de anvendte ressourcer.

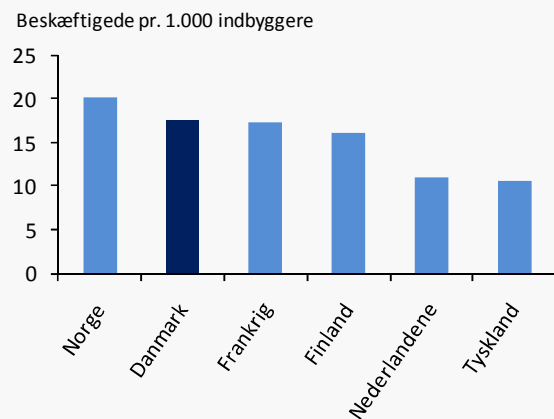
Vedrørende investeringer i udstyr og anlæg/bygninger på sundhedsområdet ligger Danmark i midten.

### Personale

Lønudgifterne til personalet tegner sig for en meget stor andel af de samlede sygehusudgifter. Det skyldes, at sundhedsområdet, herunder sygehusvæsenet, er en sektor med meget direkte patientkontakt og derfor er et personaletungt område.

Der er i Danmark ca. 17,5 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 1.5. Blandt de udvalgte lande er det kun Norge, der har flere fuldtidsbeskæftigede pr. 1.000 indbyggere. Indikatoren inkluderer alle ansatte på sygehuse – dvs. ikke kun sundhedsfagligt personale.

**Figur 1.5. Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009 og Sundhedsstyrelsen/Det Fælleskommunale Løndatakontor (danske data).

Anm.: Der kan landene imellem være forskel i opgørelsen af fuldtidsbeskæftigede. Data omhandler alle beskæftigede på offentlige og private sygehuse samt specialiserede sygehuse. Data kan ikke splittes op på personalegrupper. Data for Danmark er kun for offentlige sygehuse. Finland, Nederlandene: 2006. Der er ikke tilstrækkelig data til at lave et OECD-gennemsnit..

Danmark uddanner flere læger end de andre lande og ligger i midten hvad angår nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter. Danmark uddanner hvert år 16 læger pr. 1.000 indbyggere, mens OECD-gennemsnittet er på ti læger pr. 1.000 indbyggere.

### Kapacitet

Danmark placerer sig midt i feltet blandt landene, både hvad angår antallet af senge i somatikken og psykiatrien. Antallet af hospitalssenge har den

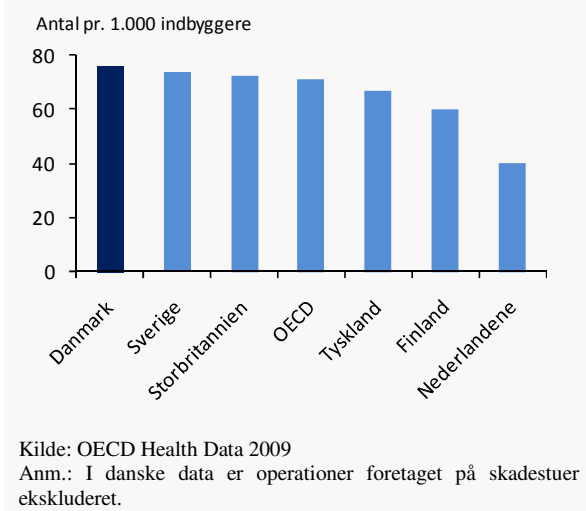
begrænsning, at det alene fortæller noget om kapaciteten til at behandle indlagte patienter. I takt med den fortsatte omlægning til ambulante behandling er antallet af senge blevet et stadig mere ufuldstændigt udtryk for sygehusvæsenets kapacitet.

For så vidt angår scannere har Danmark generelt flere CT-, MR- og PET-scannere pr. mio. indbyggere end de øvrige lande i sammenligningen.

#### Aktivitet

For indlagte patienter ligger Danmark højt med hensyn til antallet af operationer og udnyttelse af sengekapaleteten. I Danmark udfører sygehusvæsenet 76 operationer på indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning er OECD-gennemsnittet 71 operationer pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 1.6.

**Figur 1.6. Antal operationer, indlagte patienter, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



På det ambulante område udfører det danske sundhedsvæsen ca. 75 operationer af ambulante patienter pr. 1.000 indbyggere. De øvrige fire lande har mellem 21 og 86 operationer pr. 1.000 indbyggere.

Danmark ligger i midten af landene i benchmarkingen hvad angår antallet af udskrivinger. I Danmark udskrev sygehusvæsenet således ca. 170 patienter pr. 1.000 indbyggere i 2007, mens

OECD-gennemsnittet var 158 patienter pr. 1.000 indbyggere.

#### Ressourceanvendelse og behandlingskvalitet

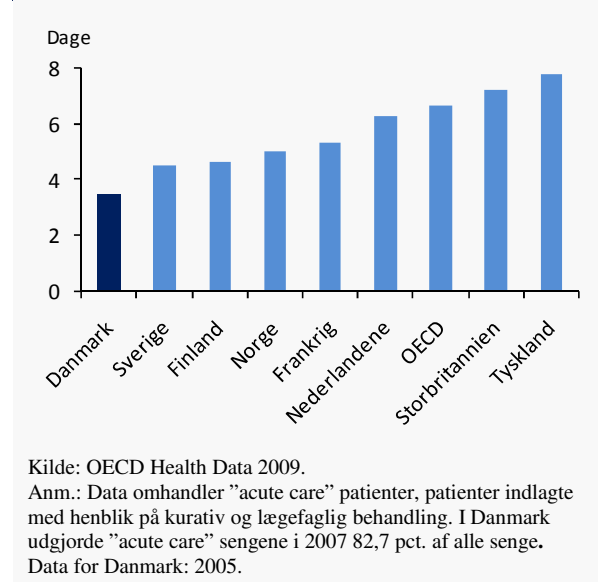
Danmark ligger højt, når de udvalgte lande sammenlignes på indikatorer for ressourceanvendelse. I forhold til behandlingskvaliteten varierer billedet på de forskellige sygdomsområder.

#### Ressourceanvendelse

Det danske sygehusvæsen leverer lidt flere operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat end de andre fire lande, hvor der findes data. I Danmark udfører sygehusvæsenet 8,6 operationer årligt pr. fuldtidsbeskæftiget. I forhold til antallet af udskrivinger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat ligger Danmark i midtergruppen blandt landene i benchmarkingen.

De danske patienter er indlagt kortere tid på sygehuset end patienterne i de øvrige lande. I Danmark er den gennemsnitlige liggetid således 3,5 dage, hvorimod OECD-gennemsnittet er 6,6 dage, jf. figur 1.7.

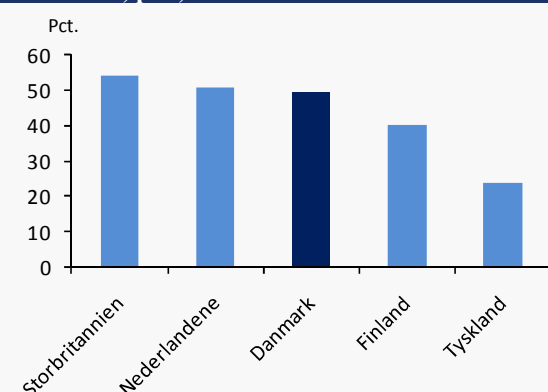
**Figur 1.7. Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter, antal dage, 2007.**



I Danmark udføres omkring halvdelen af operationerne ambulante, jf. figur 1.8. Det skal ses i sammenhæng med gode erfaringer med accelererede

patientforløb, hvor patientforløbene tilrettelægges således, at bl.a. behovet for indlæggelse reduceres. I flere andre lande er der ligesom i Danmark en omlægning i gang mod øget ambulat behandling både af hensyn til patienten og mere effektiv ressourceanvendelse. De øvrige landes andel af ambulat behandling spænder mellem ca. 24 og 54 pct.

**Figur 1.8. Andel af operationer der udføres ambulat, pct., 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

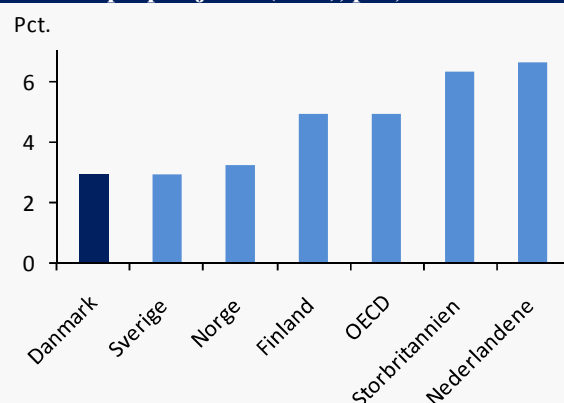
Anm.: Der er ikke beregnet OECD gennemsnit, da der ikke er data for tilstrækkeligt antal lande.

### Behandlingskvalitet

Behandlingskvaliteten sammenlignes på de to sygdomsområder med flest dødsfald i de industrialiserede lande, dvs. hjertekar- og kræftsygdomme.

Danmark har både den laveste 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet og i hjernen. I Danmark dør 2,9 pct. af patienterne inden for de første 30 dage efter indlæggelse med blodprop i hjertet, mens OECD-gennemsnittet er 4,9 pct., jf. figur 1.9.

**Figur 1.9. 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI), pct., 2007.**

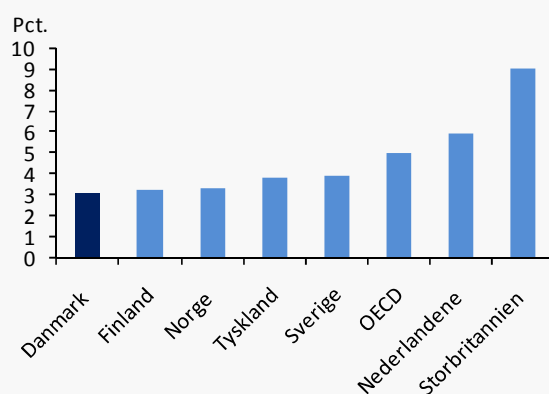


Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, som indlæggelsen er sket på. Data for Nederlandene er fra 2005

For blodprop i hjernen dør 3 pct. af patienterne inden for 30 dage efter indlæggelse for blodprop i hjernen i Danmark. OECD-gennemsnittet er 5 pct., jf. figur 1.10.

**Figur 1.10. 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen, pct., 2007.**



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

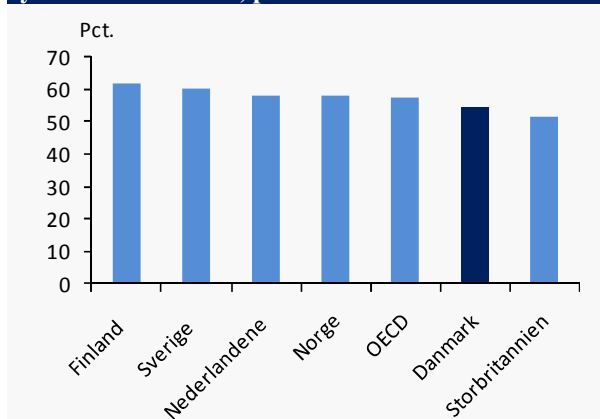
Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, som indlæggelsen er sket på. Data for Nederlandene er fra 2005.

Vedrørende 30-dages dødelighed efter indlæggelse for hjerneblødning ligger Danmark i midtergruppen af landene i benchmarkingen med en

dødelighed efter 30 dage på knap 17 pct.. Her er OECD-gennemsnittet ca. 20 pct.

På kræftområdet er den relative 5-års overlevelse for tyk/endetarmskræft samt livmoderhalskræft lav i Danmark. Eksempelvis var 54 pct. af patienterne med tyk/endetarmskræft i Danmark fortsat i live i 2007 fem år efter, at de havde fået konstateret sygdommen, jf. figur 1.11. OECD-gennemsnittet var 57 pct.

**Figur 1.11. 5-års relative overlevelsesrater for tyk/endetarmskræft, pct. 2002-2007.**

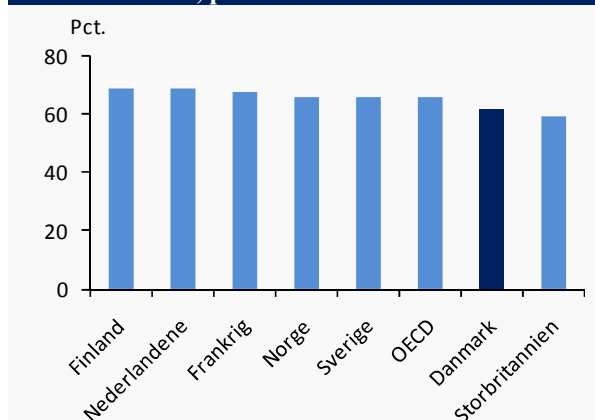


Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm.: Aldersstandardiserede rater. Finland (2002-05). Sverige (2003-08). Norge (2001-06). Storbritannien (2001-06). Nederlandene (2001-06). Der findes ikke tal for 2002-2007 for Frankrig. Der findes ikke nationale data for Tyskland.

For livmoderhalskræft var 61 pct. af de danske patienter fortsat i live i 2007 fem år efter, at de havde fået konstateret sygdommen, jf. figur 1.12. OECD-gennemsnittet var knap 66 pct.

**Figur 1.12. 5-års relative overlevelsesrater for livmoderhalskræft, pct. 2002-2007.**



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm.: Aldersstandardiserede rater. Data fra Frankrig er fra 1997-2002. Der findes ikke nationale data for Tyskland.

For brystkræft ligger 5-års overlevelsen i Danmark midt i feltet blandt landene i benchmarkingen og lige over OECD-gennemsnittet. I Danmark var 82 pct. af patienterne med brystkræft fortsat i live i 2007. OECD-gennemsnittet var ca. 81 pct.

Data på kræftområdet omhandler patienter, der er diagnosticeret i 2002, og den relative overlevelse er beregnet for 2007. Sammenligner man med 5-årsoverlevelsen for patienter diagnosticeret i 1997, har der været en positiv udvikling for både tarm- og brystkræft. Samtlige data for kræftoverlevelse er fra før, der blev indført pakkeforløb for kræft i Danmark. Derfor er effekterne af pakkeforløbene endnu ikke synlige i sammenligningen.

#### *Ventetid og patientoplevelse kvalitet*

Sammenligningen<sup>2</sup> viser, at ventetiden i det danske sygehusvæsen er lav i forhold til de andre lande. For de tre udvalgte operationer - brystkræft, by-pass og hofteoperation - ligger ventetiden i Danmark i den laveste ende. Ventetiden til brystkræft- og by-passoperation er således kortere end én måned i Danmark.

<sup>2</sup> Ventetidsoplysningerne stammer fra det spørgeskema, som er besvaret af landes sundhedsministerier, idet der ikke findes nogen nyere internationale data.

I Danmark er den patientoplevede kvalitet høj sammenlignet med de andre lande, især på det ambulante område.

### **Patienten og sygehusvæsenet**

Benchmarkingen viser, at de danske patienter har veludbyggede rettigheder set i forhold til de øvrige lande i sammenligningen.

#### *Patienters adgang*

I Danmark oplever kun 0,2 pct. af borgerne, at de har uopfyldte behov for lægelig undersøgelse, hvilket er den laveste andel blandt landene. Endvidere viser sammenligningen, at der i alle landene – med undtagelse af Danmark og Storbritannien – er egenbetaling på sygehusbehandling. Egenbetalingen udgør i størrelsesordenen 100-500 kr. for et sygehusbesøg.

#### *Patienters rettigheder*

Patienterne i Danmark kan benytte sig af frit sygehusvalg (dvs. mellem offentlige sygehuse) uden egenbetaling. I fire af de andre lande i benchmarkingen er der også frit valg, i to af landene kan et frit sygehusvalg betyde egenbetaling for patienten, mens der i ét enkelt land ikke er frit sygehusvalg.

I Danmark har patienterne ret til udvidet frit sygehusvalg, når ventetiden i bopælsregionen overstiger én måned, hvilket er den korteste tidsgrænse blandt landene i benchmarkingen. De ikke-nordiske lande i benchmarkingen har ikke lignende ordninger.

#### *Information til patienter*

De danske patienter har adgang til information på internettet om kvaliteten af sygehuse og ventetiden på hjemmesiderne [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) og [www.venteinfo.dk](http://www.venteinfo.dk). Informationen er rettet mod borgerne og kan understøtte det frie sygehusvalg. I Danmark kan kvalitetsoplysningerne anvendes til at sammenligne sygehuse på en række parametre. Det samme gælder i tre andre lande, mens fire af landene i benchmarkingen offentliggør enten begrænsede eller ingen kvalitetsdata, som er

rettet mod borgerne. Dermed ligger Danmark højt placeret blandt landene i benchmarkingen.

Danmark ligger i midten mht. assistance til opnåelse af patientrettigheder før/under behandling, idet patienterne kan få vejledning på patientkontorer på regionalt niveau.

## Kapitel 2. Baggrund og metode

### 1. Baggrund for arbejdet samt arbejdsgruppens sammensætning og møder

Med den internationale benchmarking følges der op på regeringsgrundlaget ”Mulighedernes Samfund”, november 2007, hvoraf det fremgår:

*”Regeringen vil hvert 5. år – og første gang i 2008/2009 – gennemføre en sammenligning af forholdene i det danske sygehusvæsen med forholdene i vores nabolande med henblik på vedvarende at arbejde hen imod, at det danske sygehusvæsen er blandt de førende internationalt set.”*

På den baggrund er der udarbejdet et kommissorium for arbejdet, jf. bilag 1.

I arbejdet har Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand) været repræsenteret.

Desuden har professor Terkel Christiansen, forskningsleder Karsten Vrangbæk og professor Allan Krasnik deltaget i fire møder. Forskernes rolle har været at bidrage med sparring og kvalificering i forhold til bl.a. den valgte metodetilgang.

Arbejdsgruppen har afholdt syv møder med deltagelse af:

- Specialkonsulent Charlotte Hougaard Møller, Finansministeriet
- Souschef Annette Søberg Roed, Sundhedsstyrelsen
- Souschef Monika Madsen, Sundhedsstyrelsen
- Overlæge Thomas Schiøler, Sundhedsstyrelsen
- Professor Terkel Christiansen, Syddansk Universitet
- Forskningsleder Karsten Vrangbæk, Anvendt KommunalForskning
- Professor Allan Krasnik, Københavns Universitet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand):

- Kontorchef Henrik Grosen Nielsen
- Fuldmægtig Frederikke Beer
- Fuldmægtig Margrethe Eberth
- Student Cecilie Birkemose Mathiesen

### 2. Metode

Med international benchmarking af det danske sygehusvæsen foretages en systematisk og faktisk sammenligning. Benchmarking går således ud på at sammenligne for herigennem at kunne identificere og lære af ”best practice” på et område.

#### Boks 2.1. Benchmarking som disciplin

Benchmarking er et strategisk værktøj i en løbende proces mod at søge efter ”best practice” på de områder, som en virksomhed/organisation er involveret i. Benchmarking anvendes til at skabe vished om, hvordan forskellige organisationer klarer sig på bestemte områder, som virksomheden/organisationen består af eller er involveret i.

Information fra benchmarking kan således give anledning til at undersøge årsagen til, hvorfor og hvordan nogen klarer sig bedre end andre, og hvor der dermed er potentiale for forbedring. Benchmarking er ikke identisk med kopiering, men udgør et grundlag for videre udvikling hos organisationen som her det danske sygehusvæsen, idet områder og processer med forbedringsmuligheder identificeres. Erfaringer fra andre organisationer - her andre sygehusvæsener - kan sjældent direkte overføres, men må tilpasses konteksten.

Kilde: Christensen (red); Benchmarking på tværs af faggrænser, 2001.

I benchmarkingen sammenlignes ressourceanvendelse og behandlingskvalitet i det danske sygehusvæsen i forhold til øvrige udvalgte landes sygehusvæsener. Desuden sammenlignes forudsætningerne for og processerne, hvorved behandlingen bliver leveret.

### **Boks 2.2. Anvendelse af benchmarking i det danske sundhedsvæsen**

I det danske sundhedsvæsen anvendes benchmarking og sammenligning ligeledes i vidt omfang. Eksempler herpå er bl.a. de årlige opgørelser af sygehusproduktiviteten med sammenligninger af regioner og sygehuse. Et andet eksempel er det nationale indikatorprojekt, hvor regioner og sygehusafdelinger sammenlignes på kvaliteten af behandlingen af otte sygdomsområder. Endelig er de landsdækkende undersøgelser af patienters oplevelser på landets sygehuse endnu et eksempel.

#### **2.1. Valg af lande**

De syv lande, som ud over Danmark indgår i den internationale benchmarking, er Sverige, Norge, Finland, Storbritannien, Tyskland, Nederlandene og Frankrig. Landene er udvalgt, fordi landene dels ligger geografisk relativt tæt på Danmark, dels fordi deres sygehussektor, sundhedssystemer og landenes generelle karakteristika, herunder bl.a. befolkningens livsstil mv., ligner de danske forhold. Disse forhold gør sammenligning relevant.

Som på andre velfærdsområder ligner sundheds- og sygehussystemerne i de nordiske lande det danske mest, og en sammenligning her falder dermed naturlig. Imidlertid er der også grund til at se lidt bredere. For at have et bedre sammenligningsgrundlag og for også at måle det danske sygehusvæsen mod andre typer af systemer indgår derfor yderligere udvalgte europæiske lande, som Danmark også i andre henseender sammenligner sig med.

#### **2.2. De anvendte data**

##### *Primær datakilde - OECD*

Publikationen er primært baseret på data, som regelmæssigt indsamles og valideres af OECD. Data fra OECD har den fordel, at de typisk indsamles årligt, hvilket muliggør gentagelse af sammenligningen med en fast kadence. OECD's data dækker store områder af sundhedssektoren. Samtidig arbejder OECD i samarbejde med medlemslandene aktivt på at forbedre datakvaliteten og sammenligneligheden af oplysningerne fra de

enkelte lande, bl.a. vedrørende sundhedsudgifter. Det betyder, at en del af usikkerhederne i data i den foreliggende sammenligning i mindre grad vil gøre sig gældende i fremtidige sammenligninger.

En konsekvens af, at benchmarkingen i høj grad baseres på OECD-data, er således, at der for nogle indikatorer findes nyere danske data end dem, der inddrages i analysen på nationalt niveau.

Det har i arbejdet så vidt muligt været en prioritet at basere benchmarkingen på allerede indsamlede, validerede og offentliggjorte internationale data med henblik på at øge troværdigheden og validiteten af sammenligningen.

##### *Øvrige datakilder*

På væsentlige områder er data fra OECD dog ikke tilstrækkelige til at give et billede af sygehusvæsenet. Det er eksempelvis områder som patienters adgang til sygehusvæsenet, ventetid, beskrivelse af sundhedssystemer generelt, patienters rettigheder og information til patienterne.

For at tilvejebringe data på disse områder har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt landenes sundhedsministerier. Landene har deltaget i udviklingen af spørgeskemaet for bl.a. at sikre valide svar, herunder sikring af at spørgsmålene forstås ens i de forskellige lande, jf. boks 2.3.

På enkelte områder er der anvendt data fra andre kilder end OECD og spørgeskemaundersøgelsen. Det er områder som eksempelvis adgangen til sygehusvæsenet, hvor der er anvendt data og oplysninger indsamlet af EU-Kommissionens statistiske direktorat (Eurostat). Data og definitioner for samtlige kvantitative data fremgår af bilag 2.



**Boks 2.3. Udvikling af spørgeskema**

Landene har været inddraget i udviklingen af skemaet bl.a. for at sikre, at lande med forskellige former for organisering af sundhedsvæsenet forstår spørgsmålene på samme måde samt for at sikre, at spørgsmålene giver mening i forskellige sundhedssystemer.

Første fase i udviklingen af spørgeskemaet var en workshop i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i efteråret 2008 med deltagelse af repræsentanter fra sundhedsministerierne i Sverige, Norge, Finland, Storbritannien<sup>3</sup>, Tyskland og Nederlandene. Til denne workshop havde landene udfyldt et første udkast af spørgeskemaet. På workshoppen blev landenes svar diskuteret, og ændringer blev foreslået.

I anden fase blev spørgeskemaet revideret og udvidet. Det reviderede skema blev pilottestet i Norge og Storbritannien i marts 2009.

Herefter fulgte en tredje fase med revision af spørgeskemaet. Det endelige spørgeskema blev udsendt til de syv andre lande i maj 2009. Indsamlingen blev afsluttet i august 2009 med svar fra alle landenes sundhedsministerier. Herefter fulgte en validering af besvarelserne i samarbejde med landene.

**2.3. Valg af indikatorer**

Indikatorerne i publikationen er søgt udvalgt med henblik på at udvikle og opstille et validt, relevant og dækkende grundlag for at kunne gentage sammenligningen med en fast kadence og ud fra samme grundlag. Der er så vidt muligt anvendt indikatorer, som opgøres årligt, og hvor datakvaliteten er god og valid. Indikatorerne er dog også udtryk for, hvad der findes af internationalt sammenlignelige data. Derfor giver indikatorerne ikke et fuldt og dækkende billede af sygehusvæsenet. Eksempelvis er der sygehusområder, hvor der ikke findes internationalt sammenlignelige data. F.eks. udgør det medicinske område en stor del af

sygehusvæsenet i nogle af landene, herunder bl.a. Danmark.

På linje med andre velfærdsområder er international sammenligning af sundheds- og sygehusvæsenet på tværs af lande og i en global kontekst et relativt nyt fænomen. Der foregår et løbende udviklingsarbejde vedrørende relevant og sammenlignelige internationale data i forskellige internationale fora, herunder bl.a. OECD.

Desuden skal det nævnes, at antallet af indikatorer i de enkelte kapitler ikke kan ses som et udtryk for områdets vigtighed, men snarere mængden af tilgængelige data. Alt i alt kan data og tabeller således kun give et delvist indtryk af Danmarks placering i et internationalt perspektiv.

Landene bliver i publikationen sammenlignet på forskellige indikatorer. I valget af indikatorer har følgende tre overordnede krav været styrende:

- i. *Relevans.*
- ii. *Entydighed.*
- iii. *Påvirkelighed.*

Indikatorerne i publikationen kan opdeles i følgende tre kategorier:

*Indikatorer for ressourceanvendelse og behandlingskvalitet*

Indikatorerne anvendes i kapitel 6 om sygehusvæsenernes ressourceanvendelse og kvalitet.

Områderne for effektiv ressourceanvendelse og kvalitet er generelt kendetegnet ved, at der er relativt få tilgængelige indikatorer, som kan anvendes til at sammenligne forskellige landes sygehusvæsenet. De overordnede krav og kriterier til indikatorerne i benchmarking af resultater i sygehusvæsenet er først og fremmest, at de skal være relevante, entydige og påvirkelige.

i. *Relevans.* Indikatorerne skal give et overordnet og aktuelt billede af sygehusvæsenet på centrale parametre, som er målbare. Desuden skal indika-

<sup>3</sup> For Storbritannien tager spørgeskemaet udgangspunkt i England. Ligeledes tager beskrivelsen af sundhedssystemer i kapitel 3 for Storbritannien udgangspunkt i det engelske sundhedssystem. Data fra OECD vedrører hele Storbritannien.

torerne være relevante for alle de lande, som indgår i sammenligningen, ikke kun her og nu, men også i de kommende år. De udvalgte indikatorer afspejler, hvad der sammenlignes i regi af bl.a. OECD og andre internationale sammenligninger.

ii. *Entydighed*. Da indikatorerne skal anvendes til at benchmarke lande, er det væsentligt, at de har en entydig retning, hvor det er ønskeligt at bevæge sig. Et eksempel på en klar og entydig indikator er dødelighed efter operation for en bestemt sygdom. Her er en lav dødelighed klart at tilstræbe frem for høj dødelighed.

iii. *Påvirkelighed*. Indikatorerne skal afspejle udviklingen inden for sygehusvæsenet og kunne påvirkes af indsatsen og diverse processer på sygehusområdet. Eksempelvis skal de indikatorer, der anvendes vedrørende effektiv ressourceanvendelse, kunne påvirkes ved at tilrettelægge arbejdet på en effektiv måde. Indikatorerne skal så vidt muligt alene afspejle indsatsen i sygehusvæsenet, da sammenligningen er afgrænset hertil, og de skal således ikke afspejle indsatsen i det samlede sundhedsvæsen, herunder praksissektoren og kommunerne.

#### *Indikatorer for input, proces og output*

Den anden type af indikatorer anvendes i kapitel 4 og 5. Indikatorerne skal beskrive landenes sygehusvæsen på:

- inputfaktorer, herunder udgifter, personale, senge og teknologi,
- procesfaktorer, herunder adgang, rettigheder og information samt
- output, herunder operationer og udskrivninger.

Nogle af disse indikatorer lever ikke op til kravet om entydighed. Et eksempel er antallet af senge til indlagte patienter. I en traditionel kapacitets-sammenhæng er fokus på maksimering af antallet af senge - jo flere senge til indlagte patienter, desto større kapacitet. Er formålet derimod at sikre patienten en mere skånsom behandling samt en hensigtsmæssig ressourceanvendelse af både per-

sonale og økonomiske ressourcer, er målet i stedet at mindske antal sengepladser til indlagte patienter og samtidig øge kapaciteten på det ambulante område.

Kravene om relevans og påvirkelighed gælder for denne type af indikatorer, idet de skal afspejle forholdene i sygehusvæsenet og være påvirkelige af initiativer på området.

Indikatorerne til sammenligning af input og output er kendetegnet ved, at der bl.a. allerede findes indsamlede og validerede kvantitative data, som er velegnet til international sammenligning.

Indikatorerne vedrørende proces er i højere grad beskrivende og baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse, som landenes sundhedsministerier har besvaret, jf. boks 2.3.

#### *Indikatorer for sundhedssystemer og -tilstand*

Den tredje type af indikatorer, der anvendes i kapitel 3, skal bl.a. beskrive den strukturelle sammenhæng, som landenes sygehusvæsen fungerer i samt befolkningens sundhedstilstand.

Sundhedsvæsenet i de otte lande i benchmarkingen beskrives med udgangspunkt i organisering, finansiering og styring. Desuden beskrives helt overordnet nogle indikatorer for befolkningens generelle sundhedstilstand i de otte lande. Det er relevant at beskrive såvel organisering som befolkningens generelle sundhedstilstand, idet de i mange tilfælde har betydning for sygehusvæsenet og de leverede sundhedsydelser.

Indikatorerne i dette kapitel skal ikke i samme omfang leve op til kravet om relevans, entydighed og påvirkelighed i forhold til sygehusvæsenet. Det skyldes, at indikatorer i dette kapitel beskriver forhold, som findes i sygehusvæsenets omgivelser. Formålet med indikatorerne er faktisk at beskrive og belyse den ramme, som sygehusvæsenet i landene fungerer i.

## 2.4. Metoder til præsentation af indikatorerne

Alle kapitlerne indledes med en oversigtstabel for samtlige indikatorer i kapitlet. I tabellen fremgår udviklingen i danske data siden 2001 i procent samt en markering af, hvorvidt Danmark numerisk ligger højt, mellem eller lavt på indikatoren i forhold til de øvrige lande.

Tabel 2.1 anvendes i bestemmelsen af, om den numeriske værdi for Danmark er høj, mellem eller lav. Antallet af lande med data bestemmer først, hvilken kolonne der vælges. Danmarks placering efter højeste numeriske værdi i forhold til de andre lande bestemmer derefter, hvilken række der vælges. Kolonnen og rækken viser tilsammen, hvorvidt Danmarks placering er høj, mellem eller lav. Der tages alene udgangspunkt i de pålydende værdier på indikatorerne og ikke efter statistisk signifikans eller lignende.

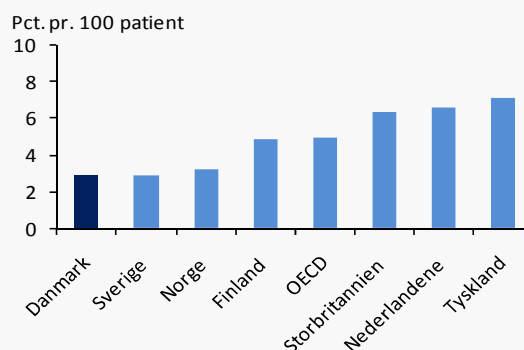
**Tabel 2.1. Bestemmelse af hvorvidt Danmark har høj (H), mellem (M) eller lav (L) numerisk værdi på en indikator**

Danmarks placering efter højeste numeriske værdi	Antal lande med data							
		2	3	4	5	6	7	8
1	H	H	H	H	H	H	H	H
2	L	M	M	M	H	H	H	H
3		L	M	M	M	M	M	M
4			L	M	M	M	M	M
5				L	L	M	M	M
6					L	L	M	M
7						L	L	L
8								L

I kapitlerne gennemgås hver enkelt indikator og fremstilles grafisk i stolpediagrammer. Figur 2.1 er et eksempel herpå. Landene rangeres efter værdi på indikatoren. I figur 2.1. er Danmark placeret længst til venstre, idet Danmark har den *laveste* dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet. De øvrige lande præsenteres fortløbende mod højre. Danmark er markeret med en mørkeblå farve, mens de øvrige lande er markeret med lyseblå.

Opstillingen i søjlediagrammer sikrer, at det er let at sammenligne Danmark med de andre lande. Søjlediagrammer viser, hvor store de relative forskelle mellem landene er. Desuden indeholder søjlediagrammerne mere detaljeret information end oversigtstabellerne om årstal for data, indikatorens fulde navn og evt. anmærkninger.

**Figur 2.1. 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI), pct., 2007.**



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater. Data for Nederlandene er fra 2005.

I søjlediagrammerne indgår et gennemsnit for OECD-landene<sup>4</sup>, hvor det er muligt. Det giver information om, hvordan de industrialiserede lande som gennemsnit ligger i forhold til de otte lande.

OECD-gennemsnittet er beregnet som et simpelt gennemsnit af landene. Der tages således ikke højde for landenes relative BNP, befolkningsstørrelse eller lignende. Gennemsnittet er beregnet, såfremt der har været data til rådighed for minimum 20 ud af de 30 OECD-lande. Det er således ikke for alle indikatorer, at OECD-gennemsnittet fremgår i sammenligningen.

På nogle områder stammer data ikke fra OECD, men eksempelvis fra EU eller fra en spørgeske-

<sup>4</sup> Australien, Belgien, Canada, Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland, Grækenland, Irland, Island, Italien, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Nederlandene, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, Slovakiet, Spanien, Sverige, Schweiz, Storbritannien, Tjekkiet, Tyrkiet, Ungarn, USA og Østrig.

maundersøgelse gennemført i forbindelse med denne internationale sammenligning. I de tilfælde er det ikke muligt at udregne et OECD-gennemsnit.

I kapitel 3 beskrives sundhedssystemerne og befolkningens sundhedstilstand i de otte lande. Beskrivelsen af sundhedsvæsenet i de otte lande er primært kvalitativ, men indledningsvis i kapitlet vises en oversigtstabel med indikatorer for sundhedssystemer og befolkningens sundhedstilstand. Beskrivelserne af befolkningens sundhedstilstand er kendetegnet ved, at der findes sammenlignelige kvantitative data for landene. Gennemgangen sker derfor med udgangspunkt i søjlediagrammer.

### Kapitel 3. Sundhedssystemer og befolkningens sundhedstilstand

I kapitlet præsenteres sundhedssystemerne og befolkningens sundhedstilstand helt overordnet for de otte udvalgte lande i denne publikation. For landene er det i en international sammenligning af sygehusvæsenet væsentligt at beskrive sundhedssystemernes organisering og struktur samt befolkningens sundhedstilstand, da disse forhold danner rammen for sygehusvæsenernes virke og har en sammenhæng til flere af de udvalgte indikatorer og landenes placering herfor.

I internationale studier over faktorer, der påvirker befolkningens sundhedstilstand og levetid, indgår bl.a. diverse socioøkonomiske faktorer, indsatsen i sundhedsvæsenet, livsstilsfaktorer som f.eks. forbrug af tobak, alkohol og kost<sup>5</sup>. Men kausaliteten/påvirkeligheden kan også være modsatrettet i forhold til sundhedsvæsenet. Befolkningens sundhedstilstand har også betydning for sundheds- og sygehusvæsenets opgaver, da den bl.a. påvirker efterspørgselen efter sygehusydelse.

Befolkningens sundhedstilstand er således ikke et direkte og entydigt resultat af sygehusvæsenet. Sygehusvæsenet kan dog påvirke udviklingen i f.eks. befolkningens middellevetid gennem helbredende eller livsforlængende behandling. Imidlertid har den primære sundhedstjeneste, herunder praksissektoren, sammen med livsstilsfaktorer også en betydning for middellevetiden. Befolkningens egen livsstil, eksempelvis rygevaner, kan f.eks. have en stor indvirkning på befolkningens middellevetid. Forskelle i middellevetid mellem landene kan derfor ikke forklares alene ud fra sundheds- og sygehusvæsenet, og middellevetid er dermed ikke et retvisende mål for, hvor godt et lands sygehusvæsen er.

Fælles for kapitlets indikatorer, jf. tabel 3.1., er, at de fortæller noget om rammerne for sygehusvæsenet. Hvordan organiseres og finansieres sundheds- og sygehusvæsenet? Hvilke sundhedsmæssige udfordringer eksisterer i de forskellige lande? Forhold som disse kan til en vis grad have betydning for, hvordan landenes sygehusvæsener klarer sig på forskellige indikatorer i benchmarkingen.

---

<sup>5</sup> Forebyggelseskommissionen – Vi kan leve længere og sundere (2009).

**Tabel 3.1. Indikatorer for sundhedssystemer og befolkningens sundhedstilstand**

	Ændring i danske data 2001-2007	Danmarks placering seneste år, efter numerisk værdi
<b>Sundhedssystemerne i de otte lande (afsnit 3.1.):</b>		
Andel offentlig finansiering af sundhedsvæsenet	1,8 pct. point	Høj
Andel med supplerende privat forsikring	-	Mellem
<b>Befolkningens sundhedstilstand (afsnit 3.2.):</b>		
Middellevetid	1,4 år	Lav
Absolut ændring i middellevetid	-	Mellem
Andel daglige rygere	- 4,5 pct. point <sup>1</sup>	Høj
Alkoholforbrug	-7,6 pct.	Høj
Andel svært overvægtige	1,9 pct. point <sup>2</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom	-36,3 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for blodprop i hjertet	-38,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for kræft	-4,7 pct. <sup>1</sup>	Høj

Kilde: Se under hver enkelt indikator i kapitlet.

Anm.: Danmarks placering seneste år: Danmarks placering i forhold til øvrige lande i benchmarkingen på baggrund af numerisk værdi. Seneste år fremgår under hver enkelt indikator i kapitlet. – = ingen data.

Noter: 1) Ændringen er fra 2001-2006, 2) Ændringen er fra 2000-2005

### 3.1. Sundhedssystemerne i de otte lande

I afsnittet beskrives, hvordan sundhedssystemerne i landene er organiseret, finansieret og styret. Ses der på sundhedssystemerne i de otte lande, er der forskelle, men der fremstår primært to overordnede modeller.

Centralt i den nordiske og britiske model er skat-baseret finansiering med overvejende offentlig produktion af sygehusydelse. Centralt i den anden model, som omfatter Tyskland, Nederlandene og Frankrig, er forsikringsbaseret finansiering hovedsageligt via not-for-profit sygekasser og i nogle tilfælde via bidrag til en statslig fond, som redistribuerer til sygekasserne, samt en kombination af offentlig og privat produktion af sundhedsydelse. Disse forsikringssystemer i Europa styres i et samspil mellem centrale og decentrale myndigheder, arbejdsmarkedets parter, sygekasserne og udbydere (sygehuse og til dels læger). I alle landene i sammenligningen er let og lige adgang central.

