

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Danish

Fokus på helbredet: OECD-indikatorer – 2005 udgave

Sammendrag på dansk

Resumé

Sundhedssektorerne i OECD-landene vokser i både størrelse og betydning. Forbedring af sundhedsplejen og udvikling af nye lægemidler har bidraget til den solide fremgang i sundhedsstatus, som OECD-landene har oplevet inden for de seneste årtier. Samtidig har udgifterne til sundhedspleje aldrig være højere og udgør således en stadig større andel af nationalindkomsten.

Sundhed er naturligvis mere end bare sundhedspleje og udgifter til sundhedssektoren. Der er meget, der tyder på, at befolknings sundheden i de industrialiserede lande er mere bestemt af socioøkonomiske og livsstilsrelaterede forhold end selve adgangen til sundhedspleje. Velorganiserede offentlige sundhedsprogrammer kan bidrage til forebyggelse af sygdomme og være med til at lette en del af omkostningspresset på sundhedssystemerne. Risikofaktorer i relation til sundhed er også ved at ændre sig. Mens mange OECD-lande for eksempel har opnået bemærkelsesværdige resultater inden for de seneste årtier ved at nedsætte tobaksforbruget, så er antallet af overvægtige personer steget i alle OECD-landene, hvilket er et tegn på ændrede spisevaner og en mere stillesiddende livsstil.

Fokus på helbredet – OECD-indikatorer 2005 giver en sammenlignelig og ajourført samling af indikatorer med relation til forskellige aspekter af sundhedssystemernes ydeevne. Den tager udgangspunkt i *OECD Health Data 2005*, en omfattende database som indeholder over 1.000 statistiske datarækker om sundhed og sundhedssystemer i OECD-landene. Denne tredje udgave af *Fokus på helbredet* fokuserer ikke blot på sundhedssystemernes ressourcer og aktiviteter, men omfatter også et øget antal indikatorer, der har relation til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. For eksempel omfatter kapitlet om sundhedsstatus flere oplysninger om børns sundhed, inklusive deres tandsundhed. Ernæringsrelaterede indikatorer er også føjet til indikatorerne for tobaksrygning, alkoholforbrug, overvægt og fedme i kapitlet om risikofaktorer. Vaccinationsdækningen mod influenza af den ældre befolkning supplerer de traditionelle

indikatorer for immunisering af børn, som eksempler på forebyggende sundhedspleje, der kan forbedre dårlig sundhed og de dertil knyttede behov for sundhedspleje. Udgifterne til sundhedssektoren er nu specificeret med henblik på at vise udgifterne til organiserede offentlige sundhedsprogrammer i forskellige OECD-lande.

Denne publikation er et slående bevis på de enorme forskelle, der er i de 30 OECD-medlemslande, hvad angår sundhedsstatus, sundhedsrisici, samt omkostninger, ressourcefordeling og effektiviteten af deres sundhedssystemer. Mens nogle grundlæggende befolkningsfordelinger ud fra køn og alder vises i forhold til visse indikatorer, så gives der i de fleste tilfælde ikke nogen detaljeret fordeling ud fra (subnational) region, socioøkonomiske grupper eller forskellige etniske grupper/racer. Læseren skal derfor huske på, at mange af de indikatorer, der gives i denne publikation, muligvis varierer lige så meget *inden for* et land som på *tværs* af landene.

Det efterfølgende resumerer nogle af de vigtigste fund i denne publikation, eftersom de har en tilknytning til sundhedssystemernes effektivitet.

