

Sundhedstjenesteforskning

Det danske sundhedsvæsen befinder sig i øjeblikket i en vanskelig situation med stor usikkerhed om, hvor udviklingen bærer hen. Det gælder for såvel hospitalerne som almen praksis. I denne uges temanummer om sundhedstjenesteforskning fremlægges en række forskningsresultater om centrale problemstillinger i vores sundhedsvæsen og nogle lovende metoder til udvikling på

et rationelt grundlag. Sundhedstjenesteforskningen er en vanskelig disciplin, men den er nødvendig for, at der kan træffes de rigtige beslutninger om sundhedsvæsenets fremtid.

God læselyst.

John Sahl Andersen

Assisterende videnskabelig redaktør

Internationale sammenligninger af sundhedssystemer

Ph.d.-stipendiat Michaela Louise Schiøtz, direktør Jes Søgaard, professor Signild Vallgård & professor Allan Krasnik

Internationale sammenligninger bruges ofte som grundlag for at skabe ny viden, og i den sundhedspolitiske debat som en metode til at guide politiske processer [1, 2]. Det giver en særlig tilfredsstillelse at konstatere, at ens eget land, sygehus osv. klarer sig bedre end andre, og det skaber uro og eftertanke, når det modsatte er tilfældet. Sammenligninger er derfor ofte medvirkende til, at emner kommer på den politiske dagsorden, som i begyndelsen af 1990'erne, da den danske middellevelevetid blev genstand for stor opmærksomhed, eller få år senere da der blev sat fokus på den danske kræftbehandling og indsatsen overfor hjertesygdom. Informationer om, hvad forskellige landes sundhedssystemer præsterer i forhold til hinanden, kan sammen med sundhedspolitiske analyser også være med til at generere hypoteser og årsagsforklaringer og dermed skabe input til strategiudvikling på nationalt niveau. Ligeledes kan sammenligninger bruges til at demonstrere politisk og faglig ansvarlighed ved at vise, at man er villig til at se på, hvor godt man præsterer i forhold til andre på udvalgte områder [3]. Brugt forkert kan sammenligninger imidlertid også give misvisende resultater og dermed give anledning til faglige initiativer, politiske tiltag og organisatoriske forandringer, som ikke medfører det resultat, man havde forestillet sig.

FORSKELLIGE TYPER AF SAMMENLIGNINGER

Sammenligninger kan omfatte hele systemer eller delelementer af sundhedssystemer, f.eks. den pri-

mære sektor, eller man kan se på, hvordan udvalgte sygdomme bliver behandlet i forskellige systemer (Tabel 1). I sammenligninger af sundhedssystemer har man ofte fokuseret på udgifter til sundhedssystemet og udvalgte indikatorer som udtryk for sundhedstilstand, f.eks. middellevelevetid, mens man i nyere analyser fra bl.a. WHO og OECD vurderer et bredere sæt af indikatorer for sundhed. Et eksempel på en overordnet sammenligning af mange sundhedssystemer er WHO's kontroversielle rapport fra 2000, der rangordnede sundhedssystemer i 191 medlemslande efter deres resultater målt med fem indikatorer [4]. Her blev Danmark lavt placeret, blandt andet fordi man vurderede, at sundhedsvæsenet ikke i særlig høj grad var i stand til at imødekomme befolkningens ønsker. Colombia opnåede et bedre resultat end Danmark på dette område. Undersøgelsen blev mødt af massiv kritik både i forhold til dens grundlæggende antagelser samt i forhold til tekniske aspekter [15]. Trods rapportens mange begrænsninger bidrog den til at understrege staters ansvar for sundhedssystemet – og befolkningens sundhed og dermed behovet for mere viden om, hvordan sundhedssystemerne påvirker befolkningens sundhedstilstand [16].

Komparative studier af mange enheder bliver ofte kritiseret for, at sammenligneligheden af de valgte indikatorer er begrænset, og at der ikke tages tilstrækkeligt højde for den kontekst, som sundhedssystemerne fungerer i. I en række studier har man forsøgt at imødekomme nogle af disse problemer

STATUSARTIKEL

Københavns Universitet,
Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

ved at sammenligne sundhedssystemer med fælles træk med hensyn til deres politiske, sociodemografiske og epidemiologiske udvikling. Et eksempel på dette er EU-projekter, i hvilke man har sammenlignet sundhedssystemer i europæiske regioner med fælles træk med henblik på at vurdere kvaliteten i forhold til hinanden (*benchmarking*). Sådanne sammenligninger har vist sig at være nyttige, ikke mindst fordi de giver deltagerne mulighed for at skabe netværk og derved skaber grobund for gensidig læring [3]. En anden form for studier er de sektorspecifikke sammenligninger, hvor dele af sundhedssektoren sammenlignes på tværs af lande. Et eksempel på dette er et studie, der blev gennemført af OECD i 2007 [9], hvor behandlingsomkostningerne for syv forskellige hospitalsbehandlinger blev sammenlignet for syv lande, og hvor danske sygehuse blev fremhævet som produktive. Undersøgelsen sammenlignede dog ikke kvaliteten i behandlingen, og der kan stilles spørgsmål ved, om målingen af omkostningerne er ensartet.