#### **Boks 3.1. Obligatorisk socialt forsikringsbidrag**

I Frankrig, Nederlandene og Tyskland er finansieringen af sundhedssystemet baseret på obligatoriske sociale forsikringsbidrag. I internationale sammenligninger er det således standard, at disse kategoriseres som offentlig finansiering af sundhedsvæsenet på linje med indkomstskatter.

Ud over finansieringen af sundhedssystemerne via enten skatter eller obligatoriske forsikringer finansierer frivillige og supplerende private forsikringer og egenbetaling også en del af sundhedsvæsenet, jf. tabel 3.2.

#### **Boks 3.2. Egenbetaling**

Ud over betaling over skat eller obligatorisk/frivillig supplerende forsikring finansieres sundhedsydelse i forskellig grad via egenbetaling ("out-of-pocket payments").

Egenbetaling vedrører sundhedsudgifter, som borgere betaler direkte, uafhængigt af om udgiften er opstået på baggrund af en henvisning inden for sundhedsvæsenet, eller om udgiften er opstået på eget initiativ.

Tabel 3.2. Sundhedssystemerne i de otte lande

	Andel offentlig/obligatorisk forsikring finansiering af udgifterne til sundhedsvæsenet	Finansiering	Egenbetaling på sygehusbehandling	Egenbetaling hos praktiserende læge/speciallæge	Egenbetaling inden for andet sundhedsvæsen	Andel med supplerende privat forsikring
<b>Danmark</b>	84,5 pct.	Skat	Nej	Nej	Ja	Ca. 20 pct. sundhedsforsikring <sup>1</sup>
<b>Sverige</b>	81,7 pct.	Skat	Ja	Ja	Ja	3,9 pct.
<b>Norge</b>	84,1 pct.	Skat	Ja (for ambulans behandling) <sup>2</sup>	Ja	Ja	3,5 pct.
<b>Finland</b>	74,6 pct.	Skat	Ja	Ja	Ja	11 pct.
<b>Storbritannien</b>	81,7 pct.	Skat	Nej <sup>3</sup>	Nej	Ja	12 pct.
<b>Tyskland</b>	76,9 pct.	Obligatorisk forsikring	Ja	Ja	Ja	20-24 pct.
<b>Nederlandene</b>	74,8 pct.	Obligatorisk forsikring	Ja	Ja <sup>4</sup>	Ja	96 pct.
<b>Frankrig</b>	79,0 pct.	Obligatorisk forsikring	Ja	Nej	Ja	88 pct.

Kilde: Bl.a. OECD Health Data 2009 (offentlige sundhedsudgifter herunder obligatorisk forsikring som andel af samlede sundhedsudgifter), spørgeskema til landenes sundhedsministerier (andel med supplerende privat forsikring), forespørgsler til landenes sundhedsministerier, 2009; MISSOC-databasen, 2007; Descriptions of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom, The Commonwealth Fund, February 2008.

Anm: I OECDs afgrænsning af offentlige sundhedsudgifter indgår socialforsikringsbidrag, idet der er tale om obligatorisk forsikring. Data for andel offentlig /obligatorisk forsikring finansiering af sundhedsudgifter er fra 2007. Data for andel med supplerende privat forsikring: Danmark, Norge 2008, Sverige 2007, Frankrig 2006. Andre lande uoplyst.

Noter: 1) Data fra Forsikring & Pension viser, at 983.000 i 2008 har en supplerende privat sundhedsforsikring i Danmark, hvor der i alt er bruttopræmieindtægter for 1,1 mia. kr. i 2008, hvilket giver en gennemsnitspris pr. forsikrede på godt 1.100 kr. Ca. 2 mio., ca. 37 pct. af befolkningen er medlem af sygeforsikringen "danmark". 2) I Norge er der ingen egenbetaling for indlagte patienter, mens der er egenbetaling ved ambulans behandling. 3) I Storbritannien kan kræves egenbetaling, hvis patienten beder om ekstra faciliteter eller behandling ud over, hvad der er klinisk nødvendigt. 4) I Nederlandene er der ikke egenbetaling på alment praktiserende læger.

## Danmark

Med kommunalreformen i 2007 blev ejerskabet og styringen af sygehusene, fødselscentre, speciallægerne og alment praktiserende læger overført fra amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab til fem regioner, som politisk styres af regionsrådene. 98 kommuner har ansvaret for forebyggelse, genoptræning af patienter efter udskrivning fra sygehus, børne- og specialtandpleje, misbrugsbehandling, hjemmesygeplejen og sundhedstjenester for børn.

Statens rolle i sundhedsvæsenet vedrører bl.a. lovgivning, planlægning og information. Med sundhedsloven fik staten via Sundhedsstyrelsen øgede beføjelser i forhold til specialeplanlægningen, idet Sundhedsstyrelsen skal fastsætte krav til

og godkende placeringen af specialfunktioner på offentlige og private sygehuse.

Sundhedsvæsenet er primært finansieret gennem statslige og kommunale skatter, og den offentlige finansieringsandel udgør 84,5 pct. i 2007. De resterende knap 16 pct. af sundhedsvæsenets finansiering sker via egenbetaling og supplerende private forsikringer.

Sygehusene finansieres gennem fire former for tilskud:

- et generelt statsligt bloktilskud
- et statsligt aktivitetsafhængigt tilskud
- et kommunalt grundbidrag pr. indbygger
- et kommunalt aktivitetsafhængigt tilskud

Tilsammen udgør den statslige finansiering i alt ca. 80 pct. af regionernes indtægter, mens den kommunale finansiering udgør i alt ca. 20 pct.

Der er egenbetaling på medicin (ekskl. medicin udleveret på sygehuse), tandlæge, fysioterapi, fodterapi og kiropraktor, briller og andre tekniske hjælpemidler. Forskellige ordninger regulerer de individuelle udgifter hertil, herunder bl.a. et kronikerloft for medicinudgifter og/eller helbredstillæg til visse befolkningsgrupper. Ca. 37 pct. af befolkningen eller omkring 2 millioner har en supplerende privatforsikring (via sygeforsikringen "danmark"), der dækker egenbetaling ved en række behandlinger. Endelig har ca. 20 pct. af befolkningen svarende til knap 1 mio. borgere i 2008 en supplerende privat sundhedsforsikring, hvoraf ca. 90 pct. er arbejdsgiverbetalte. Sundhedsforsikringer benyttes hovedsageligt til operationer af ofte lettere karakter, men bliver i stigende grad ligeledes brugt til bl.a. psykologbehandling, fysioterapi og kiropraktik.

### **Sverige**

I Sverige har 21 regioner ("landsting") ansvaret for sundhedsvæsenet, både sygehusene og primærsektoren. Den svenske model er kendetegnet ved stor regional frihed. Derfor er der udstrakt variation mellem regionerne i håndteringen af forhold som finansiering, brug af bestiller-udfører modeller, andelen af private udbydere på sundhedsområdet osv. Inden for sundhedsområdet har Sveriges 290 kommuner ansvar for sygepleje (eksklusiv lægehjælp) for ældre og funktionshæmmede, som bor i beskyttet bolig. Statens rolle består hovedsageligt af lovgivning, overordnet planlægning samt tilsyn.

Sundhedsvæsenet finansieres hovedsageligt gennem skat fra stat, region og kommune. Den offentlige finansieringsandel i 2007 udgør 81,7 pct. af de samlede sundhedsudgifter.

I Sverige er der egenbetaling i form af en patientafgift på bl.a. sygehusbehandling, lægemidler (undtagen på sygehus), besøg hos alment praktise-

rende læger og speciallæger, besøg af hjemmesygeplejerske og fysioterapi. Der er dog et loft på afgiftens størrelse. For læge- og speciallægebehandling samt ambulans behandling udgør loftet ca. 650 kr. pr. år. Ved hospitalsindlæggelse udgør egenbetaling højst ca. 60 kr. pr. dag. Herudover har knap 4 pct. af befolkningen i 2007 supplerende privat sundhedsforsikring, ofte gennem arbejdsgiveren, som bl.a. giver mulighed for hurtigere adgang til behandling i den private sundhedssektor.

### **Norge**

I Norge ejer og styrer staten sygehusene, mens kommunerne har ansvar for primærsektoren, herunder alment praktiserende læger. I forbindelse med sygehusreformen i 2002 overtog staten ejerskabet for sygehusene fra 18 regioner ("fylkeskommuner") og oprettede fem regionale driftsselskaber. Efterfølgende er de regionale selskaber blevet reduceret til fire. Selskaberne har ansvaret for specialiserede sundhedsydelser på sygehusene. De regionale selskaber har et delegeret administrativt, men ikke et politisk ansvar for styringen af sygehusene. Det er politisk udnævnte repræsentanter i regionsbestyrelserne. Primærsektoren og praksissektoren er politisk styret af kommunerne.

Sundhedsydelserne finansieres gennem statslige og kommunale skatter samt arbejdsgivernes indbetaling til obligatorisk forsikrings- og pensionsordning. 84,1 pct. af sundhedsydelserne var i 2008 offentligt finansieret. De resterende godt 25 pct. finansieres gennem egenbetaling og private forsikringer. Der er egenbetaling på bl.a. medicin (undtagen medicin udleveret på sygehus), konsultationer hos alment praktiserende læge og speciallæger. Der er forskellige ordninger, som regulerer de individuelle udgifter til sundhedsydelser, hvor de samlede individuelle udgifter ikke kan overskride et vist maksimumbeløb. 3,5 pct. af befolkningen har i 2008 supplerende private forsikringer bl.a. med henblik på hurtigere adgang til sundhedsydelser hos private aktører.



### **Finland**

I Finland har 416 kommuner ansvaret for alle sundhedsydelse på sygehuse og de kommunale sundhedscentre. De alment praktiserende læger og speciallæger er en del af de kommunale sundhedscentre. Af hensyn til bl.a. de mindre kommuner deles ejerskabet til sygehusene af flere kommuner. Landets kommuner indgår således i 21 sygehusdistrikter. Den finske model er baseret på lokalt selvstyre, og kommunerne har stor frihed i forhold til bl.a. organisering af sundhedstilbud, skatteniveau og niveau af egenbetaling.

Sundhedsydelse finansieres gennem statslige og kommunale skatter samt indbetalinger fra obligatoriske forsikrings- og pensionsordninger. Den statslige og den kommunale finansiering af sygehusene er næsten lige stor og udgør i alt 74,6 pct. i 2007.

I Finland er der bl.a. egenbetaling på sygehusbehandling, medicin (ekskl. sygehusmedicin) og på behandling på de kommunale sundhedscentre. Der findes ordninger, som regulerer de individuelle samlede udgifter. I Finland har 11 pct. af befolkningen en supplerende privat sundhedsforsikring.

### **Storbritannien, herunder England**

Det engelske sundhedssystem i form af "National Health Service" er underlagt det engelske sundhedsministerium. Ministeriet har ansvaret for ti myndigheder – de såkaldte "Strategic Health Authorities", som har ansvaret for sammenslutninger ("trusts") i deres område. Hovedaktørerne i det engelske sundhedssystem er 152 sammenslutninger for den primære sundhedssektor ("Primary Care Trusts") og 290 sammenslutninger for sygehusene ("NHS Hospital Trusts"), som styrer i alt 1.600 sygehuse og specialcentre.

Sammenslutningerne for den primære sundhedssektor har ansvaret for at levere de fleste sundhedsydelser, herunder både forebyggelsestiltag og ydelser fra alment og specialiserede praktiserende læger. Sammenslutningerne for den primære sundhedssektor bestiller ydelser fra sygehusene,

som er selvejende institutioner. Sammenslutningerne står for ca. 85 pct. af det samlede nationale budget. Lignende systemer findes i resten af Storbritannien.

Det britiske sundhedsvæsen er finansieret gennem statslige skatter og indbetaling fra obligatoriske forsikrings- og pensionsordninger. I Storbritannien udgør den offentlige finansieringsandel knap 82 pct. i 2007. Der er egenbetaling på bl.a. receptpligtig medicin samt øjen- og tandlægeydelser. Ca. 12 pct. af befolkningen har private supplerende sundhedsforsikringer, som bl.a. sikrer hurtigere adgang til sundhedsydelser.

### **Tyskland**

Tyskland har et forholdsvis decentraliseret sundhedssystem. Lovgivning og overordnet planlægning foregår på nationalt niveau og delstatsniveau, mens styring og mere detaljeret planlægning af sundhedsydelserne er uddelegeret til 292 socialforsikringsorganisationer (non-profit), som konkurrerer indbyrdes.

I 2004 blev organiseringen af det tyske sundhedssystem ændret for at få en bedre koordinering og integrering af ydelserne. I primærsektoren fik den alment praktiserende læge bl.a. en større rolle som gatekeeper og tovholder gennem systemet. Endvidere blev der etableret medicinske centre med almenpraktiserende læger og praktiserende speciallæger under samme tag.

Tysklands sundhedssystem er baseret på obligatorisk sundhedsforsikring i socialforsikringsorganisationer. Borgerne kan vælge mellem 196 offentlige og 49 private socialforsikringsorganisationer. Socialforsikringsorganisationerne sørger for medlemmernes sundhedsydelser gennem køb af ydelser fra offentlige og private udbydere af sundhedsydelser. De fleste sygehuse er non-profit sygehuse, og omkring halvdelen af sengepladserne er offentlige.

Der er som nævnt i boks 3.1. i internationale sammenligninger tradition for at kategorisere ob-

ligatorisk socialt forsikringsbidrag som offentlig finansiering. Derfor udgør den offentlige finansieringsandel (obligatorisk forsikring) knap 77 pct. i 2007. Der er desuden egenbetaling på bl.a. sygehusbehandling, ambulante behandling og ved konsultation hos læge og tandlæge uden henvisning. Ca. 20-24 pct. af befolkningen har supplerende privat sundhedsforsikring bl.a. til dækning af egenbetaling.

### **Nederlandene**

Nederlandene har et forsikringsbaseret sundhedssystem, som på mange måder ligner det tyske. Den offentlige finansieringsandel (obligatorisk forsikring) udgør i 2007 ca. 77 pct. af de samlede sundhedsudgifter. I 2006 blev en ny lov om sundhedsforsikring implementeret, hvor Nederlandene frem til 2012 skal gennemgå en større reformproces med henblik på større forbrugerstyring, konkurrence og mere effektiv ressourceanvendelse. Selvom sygehusene ikke er offentligt ejede, har myndighedernes styring af sundhedsvæsenet generelt været stærk. Med reformen i 2006 er den statslige styring og regulering imidlertid blevet mere overordnet. Det er bl.a. op til socialforsikringsorganisationerne at indgå aftaler med udbydere af sundhedsydelser, og patienterne vælger selv socialforsikringsorganisation. Fremadrettet skal alle borgere, uanset indtægt, være sikret et vist dækningsniveau. Derfor er det obligatorisk at tegne en sundhedsforsikring hos socialforsikringsorganisationerne. Forsikringen koster den enkelte godt 8.000 kr. (1.100 euro) om året, og for 0-17-årige er forsikringen gratis. Desuden betaler arbejdsgiverne for alle ansatte medlemskontingentet til socialforsikringsorganisationerne på op til 6,5 pct. af lønnen, dog maksimalt godt 220.000 kr. (30.000 euro).

Socialforsikringsorganisationerne og udbyderne af tjenesteydelser forhandler årlige kontrakter om udgifter. Der er egenbetaling på bl.a. sygehusbehandling, medicin, tandlægeydelser, speciallæger, men ikke alment praktiserende læger. Borgeren skal dog maksimalt betale godt 1.100 kr. (150 euro) i egenbetaling om året for sundhedsydelser,

ca. 780 kr. (105 euro) for kronisk syge. Tandlægeydelser er en del af de områder, der er dækket af maksimumbeløbet for folk under 21 år.

96 pct. af befolkningen har supplerende privat sundhedsforsikring ud over den obligatoriske socialforsikring. Socialforsikringsorganisationerne administrerer både den obligatoriske og frivillige forsikring.

### **Frankrig**

Det franske sundhedsvæsen er centraliseret, idet staten ejer og driver de offentlige sygehuse. Ud over offentlige sygehuse findes der også private non-profit og private for-profit sygehuse. Nationale standarder, normer og myndighedskrav på sundhedsområdet omfatter dog oftest også de private sygehuse.

De offentlige og private sygehuse udbyder sundhedsydelser af forskellig art. De private sygehuse tager sig typisk af mindre kirurgiske indgreb. Inden for de offentlige sygehuse er fokus akutindlæggelser, rehabilitering, pleje og psykiatri. Ambulant behandling inden for både primærsektoren og sygehusene ydes af læger, tandlæger osv., som er selvstændig næringsdrivende, der udfører opgaver for sygehusene. Desuden har speciallægerne generelt en stor rolle i behandlingen i Frankrig.

Den offentlige finansieringsandel (obligatorisk forsikring) er 79 pct. i 2007. Det franske sundhedsvæsen er forsikringsbaseret. Både arbejdsgivere og arbejdstagere betaler forsikringspræmie. Der findes tre forskellige forsikringsordninger, hvor den største dækker ca. 84 pct. af befolkningen. Der findes også en privatforsikring for private erhvervsdrivende, som dækker ca. 5 pct. af befolkningen samt en forsikring for ansatte i landbruget med familie, som dækker ca. 7 pct.

Der er egenbetaling på bl.a. ortopædiske hjælpemidler, tandlægeydelser og medicin. Ca. 88 pct. af befolkningen har i 2006 en supplerende privat sundhedsforsikring.

### 3.2. Befolkningens sundhedstilstand

Som nævnt indledningsvis har befolkningens sundhedstilstand og sundhedsvaner betydning for sygehusvæsenernes opgaver. Sundhedstilstanden i et land er dog ikke et direkte resultat af sygehusvæsenet, men kan påvirke efterspørgselen efter sygehusydelser. Sygehusvæsenet er dog med til at påvirke befolkningens sundhed, f.eks. ved indsatsen over for kronisk syge patienter.

Ser vi eksempelvis på et mål som middellevetid, kan sygehusvæsenet være med til at påvirke udviklingen. Jo flere borgere, der overlever en sygdom på grund af en succesfuld behandling, jo længere middellevetid – alt andet lige. Imidlertid påvirker praksissektoren og andre faktorer, herunder særligt befolkningens egen livsstil, middellevetiden. Forskelle i middellevetiden på tværs af landene afspejler således mange andre forhold end blot et lands sygehusvæsen og indsatsen heri.

Indikatorerne, som præsenteres i dette afsnit, skal således ikke forveksles med resultatindikatorer, som viser, hvor godt et sygehusvæsen fungerer. Derimod skal de ses som indikatorer for, hvilke type patienter sygehusvæsenet får ind, og hvordan efterspørgselen tegner sig.

#### Middellevetid

Middellevetiden i et land er tæt forbundet til befolkningens dødelighed, som i høj grad afhænger af befolkningens sygelighed. Befolkningens sygelighed bestemmes bl.a. af livsstil og levevilkår. Risikoadfærd som eksempelvis rygning, højt alkoholbrug, dårlig kost og for lidt motion er tæt forbundet med forskellige sygdomme og for tidlig død. Middellevetiden indikerer, hvor lang tid en nyfødt kan forvente at leve.

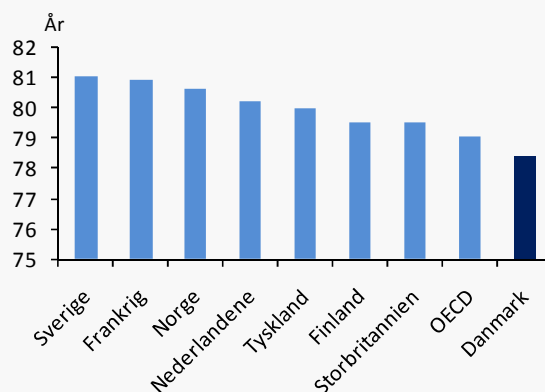
#### Boks 3.3. Hvad forklarer forskelle i middellevetid?

Middellevetiden i Sverige er næsten tre år længere end i Danmark. En stor del af den danske overdødelighed og den relativt lave middellevetid kan henføres til en høj dødelighed relateret til forbruget af tobak og alkohol. Alkohol og rygning kan samlet set næsten forklare hele forskellen i middellevetid mellem danske og svenske mænd og tre fjerdedele af forskellen mellem danske og svenske kvinder.

Kilde: Knud Juel: "Middellevetid og dødelighed i Danmark sammenlignet med i Sverige" i *Ugeskrift for læger*, 2008;170(33):2423

Ser vi på middellevetiden i de otte lande, har Sverige med 81,0 år i 2007 og Frankrig med 80,9 år i 2008 den højeste middellevetid. Danmark har den laveste på 78,4 år i 2007, jf. figur 3.1.

Figur 3.1. Middellevetid i år, seneste år.

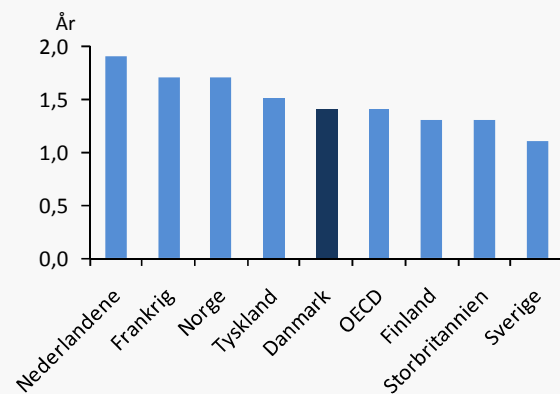


Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Frankrig: 2008. Sverige, Norge, Nederlandene, Danmark, Finland og Tyskland: 2007. Storbritannien: 2006.

Samtlige lande har siden 2001 oplevet en stigning i middellevetiden. Nederlandene har den største absolute stigning i middellevetid på 1,9 år. I Danmark er middellevetiden steget med ca. 1,4 år fra 2001-2007, hvilket svarer til gennemsnittet for OECD-landene. Sverige, Storbritannien og Finland har haft de laveste stigninger på hhv. 1,1 og 1,3 år, jf. figur 3.2. Der er dog forskel i opfølgelsesperiodens længde, hvorfor figuren bør aflæses med dette forbehold.

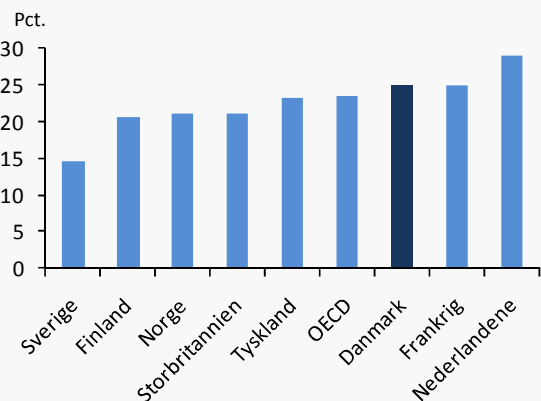
**Figur 3.2. Absolut ændring i middellevetid siden 2001 i år.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Beregnet som ændring fra 2001 til seneste år med tilgængelige data. Frankrig: 2008. Sverige, Norge, Nederlandene, Danmark, Finland og Tyskland: 2007. Storbritannien: 2006.

**Figur 3.3. Andel daglige rygere i pct., 2006-2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Norge: 2008. Nederlandene, Storbritannien og Finland: 2007. Frankrig, Danmark og Sverige: 2006. Tyskland: 2005

### Risikofaktorer

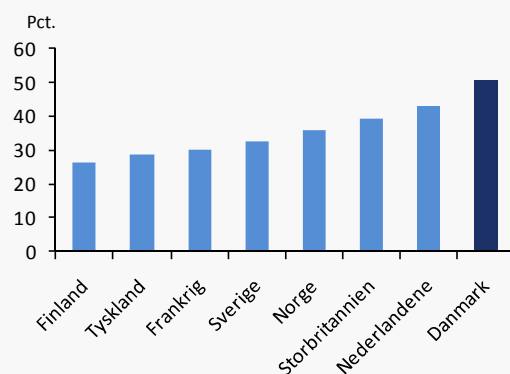
Borgernes livsstil har stor betydning for, hvilke sygdomme de får og dermed forbruget af sundhedsydelse, herunder sygehusydelse. Desuden har livsstil indflydelse på, hvor vanskelige sygdomstilfælde der er tale om, og hvor godt patienterne reagerer på behandlingen. Endelig påvirker livsstilen antallet af leveår og antallet af gode leveår. Nedenfor gennemgås tre væsentlige risikofaktorer i form af tobak, alkohol og overvægt.

Tobak er en afgørende risikofaktor for bl.a. to af de største årsager til for tidlig død i OECD-landene, nemlig kredsløbssygdomme og en række former for kræft.

I Danmark røg 25 pct. af befolkningen over 15 år i 2006. Dette er på niveau med bl.a. Frankrig. Til sammenligning røg kun 14,5 pct. af befolkningen i Sverige i 2006. Sverige er det land med færrest andel daglige rygere, jf. figur 3.3.

Sygdomme som følge af rygning udvikler sig typisk over en lang årrække. Derfor har andelen af rygere mange år tilbage i tiden indflydelse på det sygdomsbillede, der ses i dag. Fra omkring 1980 har landene indberettet oplysninger om befolkningens rygevaner til OECD. I 1980 røg ca. halvdelen af danskerne over 15 år. Niveautet i Danmark lå næsten 20 procentpoint over niveauet i eksempelvis Sverige, jf. figur 3.4. I dag er forskellen på Danmark og Sverige mindre (omkring 10 procentpoint).

**Figur 3.4. Andel daglige rygere i pct., 1980.**



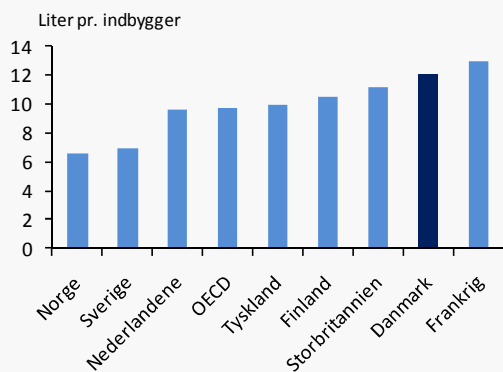
Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Tyskland: 1978. OECD-gennemsnit er ikke beregnet pga. for få data.

Alkohol er ligeledes en væsentlig risikofaktor, idet et for højt forbrug kan være med til at forårsage kredsløbssygdomme og nogle former for kræft.

Franskmændene og danskerne har hhv. det højeste og det næsthøjeste forbrug af alkohol blandt de otte lande. I Danmark forbruges 12 liter ren alkohol pr. indbygger årligt. Norge og Sverige har et væsentligt lavere alkoholforbrug end resten af landene på knap 7 liter årligt, jf. figur 3.5.

**Figur 3.5. Alkohol forbrug, liter pr. indbygger, 2007.**



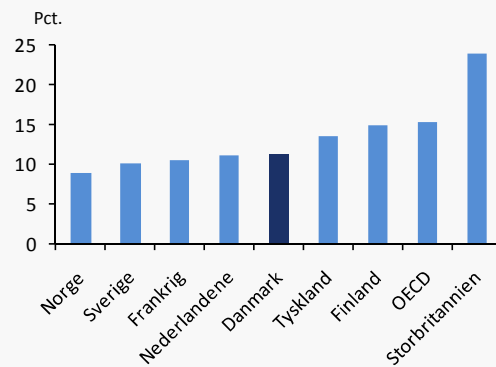
Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Nederlandene og Frankrig: 2006. Der kan være forskel på, hvad landene inkluderer i data. F.eks. er der i data fra Sverige ikke inkluderet taxfree samt hjemmefremstillet vin og spiritus.

Overvægt er et stigende problem i OECD-landene. Overvægt kan bl.a. medføre type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme, visse former for kræft og psykosociale problemer.

11 pct. af danskerne er svært overvægtige, hvilket ligger lidt over niveauet i f.eks. Sverige og Norge, men noget under OECD-gennemsnittet. Andelen af svært overvægtige i Storbritannien er med 24 pct. godt og vel dobbelt så høj som i Danmark, jf. figur 3.6.

**Figur 3.6. Andel svært overvægtige, pct., (BMI>=30).**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Norge, Danmark og Tyskland: 2005. Frankrig: 2006. Sverige, Nederlandene, Finland og Storbritannien: 2007.

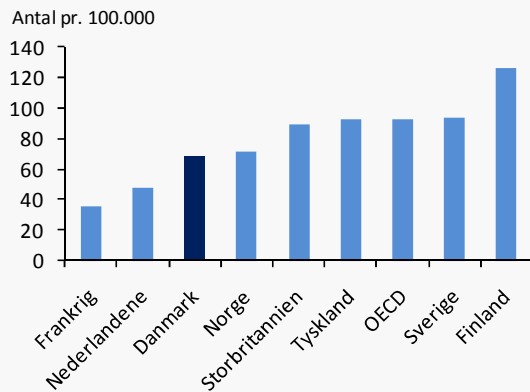
### *Dødelighed for hjerte- og kræftsygdomme*

Dødelighedsrater indikerer antallet af borgere, der dør af bestemte sygdomme. Det fortæller ikke direkte noget om sygehusvæsenets indsats, da der i generelle dødelighedsrater ikke tages hensyn til, hvorvidt en borger er blevet behandlet for sygdommen eller ej. Dødeligheden er afhængig af befolkningens risikoadfærd som f.eks. rygning, alkohol og motion, men også af lægefaglige faktorer som tidlig diagnose og effektiv behandling.

Den hyppigste dødsårsag i de industrialiserede lande er indsnævring eller blokering i de kar, som forsyner hjertet med blod (iskæmisk hjertesygdom).

I Danmark dør hvert år 68 personer pr. 100.000 indbyggere af iskæmisk hjertesygdom. Danmark har dermed den tredje laveste dødelighed blandt landene. Nederlandene og især Frankrig har dog en noget lavere dødelighedsrate end Danmark. Finland har den højeste dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom, jf. figur 3.7.

**Figur 3.7. Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom, dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Nederlandene, Storbritannien og Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland og Sverige: 2006. Aldersstandardiserede rater.

I f.eks. Danmark har dødelighedsraten for iskæmisk hjertesygdom været faldende over de seneste ti år, jf. tabel 3.3.

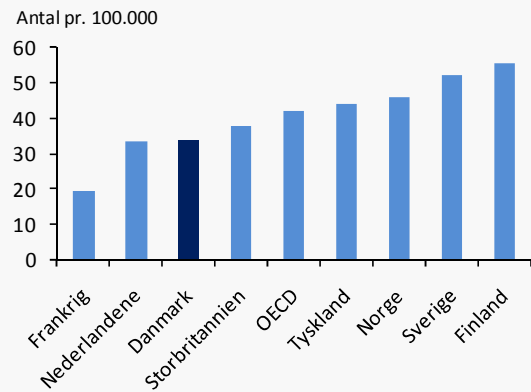
**Tabel 3.3. Dødelighedsrater for Danmark for iskæmisk hjertesygdom, dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**

År	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Dødsfald pr. 100.000 indbyggere	137	121	106	94	80	68

Kilde: OECD Health Data, 2009

Blodprop i hjertet (AMI) ligger til grund for cirka halvdelen af alle dødsfald ved iskæmisk hjertesygdom. I Danmark dør ca. 34 personer pr. 100.000 indbyggere af blodprop i hjertet, hvilket betyder, at Danmark har en lavere dødelighed end flere af de andre lande, jf. figur 3.8.

**Figur 3.8. Dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI), dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Nederlandene, Storbritannien og Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland og Sverige: 2006. Aldersstandardiserede rater.

I f.eks. Danmark har dødelighedsraten for blodprop i hjertet (AMI) været faldende over de seneste ti år, jf. tabel 3.4.

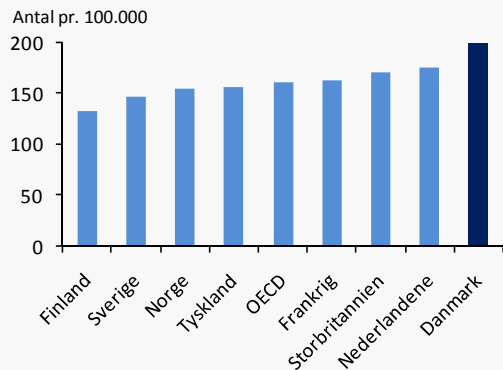
**Tabel 3.4. Dødelighedsrater for Danmark for blodprop i hjertet (AMI), dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**

År	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Dødsfald pr. 100.000 indbyggere	66	52	54	46	42	34

Kilde: OECD Health Data, 2009

Efter kredsløbssygdomme er kræft den største dødsårsag blandt OECD-landene. Finland har den laveste dødelighedsrate for kræft på 133 dødsfald pr. 100.000 indbyggere. Danmark har den højeste rate, jf. figur 3.9.

**Figur 3.9. Dødelighedsrater for kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Nederlandene, Storbritannien og Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland og Sverige: 2006. Aldersstandardiserede rater.

I f.eks. Danmark er der dog sket en opbremsning i antallet af nye kræfttilfælde, og der er fra 2008 indført pakkeforløb på kræftområdet, som endnu ikke er afspejlet i nedenstående data. Kræftdødeligheden i Danmark har været faldende over de seneste ti år, jf. tabel 3.5. Siden 2006 er kræftdødeligheden faldet med ca. 7,5 pct.

**Tabel 3.5. Dødelighedsrater for Danmark for kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere.**

1996	1998	2000	2002	2004	2006
216	212	213	201	200	199

Kilde: OECD Health Data, 2009





## Kapitel 4: Udgifter, personale, kapacitet og aktivitet

Personale, senge, forskelligt teknologi mv. er nødvendige inputfaktorer for, at sygehusvæsenet kan behandle patienter. Udgifterne til senge og teknologi samt lønudgifter til personalet på sygehuse udgør en stor del af de samlede sygehusudgifter. Særligt lønudgifter, trods store forskelle landene imellem, tegner sig for en meget stor del af udgifterne til sygehusvæsenet.

I OECD-landene som helhed har der været en stor stigning i sundhedsudgifterne. I 1970 udgjorde sundhedsudgifterne i gennemsnit 5 pct. af BNP. I 2007 er dette tal for OECD-landene vokset til i gennemsnit knap 9 pct. af BNP.

Høje sundhedsudgifter og et højt aktivitetsniveau er ikke ensbetydende med, at borgerne får den bedste kvalitet i behandlingen, og at der sikres mest mulig sundhed for pengene. Det er derfor centralt at have fokus på ressourceanvendelsen. I

kapitel 6 belyses, hvor effektivt ressourcerne på sygehusområdet anvendes.

Selvom fokus for sammenligningen er sygehusvæsenet, inddrages sundhedsvæsenet generelt, idet der mellem landene kan være forskelle i sygehusvæsenets opgaver og arbejdsdelingen med bl.a. praksissektoren. Derfor er det relevant også at se på f.eks. udgifter til sundhedsområdet og ikke udelukkende udgifter til sygehusområdet. Den organisatoriske opbygning har også betydning for vurderingen af kapaciteten. Ydermere sammenlignes landene ud fra de internationalt tilgængelige data, hvor der f.eks. for læger og sygeplejersker alene findes tal for hele sundhedsområdet.

Tabel 4.1. Indikatorer for udgifter, personale, kapacitet og aktivitet

	Ændring i danske data 2001-2007	Danmarks placering seneste år, efter numerisk værdi
<b>Udgifter og investeringer (afsnit 4.1.):</b>		
Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP	1,2 pct. point	Mellem
Sygehusudgifter pr. indbygger	15,8 pct.	Høj
Sygehusudgifters andel af BNP	0,2 pct. point	Høj
Totale investeringer på sundhedsområdet pr. indbygger	108,4 pct.	Mellem
<b>Personale i sundhedssektoren (afsnit 4.2.):</b>		
Antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse	3,5 pct. <sup>1</sup>	Høj
Antal autoriserede læger	11,8 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal speciallæger (ekskl. almen medicin) i sundhedssektoren	10,5 pct. <sup>1</sup>	Lav
Antal speciallæger (almen medicin) i sundhedssektoren	5,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal sygeplejersker i beskæftigelse i sundhedssektoren	1,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal nyuddannede læger	60,0 pct.	Høj
Antal nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter	6,7 pct.	Mellem
<b>Senge og teknologi (afsnit 4.3.):</b>		
Antal hospitalssenge, somatisk	-14,7 pct.	Mellem
Antal hospitalssenge, psykiatri	-25,0 pct.	Mellem
Antal CT-scannere	31,8 pct.	Høj
Antal MR-scannere	88,9 pct. <sup>2</sup>	Høj
Antal PET-scannere	-	Høj
<b>Aktivitet (afsnit 4.4.):</b>		
Antal operationer, indlagte patienter	4,7 pct.	Høj
Antal udskrivninger, indlagte patienter	-1,2 pct.	Mellem
Belægningsprocent for somatiske senge, indlagte patienter	-	Høj
Antal operationer, ambulante patienter	28,4 pct.	Mellem

Kilde: Se under hver enkelt indikator i kapitlet.  
 Anm.: Danmarks placering seneste år: Danmarks placering i forhold til øvrige lande i benchmarkingen på baggrund af numerisk værdi. Seneste år fremgår under hver enkelt indikator i kapitlet. – = ingen data.  
 Noter: 1) Ændringen er fra 2001-2006, 2) Ændringen er fra 2000-2004

#### 4.1. Udgifter og investeringer

I landene i benchmarkingen er der de senere år sket en stigning i udgifter og investeringer på sundhedsområdet.

Sundheds- og sygehusudgifternes andel af BNP giver et billede af, hvor meget sundhedsudgifterne udgør i forhold til landenes samlede økonomier. BNP har været stigende over perioden, hvilket i princippet kan medføre, at sundhedsudgifternes andel af BNP i de enkelte lande kan være faldende over perioden, selv om de faktiske sundhedsudgifter stiger. Generelt har landene dog oplevet en

større stigning i sundheds- og sygehusudgifter end i BNP.

Sygehusudgifter pr. indbygger beskriver ressourcetrækket pr. borger i gennemsnit i sygehusvæsenet. Opgørelser over sundhedsudgifter pr. indbygger bidrager således med et mere nuanceret billede af, hvor mange ressourcer der anvendes på sundhedsområdet i de enkelte lande. Der er dog stor forskel på borgeres ressourceforbrug afhængig af alder mv.

**Boks 4.1. Korrektion for forskelle i købekraft**

I internationale sammenligninger af sundheds og sygehusudgifter anvendes typisk data, der er korrigeret for forskelle i købekraft i de forskellige lande (PPP - purchasing power parity, dvs. købekraftsparitet).

Købekraftspariteter udtrykker, hvor meget en given kurv af varer koster i forskellige lande. Omregnet med valutakursen kan værditilvæksten i et land eksempelvis være relativt høj, uden at den reale værdi af værditilvæksten er høj. Det er tilfældet, hvis prisniveauet samtidig også er højt. Med omregning via købekraftspariteter tages der højde for internationale prisdifferencer, og værditilvækst sammenlignes således i princippet i "reale termer".

Med denne omregning tages der således højde for forskelle i landenes prisniveau for bl.a. varer, tjenesteydelser samt lønforskelle. Internationale analyser af offentligt forbrug på diverse sektorområder mv. foretages oftest på baggrund af købekraftskorrigerede data. I publikationen anvendes den af OECD brugte generelle købekraftsparitet 2000 PPP rate.

I regi af OECD i samarbejde med WHO og EUROSTAT er der udviklet fælles retningslinjer for opgørelse af sundhedsudgifterne i form af det såkaldte sundhedsregnskab, "A System of Health Accounts". I 2000 blev den første version udgivet.

Retningslinjerne er udviklet med henblik på at skabe internationalt sammenlignelige opgørelser af sundhedsudgifter og investeringer på sundhedsområdet uafhængig af sundhedsvæsenets organisering i de enkelte lande. Udgifter og investeringer inddeles i følgende tre overordnede dimensioner: *funktion* (udgiftsområde, f.eks. medicinudgifter), *betaler* (hhv. det offentlige, private forsikringsselskaber og borgere) og *udbydere* (f.eks. offentlige og private hospitaler). Disse dimensioner vurderes at være udtømmende for sundhedssektoren og er udviklet således, at alle landes sundhedsudgifter kan beskrives uafhængigt af organiseringen og finansieringen af det pågældende sundhedsvæsen.

