

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Norwegian

Oversatt tittel: Et blikk på helse: oversatt undertittel: OECD-indikatorer - 2005-utgave

Sammendrag på norsk

Sammendrag

OECD-landenes helseordninger vokser seg stadig større, og får økt betydning. Fremgang innen helsepleie og utvikling av nye legemidler har bidratt til de permanente forbedringene i helsetilstanden som OECD-landenes befolkning har nytt godt av de siste tiårene. Utgiftene til helsesektoren har aldri vært større, og utgjør en stadig større andel av nasjonalinntektene.

Helsespørsmålet dekker naturligvis også andre aspekter enn helsepleie og kostnader. Et omfattende materiale viser at befolkningens helse i utviklede land bestemmes mer av sosialøkonomiske faktorer og livsstil enn av selve helsetilbudet. Godt uttenkte offentlige helseprogrammer kan bidra til å forebygge sykdom og til å lette en del av kostnadspresset på helsesektoren. Risikofaktorene er også under endring. Mange OECD-land har for eksempel oppnådd bemerkelsesverdige fremskritt i kampen mot tobakkforbruket de siste tiårene, men andelen av overvektige har økt i alle OECD-land - dette gjenspeiler endringer i kostvaner og mer stillesittende livsmønstre.

Health at a Glance – OECD Indicators 2005 inneholder en oppdatert samling av sammenlignbare indikatorer angående forskjellige aspekter ved helseordningene. Denne publikasjonen er basert på *OECD Health Data 2005*, en komplett database med over 1 000 statistikkserier om helse og helsesystemer på tvers av OECD-landene. Denne tredje utgaven av *Health at a Glance* legger vekten ikke bare på helseordningenes ressurser og aktiviteter, men omfatter også et økt antall indikatorer knyttet til helsefremme og sykdomsforebygging. For eksempel inneholder kapitlet om helsetilstanden omfattende informasjon om barns helse, inkludert tannhelsen. I kapitlet om risikofaktorer er kostholdsindikatorer blitt tilføyd til indikatorene om tobakks- og alkoholforbruk, overvektighet og fedme. Tilbudet om vaksinasjon av eldre mot influensa

utfyller de tradisjonelle indikatorene om vaksinasjon av barn som eksempler på forebyggende helsetjenester som kan redusere helseproblemer og behov for pleie. Utgiftene i helsesektoren er nå delt opp etter de enkelte OECD-landenes investering i organiserte offentlige helseprogrammer.

Denne publikasjonen inneholder slående belegg for de store variasjonene som finnes mellom de 30 OECD-medlemslandene når det gjelder helsetilstandsindikatorer, helserisikoer, kostnader, tildeling av ressurser, samt helseordningenes resultater. Enkelte grunnleggende befolkningsinndelinger etter kjønn og alder er presentert for en del indikatorer, men i de fleste tilfellene gis det ingen detaljert inndeling etter landsdel, sosialøkonomisk gruppe eller etnisk tilhørighet. Leseren bør derfor være klar over at det for mange indikatorer som her er angitt, kan være like stor variasjonsbredde *innen* et land som *mellom* landene.

Følgende punkter oppsummerer enkelte av denne publikasjonens hovedkonklusjoner angående helseordningenes resultater.

Helsetilstanden har bedret seg radikalt i OECD-landene

- **Forventet levealder ved fødsel utgjorde i OECD-landene i gjennomsnitt** takket være stigende levestandard, forbedret livsstil og bedre utdanning, samt bedre tilgang til helsepleie og legevitenenskapens økte effektivitet. I gjennomsnittet i OECD-landene utgjorde forventet levealder ved fødsel 77,8 år i 2003, en økning fra 68,5 i 1960. I 2003 hadde Japan den høyeste forventede levalderen, med 81,8 år for hele befolkningen, etterfulgt av Island, Spania, Sveits, Australia og Sverige (diagram 1.1).
- Det er her vanskelig å beregne betydningen av alle utenom-medisinske og medisinske faktorer, som på sikt kan virke inn på variasjonene i levealderen mellom landene. **Levealderen øker generelt med høyere nasjonalinntekter i OECD-landene**, selv om dette mønsteret er mindre markant når man sammenligner de høyeste nasjonalinntektene. Det finnes også store forskjeller i levealder mellom OECD-land med samme inntekt per innbygger. For eksempel har Japan og Spania høyere forventet levealder enn det deres BNP per innbygger skulle tilsi, mens levealderen i USA og Ungarn ligger lavere enn det som kunne forventes ut fra samme kriterium (diagram 1.3).
- **Forventet levealder etter 65 har økt betraktelig i de siste par tiårene innen OECD.** I 2003 var forventet gjennomsnittlig levealder i OECD etter fylte 65 år 19,3 år for kvinner og 15,9 år for menn. Dette representerer en stigning på over 3 år siden 1970, både for kvinner og menn. Også her har Japan den lengste levealderen (diagram 1,5). **Man regner med at den forventede levalderen etter 65 vil fortsette å stige i de kommende tiårene.** I henhold til OECDs beregninger vil den i 2040 ha nådd 21,6 år for kvinner og 18,1 år for menn, som gjennomsnitt i OECD-landene.
- Alle OECD-land har gjort **imponerende fremskritt når det gjelder å redusere barnedødeligheten** i de senere tiårene, takket være globale forbedringer i økonomiske og sosiale forhold, samt forbedringer innen helsetjenesten for pleie etter fødselen, bl.a. tilgang til vaksinasjon. Siden 1970 har barnedødeligheten i Portugal sunket med over 90 %. Den var blitt en av de laveste i Europa i 2003, mens landet før hadde Europas