Sundhedsstatus er markant forbedret i OECD-landene

- **Den forventede levealder ved fødslen er steget betydeligt i OECD-landene inden for de seneste årtier** takket være bedre levestandarder, forbedret livsstil og bedre uddannelse, såvel som forbedret adgang til pleje og lægemidlers effektivitet. I 2003 nåede den forventede levealder ved fødslen i gennemsnit op på 77,8 år i OECD-landene, hvilket er en stigning i forhold til 68,5 år i 1960. Japan registrerede den højeste forventede levealder i 2003 med 81,8 år for hele befolkningen, efterfulgt af Island, Spanien, Schweiz, Australien og Sverige (Diagram 1.1).
- Det er svært at vurdere, hvor meget de mange ikke-medicinske og medicinske faktorer bidrager til denne udvikling, som muligvis har indflydelse på variationerne i den forventede levealder i de forskellige lande i fremtiden. **En højere nationalindkomst er generelt forbundet med en højere forventet levealder ved fødslen i OECD-landene**, selvom forbindelsen er mindre tydelig ved højere niveauer af nationalindkomster. Der er også stor forskel på forventet levealder i de OECD-lande, der har den samme nationalindkomst pr. indbygger. Japan og Spanien har for eksempel en højere forventet levealder end, hvad der kunne forventes ud fra BNP pr. indbygger alene, mens USA og Ungarn har en lavere forventet levealder end spået på baggrund af indkomsten (Diagram 1.3).
- **Den resterende forventede levealder ved 65 år er også steget markant inden for de seneste årtier i OECD-landene.** I 2003 var den resterende gennemsnitlige forventede levealder ved 65 år i OECD-landene på 19,3 år for kvinder og 15,9 år for mænd. Dette er en stigning på mere end 3 år siden 1970 for både kvinder og mænd. Ligesom den forventede levealder ved fødslen havde Japan den højeste resterende forventede levealder ved 65 år i 2003 (Diagram 1.5). **Den resterende forventede levealder ved 65 år forventes fortsat at stige inden for de næste årtier.** OECD-beregninger forudsiger, at den gennemsnitlige resterende forventede levealder ved 65 år i OECD-landene vil nå 21,6 år for kvinder og 18,1 år for mænd i 2040.
- Alle OECD-landene har gjort **bemærkelsesværdige fremskridt med hensyn til reducere af børnedødeligheden** inden for de seneste årtier, takket være generelle

forbedringer i de økonomiske og sociale forhold, såvel som sundhedsmæssige forbedringer inden for postnatal pleje, inklusive immunisering af børn. I Portugal er børnedødeligheden faldet med over 90% siden 1970, hvilket betyder, at det fra at have været det land, der havde den højeste børnedødelighed i Europa, var et af de lande, der registrerede den laveste børnedødelighed i 2003. Der er også registreret markante fald i børnedødeligheden i Mexico, Tyrkiet og i visse sydeuropæiske lande som for eksempel Italien, Spanien og Grækenland. I 2003 registrerede Island, Japan og nogle af de nordiske lande den laveste børnedødelighed blandt OECD-landene (Diagram 1.20).

OECD-landene står over for stigende omkostninger på sundhedsområdet

- Mens OECD-landene inden for de seneste årtier har gjort store fremskridt med hensyn til forventet levealder, så er udgifterne til sundhedssektoren også steget med tiden, og i de fleste lande steg udgifterne til sundhedssektoren hurtigere end den generelle økonomiske vækst. **I 2003 brugte OECD-landene i gennemsnit 8,8% af deres BNP til sundhedssektoren, hvilket er en stigning fra 7,1% i 1990 og lidt over 5% i 1970.** Andelen af BNP der bruges på sundhedssektoren varierer dog meget på tværs af landene, således bruger USA 15% af deres BNP mod under 6% i Slovakiet og Sydkorea. Lige efter USA ligger Schweiz og Tyskland, som i 2003 brugte hhv. 11,5% og 11,1% af deres BNP på sundhedssektoren (Diagram 3.7).
- **De stigende udgifter til sundhedssektoren skyldes forskellige faktorer.** Generelt er der en tendens til, at OECD-lande med højere BNP pr. indbygger bruger flere penge på sundhedsområdet pr. indbygger (Diagram 3.10). Der er dog signifikante forskelle på tværs af landene, som delvist afspejler politiske beslutninger med hensyn til passende udgiftsniveauer, sundhedssystemernes forskellige finansielle og organisatoriske strukturer, og hvordan ekstra udgifter til sundhedssektoren opfattes i forhold til andre varer eller serviceydelser. **Lægevidenskabens forbedrede evne til at forebygge, diagnosticere og behandle sundhedsrelaterede tilstande er en af de største årsager til de stigende udgifter til sundhedssektoren.** Flere forskellige faktorer har en indflydelse på udvikling og spredning af nye medicinske teknologier og nye lægemidler, inklusive beslutningstagningsprocessen om, hvordan nyt udstyr, nye behandlinger eller medicin skal finansieres. **Befolkningens aldring bidrager også til de stigende udgifter til sundhedssektoren.** Procentdelen af befolkningen på 65 år eller derover er steget i alle OECD-landene (Diagram 5.3) og forventes fortsat at stige inden for de næste år og årtier, særligt på grund af "baby-boom-generationen" (som nærmer sig de 65 år i 2010 og derefter). Eftersom den ældre generation ofte har større behov for sundhedspleje og vedvarende pleje, forventes det, at den aldrende befolkning vil komme til at øge de offentlige udgifter på disse områder.