I retningslinjerne fra OECD defineres de samlede sundhedsudgifter noget bredere end de nationale

danske opgørelser af sundhedsudgifter. Der inkluderes f.eks. udgifter til nogle områder inden for pleje- og omsorgsområdet, som i Danmark afholdes på socialområdet. Således inkluderes dele af udgifterne til pleje og omsorg for ældre og funktionshæmmede i OECD's definition af sundhedsudgifter, da pleje og omsorg af disse grupper relaterer til de to gruppers sundhedstilstand. Udgifter til praktisk hjælp, f.eks. rengøring, indkøb og tøjvask, inkluderes ikke.

Grundet forskellig organisering og struktur på sundhedsområdet mv. fortolker medlemslandene typisk OECD's retningslinjer forskelligt i deres opgørelser af sundhedsudgifterne. Således er der mellem landene f.eks. forskelle på, hvad der inkluderes af udgifterne til pleje og omsorg for ældre og funktionshæmmede i de samlede sundhedsudgifter.

På sigt forventes grundlaget for sammenligning af sundhedsudgifter internationalt at blive forbedret. Sundhedsregnskaber og opgørelser af sundhedsudgifter præciseres og standardiseres løbende i et samarbejde mellem OECD og medlemslandene. Gennem større standardisering af tallene kan internationale oplysninger om andre landes udgifter og investeringer samt f.eks. erfaringer knyttet til konkrete udgiftsbærende initiativer i højere grad inddrages i overvejelserne omkring sikring af en bæredygtig økonomisk udvikling.

#### Boks 4.2. Inklusion af udgifter inden for pleje- og omsorgsområdet i OECD's sundhedsregnskab

Visse udgifter inden for pleje- og omsorgsområdet inkluderes i de samlede sundhedsudgifter opgjort efter OECD's retningslinjer. Det skyldes, at der er substitution mellem sundhedsområdet og områderne inden for pleje- og omsorgsområdet. Organiseringen i Danmark indebærer, at der til en vis grad er substitution mellem sygehusvæsenet og det kommunale sundhedsvæsen, hvilket bl.a. er årsag til indførelse af kommunal medfinansiering på sygehusområdet.

Af hensyn til sammenligneligheden af internationale data er det centralt, at OECD's afgrænsninger for sundheds- og sygehusudgifter følges i internationale sammenligninger.

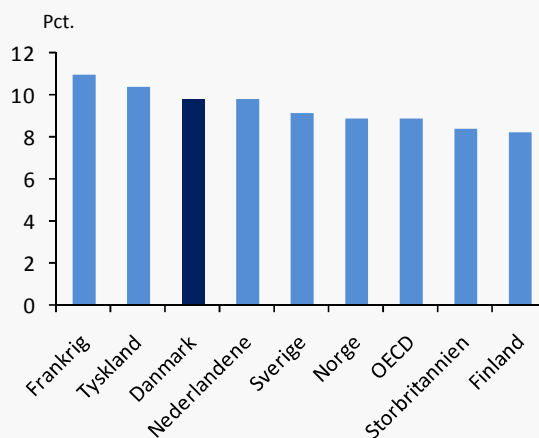
#### Sundhedsudgifter som andel af BNP

Udviklingen i sundhedsudgifternes andel af BNP udtrykker en kombination af udviklingen i både sundhedsudgifter og udviklingen i BNP.

I Danmark udgør sundhedsudgifterne 9,8 pct. af BNP i 2007, jf. figur 4.1. I Frankrig og Tyskland er andelen i 2007 hhv. 11,0 pct. og 10,4 pct. af BNP. Danmark ligger i midten blandt landene i sammenligningen og over OECD-gennemsnittet med hensyn til sundhedsudgifter som andel af BNP. I OECD-landene bruges der i gennemsnit ca. 8,9 pct. af BNP på sundhedsudgifter, jf. figur

4.1. Ved at opgøre de samlede sundhedsudgifter som andel af BNP tages højde for udviklingen i BNP over tid i forskellige lande.

**Figur 4.1. Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP pct., 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet.

I Danmark er der siden 2001 sket en stigning i de samlede sundhedsudgifternes andel af BNP. Andelen er øget fra 8,6 pct. i 2001 til 9,8 pct. i 2007.

I landene er der generelt sket en stigning i de samlede sundhedsudgifternes andel af BNP siden 1970'erne, jf. tabel 4.2.

**Tabel 4.2. Sundhedsudgifternes andel af BNP, pct.**

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Danmark	7,9	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	9,5
Finland	5,5	6,2	6,3	7,1	7,7	7,9	7,2	8,5
Frankrig	5,4	6,4	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,1
Nederlandene	6,9	7,0	7,4	7,3	8,3	8,3	8,0	9,8
Norge	4,4	5,9	7,0	6,6	8,0	7,9	8,4	9,1
Storbritannien	4,5	5,4	5,6	5,8	7,6	6,8	7,0	8,2
Sverige	6,8	7,5	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,2
Tyskland	6,0	8,4	8,4	8,8	8,2	10,1	10,3	10,7

Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: 1970: Danmark -1971, Nederlandene - 1972

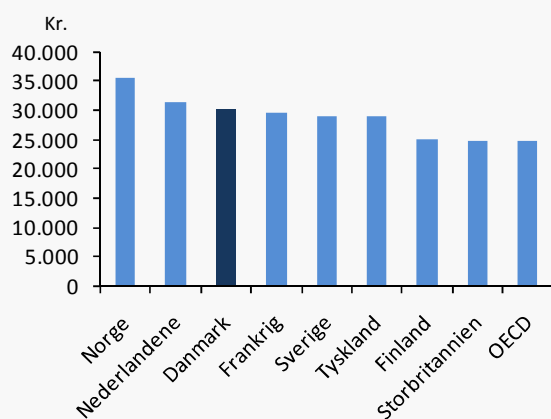
### Boks 4.3. Sundhedsudgifter pr. indbygger

Ofte sammenlignes lande også på sundhedsudgifter pr. indbygger, hvilket beskriver ressourcetrækket pr. borger i gennemsnit i sundhedsvæsenet. I praksis er der stor forskel på forskellige borgeres ressourceforbrug.

I Danmark bruges der lidt over 30.000 kr. pr. indbygger på sundhed om året. Til sammenligning bruges der i Norge over 35.000 kr. pr. indbygger. Danmark ligger i midten blandt landene og over OECD-gennemsnittet på lidt under 25.000 kr. pr. indbygger.

I Danmark er der siden 2001 sket en stigning i sundhedsudgifter pr. indbygger fra ca. 24.000 kr. i 2001 til lidt over 30.000 kr. i 2007.

### Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger, DKK, PPP, 2007.



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Data er købekraftskorrigeret, jf. boks 4.1.. Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet. For opgørelse af privat egenbetaling kan der være forskelle i, hvad der inkluderes. OECD gennemsnit: data for Italien, Luxembourg, Portugal og Tyrkiet er for 2006.

Danmark ligger højere placeret i de ikke-købekraftskorrigerede sundhedsudgifter pr. indbygger sammenlignet med de købekraftskorrigerede sundhedsudgifter pr. indbygger, jf. tabel 4.3. og boks 4.3. Således ligger Danmark f.eks. over Nederlandene, når der ikke-købekraftskorrigeres. Grunden hertil er forskelle i købekraft, herunder f.eks. at løn til sygeplejersker og SOSU-assistenten på sygehuse er noget lavere i Nederlandene end i Danmark, jf. tabel 4.3.

**Tabel 4.3. Ikke-købekraftskorrigerede sundhedsudgifter og lønudgifter på sundhedsområdet, DKK valutakurs, 2007.**

	Sundhedsudgifter pr. indbygger	Lønudgifter til speciallæger (undtagen praksis-sektor)	Lønudgifter til sygeplejersker/SOSU-assistenten (sygehuse)
Danmark	30.192	799.260	368.994
Finland	20.721	628.461	229.127
Frankrig	24.431	-	-
Nederlandene	25.242	927.456	-
Norge	40.006	673.662	375.447
OECD	19.244	-	-
Storbritannien	21.036	1.243.584	345.984
Sverige	24.453	-	-
Tyskland	22.897	563.263	268.077

Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: For løn kan der være forskelle i opgørelsesmetode landene imellem. For løn er data for Tyskland og Nederlandene fra 2006 og for Danmark fra 2005. For løn er der ikke data fra tilstrækkelige lande til at lave et OECD-gennemsnit.

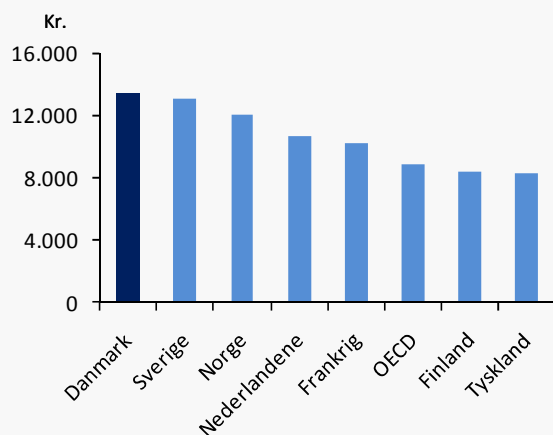
Internationalt er der stor forskel på lønudgifter til personale på sundhedsområdet. Danmark har relativt høje lønninger sammenlignet med de øvrige lande, jf. tabel 4.3. Speciallæger i Nederlandene har den højeste løn for specialister sat i forhold til den gennemsnitlige løn for en produktionsarbejder (se bilag 2). Danmark har den højeste løn for sygeplejersker/SOSU-assistenten på sygehuse i forhold til den gennemsnitlige løn for en produktionsarbejder (se bilag 2). De relative høje lønninger i Danmark er således med til at forklare, at Danmark for så vidt angår sundhedsudgifter pr. indbygger uden købekraftskorrektion ligger højere placeret end ved de ikke-købekraftskorrigerede sundhedsudgifter.

### Sygehusudgifter

Udgifterne til sygehusvæsenet er en delmængde af de samlede sundhedsudgifter. I Danmark anvendes ca. 13.400 kr. pr. indbygger på sygehusområdet, jf. figur 4.2. Danmark har derved de højeste sygehusudgifter pr. indbygger (købekraftskorrigerede) blandt landene, der indberetter data for sygehusudgifter.

Fra 2001 og frem er der i Danmark sket en stigning i sygehusudgifter pr. indbygger fra ca. 11.500 til ca. 13.400 kr. pr. indbygger.

**Figur 4.2. Sygehusudgifter pr. indbygger, DKK, PPP, 2007.**



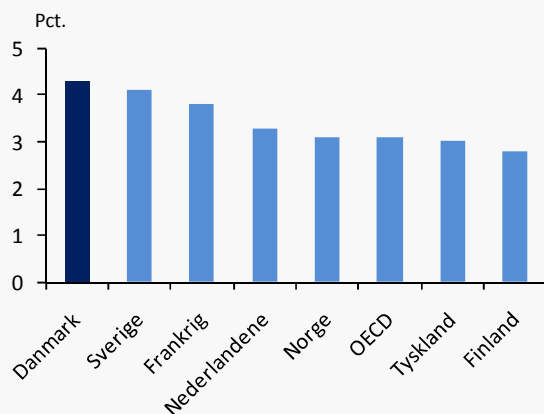
Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data er købekraftskorrigeret, jf. boks 4.1. Data omhandler udgifter for offentlige og private hospitaler. Investeringer er ikke inkluderet.

Data for Norge er fra 2006

I Danmark bruges der 4,3 pct. af BNP på sygehus. Danmark har de højeste sygehusudgifter som andel af BNP blandt de otte lande. Til sammenligning bruges der i Finland, som er det land i benchmarkingen, hvor sygehusudgifter udgør den mindste andel af BNP, 2,8 pct., jf. figur 4.3.

**Figur 4.3. Sygehusudgifternes andel af BNP, pct., 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data omhandler udgifter for offentlige og private hospitaler. Investeringer er ikke inkluderet.

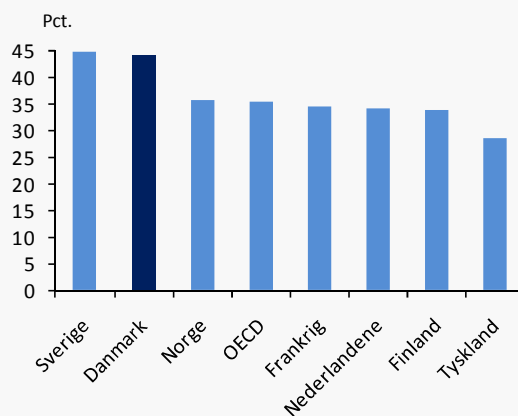
Data for Norge er fra 2006.

I Danmark er der siden 2001 sket en stigning i sygehusudgifternes andel af BNP fra 4,1 pct. i 2001 til 4,3 pct. i 2007.

Sygehusudgifter størrelse både målt pr. indbygger og som andel af BNP afhænger af, hvor meget sygesektoren fylder i det samlede sundhedsvæsen i det pågældende land, jf. boks 4.4.

**Boks 4.4. Sygehusudgifternes andel af de samlede sundhedsudgifter, pct., 2007**

I Danmark udgør udgifter til sygehusvæsenet 44 pct. af de samlede sundhedsudgifter, hvilket er den næsthøjeste andel blandt de lande, der indgår i benchmarkingen. Andelen afhænger af organiseringen af sundhedsvæsenet i det pågældende land.



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data for Norge er fra 2006

### Investeringer på sundhedsområdet

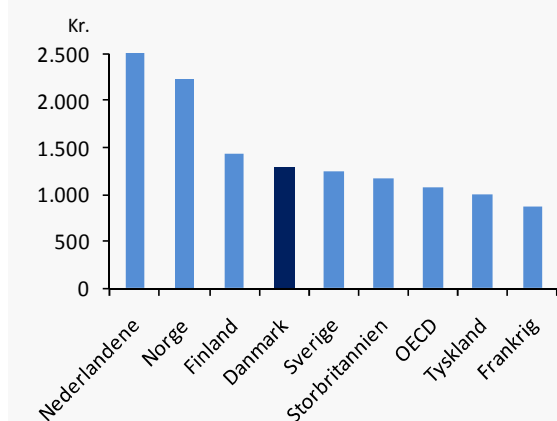
Investeringer i udstyr og anlæg/bygninger på sundhedsområdet er en del af de samlede sundhedsudgifter, jf. figur 4.4. Investeringer på sundhedsområdet er inkl. investeringer vedrørende pleje- og omsorgsområdet, som i Danmark afholdes på socialområdet. Af hensyn til sammenligneligheden landene imellem er det nødvendigt at bruge samme definition af investeringer på sundhedsområdet.

I Danmark investeres ca. 1.300 kr. pr. indbygger i 2007 på sundhedsområdet svarende til ca. 4 pct. af de samlede sundhedsudgifter, jf. figur 4.6. Danmark ligger placeret i midten af landene med hensyn til totale investeringer på sundhedsområdet pr. indbygger og over OECD-gennemsnittet på ca. 1.100 kr. pr. indbygger.

I Nederlandene og Norge investeres der mere end i de seks øvrige lande. Der investeres hhv. ca. 2.500 kr. i 2007 pr. indbygger i Nederlandene og ca. 2.200 kr. i 2007 i Norge.

Fra 2001 og frem er der i Danmark sket ca. en fordobling i investeringer på sundhedsområdet fra over 600 kr. til ca. 1.300 kr. pr. indbygger i 2007.

**Figur 4.4. Totale investeringer på sundhedsområdet pr. indbygger, DKK, PPP, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Data er købekraftskorrigeret, jf. boks 4.1. Data omhandler offentlige og private investeringer i udstyr og anlæg/bygninger. OECD gennemsnit: Data mangler for Island, New Zealand, Schweiz

### 4.2. Personale i sundhedssektoren

Sundhedsområdet, herunder sygehusvæsenet, er en stor sektor med direkte patientkontakt og derfor meget personaletunge områder. Personalet er en helt afgørende ressource på sygehusene. Personalet sikrer pleje og behandling på sygehusene. Mangel på personale kan bl.a. medføre længere ventetid på både diagnose og behandling inden for sygehusvæsenet.

Mange beskæftigede inden for sygehusvæsenet er dog ikke et mål i sig selv. Personale på sygehusområdet skal ses i sammenhæng med en vurdering af, om personaleressourcer anvendes så godt og effektivt som muligt, jf. kapitel 6.1. om ressourceanvendelse.

#### Boks 4.5. Arbejdsopgaver og traditioner for sundhedsfagligt personale

Der er i landene forskel på antallet af forskellige typer af sundhedsfagligt personale pr. 1.000 indbyggere. Landene imellem kan der være forskellige traditioner for arbejdsdeling mellem forskellige sektorer, men også mellem forskellige faggrupper. En arbejdsopgave, der typisk i et land udføres af f.eks. sygeplejersker, udføres måske i et andet land af social- og sundhedsassistenter. Det relative antal af en bestemt type af sundhedsfagligt personale i et land er således ikke nødvendigvis et udtryk for hverken en mangel eller det modsatte i form af overkapacitet.

I Danmark er der stigende fokus på opgaveglidning mellem forskellige grupper af sundhedsfagligt personale. Der er desuden tradition for, at yngre læger varetager opgaver, som i andre lande varetages af speciallæger. Dette kvalificerer sammenligningen af speciallæger i de forskellige lande, hvor Danmark f.eks. har relativt færre speciallæger, jf. figur 4.9.

I beskrivelsen af beskæftigede inden for sundhedsområdet er der typisk fokus på personale med en sundhedsfaglig uddannelse, særligt læger og sygeplejersker.

#### **Boks 4.6. Sammenligninger af læger og sygeplejersker**

I internationalt tilgængelige data hos OECD opgøres speciallæger og sygeplejersker beskæftiget med direkte patientkontakt samlet for hele sundhedssektoren. Speciallæger og sygeplejersker, der er beskæftiget med administration og forskning, er ikke inkluderet. Ved sammenligning af beskæftigede inden for hele sundhedssektoren undgås overvejelser omkring forskellig arbejdsdeling mellem bl.a. sygehussektoren og praksissektoren landene imellem.

I international sammenhæng ses også nogle gange sammenligninger af lægers forskningspublikationer som et mål for lægens kapacitet. En sådan sammenligning vedrører forskning og dermed en anden del af lægers arbejdsområde end den, der er i fokus her, dvs. primært patientkontakt, diagnose og patientbehandling.

Følgende indikatorer sammenlignes i afsnittet:

- Fuldtidsbeskæftiget sygehuspersonale
- Autoriserede læger
- Speciallæger i sundhedssektoren
- Sygeplejersker i sundhedssektoren
- Nyuddannet sundhedsfagligt personale

Landene sammenlignes i afsnittet på antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse, da denne indikator er en bedre indikator for kapaciteten end antal beskæftigede.

Speciallæger i almen medicin arbejder i Danmark typisk inden for praksissektoren og ikke sygehussektoren. Grundet evt. forskelle i organiseringen af sygehussektoren og praksissektoren i landene og for at sikre sammenligneligheden sammenlignes landene også på antal speciallæger i almen medicin.

Antal autoriserede læger sammenlignes, idet der her er inkluderet yngre læger, som endnu ikke er speciallæger, hvor der typisk går en årrække, fra en læge er færdiguddannet og får sin autorisation, til lægen bliver speciallæge.

I udvælgelsen af indikatorer har der været fokus på personalegrupper typiske arbejdssteder, og om der er tale om en stor personalegruppe på sygehuse. Således er der fravalgt indikatorer for jordemødre, tandlæger, farmaceuter og social- og sundhedsassistenter.

I en international sammenligning af beskæftigelsen på sygehuse ville en interessant indikator have været vakante stillinger på sygehuse. Der findes imidlertid ikke sammenlignelige internationale data på området.

#### *Antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse*

Beskæftigede på sygehuse er én af indikatorerne for kapacitet på sygehuse. Det sundhedsfaglige personale udfører størstedelen af arbejdet med patientkontakt inden for sygehussektoren. Hertil kommer det øvrige personale beskæftiget på sygehusene. Der findes dog ikke internationale sammenlignelige data, hvor det samlede antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse er opdelt på enkeltuddannelser. I Danmark er der tale om fuldtidsbeskæftigelse ved en arbejdsuge på 37 timer. To personer, der arbejder hhv. 20 timer om ugen og 17 timer om ugen, tæller således som én fuldtidsbeskæftiget.

Et stort antal beskæftigede på sygehuse er imidlertid ikke et mål i sig selv. Der kan være forskelle i arbejdsdelingen mellem sygehussektoren og praksissektoren landene imellem. I Danmark – på linje med flere andre lande - har de alment praktiserende læger en central opgave som "gatekeeper" og til en vis grad koordinator for patientens behandling.

I Danmark er ambulante behandling på sygehuse udbredt, jf. kapitel 6.1. om ressourceanvendelse. Bedre behandling for patienten samt effektiv anvendelse af f.eks. personaleresourcer er bl.a. hensigten med at omlægge sygehusaktivitet til ambulante behandling. Større grad af ambulante behandling vil ændre personalesammensætningen hen imod højere specialiseringsgrad.

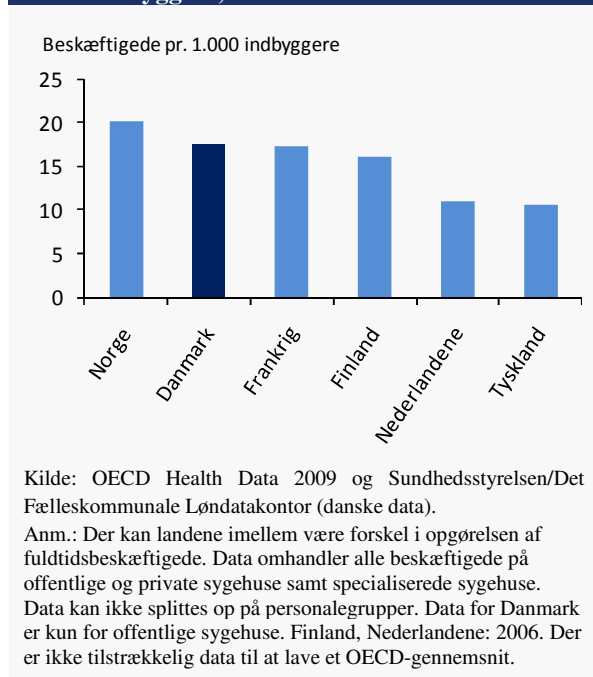


Der er i Danmark ca. 17,5 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere. Danmark ligger højt i forhold til de andre lande. Danmark opgør ikke data for fuldtidsbeskæftigede på private sygehuse. Dette peger i retning af, at det samlede antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse i Danmark reelt er højere.

Til sammenligning er der i Norge ca. 20 fuldtidsbeskæftigede på sygehuse pr. 1.000 indbyggere, mens der i Tyskland er knap 11, jf. figur 4.5.

Fra 2001 og frem er der sket en stigning fra 16,9 til 17,5 fuldtidsbeskæftigede på sygehuse pr. 1.000 indbyggere i Danmark.

**Figur 4.5. Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



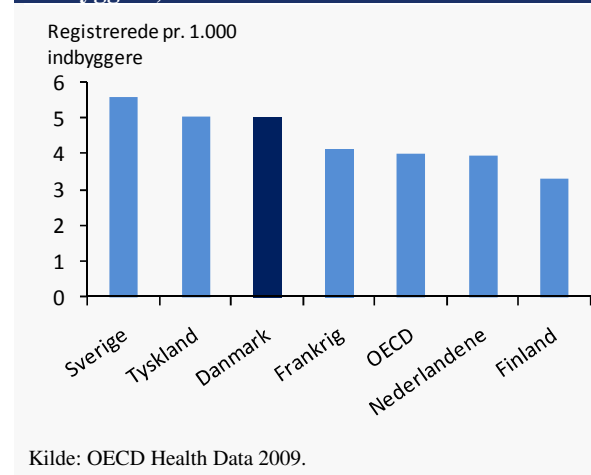
#### Autoriserede læger

I Danmark tildeler Sundhedsstyrelsen automatisk autorisation til alle nyuddannede læger, der er uddannet på et dansk universitet. For at blive speciallæge skal lægen gennemgå en lægelig videreuddannelse. I landene kan der være forskellige traditioner for arbejdsfordeling mellem yngre læger og speciallæger. I Danmark arbejder mange yngre læger med arbejdsopgaver, som i nogle andre lande er placeret hos speciallæger.

I Danmark er der ca. fem autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning er der i Sverige lidt over 5,5 læger pr. 1.000 indbyggere. Danmark ligger i midten blandt de otte lande og over OECD-gennemsnittet på ca. fire læger pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.6.

I Danmark er der fra 2001 og frem sket en stigning i antallet af autoriserede læger fra 4,5 til 5,0 pr. 1.000 indbyggere.

**Figur 4.6. Autoriserede læger, antal pr. 1.000 indbyggere, 2007.**

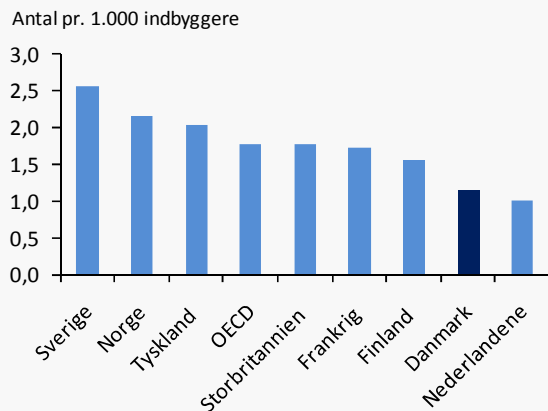


#### Speciallæger (ekskl. almen medicin) i sundhedssektoren

Når der ses på antal speciallæger inden for alle specialer, undtaget læger med speciale i almen medicin, ligger Danmark lavt sammenlignet med de andre lande. I Danmark er der lidt over én speciallæge pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning er der i Sverige over 2,5 speciallæger pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.7.

Inden for OECD-landene rapporteres generelt om stigende antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere, dog med betydelig variation mellem landene. Fra 2001 og frem er der også sket en stigning i antallet i Danmark fra 1,1 til 1,2 pr. 1.000 indbyggere, jf. appendiks 2.

**Figur 4.7. Speciallæger i sundhedssektoren (ekskl. almen medicin), antal pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm: Data inkluderer speciallæger inden for sygehussektoren og praksissektoren. Læger beskæftigede med administration eller forskning og arbejdsløse er ikke inkluderet i data. 2006 data for Danmark, Sverige og Finland. Estimat for Nederlandene. OECD gennemsnit.: Data mangler for Italien, Japan, Slovakiet.

#### *Speciallæger i almen medicin i sundhedssektoren*

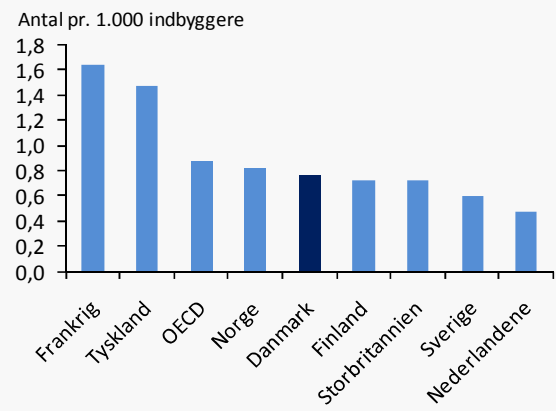
I Danmark arbejder de fleste speciallæger i almen medicin inden for praksissektoren. For at tage højde for evt. forskelle i organiseringen af hhv. sygehussektoren og praksissektoren dækker sammenligningen af speciallæger (almen medicin) hele sundhedssektoren.

I Danmark er der lidt under én speciallæge i almen medicin pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning er der i Frankrig lidt over 1,5 speciallæger pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.8.

Danmark ligger i midten blandt de deltagende lande og har relativt flere speciallæger i almen medicin pr. 1.000 indbyggere end Finland, Storbritannien, Sverige og Nederlandene.

I Danmark er der fra 2001 og frem sket en stigning fra 0,7 til 0,8 speciallæge i almen medicin pr. 1.000 indbyggere.

**Figur 4.8. Antal speciallæger i almen medicin i sundhedssektoren, antal pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm: Læger beskæftigede med administration eller forskning og arbejdsløse er ikke inkluderet i data. 2006 data for Danmark, Sverige og Finland. Finske data er et estimat. OECD gennemsnit.: Data mangler for Japan, Slovakiet.

#### *Sygeplejersker i sundhedssektoren*

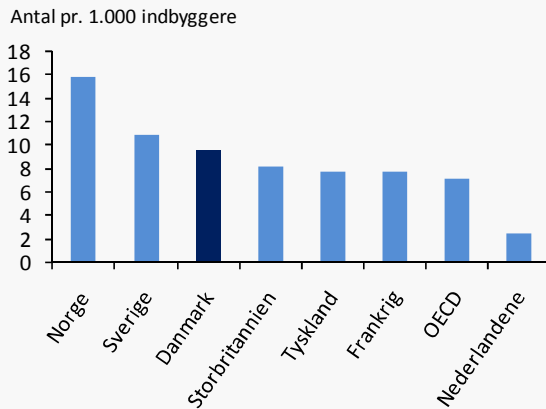
Sygeplejersker er generelt i OECD-landene den største gruppe inden for det sundhedsfaglige personale, hvor der typisk er tre gange så mange sygeplejersker som læger. Sygeplejersker arbejder typisk inden for sygehussektoren og længerevarende pleje- og omsorgsinstitutioner, men også i stigende grad inden for praksissektoren.<sup>6</sup>

Når der ses på det samlede antal sygeplejersker i beskæftigelse, ligger Danmark i midten blandt de deltagende lande. Der er i Danmark 9,5 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere. Norge ligger markant over de øvrige lande i benchmarkingen med 15,8 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.9. Til sammenligning er der i Nederlandene 2,5 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere.

Fra 2001 og frem er antallet af sygeplejersker i beskæftigelse i sundhedssektoren i Danmark ændret fra 9,4 til 9,5 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere.

<sup>6</sup> *Health at a Glance OECD Indicators* (2007; p. 58).

**Figur 4.9. Sygeplejersker i sundhedssektoren, antal pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

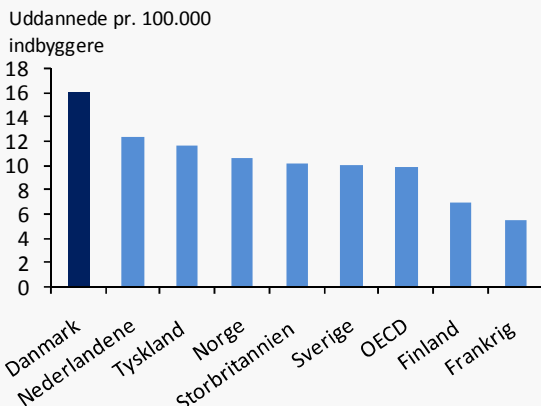
Anm: Sygeplejersker beskæftigede med administration eller forskning og arbejdsløse er ikke inkluderet i data. Data inkluderer beskæftigede ved områder, som ikke i Danmark ligger inden for sundhedssektoren.

Data for Danmark og Sverige: 2006. OECD gennemsnit: Data mangler for Belgien, Finland, Irland, Italien, Slovakiet, Schweiz, Tyrkiet

#### Nyuddannet sundhedsfagligt personale

Danmark har et højt antal nyuddannede læger. Danmark uddanner hvert år 16 læger pr. 100.000 indbyggere. Til sammenligning uddannes der i Nederlandene, som er det land, hvor der uddannes næstflest læger, lidt over 12 læger pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 4.10.

**Figur 4.10. Nyuddannede læger, antal pr. 100.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009 og Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister.

Anm: 2006 data for Frankrig og Sverige. OECD gennemsnit: Data mangler for Luxembourg, Mexico.

Mange nyuddannede læger og sygeplejersker vil erfaringsmæssigt blive beskæftiget på sygehuse, idet der i sygehussektoren i Danmark i 2008 arbejdede ca. 12.800 læger ud af de knap 21.000 læger i arbejdsstyrken, hvilket svarer til ca. 61 pct. For sygeplejersker arbejdede ca. 36.500 inden for sygehussektoren ud af i alt ca. 62.300 sygeplejersker i arbejdsstyrken, hvilket svarer til ca. 59 pct. Fra 2001 og frem er der sket en stigning i antallet af nyuddannede læger i Danmark fra 10 til 16 pr. 100.000 indbyggere.

#### Boks 4.7. Bliver nyuddannede læger i Danmark efter endt uddannelse?

Blandt de 875 nyuddannede læger, der fik deres autorisationer i 2007, er 124 udvandret

Nyuddannede læger og udvandring				
År	2005	2006	2007	2008
Nyuddannede	818	858	875	808
Udvandret	76	95	124	102
Udvandring i pct.	9 pct.	11 pct.	14 pct.	13 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister

Af de 875 nyuddannede læger, der fik deres autorisationer i 2007, har 109 et andet nordisk statsborgerskab (de 109 er fra hhv. Sverige, Norge og Island). Blandt de 109 er 75 udvandret

Nyuddannede læger med andet nordisk statsborgerskab og udvandring				
År	2005	2006	2007	2008
Nyuddannede	56	72	109	130
Udvandret	38	48	75	74
Udvandring i pct.	68 pct.	67 pct.	69 pct.	57 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister

Danmark uddanner hvert år ca. 41 sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter pr. 100.000 indbyggere. Danmark ligger i midten blandt de deltagende lande og over OECD-gennemsnittet for nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter pr. 100.000 indbyggere.

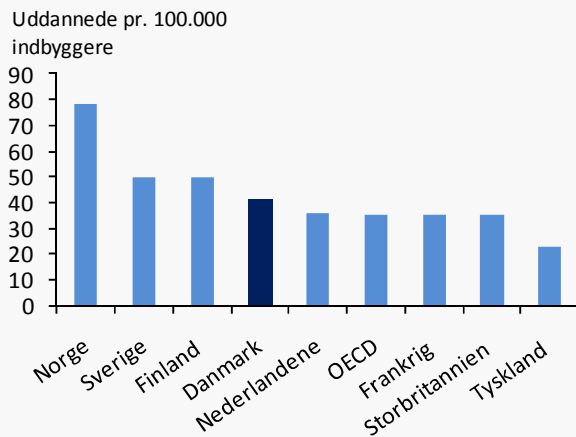
Danske data indeholder kun oplysninger om nyuddannede sygeplejersker, da social- og sundhedsassistenter først blev autoriserede i 2008.

Danmark har derfor reelt flere nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, end data viser.

Til sammenligning uddannes der i Norge ca. 79 sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter pr. år pr. 100.000 indbyggere. Norge har markant flere nyuddannede pr. 100.000 indbyggere end de øvrige syv lande, som indgår i benchmarkingen, jf. figur 4.11.

Fra 2001 og frem er der i Danmark sket en stigning i antallet af nyuddannede sygeplejersker fra knap 39 til ca. 41 pr. 100.00 indbyggere.

**Figur 4.11. Nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, antal pr. 100.000 indbyggere, 2007.**



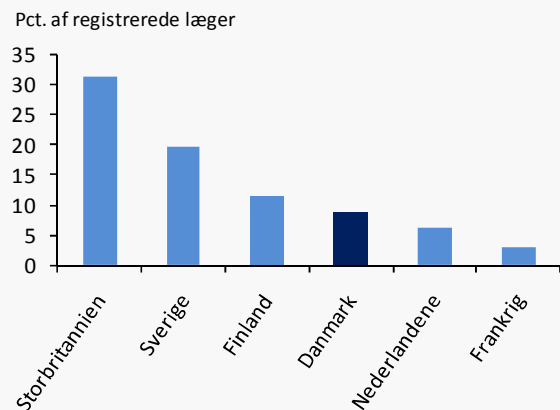
Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm: Indikatoren kan ikke deles op på uddannelse m.h.p. at opgøre nyuddannede sygeplejersker separat. For Danmark og Tyskland er kun inkluderet data for sygeplejersker. 2006 data for Sverige. OECD gennemsnit: Data mangler for Mexico

#### Boks 4.8. Udenlandsk uddannet sundhedsfagligt personale

Arbejdsstyrken af sundhedsfagligt personale påvirkes også af nettotilgangen af sundhedsfagligt personale. Ud over at et land kan eksportere nyuddannet sundhedsfagligt personale som læger, jf. boks 4.5., importeres der også udenlandsk uddannet sundhedsfagligt personale, herunder læger. I Danmark er 8,8 pct. af lægerne uddannet i udlandet. Til sammenligning er 19,6 pct. af lægerne i Sverige uddannet uden for Sverige, herunder i Danmark. I Storbritannien er 31,4 pct. af lægerne uddannet i udlandet.

#### Udenlandsk uddannede læger som pct. af autoriserede læger, 2007.



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Sverige: 2006. Danmark:2006. Nederlandene: 2006. Finland: 2006.

I 2008 fik 290 udenlandsk uddannede læger autorisation i Danmark. Tallet er således højere end antallet af nyuddannede, der udvandrede i 2008.

#### Autorisationer til læger uddannet i udlandet

År	2005	2006	2007	2008
Antal autorisationer	330	257	306	290

Kilde: OECD Health Data 2009.

### 4.3. Kapacitet: Senge og teknologi

Kapacitet på sygehuse er en omfattende størrelse, der dækker over bygninger, fysisk udstyr, IT-udstyr mm. Imidlertid findes der internationalt alene sammenlignelige data for senge og teknologi. Disse indikatorer giver langt fra et dækkende billede af kapaciteten inden for sygehusvæsenet.

Kapaciteten i form af bl.a. hospitalssenge og en række forskellige typer sygehusapparatur er centrale ressourcer for et velfungerende sygehusvæsen sammen med personalet, der skal behandle og pleje patienter, samt betjene scannere mv. Antallet af hospitalssenge siger ikke noget om kapaciteten i forhold til bl.a. ambulante behandling. I OECD-landene ses der generelt et fald i hospitalssenge grundet omlægning til ambulante behandling. Forskelle i bl.a. opgavefordelingen mellem sygehussektoren og praksissektoren i landene påvirker desuden kapaciteten i form af senge mv. inden for sygehusvæsenet.

Udbredelsen af teknologi er én af årsagerne til stigende sundhedsudgifter generelt blandt OECD-landene, hvor antallet af og investeringer i forskellige typer scannere er steget kraftigt gennem de seneste 15 år.

For teknologi eksisterer der ikke andre internationale indikatorer end et mål for antal scannere. Der anvendes dog meget anden teknologi end scannere på sygehuse. Tilgængelige indikatorer vedrørende scannere giver således ikke et fuldt dækkende billede af teknologi på sygehuse, men dækker dog et væsentligt område.

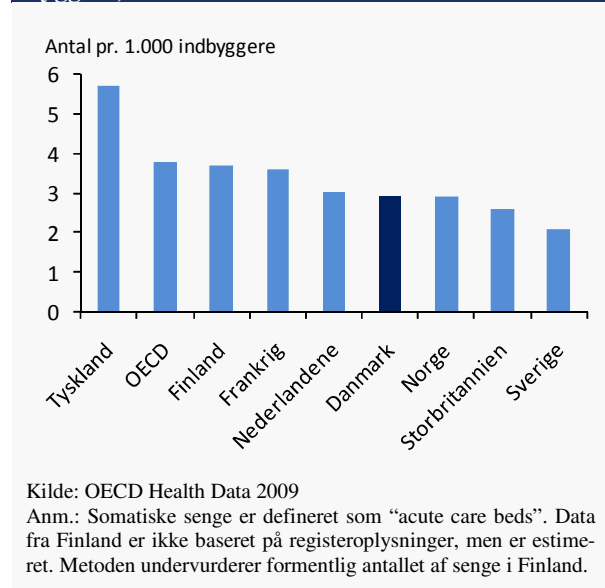
Definitionerne er i nogle tilfælde anderledes end dem, som sædvanligvis anvendes i Danmark. Derfor kan der være forskel på tallene i kapitlet og de tal, som normalt anvendes i Danmark for senge og teknologi.