høyeste barnedødelighet. Barnedødeligheten har også sunket drastisk i Mexico, Tyrkia og i andre søreuropeiske land, bl.a. Italia, Spania og Hellas. I 2003 hadde Island, Japan og noen av de nordiske landene den laveste barnedødeligheten innen OECD (diagram 1.20).

OECD-landene står overfor økende kostnader til helsesektoren

- Samtidig med den omfattende aldersøkningen i OECD-landene i de siste tiårene har også utgiftene til helsesektoren steget, og i de fleste land øker helseutgiftene raskere enn den generelle økonomiske veksten. **OECD-landene brukte gjennomsnittlig 8,8 % av BNP på helseutgifter i 2003, en økning fra 7,1 % i 1990 og litt over 5 % i 1970.** Andelen av BNP som brukes på helsesektoren, varierer imidlertid sterkt, fra 15 % i USA til under 6 % i Slovakia og Korea. Etter USA kommer Sveits og Tyskland, som bruker henholdsvis 11,5 % og 11,1 % av sitt BNP på helse (diagram 3.7).
- **Økningene i helseutgiftene kan tilskrives flere faktorer.** Generelt har **OECD-land med høyere BNP per innbygger tendens til å bruke større beløp på helse per innbygger** (diagram 3.10). Men det foreligger også betydelige variasjoner mellom landene, som delvis kan gjenspeile politiske avgjørelser om hva som er egnet budsjetteringsnivå, forskjellige finansierings- og organisasjonsstrukturer for de ulike helseordningene, og hvordan man registrerer verdien av tilleggsutgiftene til helsesektoren i forhold til andre varer og tjenester. **Legevitenenskapens fremskritt når det gjelder evne til å forebygge, diagnostisere og behandle er en hovedfaktor som driver helsekostnadene oppover.** En rekke faktorer har konsekvenser for utviklingen og spredningen av nye medisinske teknologier og nye legemidler, bl.a. beslutningene om hvordan nytt utstyr og nye behandlingsmåter eller legemidler skal finansieres. **Befolkningsaldringen bidrar også til å øke utgiftene i helsesektoren.** Personer på 65 eller mer utgjør en større andel av befolkningen i alle OECD-land (diagram 5.3), og denne tendensen forventes å forsterke seg i årene og tiårene som kommer, særlig når "baby-boom"-generasjonen kommer opp i den tilsvarende aldersgruppen (fra 2010 og utover). Da eldre aldersgrupper vanligvis har sterkere behov for helsepleie og langtidsbehandling, kan man regne med at befolkningsaldringen vil øke offentlige utgifter på disse områdene.

Helsekostnader legger press på offentlige budsjetter

- Da offentlig finansiert helseforsikring eller direkte offentlig betaling av helsetjenester dominerer i de fleste OECD-landene, er det den offentlige sektor som står for brorparten av helseutgiftene i alle land, bortsett fra USA, Mexico og Korea (diagram 3.17). Selv i USA, der den private sektor er en spesielt viktig del av finansieringen, utgjør offentlig investering i helse 6,6 % av BNP, som er sammenlignbart med gjennomsnittet i OECD.
- Det siste tiåret kan grovt sett deles inn i to perioder når det gjelder økningen i offentlige helseutgifter i OECD. Perioden 1992-1997 var preget av økonomisk vekst og en tilsvarende eller sågar langsommere vekst i offentlige helseutgifter. Men i de seneste årene har **offentlige helseutgifter økt raskere enn den økonomiske veksten i samtlige OECD-land.** I enkelte land, f.eks. Storbritannia og Canada, har den senere tids økning i offentlige helsebudsjetter gjenspeilt en bevisst politikk for å lette trykket på

etterspørselen som oppstod på grunn av kostnadsbegrensningene i midten av 1990-årene (diagram 3.6).