Omkostninger til sundhedsområdet sætter pres på de offentlige budgetter

- Da sundhedsplejen i de fleste OECD-lande overvejende finansieres af offentlige sygeforsikringer eller direkte offentlige midler, så tegner den offentlige sektor sig for den største del af udgifterne til sundhedsområdet i alle lande, undtagen USA, Mexico og Sydkorea (Diagram 3.17). Selv i USA, hvor den private sektor spiller en særlig vigtig rolle i finansieringen, svarer de offentlige udgifter på sundhedsområdet til 6,6% af BNP, sammenligneligt med gennemsnittet i OECD.

- De seneste ti år kan stort set deles op i to perioder hvad angår stigende offentlige udgifter til sundhedssektoren i OECD-landene. I perioden 1992-1997 var den økonomiske vækst på højde med eller endda over stigningen i de offentlige udgifter til sundhedssektoren. Inden for de seneste år er **de offentlige udgifter til sundhedssektoren dog steget endnu hurtigere end den økonomiske vækst i alle OECD-landene**. I visse lande såsom Storbritannien og Canada, afspejler nylige stigninger i de offentlige udgifter til sundhedssektoren bevidste politikker, der har til formål at lempe det efterspørgselspres, som er opstået pga. omkostningsbegrænsningerne i midten af 90'erne (Diagram 3.6).
- Den hurtige stigning i udgifter til medicin inden for de seneste år – med mere end 5% om året i gennemsnit siden 1997 – har været én af de største årsager til den generelle stigning i de totale udgifter til sundhedssektoren. Faktisk **har de fleste OECD-lande observeret, at de stigende udgifter til medicin har overgået stigningen i de samlede udgifter til sundhedssektoren** i løbet af denne periode. I USA og Australien er udgifterne til medicin steget over dobbelt så meget som udgifterne til hele sundhedssektoren i de seneste år. Der er også observeret signifikant stigning i Irland og Sydkorea, trods et relativt lavt udgangspunkt pr. indbygger i starten af perioden. Stigningen var meget mere moderat i Japan (Diagram 3.16).
- I gennemsnit **afholdes 60% af udgifterne til medicin af offentlige midler** i OECD-landene, **den resterende del dækkes stort set af kontant betaling og – i mindre udstrækning – private forsikringer**. Dette gennemsnit skjuler dog meget store forskelle, som strækker sig fra 11% i Mexico og 21% i USA som det laveste, til 86% i Irland som det højeste. En af årsagerne til denne forskel er, hvordan og endda hvorvidt medicin dækkes af de nationale sundhedsprogrammer og de offentligt finansierede forsikringer (Skema 3.11).
- I 2003 var udgifterne til medicin pr. person højest i USA (over 700 USD pr. person), efterfulgt af Frankrig (lidt over 600 USD), Canada og Italien (omkring 500 USD). Mexico og Tyrkiet registrerede de laveste udgifter til medicin med lidt over 100 USD. Variationerne i udgifter til medicin i de forskellige lande afspejler forskelle i mængde, typen af forbrug og prisniveau. Forskellige lønniveauer i de enkelte lande har også en indflydelse på, hvor mange penge der bruges på medicin (Diagram 3.14).

Mangel på sundhedsressourcer kan blive et problem i visse lande

- **En opfattet mangel på læger er et stort problem for mange lande.** Antallet, fordelingen og sammensætningen af aktive læger er forbundet med flere forskellige faktorer, inklusive restriktioner med hensyn til adgangen til lægefaget, valg af specialitet, løn og andre aspekter af arbejdsvilkårene samt migration. **I 2003 var der store forskelle i antallet af aktive læger pr. indbygger i OECD-landene. Det strakte sig fra 4 læger pr. 1.000 indbyggere i Italien og Grækenland som det højeste, til færre end 2 læger pr. 1.000 indbyggere i Tyrkiet, Mexico og Sydkorea som det laveste.** Antallet af aktive læger pr. indbygger var også forholdsvis lavt i Japan, Canada, Storbritannien og New Zealand. Denne sidste gruppe af lande har tradition for at have begrænsninger på antallet af optagne til lægestudiet.
- **Udenlandsk uddannede læger udgør en stor del af arbejdsstyrken af læger i visse lande.** I 2000 oversteg andelen af udenlandsk uddannede læger 20% af alle de aktive

læger i de engelsktalende lande såsom New Zealand, Storbritannien, USA og Canada. Omvendt var andelen af udenlandsk uddannede læger meget lavere i Japan, Østrig og Frankrig (Diagram 2.4). International migration kan øge fleksibiliteten på arbejdsmarkedet for læger og andet sundhedspersonale i modtagerlandene, men det stiller alvorlige spørgsmål ved risikoen for "hjerneflugt", hvis denne strøm af arbejdskraft fra lavindkomstlande til højindkomstlande skulle fortsætte i en længere periode.