### Hospitalssenge

Antallet af hospitalssenge udgør et mål for de fysiske ressourcer, som er til rådighed til behandling af indlagte patienter på hospitalerne. Antallet af hospitalssenge fortæller dog ikke noget om kapaciteten til at behandle ambulante patienter eller akutte patienter på skadestuerne, jf. ovenstående.

Det danske sygehusvæsen har knap tre somatiske senge og cirka en halv psykiatrisk seng pr. 1.000 indbyggere. Danmark placerer sig dermed midt i feltet blandt landene, både hvad angår senge i somatikken og psykiatrien, jf. figur 4.12 og 4.13. Tyskland har flere somatiske senge end de øvrige lande, mens Nederlandene har flere psykiatriske senge. Sverige har det laveste antal senge pr. 1.000 indbyggere på både det somatiske og psykiatriske område.

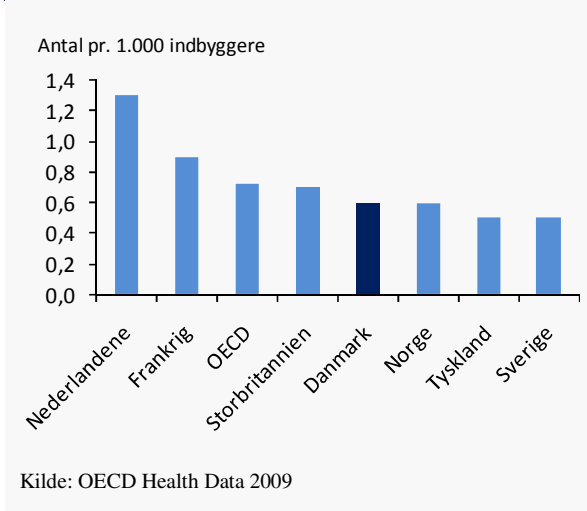
**Figur 4.12. Antal somatiske senge, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Antallet af sengepladser er faldet i Danmark siden 2001. Faldet i antallet af sengepladser skal ses i sammenhæng med, at flere lande omlægger en stigende del af behandlingen til ambulante regi. Det sker eksempelvis i Danmark, Norge, Storbritannien og Frankrig. Omlægningen er et resultat af dels øget teknologisk udvikling og dels ønsket om en mere omkostningseffektiv drift af sygehuse.

Desuden er der hensynet til, at patienten hurtigere kan komme hjem efter endt behandling. Omlægningen er således en bevidst strategi og vil naturligt betyde en stagnation eller fald i antallet af sengepladser, jf. kapitel 6.

**Figur 4.13. Antal psykiatriske senge, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



#### Boks 4.9. Måling af kapacitet

Antallet af sengepladser ses i dette kapitel som en indikator for kapacitet i sygehusvæsenet. Der er også andre forhold, som har betydning for, hvor mange patienter sygehusvæsenet kan behandle, herunder bl.a. det sundhedsfaglige personale. Det er centralt, at der er et passende forhold mellem personale og senge. Desuden er apparatur og teknologi ligeledes vigtige faktorer i denne sammenhæng.

#### Teknologi: Scannere

Som indikatorer for det teknologiske niveau er der udvalgt tre indikatorer for apparatur, som anvendes på sygehuse. Der er i udvælgelsen lagt vægt på, at scannere skal anvendes inden for flere forskellige sygdomsområder, og at de fleste af landene i benchmarkingen skal kunne opføre data på området.

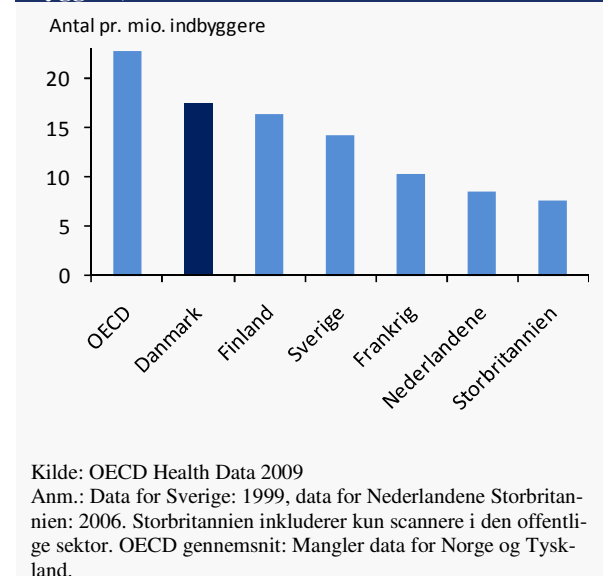
Til sammenligning skal det bemærkes, at Tyskland ikke inkluderer scannere i den ambulante sektor, og at Storbritannien ikke inkluderer scannere i den private sektor. Det kan lede til en underestimering af antallet af scannere i de to lande.

*CT-scannere* anvendes i udredning af kræft og til undersøgelse af bl.a. blødninger, hjernesvulster, hjerneskader og organskader.

Danmark har flere CT-scannere pr. mio. indbyggere end de andre lande. Finland ligger dog omtrent på samme niveau med ca. 16 scannere pr. én mio. indbyggere. Storbritannien og Nederlandene har ca. otte scannere pr. én mio. indbyggere og ligger dermed lavest, jf. figur 4.14.

OECD-gennemsnittet for CT-scannere ligger over niveauet i samtlige lande i benchmarkingen. Det skyldes, at lande som Japan, Australien, Belgien, Korea og USA har langt flere CT-scannere end landene i benchmarkingen.

**Figur 4.14. Antal CT-scannere, pr. én mio. indbyggere, 2007.**



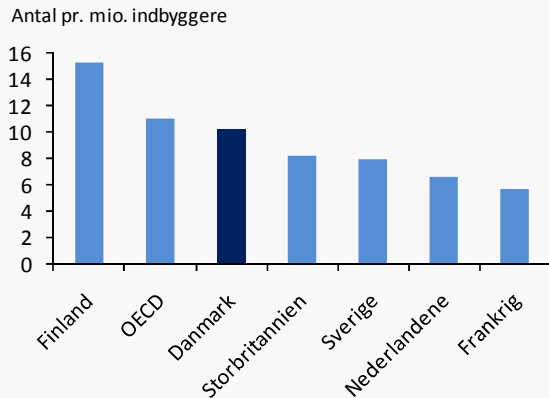
*MR-scannere* anvendes til diagnostik af kræft-, ryg-, hjerte-, led- og hjernelidelser. Desuden anvendes scanneren i bl.a. hjerneforskning. MR-scanneren anvender en nyere teknologi end CT-scanneren, men begge hører ind under gruppen af radiologiske undersøgelser.

Danmark har med omkring ti scannere pr. én mio. indbyggere lidt færre MR-scannere end gennemsnittet af OECD-landene. Finland ligger højest med ca. 15 scannere, mens Frankrig, Nederlandene



ne og Sverige ligger på niveauet 6 - 7 scannere pr. én mio. indbyggere, jf. figur 4.15.

**Figur 4.15. Antal MR-scannere, pr. én mio. indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Data 2009

Anm.: Data for Danmark 2004, Sverige: 1999 og data for Nederlandene: 2005. Storbritannien inkluderer kun scannere i den offentlige sektor. OECD gennemsnit: Mangler data Norge og Tyskland.

*PET-scannere* bruges ofte i forbindelse med diagnosticering af kræft og til hjerneforskning. Det er en relativt ny form for scanner, som anvender en nuklear-medicinsk teknik. Indikatoren for antallet af PET-scannere fortæller således noget om, hvor hurtige landene er til at tage ny teknologi til sig.

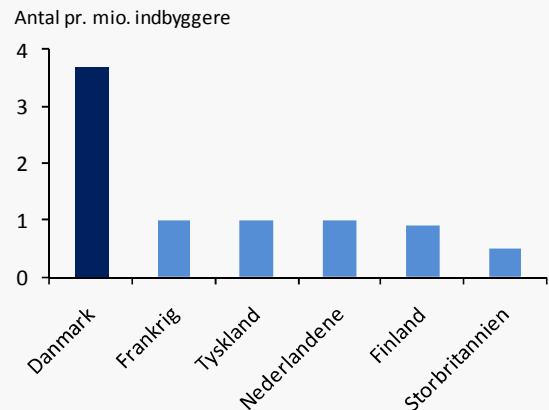
Danmark har 3,7 PET-scannere pr. én mio. indbyggere og ligger dermed højere end Frankrig, Tyskland, Nederlandene og Finland, som har ca. én scanner pr. én mio. indbyggere. Storbritannien ligger lavest med en halv scanner pr. én mio. indbyggere, jf. figur 4.16.

#### **Boks 4.10. Udnyttelsesgrad**

Der ses ofte et omvendt proportionalt forhold mellem antallet af scannere og anvendelsesintensiteten. Det vil sige, at jo flere scannere et land har til rådighed, des mindre udnyttelsesgrad. Optimalt skulle udnyttelsesgraden således tages i betragtning for at sammenligne teknologiniveau og kapacitet i de enkelte lande. Det er imidlertid alene Storbritannien og Frankrig, som har indberettet udnyttelsesgrad til OECD. Derfor er udnyttelsesgraden ikke medtaget i benchmarkingen.

Kilde: Health at a Glance, 2009

**Figur 4.16. Antal PET-scannere, pr. én mio. indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data for Nederlandene og Storbritannien er fra 2005. Data for Finland er fra 2006. Der er ikke beregnet et OECD-gennemsnit, da for få lande har indberettet data. Tyskland inkluderer ikke scannere i den ambulante sektor.

#### **4.4. Aktivitet i sygehusvæsenet**

Der er stigende fokus på at sikre aktivitet i de europæiske landes sygehusvæsen. Ofte er finansieringen af sygehuse i et vist omfang afhængig af deres aktivitetsniveau. Aktiviteten på sygehuse i form af mange behandlinger og operationer har indflydelse på ventetiden for patienterne.

Der er kun få internationalt tilgængelige opgørelser over aktivitet i sygehusvæsenet. Derfor præsenteres i dette afsnit kun få indikatorer for aktiviteten i form af antallet af operationer og udskrivinger. Operationerne opgøres både på det stationære og ambulante område, mens udskrivingerne alene afspejler det stationære område.

Ydermere ses på belægningsprocenten for sygehussenge, der viser udnyttelsesgraden af sygehussenge. Belægningsprocenten giver således et billede af aktiviteten på sygehuse, samt hvor godt disse formår at udnytte tilgængelige ressourcer i form af sengekapacitet inden for sygehusvæsenet til at skabe aktivitet.

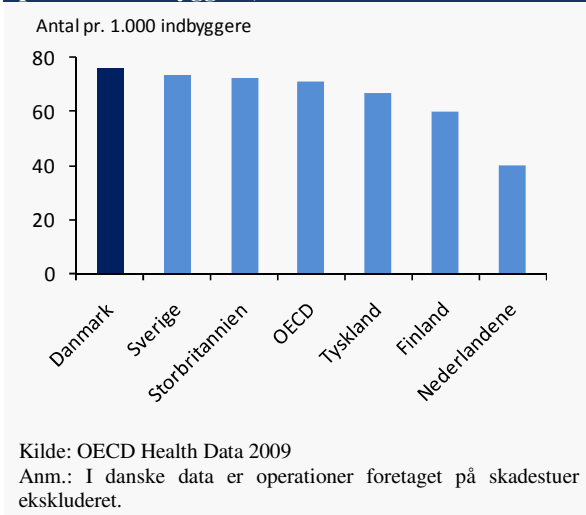
##### *Aktivitet på det stationære område*

Et ofte anvendt aktivitetsmål er antallet af operationer af indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere. Målet indeholder operative indgreb på patienter,

som overnatter mindst én nat på et sygehus. Såvel planlagte som akutte operationer medregnes i form af den hovedprocedure, patienten har modtaget.

På det stationære område, dvs. når det drejer sig om indlagte patienter, ligger Danmark højere end de andre lande. I Danmark blev der i 2007 udført ca. 75 operationer på indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere. Det gør, at Danmark ligger lidt over OECD-gennemsnittet sammen med Sverige og Storbritannien, jf. figur 4.17.

**Figur 4.17. Antal operationer, indlagte patienter, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



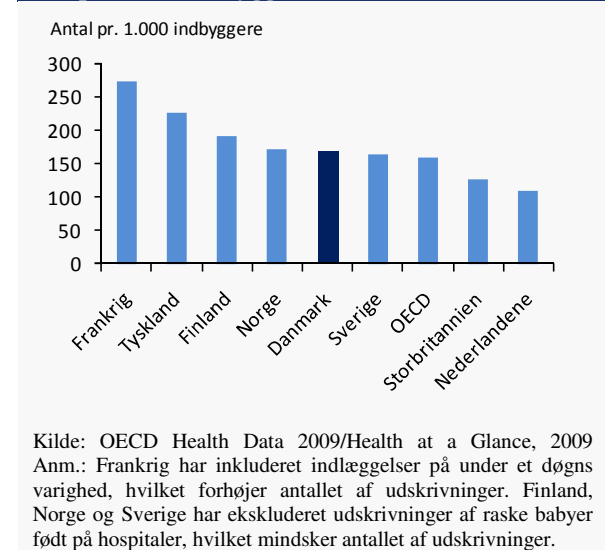
Et andet ofte anvendt mål for den stationære aktivitet er antallet af udskrivninger. Dette mål indeholder ikke kun personer, som bliver indlagt for at blive opereret, men også eksempelvis personer, som bliver indlagt til undersøgelse eller medicinsk behandling. En udskrivning er defineret som den formelle hjemsendelse af en indlagt patient efter en periodes indlæggelse. I antallet af udskrivninger indgår dødsfald på hospitaler, men ikke overflytninger mellem afdelinger på samme institution eller udskrivninger foretaget samme dag som indlæggelsen.

Danmark ligger i midtergruppen på niveau med Norge, Sverige og OECD-gennemsnittet. Danske hospitaler stod i 2007 for ca. 170 udskrivninger pr. 1.000 indbyggere. Frankrig og Tyskland ligger

begge højt på antallet af udskrivninger, jf. figur 4.18. Frankrig opgør dog antallet af udskrivninger lidt anderledes end resten af landene, idet de inkluderer indlæggelser på under ét døgn varighed.

Antallet af udskrivninger har ligget stabilt i både Danmark, Sverige, Norge og Frankrig siden 2001. Antallet af udskrivninger er steget i Tyskland og Nederlandene, mens der i Finland har været et mindre fald.

**Figur 4.18. Antal udskrivninger, indlagte patienter, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



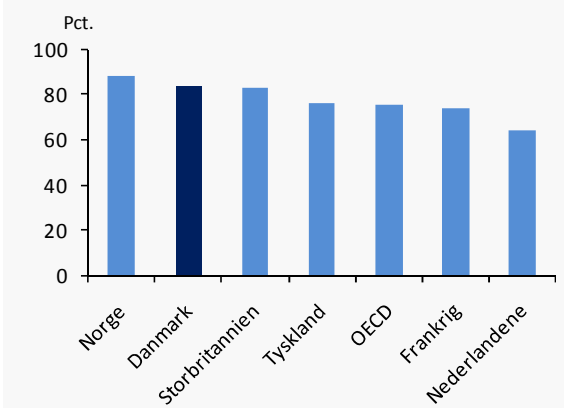
#### *Belægningsprocent for somatiske senge, indlagte patienter*

Belægningsprocenter viser udnyttelsesgraden af sygehussenge. Belægningsprocenterne giver derfor et billede af aktiviteten og sygehusenes anvendelse af tilgængelige ressourcer i form af sengekapacitet. Målet for sygehusene er ikke, at samtlige senge skal være optaget hele året grundet hensynet til at kunne modtage patienter akut.

I Danmark er belægningsprocenten i gennemsnit 84 pct., jf. figur 4.19. Danmark ligger i midten blandt landene og over OECD-gennemsnittet. Til sammenligning er belægningsprocenten i Norge 88 pct. I modsætning hertil har Nederlandene den laveste belægningsprocent på ca. 64 pct.



**Figur 4.19. Belægningsprocent for somatiske senge, pct., 2007.**

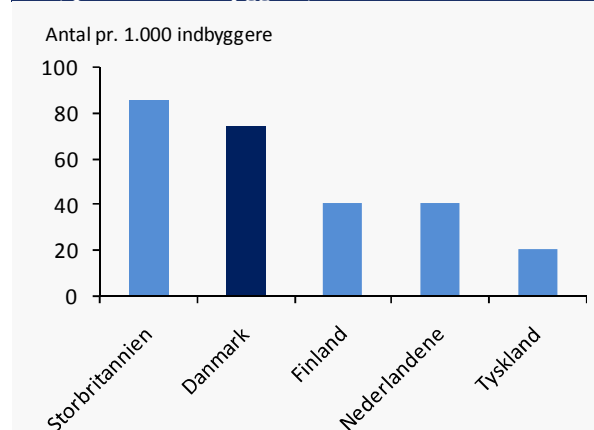


Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Forholdet mellem antallet af liggedage for indlagte somatiske ("acute care") patienter og antallet af senge til rådighed. I Danmark udgør de somatiske senge i 2007 82,7 pct. af alle senge. Data generelt for offentlige og private hospitaler. Danske data kun offentlige hospitaler.

Data for Danmark er fra 2001. Data for Nederlandene er fra 2005. OECD gennemsnit: Mangler data for Finland, Island, New Zealand, Sverige.

**Figur 4.20. Antal operationer, ambulante patienter, pr. 1.000 indbyggere, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Ambulante patienter = "day cases", hvor patienten bliver udskrevet same dag, som operationen er foretaget. Der er ikke beregnet et OECD-gennemsnit, da for få lande har indberettet data. Data for Danmark kan være overestimeret, da det ikke er muligt at ekskludere forløb, som strækker sig over flere ambulante besøg, men hvor operationen foretages på én dag.

### Aktivitet på det ambulante område

På det ambulante område anvendes en indikator for antallet af operationer. Indikatoren indeholder planlagte operative indgreb, som udføres på sygehus eller en operationsenhed, og hvor patienten forlader sygehuset eller enheden samme dag, de såkaldte "en-dags-operationer".

Danmark ligger sammen med Storbritannien på et noget højere niveau end de øvrige lande, når der ses på antallet af ambulante operationer. Danske data kan dog være overestimeret, da det ikke heri er muligt at ekskludere forløb, som strækker sig over flere ambulante besøg, men hvor operationen foretages på én dag.

Siden 2001 er antallet af ambulante operationer i Danmark steget med næsten 30 pct., mens stigningen i antallet af operationer af indlagte patienter kun har udgjort ca. 5 pct., jf. bl.a. kapitel 6.



## Kapitel 5: Patienten og sygehusvæsenet

Forhold vedrørende patienten og sygehusvæsenet omhandler bl.a. patienters adgang til sygehusvæsenet, patienters lovfæstede rettigheder, herunder retten til frit at vælge sygehus samt patienters adgang til information om sygehusvæsenet.

I de europæiske lande er der øget fokus på inddragelse af patienterne, hvor patienternes rolle søges styrket via bl.a. øget involvering i deres egen behandling. Hensigten er at gøre patienterne mere tilfredse og mere ansvarlige for egen sundhed. Desuden er der stigende evidens for, at inddragelse af patienten forbedrer behandlingens resultater.

**Tabel 5.1. Indikatorer for patienten og sygehusvæsenet**

	Ændring i danske data 2001-2007	Danmarks placering seneste år, efter numerisk værdi
<b>Patienters adgang (afsnit 5.1.)</b>		
Uopfyldte behov for lægelig undersøgelse	-	Lav
Egenbetaling af sygehusbehandling	-	Lav
<b>Patienters rettigheder (afsnit 5.2)</b>		
Lovgivning med udgangspunkt i patienten	-	Høj
Frit valg af sygehus	-	Høj
Særlige valgmuligheder ved ventetid	-	Høj
Ret til fast kontaktperson	-	Høj
Økonomisk erstatning efter fejlbehandling	-	Høj
<b>Information til patienter (afsnit 5.3)</b>		
Adgang til kvalitetsoplysninger om sygehuse	-	Høj
Adgang til ventetidsoplysninger om sygehuse	-	Høj
Assistance til opnåelse af patientrettigheder før/under behandling	-	Mellem

Kilde: Se under hver enkelt indikator i kapitlet.

Anm.: Danmarks placering seneste år: Danmarks placering i forhold til øvrige lande i benchmarkingen på baggrund af numerisk værdi. Seneste år fremgår under hver enkelt indikator i kapitlet. De fleste af indikatorerne i kapitlet kan ikke opgøres numerisk. Derfor anvendes "høj" som udtryk for, at et land har den pågældende tjeneste/rettighed. "Mellem" anvendes som udtryk for, at et land kun delvist har den pågældende tjeneste/rettighed, og "lav" anvendes som udtryk for, at et land ikke har den pågældende tjeneste/rettighed.

– = ingen data.

### 5.1. Patienters adgang

Der findes relativt få internationale sammenligninger af patienternes adgang til behandling i sundhedsvæsenet. I denne publikation anvendes en undersøgelse gennemført af EU-Kommissionens Statistiske Direktorat (Eurostat). Desuden ses der på, om landene opkræver betaling for sygehusbehandling fra patienterne.

EU-Kommissionen/Eurostat har undersøgt, hvor stor en andel af befolkningen der oplever at have uopfyldte behov for lægelig undersøgelse. Denne indikator anvendes, selvom den beskriver den generelle adgang til sundhedsvæsenet og ikke alene adgangen til sygehusvæsenet. Der findes

ingen internationale indikatorer for adgangen alene til sygehusvæsenet.

For at nuancere billedet i retning af sygehusvæsenet alene sammenlignes også, hvorvidt patienten selv bærer udgifter i forbindelse med sygehusbehandling i de forskellige lande. Mens EU-undersøgelsen er baseret på befolkningens opfattelse af adgangen til sundhedsvæsenet, kan egenbetaling ses som en måde at regulere adfærd og dermed forbrug af sygehusedsler.

Endvidere har ventetiden i sygehusvæsenet betydning for patienternes adgang til sygehusvæsenet. Ventetid i landene sammenlignes i kapitel 6 om

sygehusvæsenets resultater, da det ses som et udtryk for den organisatoriske kvalitet.

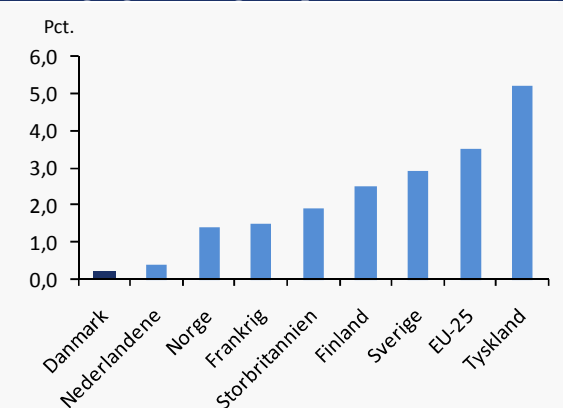
#### *Uopfyldte behov for lægelig undersøgelse*

Uopfyldte behov for lægeundersøgelse i de forskellige lande kan skyldes forskellige forhold, herunder bl.a. finansieringsstruktur, ventelister eller geografisk afstand. Det sidste forhold kan især have betydning i lande, som har geografisk store områder, der er tyndt befolkede som eksempelvis Sverige og Finland.

Kun få borgere oplever at have uopfyldte behov for lægelig undersøgelse i de lande, som indgår i sammenligningen. Der er dog alligevel relativt store forskelle mellem landene.

I Danmark oplever stort set ingen borgere (0,2 pct.), at de har uopfyldte behov for lægelig undersøgelse, hvilket er den laveste andel blandt landene. Nederlandene ligger dog også meget lavt. Til sammenligning er niveauet i Norge på ca. 1,5 pct., mens Sverige ligger højere med ca. 3 pct. Gennemsnittet af EU-landene ligger på ca. 3,5 pct., og Tyskland ligger højest med 5,2 pct. af befolkningen, som angiver at have et uopfyldt behov for lægelig undersøgelse, jf. figur 5.1.

**Figur 5.1. Andel borgere med uopfyldte behov for lægelig undersøgelse, pct., 2006.**



Kilde: EU-SILC survey.

Anm.: Andel der beskrev adgang (havde ikke råd, ventelister, for langt at rejse) som årsag til det uopfyldte behov. EU-25 gennemsnit er vist i stedet for OECD-gennemsnit, da der alene er data for EU-landene.

#### *Egenbetaling af sygehusbehandling*

Danmark og Storbritannien er de eneste lande, hvor der ikke er egenbetaling på sygehusbehandling, jf. tabel 5.2. I Norge er det gratis for patienterne at blive indlagt på sygehus, mens et ambulant besøg koster patienten ca. 250 kr. Der er desuden egenbetaling på besøg hos lægevagt (skadestuefunktion) på ca. 115 – 260 kr. alt efter, om besøget foregår i dag- eller nattetimerne.

Niveauet i Sverige, Tyskland og Frankrig ligger på omkring 75 - 125 kr. for et indlagt døgn/ambulant besøg og i Sverige omkring 150 - 220 kr. for et ambulant besøg. I Finland skal patienten betale ca. 200 kr. pr. indlagt døgn, ca. 165 kr. for et ambulant besøg og ca. 535 kr. for en samme-dags-operation<sup>7</sup>.

I Nederlandene er der egenbetaling på sygehusbehandling og et loft på ca. 1.150 kr. for, hvad en borger kan betale for behandling i sundhedsvæsenet på et år. De maksimalt 1.150 kr. dækker således udgifter i form af egenbetaling til sygehuse, medicin mm.

<sup>7</sup> Der tages forbehold for beløbenes præcise størrelser, idet kilderne er fra forskellige år, jf. tabel 9.2.

Landene med egenbetaling på sygehusydelse har enten et maksimalt loft for antal dage med egenbetaling eller mulighed for reduktion pga. patientens indkomst eller behandlingsbehov (f.eks. kronikere). Desuden er børn og unge ofte undtaget fra egenbetaling eller skal betale et reduceret beløb, ligesom indlæggelse på psykiatrisk sengeafsnit i Finland koster lidt mindre sammenlignet med en somatisk indlæggelse.

**Tabel 5.2. Egenbetaling af sygehusbehandling**

	Ingen egenbetaling	Egenbetaling
Danmark	X	
Storbritannien	X*	
Norge	X (indlagt)	X (ambulant)
Finland		X
Frankrig		X
Nederlandene		X
Sverige		X
Tyskland		X

Kilde: Forespørgsler til landenes sundhedsministerier, 2009; MISSOC-databasen, 2007; Descriptions of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom, The Commonwealth Fund, February 2008  
 Note: \*Der kan kræves egenbetaling, hvis patienten beder om ekstra faciliteter eller behandling ud over, hvad der er klinisk nødvendigt.

## 5.2. Patienters rettigheder

Patientrettigheder er oftest beskrevet kvalitativt i form af komparative studier. De tilgængelige analyser beskriver typisk en lang række organisatoriske forhold ved sundhedssystemerne og har ikke nødvendigvis særlig fokus på patientrettigheder.

Til sammenligning af patienters rettigheder og information til patienter er anvendt oplysninger fra en spørgeskemaundersøgelse til de respektive landes sundhedsministerier, jf. kapitel 2. Undersøgelsen giver mulighed for at lave en struktureret gennemgang af forholdene i de otte lande, idet landene har svaret på præcist samme spørgsmål.

Spørgsmålene i spørgeskemaet er stillet, så de dækker de områder og rettigheder, som oftest indgår i internationale komparative studier. Efterfølgende er de mest centrale indikatorer udvalgt. I

udvælgelsen af indikatorer har det været et hensyn, at indikatorerne skal beskrive områder, som fortsat er i udvikling i de otte lande.

### *Lovgivning med udgangspunkt i patienten*

Et lands sundhedslovgivning kan bl.a. vise, i hvor høj grad patienterne er i fokus. I lovgivningen kan myndighedernes forpligtelser og/eller patientens rettigheder i sygehussektoren være fastsat. En sundhedslov, som er formuleret med udgangspunkt i patientens rettigheder frem for f.eks. sygehusejernes forpligtelser, indikerer, at det primære fokus er patienten. Selve indholdet af patienternes rettigheder afhænger selvfølgelig af lovens udformning.

I stort set samtlige lande tager sundhedslovgivningen udgangspunkt i patientens rettigheder, jf. tabel 5.3. Der er dog forskellige grader af, hvor meget der er indskrevet i selve lovgivningen og på hvor mange områder i lovgivningen, der tages udgangspunkt i patientens rettigheder.

Eksempelvis tager den danske sundhedslov udgangspunkt i patienternes rettigheder frem for regionernes forpligtelser på centrale områder, herunder frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, patientens inddragelse i beslutninger, sundhedspersoners tavshedspligt samt maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme.

I Sverige tager sundhedslovgivningen udgangspunkt i patienten på områder som bl.a. retten til at læse egen journal og fortrolighed ved håndtering af journalen.

England skiller sig ud ved, at patienternes rettigheder ikke direkte fremgår af lovgivningen, men i stedet er defineret i et kodeks for det engelske sundhedsvæsen. Ifølge det engelske sundhedsministerium vil det blive indskrevet i den engelske sundhedslovgivning, at udbydere af sundhedsydelse skal tage forfatningen i betragtning i beslutninger og handlinger.

**Tabel 5.3. National lovgivning er udtrykt med udgangspunkt i patienters rettigheder.**

	Ja, i juridisk bindende lovgivning	Nej, men i ikke-juridisk bindende charter eller vejledning	Nej
Danmark	X		
Finland	X		
Frankrig	X		
Norge	X		
Nederlandene	X		
Sverige	X		
Tyskland	X		
England		X	

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009.

### *Frit valg af sygehus*

Internationale sammenligninger af frit valg af sygehus vanskeliggøres af, at sundhedssystemerne er forskellige, bl.a. med hensyn til finansieringsstrukturen i sundhedssystemet. I lande med primært offentlige og skattefinansierede sygehuse ses der på muligheden for at vælge mellem offentlige sygehuse og evt. offentligt finansierede sygehuse, som er omfattet af den offentlige sygesikring. I lande med forsikringssystemer ses der på frit valg mellem de sygehus, som en basissygeforsikring dækker.

Der er i forskellig grad frit valg i alle landene med undtagelse af Finland. Det frie valg er dog forbundet med egenbetaling i Nederlandene og Tyskland, jf. tabel 5.4.

**Tabel 5.4. Ikke-akutte patienters frie valg af primært sygehus inden for landets grænser.**

	Frit valg	Frit valg mod egenbetaling	Ikke frit valg
Danmark	X		
England	X		
Frankrig	X		
Norge	X		
Sverige	X		
Nederlandene		X	
Tyskland		X	
Finland			X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009.

Anm.: Primære sygehuse er enten offentlige sygehuse eller sygehuse, som er omfattet af en basissygeforsikring (i lande med forsikringssystemer).

I Danmark har patienterne siden 1993 kunnet vælge frit, hvilket offentligt sygehus de vil behandles på. I England, Frankrig, Norge og Sverige er der ligeledes frit sygehusvalg af offentlige/primære sygehuse, jf. tabel 5.4. I Norge f.eks. blev patienternes frie valg indskrevet i sundhedslovgivningen i 2001, mens frit valg i Sverige ikke er formaliseret i en lov, men i stedet består i en aftale mellem regionale myndigheder.

Nederlandene har et forsikringssystem, hvor 99 pct. af befolkningen er omfattet af en sundhedsforsikring, og der findes hovedsageligt private sygehuse, jf. kapitel 2. Graden af frit valg afhænger således af, hvilken form for forsikring borge- ren har valgt. Det er muligt for forsikringsselskaberne at selekttere, på hvilke hospitaler patienten kan få behandling med fuld dækning imod en lavere præmie. Der skal dog være fuld gennemsigtighed med, hvilke sygehuse selskabet har kontrakt med. Hvis patienten vælger et sygehus uden kontrakt med forsikringsselskabet, kan patienten komme til at betale en del af regningen. Ordningen benyttes dog kun i op til fem procent af tilfældene, men det nederlandske sundhedsministerium forventer, at ordningen udbredes fremover. Patienterne i Tyskland kan som oftest frit vælge sygehus uden egenbetaling. Imidlertid giver lovgivningen mulighed for, at patienten kan komme

til at betale ekstra, hvis patienten vælger et sygehus i et andet geografisk område mod den henvissende læges anbefaling. Dette sker dog kun sjældent i praksis.

I Finland har patienterne ikke ret til frit at vælge sygehus. Der er dog et forsøg med frit valg i gang i fire hospitalsdistrikter, og der er truffet en beslutning om at udvide patienters mulighed for frit valg generelt.

#### *Særlige valgmuligheder ved ventetid*

Ventetid er en udfordring i en række landes sundhedsvæsen. De nordiske lande har på forskellig vis valgt at give patienterne mulighed for behandling på private sygehuse eller i udlandet, såfremt ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger en vis tidsgrænse. Lignende ordninger findes ikke i Nederlandene, England, Tyskland og Frankrig, jf. tabel 5.5.

I Danmark blev det udvidede frie sygehusvalg indført i 2002. Patienterne fik dermed ret til at vælge behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet, som regionsrådene (tidligere amter) i forening har indgået aftale med, når ventetiden på behandling på offentlige sygehuse oversteg to måneder i bopælsregionen. I 2007 blev fristen nedsat til én måned. I Sverige findes en lignende ordning, hvor ventetiden dog skal overstige tre måneder.

I Finland har patienterne krav på at få vurderet behovet for behandling inden for tre uger efter henvisning og senest modtage behandling efter tre måneder og allersenest efter seks måneder. Hvis tidsfristen overskrides, har patienten ret til at få behandling på et andet sygehus inden for landets grænser.

**Tabel 5.5. Ikke-akutte patienter har særlige valgmuligheder, hvis ventetiden til behandling overstiger en bestemt tidsgrænse.**

	Ja, når ventetid $\geq$ 1 mdr.	Ja, når ventetid $\geq$ 3 mdr.	Ja, individuel fastsat ventetid	Nej, ingen maksimal ventetid
Danmark	X			
Sverige		X		
Finland		X		
Norge			X*	
England				X
Frankrig				X
Tyskland				X
Nederlandene				X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

\*Gælder kun de mest syge patienter, kaldet "rettighedspatienter".

I Norge er systemet lidt anderledes end i Danmark, Sverige og Finland, idet nogle privathospitaler indgår i det almindelige frie valg af sygehus. Patienterne kan således vælge disse sygehuse uafhængigt af, hvor lang ventetiden er på de offentlige sygehuse. For den mest/alvorligst syge gruppe af patienter, kaldet "rettighedspatienter", fastsætter sygehuse ud fra en sundhedsfaglig vurdering en individuel frist for, hvornår patienten senest skal have behandling. Hvis fristen ikke overholdes, har de regionale sundhedsmyndigheder pligt til at dække udgifterne til behandling på et andet sygehus, om nødvendigt på et privathospital eller i udlandet. For resten af patienterne, som ikke er vurderet som "rettighedspatienter", er der ingen tidsgrænse for behandlingen.

I England har patienter siden december 2008 kunnet forvente at starte deres behandling maksimalt 18 uger, svarende til 4,5 måneder, efter henvisning. Dette er dog ikke en lovbestemt ret, og patienten har ikke valgmuligheder, hvis fristen overskrides.

Ligeledes findes der i Nederlandene såkaldte "trek-norms", som fastsætter den maksimale ventetid, der vurderes acceptabel. Denne ventetid er seks uger til behandling, der varer under en



dag, og syv uger til behandling, der varer over én dag. Ligesom i England har patienten ikke nogen særlige rettigheder, hvis normen overskrides. I Nederlandene bliver 80-85 pct. af patienterne dog behandlet inden for "trek-norms" ifølge det nederlandske sundhedsministerium.

I Frankrig og Tyskland, som begge har socialforsikringssystemer, findes der ingen maksimale ventetider for ikke-akutte patienter.

#### *Ret til fast kontaktperson*

I Danmark, Norge og Frankrig har patienterne ret til at få tilknyttet en fast kontaktperson, når de bliver indlagt på sygehuse eller er tilknyttet et sygehus i ambulans forløb med flere kontakter<sup>8</sup>. I Tyskland har kun patienter med sværere psykiatriske sygdomme ret til en kontaktperson. I de øvrige lande har patienterne ikke ret til en fast kontaktperson, jf. tabel 5.6.

En kontaktperson er en sundhedsfaglig person, som følger patienten gennem et forløb. Kontaktpersonordningens formål er bl.a. at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbet, herunder at sikre koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt at sikre den enkelte patient tryghed og information om behandlingsforløbet. Imidlertid er kontinuitet ikke i alle lande et oplevet problem, herunder i hvor høj grad kontinuitet anses som en væsentlig faktor med betydning for eksempelvis behandlingens resultater og patientens tryghed.

**Tabel 5.6. Patienter (indlagte og ambulante) har ret til en fast kontaktperson.**

	Ja	Ja, men kun patienter med bestemte sygdomme	Nej
Danmark	X		
Norge	X		
Frankrig	X		
Tyskland		X	
England			X
Finland			X
Nederlandene			X
Sverige			X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009.

#### *Adgang til klage og erstatning*

I samtlige lande er der mulighed for at klage over den sundhedsfaglige behandling til et formaliseret klagenævn, patientombudsmand eller lignende. I Danmark behandles sådanne klager af Sundhedsvesenets Patientklagenævn. I alle otte lande behandler myndighederne gratis patientklager, og patienten skal således ikke selv hyre juridisk bistand. Fælles for disse klagesystemer er, at patienterne enten kan få medhold i, at der er udøvet kritisabel faglig adfærd eller en afvisning af, at dette har været tilfældet. Disse klagesystemer udbetaler dog ikke økonomisk erstatning.

For så vidt angår erstatningssystemer er der lidt større forskel mellem landene, jf. tabel 5.7. I Danmark, Finland, Frankrig, Norge, Sverige og Tyskland er det muligt at få økonomisk erstatning for skader opstået i forbindelse med behandlingen uden selv at skulle føre en sag ved domstolene. I Danmark er dette muligt gennem patientforsikringsordningen. I England og Nederlandene er det ikke muligt at få compensation uden formel proces via det juridiske system, men i England arbejdes der på en reform af klagesystemet, hvor erstatning vil indgå.

<sup>8</sup> Regeringen har taget initiativ til at målrette den danske kontaktpersonordning, jf. *Mere tid til velfærd, Regeringens plan for mindre bureaukrati i regioner og kommuner*, oktober 2009.



**Tabel 5.7. Patienter kan få økonomisk kompensation for medicinske fejl uden hjælp fra det juridiske system, f.eks. gennem et offentligt patientforsikringssystem.**

	Ja	Nej, men det er muligt at få forskellige former for gratis juridisk assistance	Nej
Danmark	X		
Finland	X		
Frankrig	X		
Norge	X		
Sverige	X		
Tyskland	X		
England			X
Nederlandene			X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

### Boks 5.2. Ca. hver tredje får erstatning i Norden

Landene er blevet bedt om at svare på spørgsmålet om, i hvor mange tilfælde sagerne om erstatning bliver afgjort til fordel for patienten. De nordiske lande i undersøgelsen har besvaret spørgsmålet. Det ses heraf, at medholdsraten ligger på ca. en tredjedel i Danmark, Finland og Norge. I Sverige er den lidt højere på ca. 44 pct.

### 5.3. Information til patienter

Patienterne har bedre muligheder for at opnå deres rettigheder ifølge sundhedslovgivningen, hvis information og oplysning understøtter disse. Patienternes frie valg kan eksempelvis understøttes via oplysninger om ventetid og kvalitet på de enkelte sygehuse.

Desuden kan det som patient være vanskeligt at overskue alle muligheder og rettigheder. Derfor stiller myndighederne ofte rådgivning om rettigheder til rådighed for patienterne, bl.a. i form af oplysningsmateriale og bemandede patientkontorer.