Til trods for at systemer, der sammenlignes, har fællestræk, vil der være mange forskelle, som det kan være svært at justere for i studier med et omfattende antal systemer, da man kan have vanskeligt ved at få detaljerede, standardiserede og valide informationer fra hvert system. Studier, i hvilke man grundigt undersøger få systemer, kan undgå mange af disse problemer. Til gengæld bliver udsagnskraften eller generaliserbarheden mere begrænset. Et eksempel på et sådant studie er sammenligningen mellem det danske sundhedssystem og Kaiser Permanente i USA. Her sammenlignes de to sundhedssystemers population, sundhedsprofessionelle, organisering, forbrugsmøn-

stre, kvalitetssikring og omkostninger for at identificere muligheder for gensidig læring om, hvordan sundhedssystemet kan organiseres, så man opnår høj kvalitet til lave omkostninger. I et sådan studie er det muligt at kontrollere og justere for forskelle mellem de to systemer ved f.eks. at justere for, hvilke opgaver sundhedssystemet varetager, og ved at standardisere statistisk for forskelle i de to populationers socioøkonomiske status [7].

METODOLOGISKE UDFORDRINGER VED SAMMENLIGNING AF SUNDHEDSSYSTEMER

Sammenligninger bruges ofte til at belyse, om én form for organisering af sundhedsvæsenet eller dele heraf giver bedre resultater end en anden, eller til rangordning eller *benchmarking*, hvor nogle systemer ud fra givne målsætninger vurderes til at være bedre end andre. Når man vil drage den slags konklusioner af sine undersøgelser, er faren for fejlslutninger stor. Det man sammenligner, kan være meget forskelligt, selv om det har samme navn, og sundhedsvæsenet har meget forskellige institutioner og funktioner [17].

I fortolkningen af resultaterne kan det være nødvendigt at tage højde for forskelle i informations-systemers evne til at følge enkeltindivider f.eks. manglende oplysninger om patienters brug af specifikke dele af sundhedsvæsenet og for forskelle i definitionerne på de indikatorer, der bruges i sammenligningen. Det vil ofte også være nødvendigt at kontrollere for forskelle i populationsstrukturer både med hensyn til socioøkonomiske faktorer (jf. ovenfor), men også med hensyn til forskelle i sygdomsmønstre. Selv hvis man sammenligner »hårde facts«

TABEL 1

Eksempler på forskellige former for sammenligninger inden for sundhedssystemer.

Genstand for sammenligning	Sammenligninger af mange lande/systemer	Sammenligninger af få lande/systemer
Sundhedssystemer	WHO's sammenligning af sine 191 medlemslandes sundhedssystemer [4] Commonwealth Funds sammenligning af sundhedssystemer i USA, Storbritannien, Canada, Tyskland, Australien og New Zealand [5]	Sammenligning af sundhedssystemet i den canadiske provins Ontario med det hollandske sundhedssystem [6] Sammenligning mellem det danske sundhedssystem og sundhedssystemet Kaiser Permanente i Nordcalifornien [7]
Specifikke sektorer	Sammenligning af det primære sundhedssystem for 18 OECD-lande fra 1970-1998 [8]	Sammenligning af omkostningsniveauet for udvalgte interventioner på hospitaler i syv OECD-lande, inklusive Danmark [9]
Udvalgte sygdomsgrupper	Fællesprojekt mellem WHO og EU-Kommissionen, der inkluderede en <i>benchmarking</i> af driften af sundhedssystemet i 19 regioner i 15 EU-lande samt en monitorering af tre sygdomme: diabetes, brystkræft og mæslinger [10]	Nordisk Ministerråds sammenligning af udvalgte sygdomsgrupper i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige [11] Sammenligningen af indsatsen over for kroniske sygdomme i Danmark, England, Frankrig, Tyskland, Holland, Sverige, Australien og Canada [12]
Udvalgte tværgående indikatorer	OECD's Health Care Quality Indicator-projekt, der sammenligner indikatorer i 30 OECD-lande inklusive Danmark [13]	Commonwealth Fund-studie af patientoplevelser i syv lande [14]

Inspireret af [3].

som f.eks. antallet af jordemødre, vil det være afgørende for fortolkningen af resultaterne, at man har kendskab til den kontekst, som indikatoren skal belyse. I USA har man langt færre jordemødre end i Danmark og i Sverige langt flere. Men det siger ikke nødvendigvis noget om kvaliteten af fødselshjælpen, fordi opgavefordelingen mellem faggrupper er forskellig [18]. Endvidere bør man sikre sig, at de data, der benyttes, rent faktisk er repræsentative for hele de systemer, man sammenligner [3].