- Nye data om **lægers lønninger** kommer i denne tredje udgave af *Fokus på helbredet – OECD-indikatorer 2005*, for praktiserende læger og speciallæger (opdelt i lønnede og selvstændige læger). Sammenlignet med den gennemsnitlige nationalindkomst varierer lægers lønninger meget på tværs af landene. **For eksempel er de selvstændige speciallægers indtægter relativt høje i Holland, USA, Belgien og Canada.** Omvendt tjener speciallæger i Ungarn og Tjekkiet (uanset om de er lønmodtagere eller selvstændige) relativt mindre end i andre lande sammenlignet med de gennemsnitlige nationalindkomster (Diagram 2.9).
- Der rapporteres også om en aktuel mangel på sygeplejersker i næsten alle OECD-landene. **Ligesom læger er der stor forskel på antallet af sygeplejersker i OECD-landene**, selvom det er svært at sammenligne data pga. forskellige kategorier af sygeplejersker. Irland, Island og Holland rapporterer om det højeste antal sygeplejersker pr. indbygger med over 13 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere i 2003. I den lave ende af skalaen var der under 4 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere i Tyrkiet, Sydkorea, Mexico og Grækenland (Diagram 2.5). Over tid steg antallet af sygeplejersker en smule pr. indbygger i de fleste lande i årene 1990-2003, men det begyndte at falde i Australien, Canada, New Zealand og Polen (Diagram 2.6).
- Der findes kun data om **sygeplejerskers lønninger** for de lønnede hospitalssygeplejersker. Baseret på data fra en halv snes lande er sygeplejerskers relative lønninger i forhold til BNP pr. indbygger højest i Portugal, efterfulgt af Australien og New Zealand. De relative lønninger er lavest i Tjekkiet og Ungarn samt i Norge (Diagram 2.11).
- Der hersker også bekymring i nogle lande over manglen på terapeutisk eller diagnostisk udstyr for at sikre rettidig adgang til avancerede teknologier. **Adgangen til diagnostiske teknologier, såsom CT- og MRI-scannere, er steget inden for de seneste ti år i alle OECD-landene.** Da MRI er en nyere teknologi end CT, er antallet af MRI-scannere steget særligt hurtigt siden 1990 (Skema 2.8). Der er ikke desto mindre stadigvæk store forskelle i spredningen af disse medicinske teknologier med Japan som det land, der rapporterer langt det største antal CT- og MRI-scannere pr. indbygger. På den anden ende af skalaen ligger Mexico, efterfulgt af Polen, Slovakiet og Tjekkiet, hvor antallet af MRI-enheder pr. indbygger er lavest, hvilket ikke er overraskende, hvis man tager de høje omkostninger forbundet med denne type udstyr i betragtning (Diagram 2.13 og 2.14).

Større fokus på forebyggelse kan give plads til forbedret sundhed og samtidig fjerne presset fra sundhedssektoren

- Sundhedssystemerne bliver nogle gange kritiseret for at være alt for fokuseret på selve behandlingen af patienter, og ikke nok fokuseret på forebyggelse af sygdomme. Faktisk

udgør forebyggelse og offentlige sundhedsprogrammer kun ca. 3% af de nuværende udgifter til sundhedssektoren i gennemsnit i OECD-landene (Diagram 3.12).

- Det har vist sig, at immunisering af børn er et af de mest effektive forebyggende midler til reduktion af børnesygdomme og -dødelighed. **Omkring to tredjedele af OECD-landene har opnået en vaccinationsdækning for DTP (difteri, stivkrampe, kighoste) på 95% eller derover, hvilket er det niveau, der kræves for at sikre en generel immunitet af befolkningen. Hvad angår mæslinger, rapporterer omkring halvdelen af OECD-landene den samme vaccinationsdækning.** Nogle af de rigere OECD-lande, målt ud fra BNP pr. indbygger, såsom Irland, Norge og Østrig, rapporterer en vaccinationsdækning på under den gennemsnitlige vaccinationsdækning for både difteri og mæslinger (Diagram 2.21).
- Immunisering af ældre personer mod influenza er blevet mere og mere udbredt i OECD-landene inden for de seneste ti år, som en metode til forebyggelse af sygdomme, hospitalsophold og dødelighed blandt denne befolkningsgruppe, som har større risiko for at udvikle alvorlige komplikationer i forbindelse med en influenza. **I 2003 varierede andelen af influenzavaccinationer af ældre personer fra under 40% i Tjekkiet, Slovakiet og Ungarn som det laveste til over 75% i Australien, Sydkorea og Holland.** I 2003 lå antallet af influenzavaccinationer også på over 60% i de fleste G7-lande, med undtagelse af Tyskland og Japan, hvor under 50% af den ældre befolkning rapporterede at være blevet vaccineret mod influenza (Diagram 2.23).