#### Adgang til kvalitetsoplysninger om sygehuse

En central parameter for patienten er selve kvaliteten af behandlingen. Hvis patienten har ret til frit at vælge sygehus, kan oplysninger om kvaliteten

på de forskellige sygehuse understøtte og hjælpe patientens valg.

I Danmark, Storbritannien, Norge og Nederlandene er oplysninger om kvaliteten i sygehusvæsenet offentligt tilgængelige på internettet, jf. tabel 5.8. Oplysningerne er nationale, rettet mod almindelige borgere og har en karakter, hvor det er muligt at rangordne sygehuse efter højeste kvalitet.

**Tabel 5.8. Internetadgang til nationalt publicerede kvalitetsoplysninger om sygehuse, som gør det muligt for borgeren at rangere efter højeste kvalitet.**

	Kvantitativ rangering af sygehuse	Kvalitativt eller begrænset kvantitativt materiale	Ingen internetadgang
Danmark	X		
Storbritannien	X		
Norge	X		
Nederlandene	X		
Frankrig		X	
Tyskland		X	
Sverige			X
Finland			X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009.

I Danmark har patienterne siden 2006 kunnet sammenligne både offentlige og private sygehuse og klinikker på en række kvalitetsparametre på hjemmesiden [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk). Siden indeholder i dag oplysninger om over 200 hospitaler og klinikker og dækker ca. 176 behandlinger/sygdomme med indikatorer som eksempelvis indlæggelsesvarighed, antal operationer, antal genindlæggelser, dødelighed, ventetider, hygiejne mv.

Formålet med hjemmesiden er primært at understøtte patienternes frie valg af sygehus og fremme patienternes inddragelse i eget forløb. Desuden giver åbenhed og gennemsigtighed om sygehuses kvalitet sygehuse et incitament til at sammenligne sig med hinanden og fokusere på "best practice". Hjemmesiden er under udvikling for

bl.a. at forbedre brugervenligheden og udvide med flere sygdomsområder.

Storbritanniens hjemmeside om kvalitetsoplysninger indeholder bl.a. oplysninger om klinisk kvalitet, patienters vurdering af sygehuse, overholdelse af hygiejnestandarder, sygehusets beliggenhed i forhold til patientens bopæl, ventetid mm. Den norske hjemmeside indeholder oplysninger om ventetid og patienternes tilfredshed med forskellige aspekter af behandlingen.

I Tyskland offentliggøres der ikke en egentlig rangorden af sygehusenes kvalitet, men patienterne har adgang til en database med kvalitetsrapporter for hospitalerne, som indeholder nogle hospitalsspecifikke indikatorer og enkelte indikatorer for behandling eller operationer. Rapporterne opdateres hvert andet år. I Frankrig har patienterne adgang til en database, som indeholder oplysninger om infektioner.

I Sverige og Finland findes der ikke en national hjemmeside med kvalitetsoplysninger rettet mod borgerne. I Finland arbejdes der dog på at udvikle en sådan database.

#### *Adgang til ventetidsoplysninger for sygehusene*

Oplysninger om ventetid kan understøtte patienternes frie valg af sygehus og har dermed til dels samme funktion som oplysninger om kvalitet, der er beskrevet ovenfor.

Danmark, Nederlandene, Norge, Storbritannien og Sverige stiller oplysninger om ventetid til rådighed på internettet, jf. tabel 5.9. Oplysningerne bliver typisk opdateret én gang om måneden.

**Tabel 5.9. Internetadgang til nationalt publicerede oplysninger om ventetid på sygehuse.**

	Ja	Nej
Danmark	X	
Nederlandene	X	
Norge	X	
Storbritannien	X	
Sverige	X	
Finland		X
Frankrig		X
Tyskland		X

Kilde: Spørgekemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

#### *Assistance til opnåelse af patientrettigheder*

Der er forskellige muligheder i landene for som patient at få hjælp til opnåelse af sine rettigheder før og under behandlingen på sygehus, jf. tabel 5.10.

**Tabel 5.10. Assistance fra sundhedsmyndigheder/socialforsikringsorganisation til at opnå patientrettigheder før og under sygehusbehandling.**

	På alle hospitaler	På regionalt niveau	Begrænset dækning eller fra patientorganisationer
Finland	X		
England	X		
Tyskland	X		
Danmark		X	
Norge		X	
Sverige		X	
Frankrig			X
Nederlandene			X

Kilde: Spørgekemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

I Finland, England og Tyskland kan patienterne få vejledning på diverse patientkontorer på alle sygehuse. I Danmark kan patienterne få vejledning på patientkontorer, som er centralt placeret i regionerne, dog på samtlige sygehuse i Region Hovedstaden.

I Norge og Sverige kan patienterne få vejledning i regionerne, men som hovedregel ikke på de enkel-

te sygehuse. I Norge sker dette ved en patientombudsmand i hver fylkekommune (svarende til en region).

Patienterne i Frankrig kan få vejledning om deres rettigheder i nogle regioner, og der er på alle hospitaler opsat oversigter over patienternes rettigheder.

I Nederlandene kan patienter, som ønsker hjælp til at overskue og opnå deres patientrettigheder, henvende sig til offentligt støttede patientorganisationer på regionalt og nationalt niveau og bede om vejledning om deres rettigheder.



## Kapitel 6: Ressourceanvendelse og behandlingskvalitet

Fokus i dette kapitel er sygehusvæsenets ressourceanvendelse og behandlingskvalitet i landene. En effektiv anvendelse af ressourcerne og høj behandlingskvalitet skal følges ad for at sikre mest mulig sundhed for pengene. Derfor er fokus i dette kapitel en benchmarking af landenes ressourceanvendelse (afsnit 6.1.) og kvalitet i behandlingen (afsnit 6.2.)

I benchmarkingen indgår fire indikatorer vedrørende ressourceanvendelse og 11 vedrører kvalitet i behandlingen, jf. tabel 6.1. De 15 indikatorer er udvalgt, fordi de er relevante, entydige, veldefinerede og påvirkelige for sygehusvæsenet.

På linje med øvrige emner berørt i publikationen er valget af indikatorer dog begrænset af tilgængelige internationale data, jf. kapitel 2. Derfor giver de 15 indikatorer ikke nødvendigvis et endegyldigt og fuldt dækkende billede af ressourceanvendelse og behandlingskvalitet inden for sygehusvæsenet.

Det bemærkes, at alle behandlingsområder ikke er omfattet af kvalitetsindikatorerne. Nogle områder er derfor kun indirekte inkluderet via kapitlets input-output mål for ressourceanvendelse.

Benchmarkingen beskriver heller ikke den interne spredning i ressourceanvendelse og kvalitet på tværs af behandlingsområder, sygehuse og regioner. Spredningen kunne have været relevant at inddrage, men er ikke muligt at medtage på grund af det internationale aspekt og datatilgængeligheden. Internationalt arbejdes bl.a. i regi af OECD på at udvikle flere sammenlignelige indikatorer på området.

Sammenligningen viser overordnet, at Danmark har et omkostningseffektivt sygehusvæsen. Danmark ligger højt placeret i forhold til andre lande på operationer pr. sygehusansat. Patienterne ligger relativt kort tid på sygehuse, og der er udstrakt brug af ambulat behandling. Generelt er ventetiden kort, og patienterne er generelt meget tilfredse med deres oplevelser på sygehusene. For behandling på kræftområdet ligger Danmark lavt placeret. Data er her et udtryk for behandlingskvalitet på kræftområdet, før kræftpakkerne blev indført. Danmark ligger højt placeret i forhold til andre lande på behandling af hjerte-karsygdomme.

Tabel 6.1. Indikatorer for ressourceanvendelse og behandlingskvalitet

	Ændring i danske data 2001-2007	Danmarks placering seneste år, efter numerisk værdi
<b>Ressourceanvendelse (afsnit 6.1.)</b>		
<b>Input-output mål for ressourceanvendelse</b>		
Operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede	11,2 pct.	Høj
Udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede	-4,5 pct.	Mellem
<b>Liggetid</b>		
Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter	-0,3 dage <sup>1</sup>	Lav
<b>Ambulant behandling</b>		
Andel af operationer, der udføres ambulant	5,1 pct. point	Mellem
<b>Kvalitet (afsnit 6.2.)</b>		
<b>Behandling af hjerte-karsygdomme</b>		
30 dages dødelighed, blodprop i hjertet (AMI)	-0,8 pct. point <sup>2</sup>	Lav
30 dages dødelighed, blodprop i hjernen	-0,2 pct. point <sup>3</sup>	Lav
30 dages dødelighed, hjerneblødning	-0,4 pct. point <sup>3</sup>	Mellem
<b>Behandling af kræft</b>		
5-års relativ overlevelsesrate, tyk/endetarmskræft	4,2 pct. point <sup>4</sup>	Lav
5-års relativ overlevelsesrate, brystkræft	6,2 pct. point <sup>4</sup>	Mellem
5-års relativ overlevelsesrate, livmoderhalskræft	-4,2 pct. point <sup>4</sup>	Lav
<b>Ventetid</b>		
Brystkræft operation	-	Lav
By-pass operation	-	Lav
Hofteoperation	-	Lav
<b>Patientoplevelt kvalitet</b>		
Andel med positiv oplevelse af besøg på sygehus, ambulant	-	Høj
Andel med positiv oplevelse af besøg på sygehus, indlagt	0,7 pct. point <sup>5</sup>	Mellem

Kilde: Se under hver enkelt indikator i kapitlet.

Anm.: Danmarks placering seneste år: Danmarks placering i forhold til øvrige lande i benchmarkingen på baggrund af numerisk værdi. Seneste år fremgår under hver enkelt indikator i kapitlet. – = ingen data.

Noter: 1) Ændringen er fra 2001-2005, 2) Ændringen er fra 2003-2007, 3) Ændringen er fra 2002-2007, 4) Ændringen er fra 1997-2002 til 2002-2007, 5) Ændringen er fra 2000-2009

## 6.1. Ressourceanvendelse

Forholdet mellem de anvendte ressourcer og output på sygehusområdet er relevant i forhold til at optimere det samlede ressourceforbrug.

I benchmarkingen er der fokus på produktivitet frem for effektivitet, jf. boks 6.1. Ressourceanvendelse og produktivitet vedrører forholdet mellem det, der er blevet produceret og hvor mange ressourcer, der er blevet anvendt til at producere det pågældende output.

Relativt simple indikatorer for sygehusedydelser er bl.a. antal operationer, udskrivninger. Her kan sygehusvæsenets ressourceanvendelse og produktivitet ses ud fra forholdet mellem udgifter til personalets løn, medicin og udstyr mv. på sygehuse (input) og ydelserne målt som f.eks. operationer, udskrivninger mv. (output).

I kapitlet sammenlignes landene på input-output indikatorer i form af operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede og udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede.

**Boks 6.1. Produktivitet vs. effektivitet**

Produktivitet vedrører forholdet mellem input og output. Effektivitet er et samlet udtryk for, hvilken aktivitet og kvalitet et givet ressourceinput genererer. Effektivitet kan derfor også udtrykkes som forholdet mellem outcome og input.

Outcome vedrører det samlede resultat af en sygehusindlæggelse – effekten af en behandling målt som en ændring i en persons sundhedstilstand som følge af behandlingen på sygehuset. Da outcome kan være svært at måle, anvendes i mangel på bedre ofte indikatorer for output som antal operationer, antal undersøgelser eller antal behandlede patienter i en periode som et indirekte eller tilnærmet udtryk for outcome.

Det har ikke været muligt at anvende indikatorer for effektivitet i benchmarkingen, bl.a. fordi der ikke findes valide internationale data på området.

Landene sammenlignes også på gennemsnitlig liggetid og andel af operationer, der udføres ambulantly på sygehuse. Begge disse indikatorer har en positiv sammenhæng med effektiv ressourceanvendelse. Liggetid er et udtryk for, hvor lang tid patienter gennemsnitlig er indlagt på sygehuset. Der er i mange lande en udvikling mod større grad af ambulantly behandling inden for sygehusvæsenet både af kliniske hensyn til bl.a. patienten og mere effektiv ressourceanvendelse af personale mv.

Det er i kapitlet fravalgt at sammenligne landene ud fra indikatorer, hvor f.eks. sygehusudgifter sættes i forhold til antal udskrivninger eller antal sengedage. Det skyldes bl.a., at sygehusudgifter omfatter den samlede aktivitet på sygehuse, mens antal udskrivninger og antal sengedage kun omfatter en del af aktiviteten på sygehuse, idet sygehuse også udfører ambulantly behandling.

Der er generelt i landene fokus på mekanismer til at søge at fremme højere aktivitet og forbedre ressourceanvendelsen og produktiviteten inden for sygehusvæsenet. I flere lande er bevillingerne i sygehusvæsenet i varierende grad blevet aktivitetsafhængige. F.eks. afhænger 100 pct. af sygehusbevillingerne i Nederlandene af sygehusaktivi-

teten. I Danmark afhænger 50 pct. af sygehusbevillingerne af aktiviteten.

Et andet tiltag for at fremme effektiv ressourceanvendelse er at skabe overblik og gennemsigtighed i produktivitetens udviklingen på de forskellige niveauer i sygehusvæsenet. I Danmark gennemføres årlige produktivetsmålinger af sygehusvæsenet. Disse målinger har vist, at det danske sygehusvæsen har realiseret en produktivetsvækst på ca. 2 pct. årligt i perioden 2003-2007, jf. boks 6.2. Produktivetsmålingerne har dog samtidig vist betydelige forskelle mellem de enkelte regioner og sygehuse, både hvad angår produktivetsudvikling og -niveauet.

**Boks 6.2. Måling af produktivitet i Danmark**

I Danmark har man siden 2005 offentliggjort produktivetsmålinger for den somatiske del af sygehussektoren. Dette sker som et led i en monitorering af, om de tilførte midler til sundhedsvæsenet resulterer i den forventede ekstra aktivitet.

Der aftales årligt et mål for produktivetsudviklingen mellem regeringen og regionerne. Målet er typisk en årlig produktivetsstigning på 2 pct. Produktivetsmålingerne gennemføres i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Finansministeriet.

De gennemførte produktivetsmålinger viser, at produktivetsudviklingen i sygehusvæsenet i Danmark fra 2004 har været positiv.

**Produktivetsudvikling fordelt pr. år**

År	2004	2005	2006	2007
Produktivetsudvikling, pct.	2,4	1,8	1,9	1,4

En anden måde at søge at vurdere ressourceanvendelsen er ved at sammenholde effekten af en behandling med udgiften hertil. Anvendelsen af sådanne mekanismer er i større eller mindre grad udbredt i de deltagende lande. I Danmark indgår betragtninger om den kliniske effektivitet i vurderingen af medicinske procedurer og i godkendelsen af nye lægemidler. For lægemidler og god-

kendelse heraf indgår der også betragtninger om lægemidlets virkning sammenholdt med prisen.

### Boks 6.3. Sammenligninger af værdien af sygehusedelser ud fra DRG-opgørelser

I benchmarkingen har det ikke været muligt at benchmarke landene på baggrund af opgørelser af værdien af sygehusedelser ud fra patientklassifikationssystemet diagnoserelevante grupper (DRG).

Der er udviklet DRG-systemer i en række lande, men systemerne er ikke opbygget på samme måde, hvorfor sammenligning på tværs af landene er vanskelig. Der er dog bl.a. i regi af OECD udarbejdet studier, der sammenligner værdien af sygehusedelser ud fra DRG-opgørelser. Beregningerne viser, at Danmark har en høj produktivitet. Undersøgelsen er metodisk blevet kritiseret pga. spørgsmålet om sammenlignelighed. Der er desuden et udviklingsarbejde i gang i de nordiske lande vedrørende produktivitetmålinger. I data fra 2002 ligger Danmark i midten blandt de nordiske lande. Da der p.t. ikke er nyere (endelige) data for Danmark, indgår data fra projektet ikke i indeværende benchmarking.

Kilde: Erlandsen, E. (2007), "Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance", OECD Economics Department Working Papers, No. 555, OECD Publishing; jf. Sverre A.C. Kittelsen, Kjartan Sarheim Anthun, Birgitte Kalseth, Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Jon Magnussen, (2009), "En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007". SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret.

Der eksisterer ikke på internationalt plan et samlet forsøg på opgørelse af effektivitet. I OECD-regi foregår et udviklingsarbejde vedrørende Improving Health-System Efficiency, jf. boks 6.4.

### Boks 6.4. OECD's udviklingsarbejde vedrørende "Improving Health-System Efficiency"

I OECD regi foregår et arbejde med at udvikle indikatorer for sundhedssystemer og vurdere, hvordan forskellige tiltag og institutionelle forhold påvirker sundhedssystemers effektivitet. Indikatorer vedrører bl.a. sundhedssystemets indretning og ressourceanvendelse. Arbejdet er dog endnu under udvikling, og indikatorerne har således ikke kunnet indgå i indeværende internationale benchmarking.

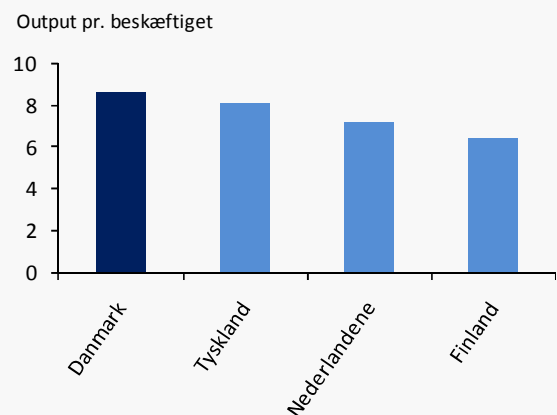
### Operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede

I Danmark gennemførtes der i 2007 i gennemsnit 8,6 operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat, jf. figur 6.1. Opgørelsen er baseret på alle operationer og både sundhedsfagligt og ikke-sundhedsfagligt personale på sygehuset. Til sammenligning leverer hver sygehusansat i Tyskland 8,1 operationer. Landene imellem kan der dog være en forskel i fordelingen af personale på personalegrupper som f.eks. læger.

Danmark opgør ikke data for fuldtidsbeskæftigede på private sygehuse. Grundet den private sygesektors relative størrelse i Danmark vil det næppe ændre resultatet afgørende.

Fra 2001 og frem er der sket en stigning i antallet af operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat i Danmark fra 7,7 til 8,6 operationer årligt.

Figur 6.1. Antal operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede, 2007.



Kilde: OECD Health Data 2009, Sundhedsstyrelsen/Det Fælleskommunale Løndatakontor (danske data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse).

Anm.: Antal operationer for både indlagte patienter og ambulante patienter. Beskæftigede omhandler generelt beskæftigede på offentlige og private sygehuse samt specialiserede sygehuse. Data for Danmark er kun for offentlige sygehuse. Data for Finland, Nederlandene er fra 2006.

Der er ikke tilstrækkeligt data til at lave et OECD gennemsnit.



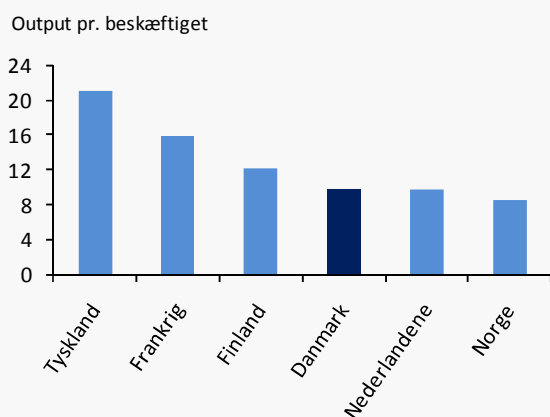
### Udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede

I Danmark leverer personalet på sygehusene opgjort som fuldtidsbeskæftigede, uafhængig af uddannelse, i gennemsnit 9,7 udskrivninger af indlagte patienter pr. år, jf. figur 6.2. Indikatoren dækker ikke ambulante patienter, hvor der i Danmark er udstrakt brug af ambulante behandling.

Til sammenligning leverer hver sygehusansat i Tyskland, som ligger højest for indikatoren, ca. 21 udskrivninger pr. år. Danmark ligger i midten blandt landene.

Fra 2001 og frem er der sket et fald i antal udskrivninger pr. sygehusansat i Danmark fra 10,2 til 9,7. Denne udvikling hænger sammen med omlægning til større grad af ambulante behandling i Danmark.

**Figur 6.2. Antal udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009, Sundhedsstyrelsen/Det Fælleskommunale Løndatakontor (danske data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse).

Anm.: Samlet antal udskrivninger og samlet antal personale på sygehusene. Danske data for antal udskrivninger og fuldtidsbeskæftigede kun for offentlige hospitaler.

Data for Danmark (udskrivninger), Finland og Nederlandene er fra 2006. Der er ikke tilstrækkeligt data til at lave et OECD gennemsnit.

### Boks 6.5. Operationer og udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede

Internationale data for sygehusbeskæftigede kan ikke deles op på personalegrupper, jf. kapitel 4.1. Derfor kan antal operationer f.eks. ikke sættes i forhold til antal sygehuslæger, som generelt er den personalegruppe, der opererer. Desuden kan indikatoren ikke vægtes i forhold til den værditilvækst, som de forskellige personalegrupper i kraft af deres relative lønninger forudsættes at lave.

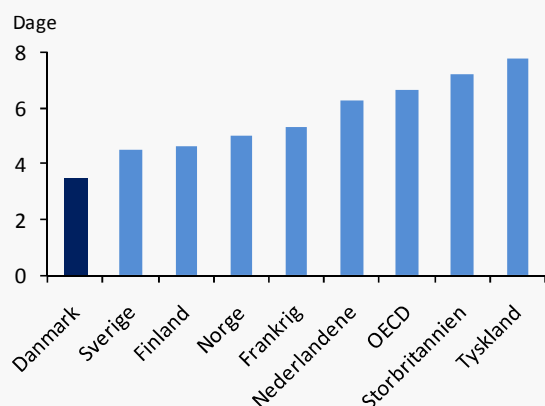
### Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter

Af hensyn til patienten og samlet ressourceanvendelse er lave liggetider for indlagte patienter på sygehusene ønskelige. Der findes dog ikke internationale standarder for, hvor lav den gennemsnitlige liggetid bør være eller kan blive. Det er en sundhedsfaglig opgave at sørge for, at udskrivning sker, når den enkelte patient er færdigbehandlet.

I Danmark er den gennemsnitlige liggetid 3,5 dage, jf. figur 6.3. Danmark har lave gennemsnitlige liggetider sammenlignet med de andre lande. F.eks. er den gennemsnitlige liggetid hhv. 7,2 og 7,8 i Storbritannien og Tyskland, som er de to lande i benchmarkingen, der har de længste liggetider.

Fra 2001 til 2005 er der sket et fald i den gennemsnitlige liggetid fra 3,8 til 3,5 dage i Danmark. Det skal ses i lyset af gode erfaringer med ambulante behandlingsmetoder, accelererede patientforløb til gavn for patienten samt ny teknologi generelt.

**Figur 6.3. Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter, antal dage, 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

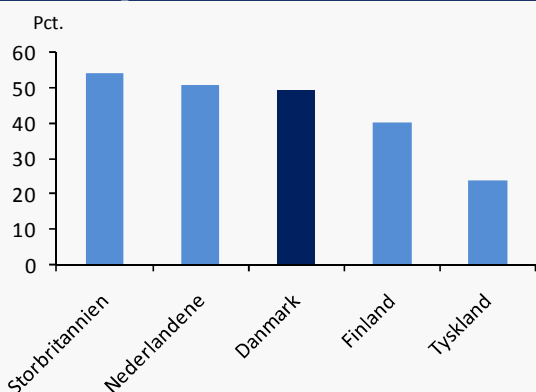
Anm.: Data omhandler "acute care" patienter, patienter indlagt med henblik på kurativ og lægefaglig behandling. I Danmark udgjorde "acute care" sengene i 2007 82,7 pct. af alle senge. Data for Danmark: 2005.

#### Andel ambulant behandling

Ambulant behandling er generelt mere omkostningseffektivt end behandling under indlæggelse. Derfor er graden af ambulant behandling en indikator for sygehusvæsenets ressourceanvendelse og produktivitet.

I Danmark udføres knap 50 pct. af alle operationer ambulant, jf. figur 6.4.

**Figur 6.4. Andel af operationer der udføres ambulant, pct., 2007.**



Kilde: OECD Health Data 2009.

Anm.: Der er ikke beregnet OECD gennemsnit, da der ikke er data for et tilstrækkeligt antal lande.

Til sammenligning udføres ca. 54 pct. af alle operationer ambulant i Storbritannien. Dette er således et område, hvor den relative forskel mellem nogle af landene er meget lille, jf. kapitel 2. I Tyskland udføres kun ca. 24 pct. af alle operationer ambulant og er dermed det land med den laveste andel ambulante operationer blandt landene i denne sammenligning.

Fra 2001 og frem er der i Danmark sket en stigning fra ca. 44 pct. til knap 50 pct. i 2007 i andel af operationer, der udføres ambulant.

#### Boks 6.6. Accelererede patientforløb

Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb, således at bl.a. behovet for indlæggelse reduceres.

Hovedprincippet i accelererede patientforløb er at optimere de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindses belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme til hæfterne. Før indgrebet modtager patienterne udførlig information om operationen, hvilket bl.a. giver en vis tryghed. I forbindelse med selve indgrebet er især smertebehandlingen i fokus, herunder lokalbedøvelse mv. Efter operationen bliver patienterne således hurtigt fysisk mobiliserede. De patienter, der har været gennem et accelereret forløb, oplever færre komplikationer, genvinder hurtigere deres funktionsevne og har en gennemsnitlig kortere tid på sygehuset.

Det accelererede patientforløb kan således øge kvaliteten af patientbehandlingen. Desuden kan det frigøre kapacitet og ressourcer, idet flere operationer udføres ambulant, og indlæggelsestiden reduceres, hvor der ikke er mulighed for ambulant behandling. Accelererede patientforløb anvendes primært på det kirurgiske område, men er også begyndt at blive udbredt på det medicinske område i Danmark.

Kilde "Bedre velfærd og større arbejdsglæde", Regeringen 2007.

## 6.2. Kvalitet

Fremme af høj kvalitet kan bl.a. ske gennem spredning af bedste praksis, erfaringer og gode resultater mellem landene og regioner og sygehuse imellem.

I denne benchmarking belyses tre aspekter af kvalitet:

- *Klinisk kvalitet*, herunder kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser.
- *Organisatorisk kvalitet*, herunder kvaliteten af processer vedr. arbejdstilrettelæggelse og sammenhæng i patientforløb.
- *Patientoplevelt kvalitet*, herunder patienternes tilfredshed og oplevelse af sundhedsvæsenet.

For den kliniske kvalitet sammenlignes overlevelsesrater efter indlæggelse for hjerte-karsygdomme og kræftsygdomme, dvs. "outcome" af behandlingen. De to sygdomsområder er udvalgt, fordi de repræsenterer de største dødelighedsrater på tværs af de deltagende lande.

For organisatorisk kvalitet sammenlignes ventetider ved tre udvalgte sygdomme. Ventetider kan betragtes som et udtryk for organisatorisk kvalitet, dvs. et udtryk for, hvor hensigtsmæssigt sygehusvæsenet er organiseret. Desuden har ventetid også betydning for behandlingens resultater på mange områder, herunder f.eks. kræftområdet.

For så vidt angår patientoplevelt kvalitet sammenlignes undersøgelser af patienternes oplevelser, som flere lande gennemfører. Der er således tale om kvalitative data.

### *Generelt om indikatorer for kvalitet*

Flere internationale organisationer offentliggør indikatorer for klinisk kvalitet i sundhedsvæsenet på regelmæssig basis. Antallet af valide indikatorer, som primært afspejler *sygehusvæsenets* kvalitet, og som i mindre omfang bliver påvirket af indsatsen i *den øvrige sundhedssektor* eller befolkningens generelle *sundhedstilstand*, er begrænset.

Der er dog flere indikatorer, som til en vis grad giver et godt billede af den kliniske kvalitet af behandlingen i netop *sygehusvæsenet*, f.eks. dødelighedsrater målt relativt kort tid efter operation/behandling i sygehusvæsenet. Denne type kvantitative indikatorer er prioriteret i dette afsnit. Sygdommens sværhedsgrad, patientens eventuelle øvrige sygdomme, egen livsstil og opfølgning hos egen læge vil dog ligeledes påvirke resultatet, selv om målingen sker relativt kort tid efter udskrivning fra sygehus.

Et mål som f.eks. generel dødelighed tager ikke højde for, om og evt. hvornår en borger er blevet behandlet for en given sygdom. Målet er i høj grad afhængigt af befolkningens sundhedstilstand og risikoadfærd generelt, jf. kapitel 3. Hvis en stor del af befolkningen ryger, vil dødeligheden som følge af eksempelvis lungekræft sandsynligvis være relativt stor, selv om sygehusvæsenets behandling er af høj kvalitet. Det skyldes, at der vil være flere og vanskeligere kræfttilfælde, end hvis en mindre del af befolkningen røg. Desuden kan den primære sundhedssektor i forhold til screening o.l. ligeledes have betydning for, hvor tidligt sygdommene opdages.

I valget af indikatorer for den kliniske kvalitet i sygehusvæsenet er 30-dages dødelighed således et bedre mål end eksempelvis 5-års overlevelse. Begge mål er imidlertid at foretrække frem for eksempelvis generelle dødelighedsrater, da de to mål tager udgangspunkt i patienter med den pågældende sygdom og ikke befolkningen generelt.

For behandlingen af hjerte-karsygdomme har det været muligt at få valide data for 30-dages dødelighed. For behandlingen af kræft findes der alene data for 5-års overlevelse for landene. Det ville være mest relevant at have indikatorer for overlevelse kortere tid efter endt behandling for at isolere indsatsen i sygehusvæsenet mest muligt. Imidlertid findes ingen nyere internationale data herfor, hvorfor 5-års overlevelse er valgt som indikator.

Den kliniske kvalitet måles på behandlingen for hjerte-karsygdomme og kræftsygdomme. Områderne er som nævnt udvalgt, fordi de repræsenterer de største dødelighedsrater på tværs af de deltagende lande. Desuden er det områder, hvor der findes valide internationalt sammenlignelige data, og hvor sygehusvæsenet har en central rolle i behandlingen.

Til måling af organisatorisk og patientoplevet kvalitet er udbuddet af internationalt sammenlignelige indikatorer meget begrænset. Til beskrivelse af disse aspekter er der derfor anvendt data fra en spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, jf. kapitel 2 for beskrivelse af undersøgelse.

#### *Behandling af hjerte-karsygdomme*

Til sammenligning af kvaliteten i behandlingen af hjerte-karsygdomme anvendes indikatorer for 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjertet, blodprop i hjernen og hjerneblødning. Disse indikatorer er udviklet af OECD, som vurderer dem til at være de bedst mulige internationalt sammenlignelige data på området.

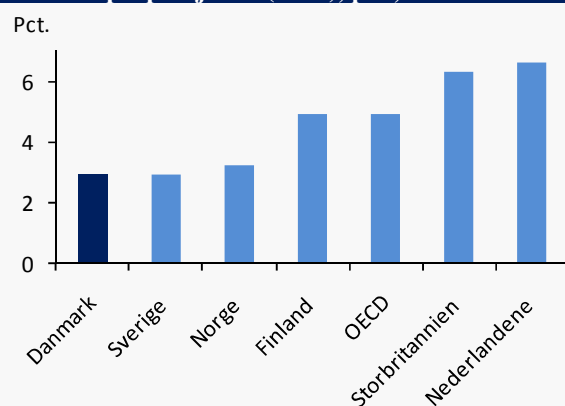
#### **Boks 6.7. Måling af 30-dages dødelighed efter indlæggelse**

Ideelt set skulle indikatorerne for 30-dages dødelighed efter indlæggelse for en hjerte-karsygdom baseres på, hvorvidt patienten dør hvilket som helst sted i sundhedssystemet efter endt operation. Imidlertid er det kun muligt at opgøre et sådant mål, såfremt alle patienter kan identificeres unikt, eksempelvis med et CPR-nummer. Denne mulighed findes ikke i alle OECD-lande, hvorfor dødelighedsraterne alene baserer sig på, om patienten er død på samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Det betyder, at forhold, som hvor hurtigt patienterne bringes til sygehuset og landets praksis for overflytninger mellem sygehuse, kan påvirke resultaterne.

Den hyppigste dødsårsag i de industrialiserede lande er indsnævring eller blokering i de kar, som forsyner hjertet med blod (iskæmisk hjertesygdom). Blodprop i hjertet (AMI) er årsag til halvdelen af dødsfaldene ved iskæmisk hjertesygdom.

Danmark har sammen med Sverige den laveste 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet. Også Norge har relativt lave dødelighedsrater. Risikoen for at dø efter indlæggelse med blodprop i hjertet er over dobbelt så stor i Finland og Storbritannien, som den er i Danmark og Sverige, jf. figur 6.5.

**Figur 6.5. 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI), pct., 2007.**



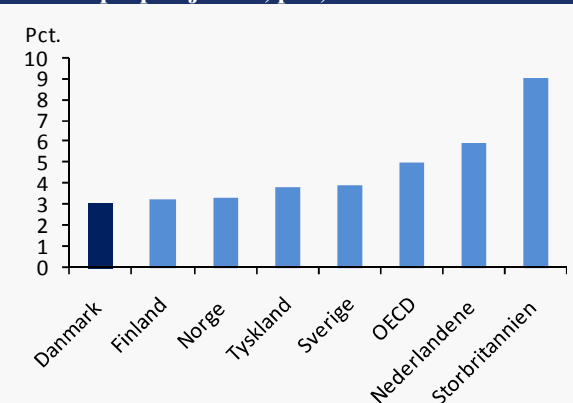
Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005

Også slagtilfælde (apopleksi) er en betydelig dødsårsag i de industrialiserede lande. Ifølge WHO er slagtilfælde den tredje hyppigste årsag til død og handicap. Ca. 85 pct. af alle slagtilfælde skyldes en blodprop i hjernen, og ca. 15 pct. skyldes en blødning i hjernen.

Ses der på blodprop i hjernen, har Danmark den laveste 30-dages dødelighed blandt landene. Risikoen for at dø inden for 30 dage efter indlæggelse for blodprop i hjernen er 3 pct. i Danmark. Finland, Norge, Tyskland og Sverige ligger også lavt. I Nederlandene og især i Storbritannien er der betydelig større risiko for at dø efter indlæggelse for blodprop i hjernen. Risikoen er 9 pct. i Storbritannien, jf. figur 6.6.

**Figur 6.6. 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen, pct., 2007.**

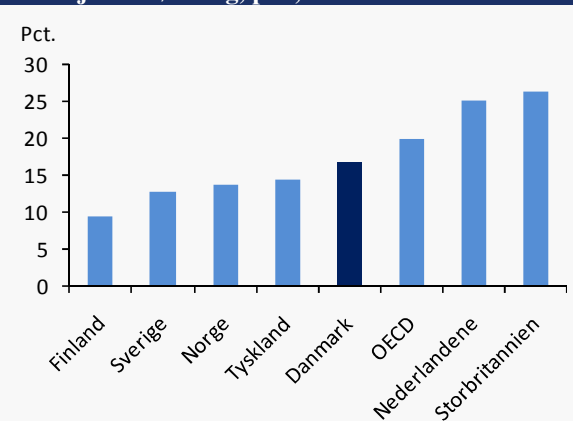


Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005.

Hvad angår hjerneblødning ligger Danmark i midtergruppen. Mens risikoen for at dø inden for 30 dage efter indlæggelse for hjerneblødning er lavest i Finland på 10 pct., er den 17 pct. i Danmark. Dødeligheden efter indlæggelse for hjerneblødning i Danmark er dog lavere end OECD-gennemsnittet samt Nederlandene og Storbritannien, jf. figur 6.7.

**Figur 6.7. 30-dages dødelighed efter indlæggelse med hjerneblødning, pct., 2007.**



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005.

### Kræftbehandling

Til sammenligning af behandlingen af kræft anvendes indikatorer for 5-års overlevelseshæfter for tyk/endetarmskræft, brystkræft og livmoderhalskræft. I OECD's kvalitetsindikatorprojekt er netop disse indikatorer udviklet, da det er vigtige sygdomsområder, som landene kan levere sammenlignelige data til.

Det kunne være relevant at inddrage indikatorer for flere kræftsygdomme. Eksempelvis lungekræft, som er den kræftform, flest mennesker dør af i Danmark og prostatakræft, som er den hyppigste kræftform for mænd i Danmark. Imidlertid findes der ingen nyere internationale data herfor.

### Boks 6.8. 5-års relativ overlevelse for kræft

5-års relative overlevelseshæfter for kræft viser andelen af patienter med kræft, som givet deres alder stadig er i live efter fem år sammenlignet med dem, som stadig er i live uden sygdommen. De relative overlevelseshæfter opfanger dermed den "ekstra" dødelighed, som forekommer blandt kræftpatienterne.

I de anvendte indikatorer ses der på patienter, som er diagnosticeret i 2002 (eller nærmeste år). Fem år senere, i 2007 (eller nærmeste år), opgøres så den relative dødelighedsrate.

Som tidligere nævnt indikerer 5-års overlevelse til en vis grad sygehusvæsenets resultater, men påvirkes også af indsatsen i det øvrige sundhedsvæsen og af befolkningens generelle sundhedstilstand. For i højere grad at isolere kvaliteten i sygehusvæsenet kunne det være ønskeligt at måle overlevelse tættere på tidspunktet for endt behandling. Dette ville ikke udelukke påvirkning fra det øvrige sundhedsvæsen og befolkningens sundhed, men begrænse den.

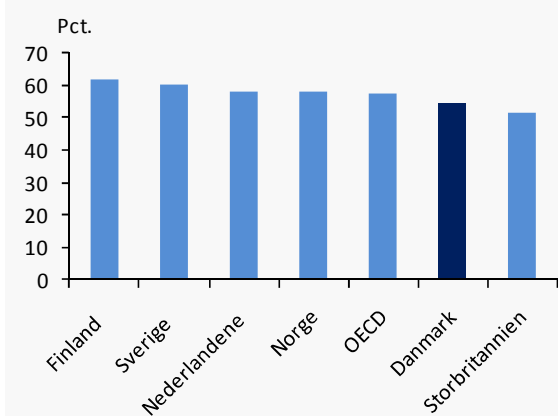
Tyk/endetarmskræft er den tredjehyppigste kræftform for både mænd og kvinder. I Danmark får

ca. 3.500 patienter konstateret tyk/endetarmskræft hvert år.

Overlevelsen for tyk/endetarmskræft i Danmark ligger lidt under gennemsnittet for OECD-landene og på niveau med Norge. De fleste lande i benchmarkingen har en højere relativ overlevelseshastighed end Danmark for tyk/endetarmskræft.

I Danmark var 54 pct. af patienterne med tyk/endetarmskræft fortsat i live fem år efter, at sygdommen var diagnosticeret. OECD-gennemsnittet ligger på 57 pct., og i Finland, som har den højeste overlevelseshastighed, er 62 pct. stadig i live, jf. figur 6.8.

**Figur 6.8. 5-års relative overlevelseshastigheder for tyk/endetarmskræft, pct., 2002-2007.**



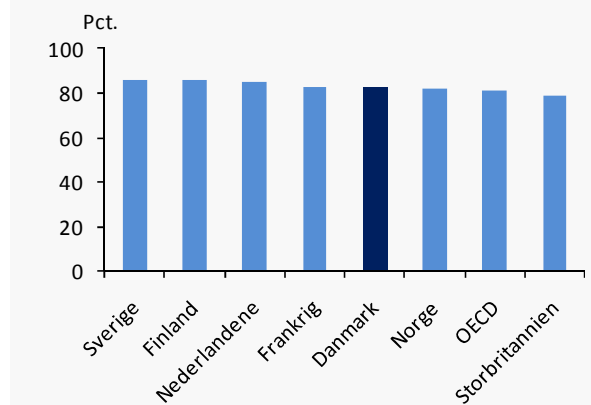
Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*  
Anm.: Aldersstandardiserede rater. Finland (2002-05). Sverige (2003-08). Norge (2001-06). Storbritannien (2001-06). Nederlandene (2001-06). Der findes ikke tal for 2002-2007 for Frankrig. Der findes ikke nationale data for Tyskland.