Et eksempel er de meget hyppigt citerede sundhedsudgiftsoversigter fra OECD. Ifølge *OECD Health Data 2009* [19] brugte danskerne næsten 165 milliarder kroner på sundhed i 2007. Det er ca. 30.000 kroner i gennemsnit for hver dansker. Spørgsmålet er, hvordan det sammenlignes med andre lande. Udgiften kan konverteres til en fælles valuta, men hvilken metode skal benyttes? Den gennemsnitlige vekselkurs i 2007 var 5,44 kr/US\$ – dvs. udgiften var \$ 5.555 pr. dansker. De generelle priser i Danmark er dog næsten 60% højere end i USA, og hvis der justeres for købekraftpariteter (PPP), bruger det danske sundhedsvæsen i amerikansk prisniveau kun \$ 3.511 pr. indbygger. Hvad der er den rigtige metode, er ikke klart, for priserne i det amerikanske sundhedsvæsen er næppe 60% lavere end i det danske. Man kunne bruge specifikke PPP for sundhedsydelser, men disse er forbundet med betydelig måleusikkerhed. Derfor sammenlignes sundhedsudgifter ofte i form af procent af bruttonationalproduktet (BNP), selv om det er et relativt og ikke absolut udgifts-udtryk.

Et andet problem er forskelle i afgrænsninger af, hvad der i de enkelte lande defineres som udgifter til sundhed. Den måske vanskeligste gråzone er såkaldt langtidspleje til ældre og handicappede borgere, og her er spørgsmålet, hvad der hører ind under sundhed, og hvad hører ind under det sociale system. OECD anfører i definitionsforskrifterne, at den medicinske del af langtidspleje (*Long Term Nursing Care* (LTNC)) skal med som sundhedsudgift, mens den sociale del af langtidspleje (*Long Term Social Care* (LTSC)) ikke skal medtages. Denne forskrift fortolkes forskelligt af de 30 medlemslande. **Tabel 2** viser totale sundhedsudgifter i procent af BNP for de fire nordiske lande. Danmark og Norge medtager stort set alle ældreplejeudgifter under sundhedsudgifter i stedet for at angive specifikke LTSC-udgifter. Finland og Sverige derimod definerer kun dele af deres langtidspleje som LTNC, dvs. som sundhedsudgift, mens resten defineres som LTSC. Det er således uklart, om der er tale om forskellige udgiftsniveauer eller om forskellige afgrænsninger af, hvad der defineres som sundheds- henholdsvis socialudgift.

TABEL 2

Udgifter til sundhed i procent af bruttonationalproduktet i 2007.

	Totale sundhedsudgifter	Long term nursing care ^a	Long term social care ^b
Danmark	9,76	2,00	0,00
Finland	8,18	0,94	1,12
Norge	8,91	2,20	0,00
Sverige	9,07	0,70	2,79

a) Inkluderes i de totale sundhedsudgifter.

b) Inkluderes ikke i de totale sundhedsudgifter.

Kilde: [18].

OVERFØRSEL AF IDEER FRA ET SYSTEM TIL ET ANDET

Sammenligninger kan bruges både sundhedspolitisk, organisatorisk og sundhedsfagligt til at identificere styrker og svagheder i sundhedsvæsenet og til at få nye ideer til ledelses- og organisationsformer og brug af teknologier. Komparative studier kan således medføre, at teknologier eller politikker, som er implementeret i systemer, der opnår gode resultater i sammenligningen, ønskes overført til systemer, der opnår mindre gode resultater. Inden man overfører ideer fra andre systemer, bør man ikke bare vurdere indikatorernes validitet, men også om der reelt er en overbevisende sammenhæng mellem de ønskede resultater og de pågældende elementer. Endelig er det afgørende at studere konteksten for denne sammenhæng og overveje dens betydning. Kan et delelement i organisationen direkte transplanteres, eller skal der ske større eller mindre ændringer med henblik på indpasning og opnåelse af den tilstræbte effekt? Således har studier af, hvordan teknologi virker i praksis, tydeligt demonstreret, at teknologi ikke har entydige effekter, der kan defineres forud for og uafhængigt af den konkrete kontekst, i hvilken den bringes til anvendelse [20]. Det er derfor vigtigt, at man er opmærksom på, at en teknologi, organisationsbrik eller funktion kan omformes i en ny kontekst, men også at denne vil påvirke, hvordan teknologien eller



Der er mange eksempler på internationale sammenligninger af sundhedssystemer.