Risikofaktorer for sundhed er ved at ændre sig

- **Mange OECD-lande har gjort bemærkelsesværdige fremskridt inden for de sidste tyve år i forbindelse med nedbringelse af tobaksforbruget,** selvom det stadigvæk er en af de største årsager til for tidlig dødelighed. En stor del af denne nedgang kan tillægges rygepolitikker, der har til hensigt at nedsætte tobaksforbruget gennem offentlige antirygekampagner, reklameforbud og øget beskatning. Aktuelle opgørelser over daglige voksne rygere ligger nu på under 20% i Australien, Canada, Sverige og USA, hvilket er et fald i forhold til over 33% i slutningen af 70'erne. På den anden ende af skalaen ryger fortsat over 33% af den voksne befolkning dagligt i Grækenland, Ungarn og Luxembourg (Diagram 4.1).
- **Det gennemsnitlige alkoholforbrug pr. voksen er også gradvist faldet i mange OECD-lande inden for de seneste tyve år.** Kontrollerede reklamer, salgsrestriktioner og beskatning har vist sig at være effektive midler for at sænke forbruget af alkohol. Traditionelt vinproducerende lande såsom Italien og Frankrig har set et markant fald i alkoholforbruget pr. indbygger siden 1980. Omvendt steg alkoholforbruget pr. indbygger med over 40% i Irland (Diagram 4.6 og 4.7).
- I mange OECD-lande er **stigningen i antallet af overvægtige og fede børn og voksne hurtigt ved at blive et stort sundhedsmæssigt problem.** Fedme er en kendt risikofaktor for adskillige helbredsproblemer, inklusive for højt blodtryk, forhøjet kolesteroltal, sukkersyge, hjertekarsygdomme, astma, arthritis og visse former for kræft. **Over 50% af den voksne befolkning defineres i dag enten som overvægtige eller fede i følgende ti OECD-lande:** USA, Mexico, Storbritannien, Australien, Slovakiet, Grækenland, New Zealand, Ungarn, Luxembourg og Tjekkiet (Skema 4.6).

- Med fokus på fedme (som medfører større sundhedsrisici end almindelig overvægt), **så svinger forekomsten af fedme blandt den voksne befolkning fra 3% i Japan og Sydkorea som det laveste til 31% i USA som det højeste.** Det skal dog bemærkes, at vurderinger om antallet af overvægtige og fede personer i de fleste lande er baseret på *selvrapporterede* data, hvilket ikke er tilfældet i USA, Australien, New Zealand og Storbritannien, hvor vurderingerne er baseret på *reelle målinger* af personers højde og vægt. Selvrapporterede data om højde og vægt er ikke så pålidelige som reelle målinger, oftest pga. en undervurdering af vægten. Dette betyder, at **de nuværende vurderinger af antallet af fede personer i de fleste OECD-lande faktisk undervurderer den reelle forekomst af fedme** pga. denne skævhed i rapporteringerne (Diagram 4.12 og 4.13).
- **Fordi fedme øger risikoen for at udvikle kroniske sygdomme, så er denne tilstand også forbundet med signifikant flere udgifter til sundhedspleje.** Vurderinger fra USA viser, at udgifterne til sundhedsplejen er 36% højere, og udgifterne til medicin er 77% højere for fede personer i forhold til personer med normal vægt (Sturm, 2002). Der går mange år mellem begyndelsen til fedme og sundhedsrelaterede problemer, hvilket tyder på, at stigningen i antallet af fede personer, som er blevet observeret i de fleste OECD-lande inden for de seneste tyve år, vil medføre højere omkostninger til sundhedssektoren i fremtiden.

© OECD 2005

Dette sammendrag er ikke en officiel OECD oversættelse.

Reproduktion af dette sammendrag er kun tilladt på betingelse af, at OECD copyright og titel på den originale publikation nævnes.

Sammendrag på flere sprog er oversatte uddrag af OECD publikationer, der oprindeligt blev publiceret på engelsk og fransk.

De er gratis tilgængelige på OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For yderligere oplysninger kan man kontakte afdelingen OECD Rettigheder og Oversættelser,
Direktoratet for Offentlige Anliggender og Kommunikation.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights og Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
Frankrig

Besøg vores website www.oecd.org/rights/