*Brystkræft* er med over 4.000 nye tilfælde om året den hyppigste kræftsygdom blandt danske kvinder. *Brystkræft* udgør sammen med *lungekræft* de kræftformer, flest kvinder dør af i Danmark.

For så vidt angår *brystkræft* har Danmark en lidt højere relativ overlevelseshastighed end gennemsnittet af OECD-landene og ligger på niveau med Frankrig og Norge. I Danmark var 82 pct. af patienterne med *brystkræft*, som forventeligt ville være i live i 2007, givet deres alder, fortsat i live. Sverige, Finland og Nederlandene har de højeste relative

overlevelseshastigheder blandt landene på 85-86 pct., jf. figur 6.9.

**Figur 6.9. 5-års relative overlevelseshastigheder for brystkræft, pct., 2002-2007.**

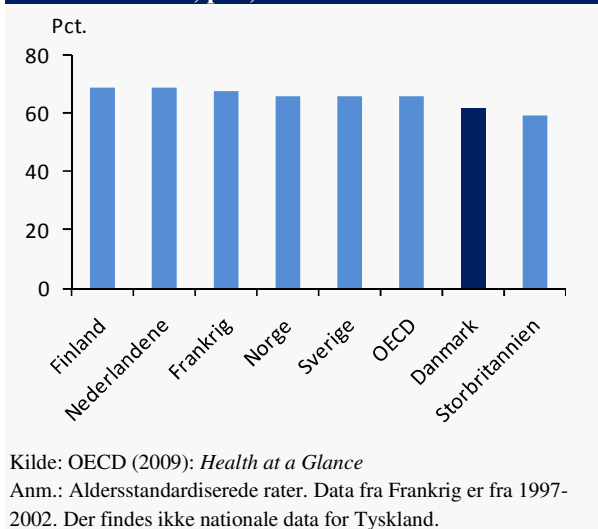


Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*  
Anm.: Aldersstandardiserede rater. Data fra Frankrig er fra 1997-2002. Der findes ikke nationale data for Tyskland.

*Livmoderhalskræft* er mindre hyppigt forekommende end *brystkræft*. Der er ca. 450 nye tilfælde årligt i Danmark. *Livmoderhalskræft* kan opdages i tidlige stadier gennem screening, og der er udviklet en vaccination mod det virus, som forårsager *livmoderhalskræft*.

Danmarks relative 5-års overlevelseshastighed for *livmoderhalskræft* på 61 pct. er lavere end de fleste andre lande i benchmarkingen. I Finland og Nederlandene er den relative rate på 69 pct. I Storbritannien er overlevelseshastigheden knap 58 pct. og dermed lavere end i Danmark, jf. figur 6.10.

**Figur 6.10. 5-års relative overlevelsesrater for livmoderhalskræft, pct., 2002-2007.**



### Ventetid

Der er ingen nyere internationalt sammenlignelige opgørelser af ventetid. Til benchmarkingen anvendes derfor data fra den spørgeskemaundersøgelse, som er gennemført blandt landenes sundhedsministerier til indeværende benchmarking, jf. kapitel 2.

#### Boks 6.10. Opgørelse af ventetid

Den gennemsnitlige ventetid er af landene opgjort som tiden fra den dag, hvor en patient er skrevet på venteliste til en specifik behandling til den dag, hvor patienten er blevet indskrevet på den relevante operationsenhed. Definitionen er anvendt af OECD i et studium af ventetider på tværs af lande fra 2003.

Landene har foretaget særkørsler til brug for denne benchmarking ud fra den givne definition. Ventetiderne i dette kapitel afviger således fra de ventetider, som normalt anvendes nationalt i de enkelte lande.

I spørgeskemaet er landene blevet bedt om at opgøre ventetider til by-pass operation (hjerte), operation for brystkræft og hofteoperation. Operationerne er udvalgt, fordi de repræsenterer tre store og centrale områder, nemlig hjerte- og kræftområdet samt det ortopædkirurgiske område. Det har været muligt for fire lande at lave en særlig opgørelse af ventetiden på én eller flere af de tre udvalgte behandlinger. To lande har ingen nationale opgørelser af ventetid, mens to andre lande ikke

har mulighed for at opgøre ventetid efter den fastsatte definition.

#### Boks 6.11. Erfaret ventetid i Danmark

I Danmark anvendes en registerbaseret ventetidsopgørelse kaldet erfaret ventetid til operation, som er anderledes end OECD's definition af ventetid. Den erfarede ventetid omfatter hele perioden fra første henvisningsdato til udredning på sygehus til operationsdato. I den erfarede ventetid indgår kun perioder, hvor patienten er aktivt ventende. Således indgår der ikke den tid, hvor patienten udredes samt tid, der skyldes patientens eget ønske om f.eks. ferie eller lignende. Erfaret ventetid inkluderer således alene tiden, hvor patienten *reelt* er ventende, men til gengæld inddrages en større del af forløbet end i OECD's definition af ventetid, der er anvendt i tabel 6.3-6.5.

Selvom landene er blevet bedt om at opgøre ventetiderne efter en fælles definition, må tallene alligevel tages med et vist forbehold. Derfor er niveauet for ventetider vist i intervaller, idet opgørelserne formentlig ikke kan bære en sammenligning på det præcise antal uger.

#### Boks 6.12. Forskel i fokus på ventetid

Der er forskelle blandt landenes fokus på ventetid på sundhedsområdet, herunder fra centralt hold. I Nederlandene, Frankrig og Tyskland bliver ventetider kun i begrænset omfang eller slet ikke drøftet i parlamentet eller pressen. I Frankrig og Tyskland bliver der ikke opgjort ventetider på nationalt niveau. I Danmark, England, Norge, Sverige og Finland får ventetider til behandling derimod stor opmærksomhed.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier

For by-pass operation er den gennemsnitlige ventetid under én måned i Danmark og Finland, mens den er mellem én og tre måneder i England og Nederlandene, jf. tabel 6.2.



**Tabel 6.2. Gennemsnitlig ventetid til by-pass operation.**

	< 1 mdr.	1-3 mdr.	4-6 mdr.
Danmark	X		
Finland	X		
England		X	
Nederlandene		X	

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
 Anm.: Kun planlagte operationer. Nederlandene, marts 2008 (thorax operation). Danmark, 2008. Finland, 2007. England, finansåret 2007/2008. For Danmark er data opgjort ud fra OECD's definition og via Landspatientregisteret.

Mht. operation for brystkræft har alene Danmark og Nederlandene været i stand til at beregne ventetiden efter den fastsatte definition. I både Danmark og Nederlandene er der under én måneds ventetid til operation for brystkræft, jf. tabel 6.3.

**Tabel 6.3. Gennemsnitlig ventetid til operation for brystkræft.**

	< 1 mdr.	1-3 mdr.	4-6 mdr.
Danmark	X		
Nederlandene	X		

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
 Anm.: Tidspunkt for data: Nederlandene, maj 2008. Danmark: 2008. ICD-10 koder: C50.0-C50.9

Til hofteoperation er der generelt længere ventetid på tværs af landene end til by-pass operation og operation for brystkræft. Mens Danmark og Nederlandene har en ventetid på mellem én og tre måneder, har England og Finland en ventetid på 4-6 måneder, jf. tabel 6.4.

**Tabel 6.4. Gennemsnitlig ventetid til hofteoperation.**

	< 1 mdr.	1-3 mdr.	4-6 mdr.
Danmark		X	
Nederlandene		X	
England			X
Finland			X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
 Anm.: Nederlandene, maj 2008 (ortopædkirurgi). Danmark, 2008. Finland, 2007. England, Finansåret 2007/2008

Ventetid er bl.a. ét udtryk for den organisatoriske kvalitet i et sygehusvæsen. Der er imidlertid en række andre forhold, som også er med til at forklare den organisatoriske kvalitet på sygehusene.

Udvikling af kliniske retningslinjer kan ses som organisatorisk kvalitet. De har til formål at sikre en ensartet behandling af høj kvalitet på tværs af sygehusene. Med undtagelse af Tyskland har alle landene udviklet nationale kliniske retningslinjer for behandlingen af kræft, hjertesygdomme og en række andre sygdomme.

Danmark, England og Frankrig har endvidere på kræft- og hjerteområdet kombineret de kliniske retningslinjer med eksempelvis monitoreringssystemer og/eller maksimale ventetider for alle dele af behandlingen. Norge har etableret sådanne strukturer på kræftområdet, men ikke på hjerteområdet.

I Danmark er de såkaldte "pakkeforløb" implementeret siden 2007. Hertil er udarbejdet kliniske retningslinjer vedr. bl.a. undersøgelser og scanninger, behandlingens forløb samt kommunikation på tværs af sygehuse, afdelinger, egen læge og speciallæge. Desuden er der etableret et monitoreringssystem og aftalt maksimale ventetider for alle dele af et forløb.

#### *Patientoplevelt kvalitet*

Flere lande laver løbende nationale målinger af patientoplevelt kvalitet. Sådanne målinger kan i sig selv opfattes som en indikation af, at der er fokus på at forbedre dette aspekt af kvaliteten.

I Danmark er der siden 2000 gennemført undersøgelser af indlagte patienters oplevelser i sygehusvæsenet. Fra 2008 er også ambulante patienters oplevelser undersøgt. Desuden gennemføres landsdækkende undersøgelser af bestemte patientgruppers oplevelser, herunder kræftpatienter. England, Sverige og Norge gennemfører også undersøgelser af ambulante og indlagte patienters oplevelser.

Frankrig gennemfører generelle befolkningsundersøgelser, hvor befolkningen spørges om oplevelser med forskellige offentlige ydelser, herunder sygehusedydelser. Det er således ikke patienter, som



spørgeres i Frankrig, men et generelt udsnit af befolkningen.

I Tyskland, Nederlandene og Finland gennemføres ikke nationale undersøgelser af patienters oplevelser på sygehusene.

Hidtil har de internationale organisationer, som udarbejder sammenligninger af kvalitet i forskellige landes sundhedsvæsen, fokuseret på at udvikle indikatorer for den kliniske kvalitet ved hjælp af data fra landenes sundhedsregistre. Både OECD og Nordisk Ministerråd arbejder nu på at etablere sammenlignelige data for patienternes oplevelser på sygehusene. Sådanne data opnås gennem spørgeskemaundersøgelser.

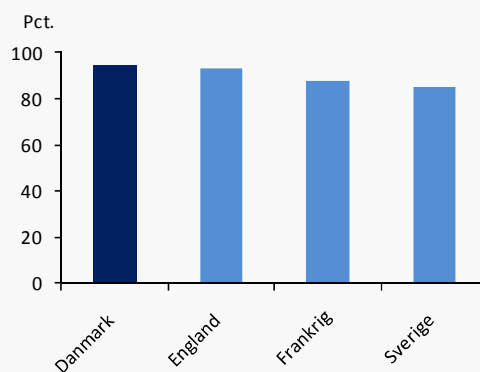
Til denne benchmarking er landene blevet bedt om at henvise til deres eventuelle undersøgelser af patienters oplevelser og angive, hvor stor en del af patienterne der har positive oplevelser på sygehusene. Sådanne sammenligninger må tages med forbehold, idet forskellige lande anvender forskellige spørgsmålsformuleringer.

Desuden er det væsentligt at være opmærksom på, at andre forhold end den kliniske kvalitet af den behandling, som patienten har modtaget, spiller ind på patientens oplevelser, eksempelvis den information patienten har modtaget under indlæggelsen og personalets imødekommenhed.

I de fem lande, som gennemfører nationale undersøgelser af patienternes oplevelser på sygehusene, spørges der bl.a. til patienternes samlede vurdering eller generelle oplevelse af sygehusindlæggelsen eller den ambulante behandling.

Ser vi på den overordnede tilfredshed blandt ambulante patienter, er patienterne i Danmark mest tilfredse. 95 pct. har en positiv eller meget positiv oplevelse af besøget på ambulatoriet. Sverige ligger lavest med 85 pct., og England og Frankrig ligger midt imellem, jf. figur 6.11.

**Figur 6.11. Andel der samlet set har en positiv/meget positiv oplevelse af besøg på sygehuset, ambulante patienter, pct.**

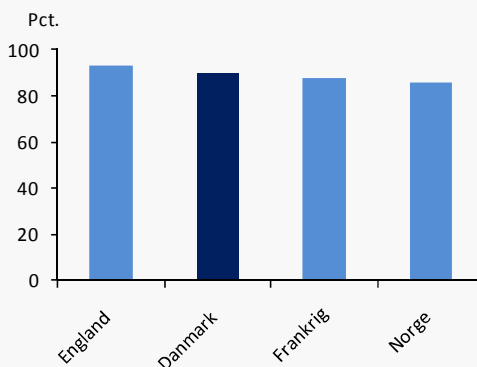


Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

Anm.: Danmark (2009), Sverige (2007), England (2004/2005). Tallene fra Frankrig er fra en befolkningsundersøgelse, hvor der spørges til hospitaler generelt og dermed ikke skelnes mellem ambulant og stationært regi (2006).

Tilfredsheden blandt de indlagte patienter er højest i England. Her har 93 pct. af patienterne en positiv oplevelse af indlæggelse på sygehuset. I Danmark har 90 pct. af patienterne en positiv oplevelse, mens Frankrig og Norge ligger på hhv. 88 og 86 pct. jf. figur 6.12. Forskellen på landene er dermed lidt mindre end på det ambulante område.

**Figur 6.12. Andel der samlet set har en positiv/meget positiv oplevelse af indlæggelse på sygehuset, indlagte patienter, pct.**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

Anm.: England (2008), Danmark (2009), Norge (2006). Tallene fra Frankrig er fra en befolkningsundersøgelse, hvor der spørges til hospitaler generelt og dermed ikke skelnes mellem ambulant og stationært regi (2006).



## English Summary

This international benchmarking study compares the Danish hospital sector with that of other countries in the following four fields:

- Health systems and health status
- Expenditure, personnel, capacity and activity
- The patient and the hospital service
- Use of resources and quality of care

The benchmarking indicators relate primarily to resources, process, services and effects, cf. Figure 1.1.

For the comparison, seven European countries have been selected: Sweden, Norway, Finland, the UK, Germany, the Netherlands and France. In addition, an OECD average is presented where possible.

The countries have been selected primarily on the basis of the fact that they are countries with which Denmark naturally compares itself due to geographical closeness and comparable living standards. Similarly, consideration has been given to

the fact that the countries' hospital sectors are to some extent comparable and generally considered to hold high international standards.

Knowledge of how the Danish hospital sector performs compared with other countries may give an indication of where there might be something to learn from other countries. Consequently, the international benchmarking study contributes to making the performance of the hospital sector visible for the benefit of the patients. This means that the benchmarking process rests on the same idea that lies behind the view that the management of the Danish regions and hospitals should in future be based to a greater extent on performance targets that can support an efficient use of resources, cf. *Sundhedspakke 2009* (Health Package 2009). Two out of the three fields which the Danish Government has proposed as future goals for efficient patient pathways are also included as indicators in this international benchmarking. They are the use of out-patient treatment and the average length of stay in hospitals.

**Figure 1.1. Model for the benchmarking of the Danish hospital sector**



### **Results of the benchmarking study**

Generally, the benchmarking study shows that the Danish hospital sector performs well in most areas compared with the seven countries in the publication and with the average of the OECD countries. With respect to Denmark, it should be underlined that access to health care is good with relatively short waiting times, and that Denmark has the lowest proportion of citizens who experience un-

met needs for medical examination among the countries benchmarked, cf. Box 1.1.

In the area of heart disease treatment the quality is high, whereas Denmark performs less well in the area of cancer treatment. This should, however, be seen in connection with the fact that data for cancer are from 2007 when the integrated cancer patient pathways had not yet been implemented,

and the extraordinary investments in scanners had not yet been made.

#### **Box 1.1. Overall results**

- Danes have shorter life expectancy than citizens in the other seven countries in the comparison and the average of the OECD countries. This is due among other things to lifestyle factors (for example high consumption of tobacco and alcohol). Life expectancy in Denmark was 78.4 years in 2007 compared with 79.1 years in the OECD countries on average.
- In Denmark, hospital expenditure accounts for 4.3 per cent of GDP, whereas the average for the OECD countries is 3.1 per cent. Hospital expenditure in the seven other countries in the comparison accounts for between 2.8 and 4.1 per cent of GDP.
- After Norway, Denmark has the highest number of full-time employees at public hospitals per 1,000 population.
- Denmark performs relatively more surgical procedures on in-patients than the other countries in the comparison and the average of the OECD countries. In Denmark, the hospital sector performs 76 surgical procedures on in-patients per 1,000 population. By comparison, the average in the OECD countries is 71 per 1,000 population.
- Danish patients stay in hospital for a shorter time than patients in the other countries. In Denmark, the average length of stay for acute care in-patients is 3.5 days, whereas the average for the OECD countries is 6.6 days.
- In 2007, Denmark had the lowest mortality rate after admission to hospital with acute myocardial infarction and ischemic stroke among the countries in the comparison. The mortality rate among Danish patients was 2.9 per cent one month after admission to hospital compared with 4.9 per cent for the OECD countries on average.
- In 2007, Danish patients had a higher mortality rate after hemorrhagic stroke than patients in the three other Nordic countries in the comparison

and Germany. However, the mortality rate in Denmark was at the same time lower than the OECD average.

- In 2002-2007, Denmark ranked below the OECD average with respect to the five-year survival rate for colorectal cancer and cervical cancer, but ranked just above the OECD average with respect to the five-year survival rate for breast cancer.
- Danish patients have well-developed rights in relation to the other countries in the comparison. Out of the eight countries in the comparison, it is only Denmark that has a generally extended free choice of hospital after one month's waiting time. Similarly, among the eight countries, Denmark has the lowest level of unmet needs for medical examination.

In the following, a summary of the main results of the benchmarking study is presented.

#### ***Health systems and health status***

Even though the countries in the benchmarking study have been selected with comparability in mind, there are differences. The differences exist both in the countries' organisation of the health care sector and in the populations' health status. It is important to describe these structural conditions as they constitute the framework for the hospital sector activities and are connected to several of the selected indicators and the countries' position in the individual areas. The countries' different division of health care tasks between the hospital sector, practising general practitioners and practising specialists and the local government health sector respectively may, among other things, influence the countries' volume of hospital expenditure and hospital staff figures.

#### ***Two models for health systems***

The eight countries have organised their health systems differently. Overall, however, they may be categorized into two main models.

The Nordic and British model is characterised by tax-based financing and large-scale public produc-

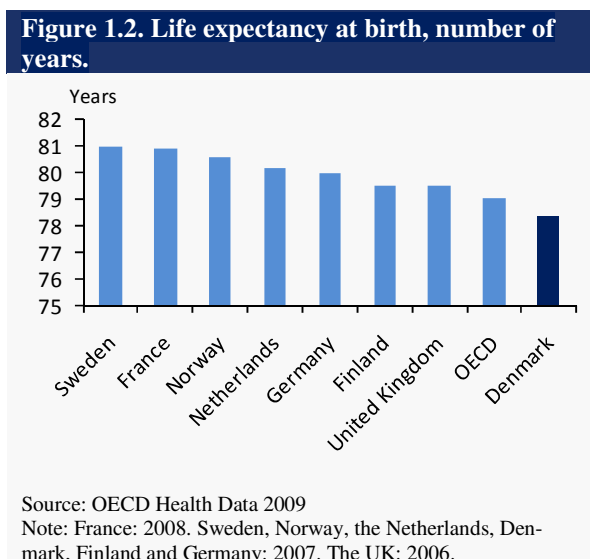
tion of hospital services. The other model, which comprises Germany, the Netherlands and France, is characterised by insurance-based financing and a combination of public and private health services production.

Denmark has the highest proportion of public financing of health services among the countries and is placed in the middle with regard to the proportion of the population with supplementary private health insurance.

#### *The population's health status*

The population's general health status is of great importance with respect to the consumption of health services, including hospital services. Various targets for the population's health status such as life expectancy and mortality are also influenced to a high degree by the citizens' lifestyle, etc. Therefore, these targets cannot be seen as a reflection of how well the hospital sector works in the individual countries.

The Danish population lives shorter lives on average than the populations in the selected countries, cf. Figure 1.2.



Lifestyle, among other things, is of great importance in terms of what diseases citizens contract and, consequently, in terms of life expectancy. For example, most of the difference in life expectancy

between Denmark and Sweden can be explained as a result of the populations' smoking habits and alcohol consumption.

#### **Box 1.2. How to explain differences in life expectancy?**

Life expectancy in Sweden is now almost three years longer than in Denmark. A very substantial part of the Danish excess mortality and low life expectancy compared to Sweden can be attributed to high mortality related to alcohol and tobacco consumption. Overall, alcohol and smoking account for almost the entire difference between Danish and Swedish men and for 75 per cent of the difference between Danish and Swedish women.

Source: Knud Juel: "Life expectancy and mortality in Denmark compared to Sweden" in *Ugeskrift for læger*, 2008;170(33):2423

The Benchmarking study shows that there is a high proportion of smokers in Denmark, and that alcohol consumption is correspondingly higher than in most of the other countries benchmarked. With regard to the proportion of the population suffering from obesity, Denmark belongs to the middle group of the selected countries and falls somewhat below the OECD average.

#### ***Expenditure, personnel, capacity and activity***

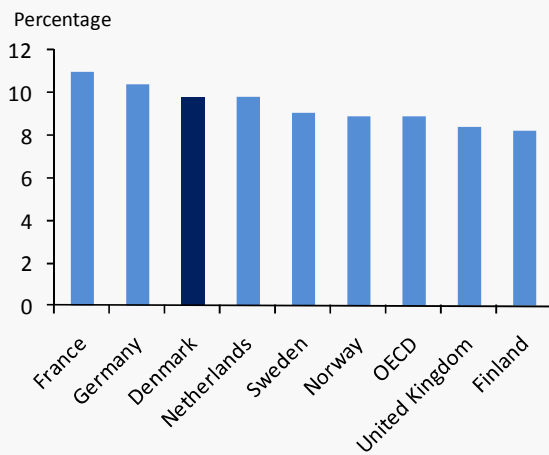
Denmark is generally ranked high when the benchmarked countries are compared on expenditure, personnel, capacity and activity.

#### ***Expenditure***

Denmark is placed in the middle of the countries included in the comparison with regard to the proportion of GDP accounted for by total health expenditure<sup>9</sup>. Denmark's health expenditure totals 9.8 per cent of GDP in 2007, which means that Denmark ranks above the 8.9 per cent of GDP which is the average for the OECD countries, cf. Figure 1.3.

<sup>9</sup> The OECD definition of health expenditure includes expenditure on some healthcare areas which in Denmark is borne by the social sector.

**Figure 1.3. Total expenditure on health as percentage of gross domestic product, percentage, 2007.**

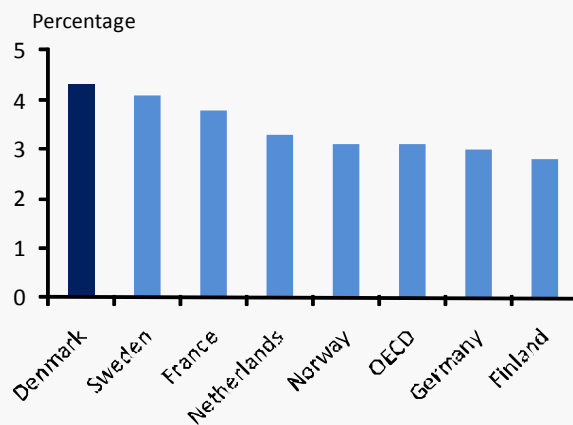


Source: OECD Health Data 2009.

Note: Data include expenditure paid by public authorities, private insurance schemes and private out-of-pocket payments, including expenditure on investments in the health area.

Hospital expenditure in Denmark accounts for 4.3 per cent of GDP, whereas the average for the OECD countries is 3.1 per cent, cf. Figure 1.4.

**Figure 1.4. Expenditures on hospitals' services as percentage of gross domestic product, percentage, 2007.**



Source: OECD Health Data 2009

Note: Data refer to expenditure on public and private hospitals. Investments are not included. Data for Norway are from 2006.

However, it is not a goal in itself to use many resources. The overarching goal should be that the resources are used efficiently so as to generate maximum outcome.

With respect to investments in equipment and construction/building in the health area, Denmark's position is in the middle.

### Personnel

Remuneration costs account for a very large proportion of total hospital expenditure. The reason is that the health sector, including the hospital sector, is a sector with very direct patient contact and it is, therefore, a labour intensive area.

In Denmark, there are approx. 17.5 full-time employees at public hospitals per 1,000 population, cf. Figure 1.5. Among the selected countries, only Norway has more full-time employees per 1,000 population. The indicator includes all hospital employees – i.e. not only health professional personnel.

**Figure 1.5. Full-time employed persons in hospitals. Number per 1,000 population, 2007.**



Source: OECD Health Data 2009 and the Danish National Board of Health/the National Wage Statistics Office of Danish local Authorities (Danish data).

Note: There may be differences in the various countries' calculations of full-time employees. Data refer to the number of full-time employed persons employed in general and speciality hospitals. Data cannot be broken down by personnel groups. Data for Denmark refer exclusively to public hospitals. Finland, the Netherlands: 2006. There are not sufficient data to draw up an OECD average.

Denmark educates more doctors than the other countries and ranks in the middle with respect to newly graduated nurses/social and healthcare assistants. Every year, Denmark educates 16 doctors per 1,000 population, whereas the OECD average is ten medical graduates per 1,000 population.

### Capacity

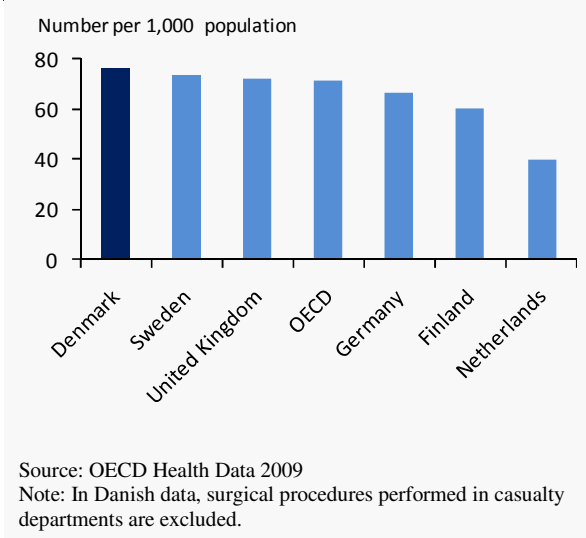
Denmark belongs to the middle of the field of the countries with respect to both acute care beds and psychiatric beds. Knowledge of the number of hospital beds is subject to a limitation in the sense that it only gives an idea of the capacity to treat in-patients. In line with the ongoing change from in-patient to out-patient treatment, the number of beds has become an increasingly incomplete reflection of hospital sector capacity.

With respect to scanners, Denmark has generally more CT, MR and PET scanners per million population than the other countries in the comparison.

### Activity

For in-patients, Denmark ranks high with regard to the number of surgical procedures and the use of bed capacity. In Denmark, the hospital sector performs 76 surgical procedures on in-patients per 1,000 population. By comparison, the OECD average is 71 surgical procedures per 1,000 population, cf. Figure 1.6.

**Figure 1.6. Number of surgical procedures, in-patients, per 1,000 population, 2007.**



The Danish health service performs approx. 75 surgical procedures on out-patients per 1,000 population. The other four countries have between

21 and 86 surgical procedures per 1,000 population.

Denmark is in the middle of the countries benchmarked regarding the number of discharges. In Denmark, the hospital sector discharged approx. 170 patients per 1,000 population in 2007, whereas the OECD average was 158 patients per 1,000 population.

### Use of resources and quality of care

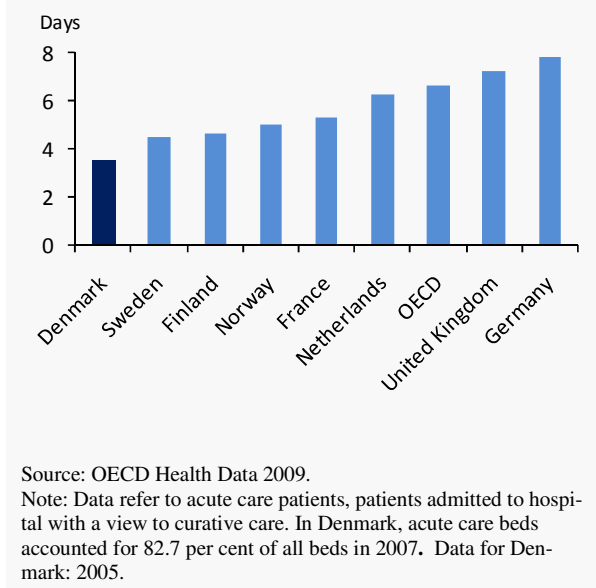
Comparing the selected countries on indicators for use of resources, Denmark ranks high. With regard to quality of treatment, the picture varies depending on the individual disease areas.

### Use of resources

The Danish hospital sector produces a few more surgical procedures per full-time hospital employee than the other four countries where data exist. In Denmark, the hospital sector performs 8.6 surgical procedures annually per full-time employee. In terms of the number of discharges per full-time hospital employee, Denmark is in the middle group of the countries included in the benchmarking study.

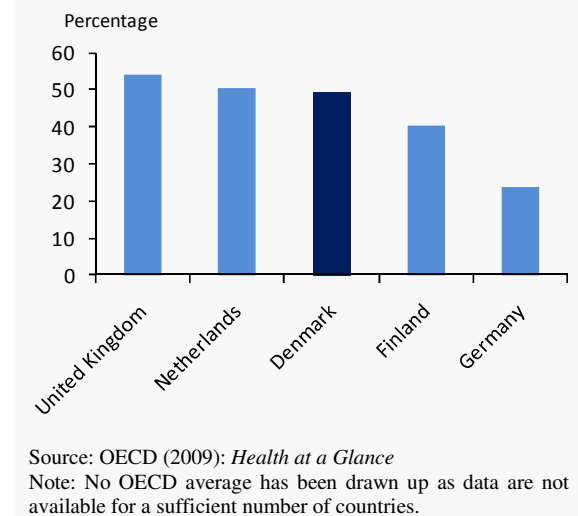
Danish patients stay in hospital for a shorter time than in the other countries. In Denmark, the average length of stay for acute care is 3.5 days, whereas the OECD average is 6.6 days, cf. Figure 1.7.

**Figure 1.7. Average length of stay, acute care, number of days, 2007.**



In Denmark, about half the surgical procedures are performed on out-patients, cf. Figure 1.7. This should be seen in connection with the good experience of accelerated patient treatment processes where the patient treatment processes are organised so that the need for admission to hospital is reduced. As is the case in Denmark, several other countries are restructuring in the direction of increased out-patient treatment, both for the sake of the patient and to achieve more efficient use of resources. The other countries' proportion of out-patient treatment covers a range of between approx. 24 and 54 per cent.

**Figure 1.8. Number of surgical procedures, day cases as percentage of total performed surgical procedures, percentage, 2007.**



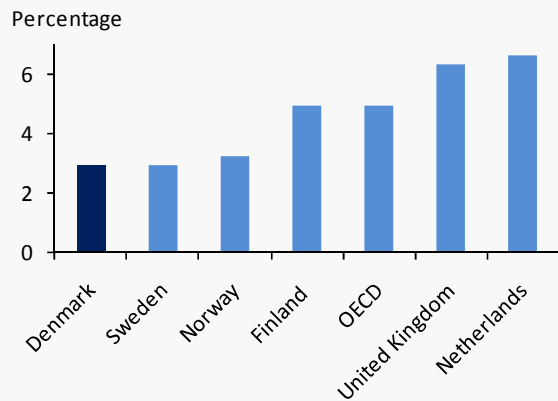
### *Quality of care*

Quality of care is compared in the two disease areas where most deaths occur in the industrialised countries, i.e. cardiovascular and cancer diseases.

Denmark has the lowest 30-day mortality rate after admission to hospital both with acute myocardial infarction and ischemic stroke. In Denmark, a total of 2.9 per cent of patients die within the first 30 days after admission to hospital with acute myocardial infarction, whereas the OECD average is 4.9 per cent, cf. Figure 1.9.



**Figure 1.9. In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for acute myocardial infarction (AMI), rates per 100 patients, 2007.**

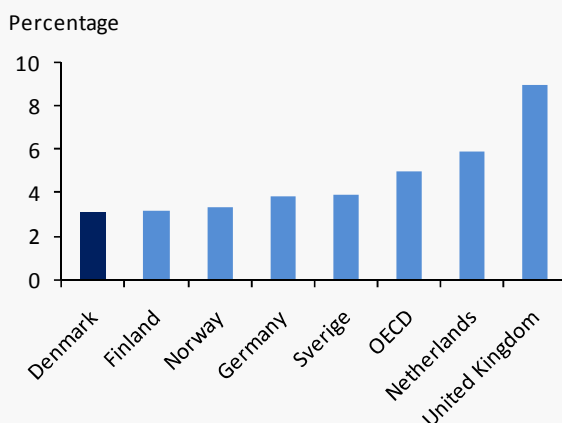


Source: OECD (2009): *Health at a Glance*

Note: Age-sex standardised rates per population. The rates are in-hospital case-fatality rates i.e. the rates include only deaths at the hospital where admission took place. Data for the Netherlands are from 2005.

With respect to ischemic stroke, a total of 3 per cent of patients die within the first 30 days after admission to hospital with ischemic stroke in Denmark. The OECD average is 5 per cent, cf. Figure 1.10.

**Figure 1.10. In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for ischemic stroke, rates per 100 patients, 2007.**



Source: OECD (2009): *Health at a Glance*

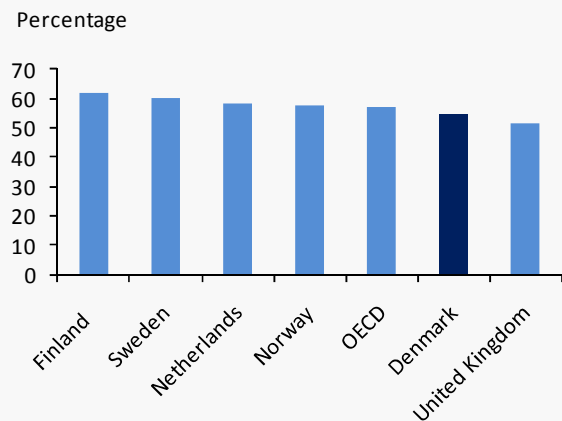
Note: Age-sex standardised rates. The rates are in-hospital case-fatality rates i.e. the rates include only deaths at the hospital where admission took place. Data for the Netherlands are from 2005.

With regard to the 30-day mortality rate after hospital admission with hemorrhagic stroke, Denmark is in the middle group of countries in the

benchmarking study with a mortality rate after 30 days of just under 17 per cent, whereas the OECD average is approx. 20 per cent.

In the area of cancer, the relative five-year survival rate for colorectal cancer as well as cervical cancer is low in Denmark. For example, a total of 54 per cent of patients suffering from colorectal cancer were still alive in 2007, five years after the disease had been diagnosed, cf. Figure 1.11. The OECD average was 57 per cent.

**Figure 1.11. Five-year survival rate for colorectal cancer, percentage, 2002-2007.**

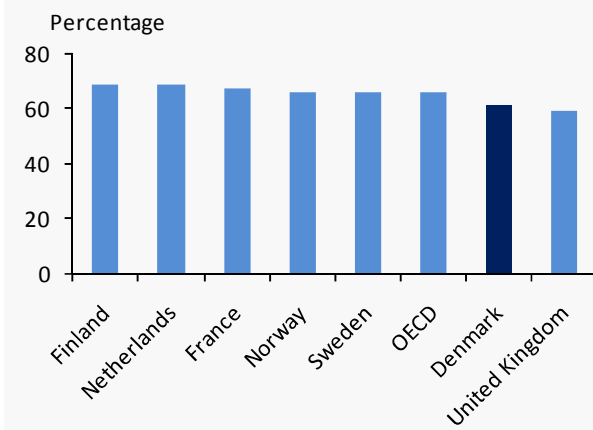


Source: OECD (2009): *Health at a Glance*

Note: Age standardised rates. Finland (2002-05). Sweden (2003-08). Norway (2001-06). The UK (2001-06). The Netherlands (2001-06). There are no data for 2002-2007 for France. There are no national data for Germany.

With regard to cervical cancer, a total of 61 per cent of Danish patients were still alive in 2007, five years after the disease had been diagnosed, cf. Figure 1.12. The OECD average was just below 66 per cent.

**Figure 1.12. Five-year survival rate for cervical cancer, percentage, 2002-2007.**



Source: OECD (2009): *Health at a Glance*

Note: Age standardised rates. Data for France are from 1997-2002. There are no national data for Germany.

For breast cancer, the five-year survival rate in Denmark belongs to the middle group of countries benchmarked, and it is just above the OECD average. In Denmark, a total of 82 per cent of patients suffering from breast cancer were still alive in 2007. The OECD average was approx. 81 per cent.

Data for cancer relate to patients who were diagnosed in 2002, and the relative survival rate is calculated for 2007. If this is compared with the 5-year survival rate for patients diagnosed in 1997, there has been a positive development with respect to colorectal cancer and breast cancer. All data for cancer survival refer to the time before the introduction of integrated cancer patient pathways in Denmark. Therefore, the effects of the patient pathways have not yet become visible in the comparison.

#### *Waiting time and patient experience of quality*

The comparison<sup>10</sup> shows that waiting time in the Danish hospital sector is low compared with the other countries. With respect to the three selected surgical procedures: breast cancer, bypass and hip

<sup>10</sup> The waiting time information derives from the questionnaire that has been completed by the health ministries of the benchmarked countries as there are no recent international data.

replacement operations, waiting times in Denmark are among the lowest. The waiting time for breast cancer and bypass operations is shorter than one month in Denmark.

In Denmark, patient experience of quality is high compared with the other countries, especially with regard to out-patients.

#### **The patient and the hospital service**

The benchmarking study shows that Danish patients have well-developed rights in relation to the other countries in the comparison.

#### *Patients' access to health services*

In Denmark, merely 0.2 per cent of citizens experience unmet needs for medical examination. This is the lowest proportion among the countries benchmarked. Furthermore, the comparison shows that all the countries, with the exception of Denmark and the UK, have out-of-pocket payment schemes for hospital treatment. Out-of-pocket payment is charged in the order of DKK 100-500 for a hospital visit.

#### *Patients' rights*

Patients in Denmark have a free choice of hospital (i.e. of public hospitals) without being charged any out-of-pocket payment. In four of the other countries there is also a free choice, in two of the countries a free choice of hospital may imply out-of-pocket payment for the patient, and in one country there is no free choice of hospital.

In Denmark, patients have an extended free choice of hospital when the waiting time in the person's region of residence exceeds one month. This is the shortest limit among the countries benchmarked. The non-Nordic countries that have been benchmarked have no similar schemes.

#### *Information to patients*

Danish patients have online access to information about hospital quality and waiting time on the websites [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) and [www.ventainfo.dk](http://www.ventainfo.dk). The information is addressed

to citizens and helps them to exercise their right to free choice of hospital. In Denmark, quality information can be used to compare hospitals on a number of parameters. The same applies to three of the other countries, whereas four of the countries benchmarked publish either limited or no quality data targeted at the citizens. It means that Denmark ranks high among the countries included in the benchmarking study.

Denmark is placed in the middle group with regard to patient rights assistance before/during treatment, as patients can obtain guidance from patient offices at regional level.