FAKTABOKS

Internationale sammenligninger af sundhedssystemer er en metode, der bl.a. kan bruges til:

- gensidig læring
- strategi- og kvalitetsudvikling
- at demonstrere politisk og faglig ansvarlighed.

Når sundhedssystemer eller dele af sundhedssystemer sammenlignes på tværs af lande, er der mange metodologiske udfordringer, man skal man være opmærksom på, herunder:

- Definitionsforskelle på sundhedssystemer og indikatorer: Er det, man sammenligner, det samme?
- Forskelle i populationsstrukturer og sygdomsmønstre: Hvad betyder det for sammenligningen?
- Tilgængelige data: Er de data, der benyttes, repræsentative for hele systemet, er data dækkende for det, der ønskes sammenlignet, og er data indsamlet på samme måde i de systemer, der sammenlignes?
- Omkostninger: Hvordan sammenlignes valutabeløb mellem lande?

Inden programmer, politikker eller praksisser overføres fra et land til et andet, bør man være opmærksom på, om der er sammenhæng mellem de ønskede resultater og de pågældende elementer, og at den nye kontekst vil kunne omforme de pågældende elementer, ligesom elementerne vil kunne omforme den kontekst, de implementeres i.

politikken implementeres og virker. Man kan således ikke antage, at en teknologi eller en politik, som har vist sig at være succesfuld i et system, ukritisk kan overføres til et andet system og medføre samme effekter. Et effektivt program for støtte af egenomsorg, der er målrettet personer med kronisk sygdom i USA vil dårligt i uændret form kunne indpasses i det danske sundhedsvæsen, og resultaterne kan ikke forventes at blive de samme. Når ideer fra andre systemer implementeres, er det derfor nødvendigt, at der gennemføres evalueringer af implementeringsprocesser og effekter. Her er det vigtigt ikke blot at belyse på forhånd definerede indikatorer, men også at studere andre, måske helt utilsigtede og uventede konsekvenser for organisationen og for patienterne.

Internationale komparative studier af sundhedssystemer er et forskningsfelt, som i stigende omfang bliver brugt og misbrugt, og der er behov for udvikling af teorier inden for både sundhedspolitiske analyser, organisering af sundhedsvæsenet, sundhedsøkonomi, og sundhedssystemets effekt på både patient og befolkningsniveau, samt for metoder, som kan øge kvaliteten og dermed udbyttet af internationale sammenligninger af sundhedssystemer.

KORRESPONDANCE: *Michaela Louise Schiøtz*, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, Postboks 2099, DK-1014 København K.
E-mail: misch@sund.ku.dk

ANTAGET: 9. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR.

1. Nolte E, Wait S, McKee M. Investing in health: Benchmarking health systems. London: The Nuffield Trust, 2006.
2. Vallgård S. Folkesundhed som politik – Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.

3. Veillard J, Garcia-Armesto S, Kadandale S et al. International health system comparisons: from measurement challenge to management tool. I: Smith PC et al (eds.). Performance measuring for health system improvement. København WHO Regional Office for Europe 2009:641-72.
4. WHO. Health systems: Improving performance. World Health Report 2000. Geneva: WHO, 2009.
5. Davis K. Learning from high performance health systems around the globe. New York: The Commonwealth Fund, 2007.
6. Tawfik-Shukor A, Klazinga NS, Onyebuchi AA. Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. BMC Health Services Res 2007;7:25.
7. Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. BMC Health Services Res 2008;8:252.
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries – 1979-1998. Health Services Research 2003; 38:831-65.
9. Erlandsen E. Improving the efficiency of health care spending: selected evidence on hospital performance. Economics Department Working Papers No. 555. Paris Organisation for Economic Co-operation and Development 2007.
10. Wait S, Nolte E. Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives. Benchmarking: Int J 2005;12:436-48.
11. Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling. Kvalitetsmåling i Norden. Tema Nord 2007:519.
12. Nolte E, Knai C, McKee M (eds.) et al. Managing chronic conditions – experience in eight countries. København WHO 2008.
13. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. Health Working Paper 23. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
14. Schoen C, Osborn R, Doty MM et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. Health Aff 2007;6:717-34.
15. McKee M. Measuring the efficiency of health systems – The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. BMJ 2001;323:295-6.
16. McKee M. World Health Report 2000 – advancing the debate. European Regional Consultation on the World Health Report 2000. København: WHO, 2001.
17. Vallgård S. Sammenlignende undersøgelser. I: Vallgård S, Koch L. (eds.). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 3. Udgave. København: Munksgaard, 2007:199-216.
18. DeVries RG. A cross-national view of the status of midwives. I: Riska E, Wegar K (eds.). Gender, Work and Medicine. London: International Sociological Association, 1993:131-46.
19. OECD. OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries. Paris OECD 2009
20. Latour B, Woolgar S. Laboratory life: social construction of scientific facts. Beverly Hills: Sage Publications, 1979.