## Bilag 1

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Finansministeriet

3. juni 2008

### **Kommissorium: International benchmarking af det danske sygehusvæsen**

Regeringen vil gennemføre en international benchmarking af det danske sygehusvæsen. Af regeringsgrundlaget fra november 2007 fremgår det, at ”Regeringen vil hvert 5. år – og første gang i 2008/2009 – gennemføre en sammenligning af forholdene i det danske sygehusvæsen med forholdene i vores nabolande med henblik på vedvarende at arbejde hen imod, at det danske sygehusvæsen er blandt de førende internationalt set.”

Formålet med arbejdet er at foretage en sammenligning af det danske sygehusvæsen med vores nabolande (Sverige, Norge, Finland, England og Tyskland) og evt. andre lande, som det kan være relevant at sammenligne os med på sundhedsområdet f.eks. Frankrig og Nederlandene. Arbejdet skal også gøre det muligt at følge udviklingen i de forskellige landes sygehusvæsen over tid.

På den baggrund gennemføres et udredningsarbejde med international sammenligning på sygehusområdet på følgende områder:

- Udgifter, finansiering og investeringer
- Kapacitet og aktivitet
- Kvalitet i behandlingen, herunder ventetider, borgertilfredshed, overlevelsesrater
- Produktivitet og effektivitet
- Organisering, planlægning og struktur
- Frit valg og private sundhedstilbud
- Samarbejde mellem sygehussektor og øvrige sundhedsvæsen
- Behandlingstilbud, patientrettigheder og borgerrettede informationssystemer mv.

For en række af de ovennævnte områder findes oplysninger i bl.a. databaser i OECD, WHO og EU, således at der kan gennemføres en mere kvantitativ sammenligning. For visse områder vil der dog være behov for særskilt at indhente oplysninger fra landene, som indgår i analysen, og her forventes sammenligningen at få en mere kvalitativ karakter.

Som led i udredningsarbejdet skal det klarlægges, hvilke indikatorer der er relevante og mulige at tage med i en tilbagevendende international benchmarking af det danske sygehusvæsen. Indikatorerne skal så vidt muligt være aktuelle, valide, foreligger for alle lande og give en dækkende international sammenligning af hele sygehusvæsenet. Arbejdet skal også vise en international sammenligning baseret på de valgte indikatorer.

Arbejdet gennemføres af en arbejdsgruppe bestående af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Sundhedsstyrelsen og Finansministeriet. Arbejdsgruppen sekretariatbetjenes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen.

3-4 eksperter med stor erfaring i gennemførelse af internationale sammenligninger på sundhedsområdet inddrages til sparring og kvalitetssikring af arbejdet. Ligeledes kan rapportudkastet sendes i høring hos andre parter som f.eks. Danske Regioner.

I september 2008 skal der forelægges en udbygget synopsis, der redegør for det videre arbejde, herunder hvilke indikatorer der skønnes relevante for den internationale sammenligning.

Resultatet af arbejdsgruppens arbejde forelægges regeringen forud for færdiggørelse og forud for offentliggørelse af rapport inklusiv forslag til indikatorer. Arbejdet skal være afsluttet senest i maj 2009.



## Bilag 2: Oversigtstabel med samtlige indikatorer

	Ændring i danske data 2001-2007	Danmarks placering seneste år, efter numerisk værdi
<b>Sundhedssystemerne i de otte lande (afsnit 3.1.):</b>		
Andel offentlig finansiering af sundhedsvæsenet	1,8 pct. point	Høj
Andel med supplerende privat forsikring	-	Mellem
<b>Befolkningens sundhedstilstand (afsnit 3.2.):</b>		
Middellevetid	1,4 år	Lav
Absolut ændring i middellevetid	-	Mellem
Andel daglige rygere	- 4,5 pct. point <sup>1</sup>	Høj
Alkoholforbrug	- 7,6 pct.	Høj
Andel svært overvægtige	1,9 pct. point <sup>2</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom	-36,3 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for blodprop i hjertet	-38,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Dødelighedsrate for kræft	-4,7 pct. <sup>1</sup>	Høj
<b>Udgifter og investeringer (afsnit 4.1.):</b>		
Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP	1,2 pct. point	Mellem
Sygehusudgifter pr. indbygger	15,8 pct.	Høj
Sygehusudgifters andel af BNP	0,2 pct. point	Høj
Totale investeringer på sundhedsområdet pr. indbygger	108,4 pct.	Mellem
<b>Personale i sundhedssektoren (afsnit 4.2.):</b>		
Antal fuldtidsbeskæftigede på sygehuse	3,5 pct. <sup>1</sup>	Høj
Antal autoriserede læger pr. indbygger	11,8 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal speciallæger (ekskl. almen medicin) i sundhedssektoren	10,5 pct. <sup>1</sup>	Lav
Antal speciallæger (almen medicin) i sundhedssektoren	5,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal sygeplejersker i beskæftigelse i sundhedssektoren	1,5 pct. <sup>1</sup>	Mellem
Antal nyuddannede læger	60,0 pct.	Høj
Antal nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter	6,7 pct.	Mellem
<b>Senge og teknologi (afsnit 4.3.):</b>		
Antal hospitalssenge, somatisk	-14,7 pct.	Mellem
Antal hospitalssenge, psykiatri	-25,0 pct.	Mellem
Antal CT-scannere	31,8 pct.	Høj
Antal MR-scannere	88,9 pct. <sup>3</sup>	Høj
Antal PET-scannere	-	Høj
<b>Aktivitet (afsnit 4.4.):</b>		
Antal operationer, indlagte patienter	4,7 pct.	Høj
Antal udskrivninger, indlagte patienter	-1,2 pct.	Mellem
Belægningsprocent for somatiske senge, indlagte patienter	-	Høj
Antal operationer, ambulante patienter	28,4 pct.	Mellem
<b>Patienters adgang (afsnit 5.1.)</b>		
Uopfyldte behov for lægelig undersøgelse	-	Lav

Egenbetaling af sygehusbehandling	-	Lav
<b>Patienters rettigheder (afsnit 5.2)</b>		
Lovgivning med udgangspunkt i patienten	-	Høj
Frit valg af sygehus	-	Høj
Særlige valgmuligheder ved ventetid	-	Høj
Ret til fast kontaktperson	-	Høj
Økonomisk erstatning efter fejlbehandling	-	Høj
<b>Information til patienter (afsnit 5.3)</b>		
Adgang til kvalitetsoplysninger om sygehuse	-	Høj
Adgang til ventetidsoplysninger om sygehuse	-	Høj
Assistance til opnåelse af patientrettigheder før/under behandling	-	Mellem
<b>Ressourceanvendelse (afsnit 6.1.)</b>		
Operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede	11,2 pct.	Høj
Udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusbeskæftigede	-4,5 pct.	Mellem
Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter	-0,3 dage <sup>2</sup>	Lav
Andel af operationer, der udføres ambulant	5,1 pct. point	Mellem
<b>Kvalitet (afsnit 6.2.)</b>		
30 dages dødelighed, blodprop i hjertet (AMI)	-0,8 pct. point <sup>4</sup>	Lav
30 dages dødelighed, blodprop i hjernen	-0,2 pct. point <sup>5</sup>	Lav
30 dages dødelighed, hjerneblødning	-0,4 pct. point <sup>5</sup>	Mellem
5-års relativ overlevelsesrate, tyk/endetarmskræft	4,2 pct. point <sup>6</sup>	Lav
5-års relativ overlevelsesrate, brystkræft	6,2 pct. point <sup>6</sup>	Mellem
5-års relativ overlevelsesrate, livmoderhalskræft	-4,2 pct. point <sup>6</sup>	Lav
Ventetid til brystkræft operation	-	Lav
Ventetid til by-pass operation	-	Lav
Ventetid til hofteoperation	-	Lav
Andel med positiv oplevelse af besøg på sygehus, ambulant	-	Høj
Andel med positiv oplevelse af besøg på sygehus, indlagt	0,7 pct. point <sup>7</sup>	Mellem

Anm.: Danmarks placering seneste år: Danmarks placering i forhold til øvrige lande i benchmarkingen på baggrund af numerisk værdi. Seneste år fremgår under hver enkelt indikator i kapitlet. – = ingen data.

Noter: 1) Ændringen er fra 2001-2006, 2) Ændringen er fra 2001-2005, 3) Ændringen er fra 2000-2004, 4) Ændringen er fra 2003-2007, 5) Ændringen er fra 2002-2007, 6) Ændringen er fra 1997-2002 til 2002-2007, 7) Ændringen er fra 2000-2009



## Bilag 3: Definitioner og data

### Kapitel 3 Baggrundsoplysninger og efterspørgselsfaktorer

<b>Andel offentlig/obligatorisk forsikring finansiering af udgifterne til sundhedsvæsenet (tabel 3.2)</b>								
<i>OECD definition: Public expenditure on health care: health expenditure incurred by public funds. Public funds are state, regional and local Government bodies and social security schemes. Public capital formation on health includes publicly financed investment in health facilities plus capital transfers to the private sector for hospital construction and equipment.</i>								
<i>Expenditure on health:</i>								
<i>Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedica, and nursing knowledge and technology – has the goals of:</i>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoting health and preventing disease;</li> <li>- Curing illness and reducing premature mortality;</li> <li>- Caring for persons affected by chronic illness who require nursing care;</li> <li>- Caring for persons with health-related impairments, disability and handicaps who require nursing care;</li> <li>- Assisting patients to die with dignity;</li> <li>- Providing and administering public health;</li> <li>- Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.</li> </ul>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Nederlan- dene	Frankrig
2001	82,7	81,8	83,6	71,8	80,0	79,3	62,8	79,4
Seneste år	84,5	81,7	84,1	74,6	81,7	76,9	74,8	79,0
Ændring, absolute, pct.	1,8	-0,1	0,6	2,8	1,7	-2,4	12,0	-0,4
Kilde: OECD Health Data 2009 samt Health at a Glance 2009 Anm.: Data seneste år: Norge: 2008, resten af landene: 2007.								
Data for seneste år for Nederlandene (2007) er fra Health at a Glance 2009 og omhandler kun 'current health expenditure'.								

<b>Supplerende privatforsikring (tabel 3.2.)</b>								
<i>Definition: Which percentage of the total population has additional health care coverage by a private insurance carrier besides the fundamental/basic health care coverage?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Neder- landene	Frankrig
Andel med suppleren- de privat forsikring	Ca. 20(1)	3,9	3,5	11	12	20 – 24	96	88
Kilde: Spørgeskema til landenes sundhedsministerier 2009.								
Anm: (1) Data fra Forsikring & Pension viser, at 983.000 i 2008 har supplerende private forsikringer i Danmark, hvor der i alt er bruttopræmieindtægter for 1,1 mia. kr. i 2008, hvilket giver en gennemsnitspris pr. forsikrede på godt 1100 kr. (2) Den obligatoriske forsikring, der ses i Frankrig, Nederlandene og Tyskland regnes som offentlig finansiering, idet der er tale om en obligatorisk forsikring..								

<b>Middellevetid (figur 3.1.) og absolut ændring i middellevetid (figur 3.2.):</b>									
<i>OECD definition: Life expectancy at birth.</i>									
<i>Life expectancy at birth is the average number of years that a person at that age can be expected to live, assuming that age-specific mortality levels remain constant.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	77,0	79,9	78,9	78,2	78,2	78,5	78,3	79,2	77,6
Seneste år	78,4	81,0	80,6	79,5	79,5	80,0	80,2	80,9	79,1
Ændring, absolut	1,4	1,1	1,7	1,3	1,3	1,5	1,9	1,7	1,5
Ændring, pct.	1,8	1,4	2,2	1,7	1,7	1,9	2,4	2,1	1,9

Kilde: OECD Health Data 2009.  
Anm. Data seneste år: Frankrig: 2008. Sverige, Nederlandene, Danmark, Norge, Finland, Tyskland: 2007. Storbritannien: 2006. OECD-gns. 2007: Mangler data for Italien.

<b>Andel daglige rygere (figur 3.3) og (figur 3.4):</b>									
<i>OECD definition: Daily smokers.</i>									
<i>Daily smokers is defined as the percentage of the population aged 15 or more who report that they are daily smokers.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	29,5	18,9	30,0	23,8	27,0	24,7	34,0	27,0	26,7
Seneste år	25	14,5	21,0	20,6	21,0	23,2	29,0	25,0	23,3
Ændring, absolut, pct.	-4,5	-4,4	-9,0	-3,2	-6,0	-1,5	-5,0	-2,0	-3,4
1980	50,5	32,4	36,0	26,1	39,0	28,5	43,0	30,0	-

Kilde: OECD Health Data 2009  
Anm.: Data seneste år: Norge: 2008. Nederlandene, Storbritannien, Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Sverige: 2006. Tyskland: 2005. OECD-gennemsnit 1980: Der er ikke tilstrækkeligt data til at beregne gennemsnit. Data for Tyskland er ikke 2001, men 1978. OECD-gns.: 2001 Mangler data for Tyrkiet, Portugal, Tyskland og Østrig.

<b>Alkohol forbrug, liter pr. indbygger (Figur 3.5):</b>									
<i>OECD definition: Alcohol consumption in liters per capita (age 15+).</i>									
<i>Annual consumption of pure alcohol in liters, per person, aged 15 years (and over.)</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	13,1	6,5	5,5	9,0	10,7	10,4	10,0	14,2	9,7
Seneste år	12,1	6,9	6,6	10,5	11,2	9,9	9,6	13,0	9,8
Ændring, absolut	-1,0	0,4	1,1	1,5	0,5	0,1	-0,4	-1,2	0,1
Ændring, pct.	-7,6	6,2	20,0	16,7	4,7	1,0	-4,0	-8,5	0,8

Kilde: OECD Health Data 2009  
Anm.: Data seneste år: Nederlandene og Frankrig: 2006. Resten af landene: 2007

<b>Andel svært overvægtige (BMI<math>\geq</math>30), pct. (Figur 3.6):</b>									
<i>OECD definition: Overweight or obese population.</i>									
<i>The Body Mass Index (BMI) is a single number that evaluates an individual's weight status in relation to height (weight/height<sup>2</sup>) with weight in kilograms and height in meters.</i>									
<i>- Overweight is defined as a BMI between 25 and 30 kg/m<sup>2</sup> (25<math>\leq</math> BMI &lt;30 kg/m<sup>2</sup>).</i>									
<i>- Obesity is defined as a BMI of 30 kg/m<sup>2</sup> or more (BMI <math>\geq</math>30 kg/m<sup>2</sup>).</i>									
<i>- Overweight or obese population is the sum of the population with a BMI over 25 kg/m<sup>2</sup> (BMI <math>\geq</math>25 kg/m<sup>2</sup>).</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	9,5	9,2	8,3	11,4	22,0	11,5	9,3	9,0	13,1
Seneste år	11,4	10,2	9,0	14,9	24,0	13,6	11,2	10,5	15,2
Ændring, absolut	1,9	1,0	0,7	3,5	2,0	2,1	1,9	1,5	2,1
Ændring, pct.	20,0	10,9	8,4	30,7	9,1	18,3	20,4	16,7	16,0
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Nederlandene, Storbritannien, Sverige, Finland: 2007. Frankrig: 2006. Norge, Danmark, Tyskland: 2005. OECD-gns. 2007: Mangler data for Australien									
OECD-gns. 2001: Mangler data for Australien, Østrig, Grækenland, Mexico, Slovakiet, Portugal og Polen.									

<b>Dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 3.7):</b>									
<i>OECD definition: Causes of mortality, ischaemic heart diseases.</i>									
<i>Number of deaths and age-standardised death rates by causes of deaths.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	106,4	114,6	105,7	157,3	129,7	116,6	76,9	45,1	109,2
Seneste år	67,8	93,1	70,9	126,0	88,6	92,5	48,0	35,0	93,0
Ændring, absolut	-38,6	-21,5	-34,8	-31,3	-41,1	-24,1	-28,9	-10,1	-16,2
Ændring, pct.	-36,3	-18,8	-32,9	-19,9	-31,7	-20,7	-37,6	-22,4	-14,8
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Nederlandene, Storbritannien, Finland: 2007: Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland, Sverige: 2006. OECD gns 2007.: Mangler data for Belgien, Tyrkiet. OECD gns. 2001: Mangler data for Belgien, Tyrkiet.									

<b>Danske data for dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Tabel 3.3):</b>						
<i>OECD definition: Causes of mortality, ischaemic heart diseases.</i>						
<i>Number of deaths and age-standardised death rates by causes of deaths.</i>						
År	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Dødelighedsrate	137	121	106	94	80	68
Kilde: OECD Health Data 2009						

<b>Dødelighedsrate for blodprop i hjertet (AMI), dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 3.8):</b>									
<i>OECD definition: Causes of mortality, Acute myocardial infarction, Deaths per 100 000 population.</i>									
<i>Number of deaths and age-standardised death rates by causes of deaths.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	55,1	68,1	69,9	85,7	61,4	53,9	55,4	26,8	55,0
Seneste år	33,9	52,2	46,0	55,5	37,6	44,2	33,2	19,5	42,0
Ændring, absolut	-21,2	-15,9	-23,9	-30,2	-23,8	-9,7	-22,2	-7,3	-13,0
Ændring, pct.	-38,5	-23,3	-34,2	-35,2	-38,8	-18,0	-40,1	-27,2	-23,6
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Nederlandene, Storbritannien og Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland og Sverige: 2006. Aldersstandardiserede rater.									
OECD gns 2007.: Mangler data for Belgien, Schweiz, Tyrkiet. OECD gns. 2001: Mangler data for Belgien, Schweiz, Tyrkiet.									

<b>Danske data for dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI), dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Tabel 3.4):</b>						
<i>OECD definition: Causes of mortality, Acute myocardial infarction, Deaths per 100 000 population.</i>						
<i>Number of deaths and age-standardised death rates by causes of deaths.</i>						
År	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Dødelighedsrate	66	52	54	46	42	34
Kilde: OECD Health Data 2009						

<b>Dødelighedsrater for kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 3.9):</b>									
<i>OECD definition: Causes of mortality.</i>									
<i>Causes of mortality, Malignant neoplasms, Deaths per 100 000 population (standardised rates).</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	209,3	151,6	166,6	143,5	183,4	167,3	185,9	173,7	172,6
Seneste år	199,4	146,8	154,8	132,6	170,7	156,6	175,6	162,6	161,6
Ændring, absolut	-9,9	-4,8	-11,8	-10,9	-12,7	-10,7	-10,3	-11,1	-11,0
Ændring, pct.	-4,7	-3,2	-7,1	-7,6	-6,9	-6,4	-5,5	-6,4	-6,4
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Nederlandene, Storbritannien, Finland: 2007. Frankrig, Danmark, Norge, Tyskland, Sverige: 2006. OECD gns.2007: Mangler data for Belgien, Tyrkiet. OECD gns.2001: Mangler data for Belgien, Tyrkiet.									

<b>Danske data for dødelighedsrater for kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Tabel 3.5):</b>						
<i>OECD definition: Causes of mortality.</i>						
<i>Causes of mortality, Malignant neoplasms, Deaths per 100 000 population (standardised rates).</i>						
År	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Dødelighedsrate	216	212	213	201	200	199
Kilde: OECD Health Data 2009						

## Kapitel 4 Input til sygehusvæsenet

<b>Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP, Pct. (Figur 4.1):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on health:</i>									
<i>Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedica, and nursing knowledge and technology – has the goals of:</i>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoting health and preventing disease;</li> <li>- Curing illness and reducing premature mortality;</li> <li>- Caring for persons affected by chronic illness who require nursing care;</li> <li>- Caring for persons with health-related impairments, disability and handicaps who require nursing care;</li> <li>- Assisting patients to die with dignity;</li> <li>- Providing and administering public health;</li> <li>- Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.</li> </ul>									
Anm.: Data inkluderer både udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	8,6	9,0	8,8	7,4	7,3	10,4	8,3	10,2	8,1
Seneste år (2007)	9,8	9,1	8,9	8,2	8,4	10,4	9,8	11,0	8,9
Ændring, absolut , pct	1,2	0,1	0,1	0,8	1,1	0,0	1,5	0,8	0,8
Kilde: OECD Health Data 2009									

<b>Sundhedsudgifters andel af BNP, pct. (Tabel 4.2):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on health.</i>									
<i>Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedical and nursing knowledge and technology – has the goals of:</i>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoting health and preventing disease;</li> <li>- Curing illness and reducing premature mortality;</li> <li>- Caring for persons affected by chronic illness who require nursing care;</li> <li>- Caring for persons with health-related impairments, disability and handicaps who require nursing care;</li> <li>- Assisting patients to die with dignity;</li> <li>- Providing and administering public health;</li> <li>- Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.</li> </ul>									
Anm.: Data inkluderer både udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
1970	7,9	6,8	4,4	5,5	4,5	6,0	6,9	5,4	-
1975	8,7	7,5	5,9	6,2	5,4	8,4	7	6,4	6,3
1980	8,9	8,9	7,0	6,3	5,6	8,4	7,4	7	6,6
1985	8,5	8,5	6,6	7,1	5,8	8,8	7,3	8,0	6,7
1990	8,3	8,2	8,0	7,7	7,6	8,2	8,3	8,4	6,9
1995	8,1	8,0	7,9	7,9	6,8	10,1	8,3	10,4	7,7
2000	8,3	8,2	8,4	7,2	7,0	10,3	8,0	10,1	7,8
2005	9,5	9,2	9,1	8,5	8,2	10,7	9,8	11,1	8,9
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: 1970: Danmark -1971, Nederlandene – 1972 Der er ikke beregnet OECD-gennemsnit for 1970, da der ikke er tilstrækkeligt med data. OECD-gns. 1995: Mangler data for Slovakiet. OECD-gns. 1990: Mangler data for Ungarn, Slovakiet. OECD-gns. 1985: Mangler data for Tjekkiet, Grækenland, Ungarn, Italien, Mexico, Polen, Slovakiet. OECD-gns. 1980: Mangler data for Tjekkiet, Ungarn, Italien, Mexico, Polen, Slovakiet. OECD-gns. 1975: Mangler data for Tjekkiet, Grækenland, Ungarn, Italien, Mexico, Polen, Slovakiet.									

<b>Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger, DKK, PPP (Boks 4.3.):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on health.</i>									
<i>Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedical and nursing knowledge and technology – has the goals of:</i>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Promoting health and preventing disease;</i></li> <li>- <i>Curing illness and reducing premature mortality;</i></li> <li>- <i>Caring for persons affected by chronic illness who require nursing care;</i></li> <li>- <i>Caring for persons with health-related impairments, disability and handicaps who require nursing care;</i></li> <li>- <i>Assisting patients to die with dignity;</i></li> <li>- <i>Providing and administering public health;</i></li> <li>- <i>Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.</i></li> </ul>									
Anm.: Data inkluderer både udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	24.297	24.621	31.666	19.061	18.962	26.901	24.219	25.574	20.245
Seneste år (2007)	30.202	29.072	35.468	24.975	24.847	28.846	31.342	29.573	24.803
Ændring, absolut	5.905	4.451	3.802	5.914	5.885	1.945	7.123	3.999	4.558
Ændring, pct.	24,3	18,1	12,0	31,0	31,0	7,2	29,4	15,6	22,5
Kilde: OECD Health Data 2009									

**Ikke-købekraftskorrigerede lønudgifter på sundhedsområdet for specialister, DKK valutakurs (Tabel 4.3):**OECD definition: Remuneration of specialists

*Specialists: Fully-qualified physicians who have specialised and work primarily in areas other than general practice. Physicians in training should normally be excluded.*

*Note: To the extent possible, average annual income ... refer to physicians working full-time.*

*Salaried: Physicians who are employees and who receive most of their income via a salary.*

*Self-employed: Physicians who are primarily non-salaried. That is, they are either self-employed or operate independently, usually receiving (mainly) either capitation or fee-for-service reimbursement.*

*For physicians who are both salaried and operate in a self-employed or independent capacity, they are presented in the category under which they receive the majority of their compensation.*

Inclusion:

*- the values of any social contributions, (income) taxes, etc. payable by the employee even if they are actually withheld by the employer and paid directly to social insurance schemes, tax authorities, etc. on behalf of the employee*

*- all gratuities, bonuses, overtime compensation and "thirteenth month payments"*

*- any supplementary income (income from private practices for salaried physicians or salaried work for self-employed physicians).*

Exclusion:

*- for salaried physicians, social contributions payable by the employer*

*- for self-employed physicians, practice expenses.*

Average earnings of production worker

*Gross wage earnings less personal income tax plus social security contributions and universal cash transfers received from general Government for an average full-time adult worker in the manufacturing sector. The average worker is assumed to be a one-earner married couple at 100% of average earnings and have two dependent children aged between 5 and 12 years old included.*

Anm.: For løn kan der være forskelle i opgørelsesmetode landene imellem.

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Seneste år DKK.	799.260	-	673.662	628.461	1.243.584	563.263	927.456	-
Seneste år US\$	133.210	-	123.835	115.526	228.600	94.666	155.875	-
2001 US\$	81.190	-	63.886	56.246	108.939	-	135.843	-
Seneste år i forhold til average earnings of production worker.	3,51	-	2,20	3,15	4,40	2,95	4,37	-
2001 i forhold til average earnings of production worker.	3,31	-	2,20	2,96	3,63	-	4,20	-

Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data seneste år DKK: Tyskland, Nederlandene: 2006. Danmark: 2005, Resten af landene: 2007

Data 2001: Nederlandene: 2003. Storbritannien: 2000.

Data seneste år for average earnings production worker: Tyskland, Nederlandene: 2006. Danmark: 2005, Resten af landene: 2007

Data for 2001 for average earnings production worker: Nederlandene:2003. Storbritannien: 2000

OECD-gennemsnit: Der er ikke tilstrækkelig med data til at beregne et OECD-gennemsnit.

**Ikke-købekraftskorrigerede lønudgifter på sundhedsområdet for sygeplejersker, DKK valutakurs (Tabel 4.2.):***OECD definition: Remuneration of hospital nurses*

*Salaried hospital nurses: Certified/registered nurses actively practising in public and private hospitals and who receive most of their income via a salary, including fully-qualified nurses (with post-secondary education in nursing) and associate/practical/vocational nurses (with a lower level of nursing skills but also usually registered).*

*The following categories of nurses should normally be excluded:*

- *Nursing aids/assistants and care workers who do not have any recognized qualification/certification in nursing*
- *Nurses in training*
- *Midwives (however registered nurses working part-time as midwives should be included)*
- *Nurse managers.*

*Note: To the extent possible, average annual income ... refer to nurses working full-time.*

*Average annual income:*

*Inclusion:*

- *the values of any social contributions, (income) taxes etc. payable by the employee even if they are actually withheld by the employer and paid directly to social insurance schemes, tax authorities, etc. on behalf of the employee*
- *all gratuities, bonuses, overtime compensation and "thirteenth month payments".*

*Exclusion:*

- *social contributions payable by the employer.*

*Average earnings of production worker (se ovenfor).*

Anm.; For løn kan der være forskelle i opgørelsesmetode landene imellem.

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
Seneste år DKK.	368.994	-	375.447	229.127	345.984	268.077	-	-
Seneste år US\$	61.499	-	69.016	42.119	59.815	45.055	-	-
2001 US\$	38.989	-	33.266	22.614	34.242	-	-	-
Seneste år i forhold til average earnings of production worker.	1,62	-	1,22	1,15	1,22	1,13	-	-
2001 I forhold til average earnings of production worker.	1,59	-	1,15	1,19	1,14	-	-	-

Kilde: OECD Health Data 2009

Anm.: Data seneste år DKK: Tyskland: 2006. Danmark: 2005. Resten af landene: 2007 Seneste år US\$: Tyskland: 2006. Danmark: 2005 Resten af landene: 2007

Data 2001 US\$: Storbritannien: 2000

Data seneste år for average earnings production worker: Tyskland: 2006. Danmark: 2005. Resten af landene: 2007

Data 2001 for average earnings production worker: Storbritannien: 2000

OECD-gennemsnit: Der er ikke tilstrækkelig med data til at beregne et OECD-gennemsnit.



<b>Sygehusudgifter pr. indbygger, DKK, PPP (Figur 4.2.):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on hospitals' services:</i>									
<i>The value of health services provided by hospitals.</i>									
<i>Hospitals comprise licensed establishments primarily engaged in providing medical, diagnostic and treatment services that include physician, nursing and other health services to in-patients and the specialized accommodation services required by in-patients. Hospitals may also provide out-patient services as a secondary activity. Hospitals provide in-patient health services, many of which can only be provided using the specialised facilities and equipment that form a significant and integral part of the production process.</i>									
Anm.: Data inkluderer både udgifter ifm. indlagte patienter og ambulans behandling.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	11.535	10.434	11.220	6.543	-	7.899	8.725	8.941	6.434
Seneste år	13.362	13.008	12.085	8.450	-	8.263	10.699	10.189	8.807
Ændring, absolut	1.827	2.574	865	1.907	-	364	1.974	1.248	2.373
Ændring, pct.	15,84	24,67	7,71	29,15	-	4,61	22,62	13,96	36,9
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Norge: 2006. Resten af landene: 2007									
OECD-gns 2007.: Data mangler for Grækenland, Island, Italien, Storbritannien. OECD-gns. 2001: Mangler data for Østrig, Belgien, Grækenland, Island, Irland, Italien, New Zealand, Polen og Storbritannien									

<b>Sygehusudgifternes andel af BNP, pct. (Figur 4.3.):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on hospitals' services</i>									
<i>The value of the health services provided by hospitals. Hospitals comprise licensed establishments primarily engaged in providing medical, diagnostic and treatment services that include physician, nursing and other health services to in-patients and the specialized accommodation services required by in-patients. Hospitals may also provide out-patient services as a secondary activity. Hospitals provide in-patient health services, many of which can only be provided using the specialised facilities and equipment that form a significant and integral part of the production process.</i>									
Anm.: Data inkluderer både udgifter ifm. indlagte patienter og ambulans behandling.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	4,1	3,8	3,1	2,5	-	3,1	3,0	3,6	3,0
Seneste år	4,3	4,1	3,1	2,8	-	3,0	3,3	3,8	3,1
Ændring, absolut, pct.	0,2	0,3	0	0,3	-	-0,1	0,3	0,2	0,1
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Norge: 2006. Resten af landene: 2007.									
OECD-gns. 2007: Mangler data for Storbritannien, Luxembourg, Italien, Irland, Grækenland, OECD-gns. 2001: Mangler data for Storbritannien, Luxembourg, Italien, Irland, Grækenland,									

<b>Sygehusudgifternes andel af de samlede sundhedsudgifter, pct. (Boks 4.4.):</b>									
<i>OECD definition: Expenditure on health</i>									
Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedical and nursing knowledge and technology – has the goals of:									
- Promoting health and preventing disease;									
- Curing illness and reducing premature mortality;									
- Caring for persons affected by chronic illness who require nursing care;									
- Caring for persons with health-related impairments, disability and handicaps who require nursing care;									
- Assisting patients to die with dignity;									
- Providing and administering public health;									
- Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	47,5	42,4	35,4	34,3	-	29,4	36,0	35,0	37,9
Seneste år	44,2	44,7	34,1	33,8	-	28,6	34,1	34,5	36,3
Ændring, absolut, pct.	-3,2	2,4	-1,4	-0,5	-	-0,7	-1,9	-0,5	-1,6
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Norge: 2006. Resten af landene: 2007									
OECD-gns. 2007: Mangler data for Storbritannien, Luxembourg, Italien, Irland, Grækenland, OECD-gns. 2001: Mangler data for Storbritannien, Polen, New Zealand, Island, Luxembourg, Italien, Irland, Grækenland, Belgien, Øst-rig.									

<b>Totale investeringer på sundhedsområdet pr. indbygger, DKK, PPP (Figur 4.4.):</b>									
<i>OECD definition: Investment on medical facilities:</i>									
This item comprises gross capital formation of domestic health care provider institutions (excluding retail sale and other providers of medical goods). Public investment on health includes publicly-financed gross capital formation in health facilities plus capital transfers to the private sector for hospital construction and equipment. Private investment on health comprises private gross capital formation in health care provider industries (excluding retail sale of medical goods.) It excludes capital transfers received from the public sector.									
Anm.: Data inkluderer både offentlige og private investeringer i udstyr og anlæg/bygninger (medical facilities). Det fremgår ikke af indikatoren, hvilke områder der investeres i inden for sundhedsområdet. Ej heller indikeres, om der er tale om vedligeholdelse af eksisterende udstyr eller bygninger eller nye initiativer.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	620	921	2.006	861	663	956	956	499	771
Seneste år (2007)	1.292	1.253	2.222	1.439	1.175	998	2.525	861	1.071
Ændring, absolut	672	331	215	578	511	43	1.569	362	300
Ændring, pct.	108,4	36,0	10,7	67,1	77,1	4,4	164,2	72,5	38,9
Kilde: OECD Health Data 2009									
OECD-gns 2001.: Mangler data for Schweiz og New Zealand									

<b>Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse, antal pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.5.):</b>								
<i>OECD definition: Total hospital employment: Number of full-time employed (FTE) persons employed in general and specialty hospitals. Self-employed are included.</i>								
Anm.: Danmark har ikke tidligere opgjort valide data for fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse. Fremadrettet vil data fra det Fælleskommunale Løndatakontor blive indberettet til OECD. Indikatoren inkluderer data for det sundhedsfaglige og det ikke-sundhedsfaglige personale. Der kan være forskelle landene imellem vedrørende opgørelsen af fuldtidsbeskæftigede.								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Neder- landene	Frankrig
2001	16,9	-	17,6	14,6	-	11,3	12,3	16,6
Seneste år	17,5	-	20,1	16,1	-	10,7	11,0	17,3
Ændring, absolut	0,6	-	2,5	1,5	-	-0,6	-1,3	0,7
Ændring, pct.	3,5	-	14,2	10,3	-	-5,3	-10,6	4,2
Kilde: OECD Health Data 2009 Anm.: Data seneste år: Finland, Nederlandene: 2006. 2001: Frankrig:2002. Resten af landene: 2007 OECD-gennemsnit: Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne gennemsnit.								

<b>Autoriserede læger, antal pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.6.):</b>									
<i>OECD definition: Registered physicians Physicians registered to practice include both practising and non-practising physicians. Inclusion: - Physicians who provide services directly to patients (practising physicians) - Physicians for whom their medical education is a prerequisite for the execution of the job - Physicians for whom their medical education is NOT a prerequisite for the execution of the job - Physicians registered as health care professionals and licensed to practice but who are not economically active in the country (e.g. unemployed or on retirement) - Physicians working abroad.</i>									
Anm.: I international data bruges betegnelsen registrerede. I indikatoren indgår både yngre læger og speciallæger, der er beskæftigede i og uden for sundhedsområdet, læger beskæftigede i udlandet, arbejdsløse og læger uden for arbejdsmarkedet.									
	Dan- mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tysk- land	Neder- landene	Frankrig	OECD
2001	4,5	4,6	-	3,1	-	4,6	3,3	4,1	3,6
Seneste år	5,0	5,6	-	3,3	-	5,0	3,9	4,2	4,0
Ændring, absolut	0,5	0,9	-	0,2	-	0,5	0,7	0,1	0,4
Ændring, pct.	11,8	20,3	-	6,1	-	10,3	19,8	2,5	10,5
Kilde: OECD Health Data 2009 Anm: Data seneste år: Danmark, Sverige, Finland: 2006. Resten af landene: 2007 OECD gns 2007.: Data mangler for Tjekkiet, Grækenland, Japan, Norge, Schweiz, Tyrkiet, Storbritannien. OECD gns 2001.: Data mangler for Tjekkiet, Grækenland, Japan, Norge, Schweiz, Tyrkiet, Storbritannien, Polen.									

**Speciallæger i beskæftigelse i sundhedssektoren (ekskl. almen medicin), antal pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.7):***OECD definition: Practising specialists:*

*Specialist medical practitioners diagnose and treat human physical and mental illnesses, disorders and injuries using specialised testing, diagnostic, medical and surgical techniques based on the scientific principles of modern medicine. They specialise in certain disease categories, types of patients or methods of treatment. (Draft ISCO-08 Definitions, code 2212)*

*Inclusion (in total number of specialists): anaesthetist, emergency medicine specialist, ophthalmologist, gynaecologist and obstetrician, cardiologist, specialist physician (internal medicine), paediatrician, pathologist, psychiatrist, radiologist, surgeon, other specialists, medical registrars training as specialist medical practitioners*

*Exclusion: general practitioners (GPs), dentists and stomatologists/dental surgeons, psychologists.*

Anm.: Data inkluderer både speciallæger beskæftigede inden for sygehussektoren og praksissektoren, undtaget speciallæger med speciale i almen medicin. Læger, beskæftigede med administration eller forskning og arbejdsløse tælles ikke med i data. Der kan være forskel i, hvad forskellige lande inkluderer i indikatoren, jf. <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>

Fx indeholder data for Finland kun beskæftigede inden for det offentlige. For nogle lande indgår ikke-færdiguddannede speciallæger i tællingen af speciallæger.

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	1,1	2,3	2,1	1,4	1,4	1,8	1,0	1,7	1,7
Seneste år	1,2	2,6	2,2	1,6	1,8	2,0	1,0	1,7	1,8
Ændring, absolut	0,1	0,3	0,1	0,2	0,4	0,2	0,1	0,0	0,1
Ændring, pct.	10,5	12,3	4,9	10,6	30,1	11,5	5,2	1,2	5,9

Kilde: OECD Health Data 2009

Anm: Data seneste år: Danmark, Sverige og Finland: 2006. Estimat for Nederlandene. Resten af landene: 2007

OECD gns.2007: Data mangler for Italien, Japan, Slovakiet. OECD gns.2001: Data mangler for Island, Irland, Italien, Japan, Korea.

**Antal speciallæger i almen medicin i beskæftigelse i sundhedssektoren, antal pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.8):***OECD definition: Practising general practitioners:*

*Generalist medical practitioners diagnose and treat human physical and mental illnesses, disorders and injuries and recommend preventive action based on the scientific principles of modern medicine. They do not limit their practice to certain disease categories or methods of treatment and may be employed as medical officers or interns in a hospital or other institutional setting or assume responsibility for the provision of continuing and comprehensive medical care to individuals and families as general practitioners working in a community setting. (Draft ISCO-08 definition, code 2211).*

*Inclusion: general practitioners working in the ambulatory sector or in hospitals (or other institutional settings), medical intern, resident medical officer.*

*Exclusion: specialist physician, psychiatrist, clinical officer, feldscher.*

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	0,73	0,55	0,91	0,75	0,64	1,49	0,46	1,64	0,84
Seneste år	0,77	0,6	0,82	0,73	0,72	1,48	0,47	1,64	0,88
Ændring, absolut	0,04	0,05	-0,09	-0,02	0,08	-0,01	0,01	0,0	0,04
Ændring, pct.	5,5	9,1	-9,9	-2,7	12,5	-0,7	2,2	0,0	4,76

Kilde: OECD Health Data 2009

Anm: Data seneste år: Danmark, Sverige og Finland:2006. Resten af landene: 2007

OECD gns.2007: Data mangler for Japan, Slovakiet. OECD gns.2001: Data mangler for Japan, Korea, Spanien.

<b>Sygeplejersker i beskæftigelse i sundhedssektoren, antal pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.9):</b>									
<i>OECD definition: Practising professional nurses:</i>									
<i>Professional nurses: Nursing professionals treat and provide care for people who are physically or mentally ill, the elderly, the injured or physically or mentally disabled. They assume responsibility for the planning and management of the care of patients, including the supervision of other health care workers, working in teams with medical doctors and others in the practical application of preventive and curative measures, dealing with emergencies as appropriate. (Draft ISCO-08 Definition, code 2221).</i>									
<i>Inclusion: nurse, professional, specialist nurse, clinical nurse consultant</i>									
<i>Exclusion: nurse, associate professional, nursing aid, midwife, associate professional, midwife, professional Practising nurses provide services directly to patients.</i>									
<i>Inclusion: persons who have completed their studies/education in nursing, and who are licensed to practice, salaried and self-employed nurses delivering services irrespectively of the place of service provision, foreign nurses licensed to practice and actively practising in the country.</i>									
<i>Exclusion: nurses working in administration, research and in other posts that exclude direct contact with the patients, unemployed nurses and retired nurses no longer practising, nurses working abroad.</i>									
Anm.: Indikatoren "professional nurses" svarer til, hvad der i Danmark betegnes sygeplejersker. OECD-indikatoren "associate professional nurses" svarer til, hvad der i Danmark betegnes social- og sundhedsassistenter og indgår ikke i benchmarkingen.									
Data inkluderer sygeplejersker beskæftiget inden for sygehus eller inden for sygepleje- og døgninstitutionelle pasningsfaciliteter eller der udfører ambulant sundhedspleje for sygehussektoren. Data inkluderer områder, som ikke i Danmark ligger inden for sundhedssektoren. Danske data følger OECD's definition af indikatoren.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	9,4	10,1	10,4	-	7,3	7,4	2,9	6,9	-
Seneste år	9,5	10,8	15,8	-	8,1	7,8	2,5	7,7	7,1
Ændring, absolut	0,1	0,8	5,4	-	0,9	0,4	-0,4	0,8	0,6
Ændring, pct.	1,5	7,8	52,0	-	11,7	5,1	-12,2	11,9	9,4
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Sverige og Danmark:2006. Resten af landene: 2007									
Data 2001: Nederlandene: 2004.									
OECD gns 2007.: Data mangler for Belgien, Finland, Irland, Italien, Slovakiet, Schweiz, Tyrkiet.									
Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne et OECD gennemsnit for 2001.									

<b>Nyuddannede læger, antal pr. 100.000 indbyggere (Figur 4.10):</b>									
<i>OECD definition: Medical graduates:</i>									
<i>Number of students who have graduated in medicine from medical faculties or similar institutions, i.e., who have completed basic medical education in a given year.</i>									
<i>Exclusion: graduates in pharmacy, dentistry/stomatology, public health and epidemiology, individuals who have completed post-graduate studies or training in medicine.</i>									
Anm.:Indikatoren vedrører færdiggjort kandidatuddannelse i medicin. Danske data har været fejlrapporeret til OECD, der vil blive korrigeret ved næste indberetning af data. I figur 6.7. er anvendt korrekte danske data.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	10,0	9,1	9,2	9,5	7,2	10,9	8,9	6,1	9,1
Seneste år	16,0	10,0	10,6	6,9	10,2	11,6	12,3	5,5	9,9
Ændring, absolut	6,0	0,9	1,4	-2,6	3,0	0,7	3,4	-0,6	0,8
Ændring, pct.	60,0	9,9	15,2	-27,4	41,7	6,4	38,2	-9,8	8,8
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Frankrig og Sverige: 2006. Resten af landene: 2007									
OECD-gns. 2007: Mangler data for Luxembourg, Mexico.									
OECD-gns. 2001: Mangler data for Luxembourg, Mexico og Polen.									



<b>Nyuddannede læger og udvandring, uddannet i Danmark (Boks 4.7.):</b>								
Kilde: Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister								
År	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nyuddannede	547	636	711	773	818	858	875	808
Udvandret	49	50	57	61	76	95	124	102
Udvandring i pct.	9 pct.	8 pct.	8 pct.	8 pct.	9 pct.	11 pct.	14 pct.	13 pct.

<b>Nyuddannede læger, uddannet i Danmark, med nordisk statsborgerskab (ikke dansk statsborgerskab) og udvandring (Boks 4.7.):</b>								
Kilde: Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister								
År	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nyuddannede	14	22	13	39	56	72	109	130
Udvandret	7	12	8	23	38	48	75	74
Udvandring i pct.	50 pct.	55 pct.	62 pct.	59 pct.	68 pct.	67 pct.	69 pct.	57 pct.

<b>Nyuddannede sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, antal pr. 100.000 indbyggere (Figur 4.11):</b>									
<i>OECD definition: Nursing graduates:</i>									
<i>Number of students who obtained a recognised qualification in nursing in a given year.</i>									
<i>Graduates from an education programme required to become a registered or licensed nurse (normally comprising at least 2 years of post-secondary education in nursing)</i>									
<i>Exclusion: graduates from a midwifery programme, graduates from other fields of studies which do not provide a recognised foundation for the practice of nursing, graduates with Masters and PhD degrees in nursing.</i>									
Anm.: Indikatoren inkluderer data for nyuddannede "professional nurses" (hvad der i Danmark svarer til sygeplejersker) og "associate professional nurses" (hvad der i Danmark svarer til social- og sundhedsassistenter). For Danmark og Tyskland er kun inkluderet data for sygeplejersker ("professional nurses"). Data for Danmark indeholder oplysninger om dem, der modtager en autorisation fra Sundhedsstyrelsen. Danske data indeholder ikke oplysninger om nyuddannede social- og sundhedsassistenter.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	38,6	33,7	73,7	61,6	24,5	25	36,8	23,4	34,9
Seneste år (2007)	41,2	49,9	78,5	49,8	35,1	23	36,1	35,1	35,4
Ændring, absolut	2,6	16,2	4,8	-11,8	10,6	-2,0	-0,7	11,7	0,5
Ændring, pct.	6,7	48,1	6,5	-19,2	43,3	-8,0	-1,9	50,0	1,3
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Sverige: 2006. 2001: Storbritannien: 2002 Resten af landene: 2007									
OECD gns. 2007: Data mangler for Mexico.									
OECD gns. 2001: Data mangler for Italien, Mexico, Polen, Tyrkiet, Storbritannien.									

<b>Udenlandsk uddannede læger som pct. af autoriserede læger (Boks 4.8):</b>								
<i>OECD definition: Foreign-trained physicians: total number.</i>								
<i>The total number of doctors who received all or most of their medical education and training in another country and are registered to practice in the receiving country.</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
2001	-	13,5	-	5,3	26,5	-	-	2,2
Seneste år (2007)	8,8	19,6	-	11,4	31,4	-	6,3	3,1
Ændring, absolut	-	6,1	-	6,1	4,9	-	-	0,9
Ændring, pct.	-	45,2	-	115,1	18,5	-	-	40,9
Kilde: OECD Health Data 2009								
Anm.: Data seneste år: Sverige, Danmark, Nederlandene, Finland: 2006. Resten af landene: 2007								
OECD-gennemsnit: Der er ikke tilstrækkeligt data til at beregne gennemsnit.								

<b>Antal somatiske senge, pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.12):</b>									
<i>OECD definition: Acute care beds in hospitals.</i>									
<i>Curative care (acute care) beds in hospitals (HP.1) are hospital beds that are available for curative care (HC.1 in the SHA classification excluding psychiatry).</i>									
<i>Inclusion:</i>									
<i>- Beds accommodating patients where the principal clinical intent is to do one or more of the following: manage labour (obstetric), cure non-mental illness or provide definitive treatment of injury, perform surgery, relieve symptoms of non-mental illness or injury (excluding palliative care), reduce severity of non-mental illness or injury, protect against exacerbation and/or complication of non-mental illness and/or injury which could threaten life or normal functions, perform diagnostic or therapeutic procedures.</i>									
<i>Exclusion:</i>									
<i>- Beds allocated for other functions of care (such as psychiatric care, rehabilitation, long-term care and palliative care)</i>									
<i>- Beds in mental health and substance abuse hospitals (HP.1.2)</i>									
<i>- Beds for rehabilitation (HC.2)</i>									
<i>- Beds for palliative care.</i>									
	Dan-mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tysk-land	Neder-landene	Frankrig	OECD
2001	3,4	2,3	3,1	4,0	3,0	6,3	3,3	4,0	4,1
Seneste år (2007)	2,9	2,1	2,9	3,7	2,6	5,7	3,0	3,6	3,8
Ændring, absolut	-0,5	-0,2	-0,2	-0,3	-0,4	-0,6	-0,3	-0,4	-0,3
Ændring, pct.	-14,7	-8,7	-6,5	-7,5	-13,3	-9,5	-9,1	-10,0	-6,6
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: OECD gns. 2001: Mangler data for Luxembourg, Island, New Zealand, OECD-gns. 2007: Mangler data for Island, New Zealand.									



<b>Antal psykiatriske senge, pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.13):</b>									
<i>OECD definition: Psychiatric care beds in hospitals</i>									
<i>Psychiatric care beds in hospitals (HP.1) are hospital beds accommodating patients with mental health problems (part of HC.1 in the SHA classification).</i>									
<i>Inclusion:</i>									
- All beds in mental health and substance abuse hospitals (HP.1.2)									
- Beds in psychiatric departments of general hospitals (HP.1.1) and of specialty (other than mental health and substance abuse) hospitals (HP.1.3).									
<i>Exclusion:</i>									
- Beds allocated to non-mental curative care (part of HC.1)									
- Beds allocated to long-term nursing care in hospitals (HC.3)									
- Beds for rehabilitation (HC.2)									
- Beds for palliative care.									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	0,8	0,6	-	-	0,9	0,4	-	1,0	0,8
Seneste år (2007)	0,6	0,5	0,6	-	0,7	0,5	1,3	0,9	0,7
Ændring, absolut	-0,2	-0,1	-	-	-0,2	0,1	-	-0,1	-0,1
Ændring, pct.	-25,0	-16,7	-	-	-22,2	25,0	-	-10,0	-11,9
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: OECD gns. 2001: Mangler data for Finland, Island, Korea, Luxembourg, Nederlandene, New Zealand, Norge, Polen, Schweiz, Tyrkiet. OECD gns. 2007: Mangler data for Finland, Island, New Zealand, Schweiz.									

<b>Antal CT-scannere, pr. én mio. indbyggere (Figur 4.14):</b>									
<i>OECD definition: Computed Tomography scanners.</i>									
<i>Number of Computed Tomography scanners (CT units).</i>									
<i>CT or CAT scanner is an x-ray machine which combines many x-ray images with the aid of a computer to generate cross-sectional views and, if needed, three-dimensional images of the internal organs and structures of the body.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	13,2	-	-	13,7	5,8	-	-	8,9	15,8
Seneste år (2007)	17,4	14,2	-	16,4	7,6	-	8,4	10,3	22,7
Ændring, absolut	4,2	-	-	2,7	1,8	-	-	1,4	6,9
Ændring, pct.	31,8	-	-	19,7	31,0	-	-	15,7	43,3
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Nederlandene, Storbritannien: 2006. Sverige: 1999. Resten af landene: 2007.									
OECD gns 2007.: Mangler data for Norge og Tyskland. OECD gns. 2001: Mangler data for Tyskland, Grækenland, Irland, Italien, Japan, Nederlandene, New Zealand, Portugal, slovakiet, Sverige, Tyrkiet.									

<b>Antal MR-scannere, pr. én mio. indbyggere (Figur 4.15):</b>									
<i>OECD definition: Magnetic Resonance Imaging units.</i>									
<i>Number of Magnetic Resonance Imaging units (MRI units).</i>									
<i>MRI is an imaging technique designed to visualise internal structures of the body using magnetic and electromagnetic fields which induce a resonance effect of hydrogen atoms. The electromagnetic emission created by these atoms is registered and processed by a dedicated computer to produce the images of the body structures.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	5,4	-	-	11,0	5,2	-	-	2,4	-
Seneste år (2007)	10,2	7,9	-	15,3	8,2	-	6,6	5,7	11,0
Ændring, absolut	4,8	-	-	4,3	3,0	-	-	3,3	-
Ændring, pct.	88,9	-	-	39,1	57,7	-	-	137,5	-
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Data seneste år: Danmark: 2004. Nederlandene: 2005. Sverige: 1999. Resten af landene: 2007.									
OECD gns. 2007: Mangler data for Norge og Tyskland. Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne OECD-gns. i 2001.									

<b>Antal PET-scannere, pr. én mio. indbyggere (Figur 4.16):</b>								
<i>OECD definition: Positron Emission Tomography scanners.</i>								
<i>Number of Positron Emission Tomography scanner units (PET units).</i>								
<i>PET is a highly specialised imaging technique using short-lived radioactive substances. This technique produces three dimensional images which are used mainly for the assessment of cancer spread in a patient's body.</i>								
<i>Inclusion: - Modern PET-CT systems using image fusion (superposition of CT and PET images).</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
2001	-	-	-	0,4	-	0,6	-	0,1
Seneste år	3,7	-	-	0,9	0,5	1,0	1,0	1,0
Ændring, absolut	3,7	-	-	0,5	-	0,4	-	0,9
Ændring, pct.	-	-	-	125,0	-	66,7	-	900,0
Kilde: OECD Health Data 2009								
Anm.: Data seneste år: Finland: 2006. Nederlandene, Storbritannien: 2005. Resten af landene: 2007. Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne et OECD-gns.								

<b>Antal operationer, indlagte patienter, pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.17)</b>									
<i>OECD definition: Total surgical in-patients</i>									
<i>Patients who are given invasive surgical treatment, whether on an emergency or elective basis, and who stay over at least one night in an in-patient institution.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	72,7	54,7	-	56,1	61,6	98,1	37,3	-	61,8
Seneste år (2007)	76,1	73,4	-	60,0	72,3	66,6	39,8	-	71,2
Ændring, absolut	3,4	18,7	-	3,9	10,7	-31,5	2,5	-	9,4
Ændring, pct.	4,7	34,2	-	7,0	17,4	-32,1	6,7	-	15,2
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: OECD gns. 2001: Mangler data for Schweiz, Slovakiet, Polen, Norge, New Zealand, Korea, Japan, Island, Ungarn, Frankrig.									

<b>Antal udskrivninger, indlagte patienter, pr. 1.000 indbyggere, (Figur 4.18)</b>									
<i>OECD definition: Discharge rates by diagnostic categories.</i>									
<i>Discharge is the formal release of an in-patient from an acute care institution after a period of "hospitalization". It includes deaths in hospitals, but excludes same-day separations and transfers to other care units within the same institution. However, the following countries include at least some same-day separations: Austria (before 2003), Czech Republic (before 1995), Finland, France, Hungary (before 2004), Italy (from 2004), the United Kingdom and the United States. The comparability of data from these countries is therefore limited compared with those countries which exclude same-day separations.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	171,8	162,6	159,8	213,5	119,9	200,5	91,3	267,7	155,1
Seneste år (2007)	169,8	164,8	172,4	190,1	125,5	226,9	109,3	273,8	157,8
Ændring, absolut	-2,0	2,2	12,6	-23,4	5,6	26,4	18,0	6,1	2,7
Ændring, pct.	-1,2	1,4	7,9	-11,0	4,7	13,2	19,7	2,3	1,7
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Frankrig har inkluderet indlæggelser på under et døgn varighed, hvilket forhøjer antallet af udskrivninger. Finland, Norge og Sverige har ekskluderet udskrivninger af raske babyer født på hospitaler, hvilket mindsker antallet af udskrivninger. OECD gns. 2001: Mangler data for Tjekkiet, Ungarn, Korea, Japan, Polen.									

<b>Belægningsprocent for somatiske senge, pct. (Figur 4.19)</b>									
<i>OECD definition: Acute care occupancy rate.</i>									
<i>Number of acute care beds effectively occupied (beddays) in in-patient institutions divided by the number of available acute care beds and multiplied by 100.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
2001	84,0	-	87,2	-	83,3	80,1	66,0	75,2	75,4
Seneste år (2007)	84,0	-	88,0	-	83,3	76,0	63,9	74,0	75,3
Ændring, absolut, pct.	0,0	-	0,8	-	0,0	-4,1	-2,1	-1,2	-0,1
Kilde: OECD Health Data 2009									
Anm.: Forholdet mellem antallet af liggedage for indlagte "acute care" patienter og antallet af "acute care" senge til rådighed. I Danmark udgjorde "acute care" sengene i 2007 82,7 pct. af alle senge. Data generelt for offentlige og private hospitaler. Danske data kun offentlige hospitaler.									
Data seneste år: Data for Danmark er fra 2001. Data for Nederlandene er fra 2005. Resten af landene: 2007.									
OECD gns. 2007: Mangler data for Finland, Island, New Zealand, Sverige. OECD gns. 2001: Mangler data for Finland, Island, Luxembourg, New Zealand, Sverige.									

<b>Antal operationer, ambulante patienter, pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.20)</b>								
<i>OECD definition: Total surgical day cases.</i>								
<i>Patients who are given invasive surgical treatment (elective surgeries only) which are carried out in a dedicated surgical unit or part of a hospital and which lead to discharge on the day of the operation.</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Neder- landene	Frankrig
2001	57,8	-	-	32,0	73,4	11,6	30,1	-
Seneste år (2007)	74,2	-	-	40,5	86,0	20,6	40,5	-
Ændring, absolut	16,4	-	-	8,5	12,6	9	10,4	-
Ændring, pct.	28,4	-	-	26,6	17,2	77,6	34,6	-
Kilde: OECD Health Data 2009								
Anm.: Ambulante patienter = "day cases", hvor patienten bliver udskrevet samme dag, som operationen er foretaget. Der er ikke beregnet et OECD-gennemsnit, da for få lande har indberettet data. Data for Danmark kan være overestimeret, da det ikke er muligt at ekskludere forløb, som strækker sig over flere ambulante besøg, men hvor operationen foretages på én dag.								
Data 2001: Tyskland: 2003								

## Kapitel 5 Processor og output i sygehusvæsenet

<b>Andel borgere med uopfyldte behov for lægelig undersøgelse, pct. (Figur 5.1.):</b>										
<i>EU-silc survey definition: People with unmet needs for medical examination, by reason, for total population and by sex in 2005 and 2006 (%). Problem of access (could not afford to, waiting list, too far to travel).</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	EU-25	
Seneste år (2006)	0,2	2,9	1,4	2,5	1,9	5,2	0,4	1,5	3,5	
Kilde: Eurostat (EU-silc survey)										
Anm.: EU-25 gennemsnit er anvendt i stedet for OECD-gennemsnit, da der alene er data for EU-landene.										

<b>Egenbetaling af sygehusbehandling (Tabel 5.2.):</b>									
<i>Definition: Is there out-of-pocket-payments?</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	
Ingen brugerbetaling	X		X (indlagt)		X*				
Brugerbetaling		X	X (ambulant)	X		X	X	X	
Kilde: Forespørgsler til landenes sundhedsministerier, 2009; MISSOC-databasen, 2007; Descriptions of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom, The Commonwealth Fund, February 2008									
Anm.: *Der kan kræves brugerbetaling, hvis patienten beder om ekstra faciliteter eller behandling ud over, hvad der er klinisk nødvendigt.									

<b>National lovgivning er udtrykt med udgangspunkt i patienters rettigheder (Tabel 5.3):</b>									
<i>Definition: Is national healthcare legislation explicitly expressed in terms of patients' rights?</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	
Ja, i juridisk bindende lovgivning	X	X	X	X		X	X	X	
Nej, men i ikke-juridisk bindende charter eller vejledning					X				
Nej									
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009									

<b>Ikke-akutte patienters frie valg af primært sygehus inden for landets grænser (Tabel 5.4):</b>									
<i>Definition: Do patients from their fundamental/basic health care coverage by 1. April 2009 have the right to choose which hospital to use within the country?</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	
Frit valg	X	X	X		X			X	
Frit valg, men med økonomiske konsekvenser						X	X		
Ikke frit valg				X					
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009									

<b>Ikke-akutte patienter har særlige valgmuligheder, hvis ventetiden til behandling overstiger en bestemt tidsgrænse (Tabel 5.5):</b>								
<i>Definition: Does your country by 1 April 2009 have centrally defined judicial binding maximum waiting times for the hospital sector in relation to patients' fundamental/basic health care coverage? And what is the defined maximum waiting time for all patients?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Ja, når ventetid ≤ 1 mdr.	X							
Ja, når ventetid > 1 mdr.		X		X				
Ja, individuel fastsat ventetid			X*					
Nej, ingen maksimal ventetid					X	X	X	X
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009								
*Gælder kun de mest syge patienter kaldet "rettighedspatienter".								

<b>Patienter (indlagte og ambulante) har ret til en fast kontaktperson (Tabel 5.6):</b>								
<i>Definition: Are patients by 1. April 2009 entitled to have a specific contact person during hospital treatment lasting more than one day?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Ja	X		X					X
Ja, men kun patienter med bestemte sygdomme						X		
Nej		X		X	X		X	
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009								

<b>Patienter kan få økonomisk kompensation for medicinske fejl uden hjælp fra det juridiske system, f.eks. gennem et offentligt patientforsikringssystem (Tabel 5.7):</b>								
<i>Definition: Can patients get economic indemnity for medical mistakes and malpractice without the assistance of the judicial system, e.g. at a public patient insurance system?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Ja	X	X	X	X		X		X
Nej, men det er muligt at få forskellige former for gratis juridisk assistance								
Nej					X		X	
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009								

**Internetadgang til nationalt publicerede kvalitetsoplysninger om sygehuse, som gør det muligt for borgeren at rangere sygehuse efter højeste kvalitet (Tabel 5.8):**

*Definition: Do patients and inhabitants in general have access to hospital quality ranking issued nationally aimed at non health professionals on the internet?*

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
Kvantitativ rangering af sygehuse	X		X		X		X	
Kvalitativt eller begrænset kvantitativt materiale						X		X
Ingen internet-adgang		X		X				

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

**Internetadgang til nationalt publicerede oplysninger om ventetid på sygehuse (Tabel 5.9):**

*Definition: Do patients have access to comparable hospital and treatment specific national issued information on waiting times?*

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
Ja	X	X	X		X		X	
Nej				X		X		X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009.

**Assistance fra sundhedsmyndigheder/forsikring til at opnå patientrettigheder før og under sygehusbehandling (Tabel 5.10):**

*Definition: Can patients get assistance from the public health authorities/the health insurer before or during their hospital treatment on deriving their various patients' rights in relation to their fundamental/basic health care coverage?*

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
På alle hospitaler				X	X	X		
På regionalt niveau	X	X	X					
Begrænset dækning eller fra patient-organisationer							X	X

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009

## Kapitel 6 Ressourceanvendelse og behandlingskvalitet

<b>Produktivitetsudvikling fordelt pr. år i Danmark (boks 6.2.)</b>				
Definition: Produktivitetsudvikling beregnet på baggrund af omkostningsbrøken, hvor aktiviteten – udtrykt ved den samlede produktionsværdi (ud fra DRG-takster) – sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne produktionsværdi. For yderligere information se rapporten p. 11-12				
År	2004	2005	2006	2007
Produktivitets-udvikling, pct.	2,4	1,8	1,9	1,4
Kilde: Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009) "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren", Delrapport IV (2009)				

<b>Antal operationer pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat, pr. 1.000 indbyggere (Figur 6.1):</b>								
<i>OECD definition: Total hospital employment: Number of full-time employed (FTE) persons employed in general and specialty hospitals. Self-employed are included. Anm.: Danmark har ikke tidligere opgjort valide data for fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse. Fremadrettet vil data fra det Fælleskommunale Løndatakontor blive indberettet til OECD. Indikatoren inkluderer data for det sundhedsfaglige og det ikke-sundhedsfaglige personale. Der kan være forskelle landene imellem vedrørende opgørelsen af fuldtidsbeskæftigede.</i>								
<i>OECD definition: surgical procedures (in-patient and day-cases) The sum of all types of surgical interventions (invasive) performed as in-patient cases and day cases. Only the main procedure performed on a patient during an hospital stay should normally be reported. The rates per 1000 population are calculated by the OECD Secretariat.</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Neder- landene	Frankrig
2001	7,7	-	-	6,0	-	9,4	5,5	-
Seneste år (2007)	8,6	-	-	6,4	-	8,1	7,2	-
Ændring, absolut	0,9	-	-	0,4	-	-1,3	1,7	-
Ændring, pct.	11,7	-	-	6,7	-	-13,8	30,9	-
Kilde: OECD Health Data 2009, Sundhedsstyrelsen/Det Fælleskommunale Løndatakontor (danske data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse) Anm.: Antal operationer for både indlagte patienter og ambulante patienter. Beskæftigede omhandler generelt beskæftigede på offentlige og private sygehuse, samt specialiserede sygehuse. Data for Danmark er kun for offentlige sygehuse. Data seneste år: Finland: 2006. Data 2001: Tyskland: 2002 Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne et OECD-gennemsnit.								



<b>Antal udskrivninger pr. fuldtidsbeskæftiget sygehusansat (Figur 6.2):</b>								
<i>OECD definition: Total hospital employment: Number of full-time employed (FTE) persons employed in general and specialty hospitals. Self-employed are included. Anm.: Danmark har ikke tidligere opgjort valide data for fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse. Fremadrettet vil data fra det Fælleskommunale Løndatakontor blive indberettet til OECD. Indikatoren inkluderer data for det sundhedsfaglige og det ikke-sundhedsfaglige personale. Der kan være forskelle landene imellem vedrørende opgørelsen af fuldtidsbeskæftigede</i>								
<i>OECD definition: Discharge rates by diagnostic categories Discharge is the formal release of an in-patient from an acute care institution after a period of "hospitalization". It includes deaths in hospitals, but excludes same-day separations and transfers to other care units within the same institution. However, the following countries include at least some same-day separations: Austria (before 2003), Czech Republic (before 1995), Finland, France, Hungary (before 2004), Italy (from 2004), the United Kingdom and the United States. The comparability of data from these countries is therefore limited compared with those countries which exclude same-day separations.</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tyskland	Neder- landene	Frankrig
2001	10,2	-	9,1	14,6	-	17,7	7,4	16,0
Seneste år (2007)	9,7	-	8,6	12,2	-	21,1	9,7	15,8
Ændring, absolut	-0,5	-	-0,5	-2,4	-	3,4	2,3	-0,2
Ændring, pct.	-4,9	-	-5,5	-16,4	-	19,2	31,1	-1,3
Kilde: OECD Health Data 2009, Sundhedsstyrelsen/Det Fælleskommunale Løndatakontor (danske data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse) Anm.: Samlet antal udskrivninger og samlet antal personale på sygehuse. Danske data for antal udskrivninger og fuldtidsbeskæftigede kun for offentlige hospitaler. Data seneste år: Data for Danmark (udskrivninger), Finland og Nederlandene er fra 2006. Resten af landene: 2007 Data 2001: Tyskland: 2002 Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne et OECD-gennemsnit.								

<b>Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter, antal dage. (Figur 6.3):</b>									
<i>OECD definition: Average length of stay by in-patient and acute care. Average length of stay is computed by dividing the number of days stayed (from the date of admission in an in-patient institution) by the number of discharges (including deaths) during the year. For definitions of acute care, please refer to the chapter on acute care beds. Note: Some countries may include same day separations (counted either as 0 or 1 day), thereby resulting in an underestimation of average length of stay compared with countries that exclude them. Also, some countries may only include data related to general hospitals, while others might include data also for specialised hospitals (generally involving higher length of stays than in general hospitals). Caution should be exercised when making international comparisons due to the possibility that countries may provide data for different types of institutions.</i>									
	Dan- mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tysk- land	Neder- landene	Frankrig	OECD
2001	3,8	5,0	5,8	5,0	8,5	9,0	8,6	5,7	7,4
Seneste år	3,5	4,5	5,0	4,6	7,2	7,8	6,3	5,3	6,6
Ændring, absolut	-0,3	-0,5	-0,8	-0,4	-1,3	-1,2	-2,3	-0,4	-0,8
Ændring, pct.	-7,9	-10,0	-13,8	-8,0	-15,3	-13,3	-26,7	-7,0	-10,1
Kilde: OECD Health Data 2009 Anm.: Data omhandler "acute care" patienter, patienter indlagt med henblik på kurativ og lægefaglig behandling. I Danmark udgjorde "acute care" sengene i 2007 82,7 pct. af alle senge. Danske data kun for offentlige sygehuse. Data seneste år: Danmark: 2005. Resten af landene: 2007									

<b>Andel af operationer der udføres ambulant, pct. (Figur 6.4):</b>								
<i>OECD definition: Total surgical day cases</i>								
<i>Patients who are given invasive surgical treatment (elective surgeries only) which are carried out in a dedicated surgical unit or part of a hospital and which lead to discharge on the day of the surgery.</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tyskland	Neder-landene	Frankrig
2001	44,3	-	-	36,4	54,4	9,5	44,7	-
Seneste år (2007)	49,4	-	-	40,3	54,3	23,6	50,5	-
Ændring, absolut, pct.	5,1	-	-	3,9	-0,1	14,1	5,8	-
Kilde: OECD Health Data 2009								
Anm.: Data 2001: Tyskland: 2002								
Der er ikke tilstrækkeligt med data til at beregne et OECD-gennemsnit.								

<b>30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI), pct., 2007 (Figur 6.5):</b>									
<i>Health at a Glance: The in-hospital case-fatality rate following acute AMI is defined as the number of people who die within 30 days of being admitted to hospital with an AMI. Sex standardised rates.</i>									
	Dan-mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tysk-land	Neder-landene	Frankrig	OECD
Seneste år (2007)	2,9	2,9	3,2	4,9	6,3	-	6,6	-	4,9
Kilde: Health at a Glance 2009.									
Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater.									
Data seneste år: Nederlandene: 2005. Resten af landene: 2007									

<b>30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen, pct., 2007 (Figur 6.6):</b>									
<i>Health at a Glance: The in-hospital case-fatality rate following ischemic stroke is defined as the number of people who die within 30 days of being admitted to hospital. Sex standardised rates.</i>									
	Dan-mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tysk-land	Neder-landene	Frankrig	OECD
Seneste år (2007)	3,1	3,9	3,3	3,2	9,0	3,8	5,9	-	5,0
Kilde: Health at a Glance 2009									
Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater.									
Data seneste år: Nederlandene er fra 2005. Resten af landene: 2007									

<b>30-dages dødelighed efter indlæggelse med hjerneblødning, pct., 2007 (Figur 6.7):</b>									
<i>Health at a Glance: The in-hospital case-fatality rate following hemorrhagic stroke is defined as the number of people who die within 30 days of being admitted to hospital. Sex standardised rates</i>									
	Dan-mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri-tannien	Tysk-land	Neder-landene	Frankrig	OECD
Seneste år (2007)	16,7	12,8	13,7	9,5	26,3	14,5	25,2	-	19,8
Kilde: Health at a Glance 2009									
Anm: Køns- og aldersstandardiserede rater.									
Data seneste år: Nederlandene er fra 2005. Resten af landene: 2007									

<b>5-års relative overlevelsesserater for kolorektalkræft, 2002-2007, pct. (Figur 6.8):</b>									
<i>Health at a Glance: Relative cancer survival rates reflect the proportion of patients with a certain type of cancer who are still alive after a specified time period (commonly five years) compared to those still alive in absence of the disease. All the survival rates presented here have been age-standardised using the International Cancer Survival Standard (ICSS) population.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
Seneste år	54,4	60,1	57,8	62,0	51,6	-	58,1	-	57,4
Kilde: Health at a Glance 2009 Anm.: Aldersstandardiserede rater. Finland (2002-05). Sverige (2003-08). Norge (2001-06). Storbritannien (2001-06). Nederlandene (2001-06). Der findes ikke tal for 2002-2007 for Frankrig. Der findes ikke nationale data for Tyskland.									

<b>5-års relative overlevelsesserater for brystkræft, 2002-2007, pct. (Figur 6.9):</b>									
<i>Health at a Glance: Relative cancer survival rates reflect the proportion of patients with a certain type of cancer who are still alive after a specified time period (commonly five years) compared to those still alive in absence of the disease. All the survival rates presented here have been age-standardised using the International Cancer Survival Standard (ICSS) population.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
Seneste år	82,4	86,1	81,9	86,0	78,5	-	85,2	82,6	81,2
Kilde: Health at a Glance 2009 Anm.: Aldersstandardiserede rater. Data fra Frankrig er fra 1997-2002. Der findes ikke nationale data for Tyskland.									

<b>5-års relative overlevelsesserater for livmoderhalskræft, 2002-2007, pct. (Figur 6.10):</b>									
<i>Health at a Glance: Relative cancer survival rates reflect the proportion of patients with a certain type of cancer who are still alive after a specified time period (commonly five years) compared to those still alive in absence of the disease. All the survival rates presented here have been age-standardised using the International Cancer Survival Standard (ICSS) population.</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD
Seneste år	61,3	65,8	65,9	69,0	59,4	-	69,0	67,3	65,7
Kilde: Health at a Glance 2009. Anm.: Aldersstandardiserede rater. Data fra Frankrig er fra 1997-2002. Der findes ikke nationale data for Tyskland.									

<b>Gennemsnitlig ventetid til by-pass operation (Tabel 6.2):</b>				
<i>Definition: What is the actual waiting time for elective treatment of coronary by-pass treatment in the hospital sector?</i>				
	Danmark	Finland	England	Nederlandene
< 1 mdr.	X	X		
1-3 mdr.			X	X
4-6 mdr.				
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009 Anm.: Kun planlagte operationer. Nederlandene, marts 2008 (thorax operation). Danmark, 2008. Finland, 2007. England, finansåret 2007/2008.				

<b>Gennemsnitlig ventetid til operation for brystkræft (Tabel 6.3):</b>		
<i>Definition: What is the actual waiting time for elective treatment of breast cancer treatment in the hospital sector?</i>		
	Danmark	Nederlandene
< 1 mdr.	X	X
1-3 mdr.		
4-6 mdr.		

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
Anm.: Tidspunkt for data: Nederlandene, maj 2008. Danmark: 2008. ICD-10 koder: C50.0-C50.9.

<b>Gennemsnitlig ventetid til hofteoperation (Tabel 6.4):</b>				
<i>Definition: What is the actual waiting time for elective treatment of hip replacement treatment in the hospital sector?</i>				
	Danmark	Finland	England	Nederlandene
1-3 mdr.	X			X
4-6 mdr.		X	X	
> 6 mdr.				

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
Anm.: Nederlandene, maj 2008 (ortopædkirurgi). Danmark, 2008. Finland, 2007. England, Finansåret 2007/2008.

<b>Andel der samlet set har en positiv/meget positiv oplevelse af besøg på sygehuset, ambulante patienter, pct. (Figur 6.11):</b>								
<i>Definition: To what extent are patients "satisfied" with hospital care (Out-patients)?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Seneste år	94,9	85,0	-	-	93,0	-	-	88,0

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
Anm.: Danmark (2009), Sverige (2007), England (2004/2005). Tallene fra Frankrig er fra en befolkningsundersøgelse, hvor der spørges til hospitaler generelt og dermed ikke skelnes mellem ambulante og stationært regi (2006).

<b>Andel der samlet set har en positiv/meget positiv oplevelse af indlæggelse på sygehuset, indlagte patienter, pct. (Figur 6.12):</b>								
<i>Definition: To what extent are patients "satisfied" with hospital care (In-patients)?</i>								
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Nederlandene	Frankrig
Seneste år	89,9	-	86,0	-	93,0	-	-	88,0

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til landenes sundhedsministerier, maj-august 2009  
Anm.: Danmark (2009), Sverige (2007), England (2004/2005). Tallene fra Frankrig er fra en befolkningsundersøgelse, hvor der spørges til hospitaler generelt og dermed ikke skelnes mellem ambulante og stationært regi (2006).

## Litteratur

Bullivant JRN (1994). "Benchmarking for continuous improvement in the public sector", Longman, United Kingdom.

Christensen, Michael (ed.) (2001), "Benchmarking på tværs af faggrænser", Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

Commonwealth Fund, The (2008), "Descriptions of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom". Norge.

Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009) "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren", delrapport I (december 2005), delrapport II (december 2006) og delrapport III (januar 2007). Delrapport IV (2009). København. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Enheden for Brugerundersøgelser (2009), "Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), København.

Erlandsen, E. (2007), "Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance", OECD Economics Department Working Papers, No. 555, OECD Publishing Paris.

Finansministeriet (2000), "Benchmarking i den offentlige sektor - nogle metoder og erfaringer".

Finansministeriet (2009), "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2010".

Forebyggelseskommissionen (2009), "Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats". København. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Fujisawa, R. and Colombo F. (2009), "The Long-Term Workforce: Overview and Strategies to adapt Supply to a Growing Demand", OECD Health Working Papers no. 44, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD Publishing, Paris.

Harbers MM, Wilk EA van der, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H, Achterberg PW (2008). "Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)". Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, Nederlandene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007), "Regeringens Resultater – Sundhedsområdet". København. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Jakobsen, Anders Kristian M., Svend Aage Engelholm & Jens B. Knudsen (2002): "Cervixcancer. Statusartikel" i Ugeskrift for læger 2002;164(23):3059

Juel, Knud (2008), "Middellevelevetid og dødelighed i Danmark sammenlignet med i Sverige" i Ugeskrift for læger, 2008;170(33):2423

Magnussen, Jon, Vrangbæk, Karsen & Saltman, Richard (ed.) (2009), "Nordic Health Care systems. Recent reforms and current policy challenges", Open University Press. København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008), "Det Danske Sundhedsvæsen i Internationalt Perspektiv". [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008), ”Regeringens Resultater på Sundhedsområdet”. København. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009), ”Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv”. København. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

NOMESCO (2006), ”Nomescos Helsestatistik 2006”. København.

Nordisk Ministerråd (2007), ”Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden”. Nordisk ministerråd, København.

Næss-Schmidt H S (2008), ”Sundhedsforsikringer – en løsning på fremtidens velfærd?” Forskning og pension analyserapport 2008:4. København.

Nørgaard, Mette, Lene Hjerrild Iversen & Henrik Toft Sørensen (2005), ”Kolorektal cancer. Forekomst og risikofaktorer” i Ugeskrift for læger 2005;167(44):4157

OECD (2007), ”Health at a Glance 2007 – OECD Indicators”. OECD Publishing, Paris.

OECD (2008), ”OECD Economics Surveys Denmark”. Volume 2008/2. OECD Publishing, Paris.

OECD (2009), ”Health at a Glance 2009 – OECD Indicators”. OECD Publishing, Paris.

Regeringsgrundlag (2007), ”Mulighedernes samfund”, november 2007.

Regeringen (2009), ”Mere tid til velfærd, Regeringens plan for mindre bureaukrati i regioner og kommuner”, oktober 2009.

SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret ”En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007”. Norge.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008). ”Svensk sjukvård i internationell jämförelse”. Stockholm, Sverige.

Sverre A.C. Kittelsen, Kjartan Sarheim Anthun, Birgitte Kalseth, Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Jon Magnussen, (2009), ”En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007”. SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret. Norge.

Swedish Association of Local Authorities and Regions and Swedish National Board of Health and Welfare (2008). ”Quality and Efficiency in Swedish Health Care Regional Comparisons 2008”. Stockholm, Sverige.

Trygg Hansa (2008), ”Kostnaderna för privata sjukvårdförsäkringar ökar”. Pressemeddelelse fra 10. november 2008.

Westert GP, Berg MJ van den, Kooman X, Verkleij H (Eds.). ”Dutch Health Care Performance Report 2008”. National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Nederlandene. ([http://www.rivm.nl/vtv/object\\_binary/o6118\\_Dutch%20Healthcare%20Performance%20Report%202008.pdf](http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o6118_Dutch%20Healthcare%20Performance%20Report%202008.pdf))

**Netbaseret information:**

<http://www.cancer.dk/sundskole/kraeftital/Kraeftforekomst.htm>

<http://www.drfoosterhealth.co.uk>

<http://www.frittsykehusvalg.no>

<http://www.kunnskapsenteret.no/Publikasjoner/1760.cms?onepage=1>

<http://www.nhs.uk/choices/Pages/Aboutpatientchoice.aspx>

[http://www.nhssurveys.org/Filestore//documents/Key\\_Findings\\_report\\_for\\_the\\_2008\\_Inpatient\\_Survey.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore//documents/Key_Findings_report_for_the_2008_Inpatient_Survey.pdf)

MISSOC-database (2007): [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/missoc\\_tables\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_tables_en.htm)

The Handbook to the NHS Constitution for England, 21 January 2009,

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh\\_109785.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_109785.pdf)

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er\\_517/er517.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er_517/er517.pdf)

<http://www.sst.dk/Behandlingsforloeb%20og%20rettigheder/Eksperimentel%20behandling.aspx>

<http://www.sundhedskvalitet.dk>

<http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-health-care/>







Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K.  
Tlf. 72 26 90 00  
Fax 72 26 90 01