- Den raske stigningen i utgifter til legemidler – gjennomsnittlig over 5 % per år siden 1997 – har i stor grad bidratt til å drive de globale helseutgiftene oppover. **De fleste OECD-landene har registrert sterkere økning i utgifter til legemidler enn i de globale helseutgiftene** i denne perioden. I USA og Australia har denne økningen vært dobbelt så stor. Det har også skjedd en betydelig økning i Irland og Korea, som riktignok hadde forholdsvis lave legemiddelutgifter per innbygger i begynnelsen av perioden. Stigningen var atskillig mer moderat i Japan (diagram 3.16).
- I OECD-landene **dekkes 60 % av forbrukernes legemiddelregning av offentlige midler. Resten betales hovedsakelig av pasienten selv eller, i en viss grad, av private forsikringer.** Men dette gjennomsnittet skjuler et uhyre sprikende bilde, fra 11 % i Mexico og 21 % i USA, til 86 % i Irland. Avgjørende her er bl.a. hvordan eller til og med hvorvidt legemidler dekkes av nasjonale helseordninger og offentlig finansiert forsikring (tabell 3.11).
- I 2003 **hadde USA de høyeste utgiftene til legemidler per person (over 700 USD per person), etterfulgt av Frankrike (litt over 600 USD), Canada og Italia (ca. 500 USD).** Lavest lå Mexico og Tyrkia (100 USD). Variasjonene mellom landene i utgifter til legemidler gjenspeiler forskjeller i volum, forbruksmønster og prisnivå. Forskjell mellom landene i inntektsnivå har også virkninger for legemiddelutgiftene (diagram 3.14).

Personalmangel innen helsetjenesten kan skape problemer i visse land

- **En registrert legemangel er et viktig tema i flere land.** Antallet praktiserende leger, deres fordeling og sammensetning er påvirket av en rekke faktorer: Restriksjoner i tilgangen til legeyrket, valg av spesialisitet, lønn og andre arbeidsforhold, samt migrasjon. **I 2003 var det store variasjoner mellom OECD-landene i antallet praktiserende leger i forhold til innbyggerantallet. Forskjellene spenner fra noe over 4 leger per 1 000 innbyggere i Italia og Hellas, til under 2 leger per 1 000 innbyggere i Tyrkia, Mexico og Korea.** Antallet praktiserende leger i forhold til befolkningen var også relativt lavt i Japan, Canada, Storbritannia og New Zealand. Disse siste landene har tradisjonelt regulert adgangen til medisinstudiet.
- **Leger utdannet i utlandet utgjør en viktig del av legestanden i enkelte land.** I 2000 oversteg andelen av utenlandsutdannede leger 20 % av alle praktiserende leger i engelsktalende land som New Zealand, Storbritannia, USA og Canada. Andelen av utenlandsutdannede leger var derimot mye lavere i Japan, Østerrike og Frankrike (diagram 2.4). Internasjonal migrasjon kan øke fleksibiliteten på arbeidsmarkedet for leger og annet helsepersonale i mottakerlandene, men stiller samtidig alvorlige spørsmål om "hjerneflukt" hvis det forekommer en langvarig migrasjonsstrøm til høyinntektsland fra land med lavere inntekter.
- Denne tredje utgaven av *Health at a Glance – OECD Indicators 2005*, presenterer nye data om **inntektene** til allmennpraktiserende leger og spesialister (delt i ansatte og

privatpraktiserende leger). Sammenlignet med de gjennomsnittlige nasjonalinntektene varierer legenes inntekter betraktelig mellom land. **Privatpraktiserende spesialister i Nederland, USA, Belgia og Canada har relativt høye inntekter.** Spesialister i Ungarn og Tsjekkia (uansett om de er ansatt eller privatpraktiserende) har forholdsvis lavere inntekt, sammenlignet med gjennomsnittlig nasjonalinntekt, enn kolleger i andre land (diagram 2.9).

- Nesten alle OECD-land rapporterer om mangel på sykepleiere. **I likhet med legene er det store forskjeller mellom OECD-landene når det gjelder antallet sykepleiere,** selv om dataene har begrenset sammenligningsverdi på grunn av ulik anvendelse av sykepleierkategoriene. Irland, Island og Nederland har det høyeste antallet sykepleiere i forhold til befolkningen, med over 13 sykepleiere per 1 000 innbyggere i 2003. Nederst på skalaen finner vi Tyrkia, Korea, Mexico og Hellas med under 4 sykepleiere per 1 000 innbyggere (diagram 2.5). Sett over en lengre tidsperiode, fra 1990 til 2003, fortsatte antallet sykepleiere å øke, i hvert fall langsamt, i de fleste landene, men begynte å synke i Australia, Canada, New Zealand og Polen (diagram 2.6).
- Data om **sykepleiernes inntekter** er kun tilgjengelig for sykepleiere ansatt på sykehus. Basert på data fra et titalls land er sykepleiernes inntekter sammenlignet med BNP per innbygger høyest i Portugal, etterfulgt av Australia og New Zealand, lavest i Tsjekkia, Ungarn og Norge (diagram 2.11).
- Visse land har også problemer med å skaffe til veie tilstrekkelig diagnose- og behandlingsutstyr for å kunne anvende avanserte teknologier i rett tid. **Diagnoseteknologi av typen CT- og MRI-skannere er blitt mer tilgjengelig i det siste tiåret i alle OECD-land.** Da MRI er en nyere teknologi enn CT, har antallet MRI-enheter økt spesielt kraftig siden 1990 (tabell 2.8). Men spredningen av disse medisinske teknologiene oppviser fortsatt store variasjoner. Japan har det desidert høyeste antallet CT- og MRI-skannere per innbygger. På den andre enden av skalaen er antallet MRI-enheter i forhold til befolkningen lavest i Mexico, Polen, Slovakia og Tsjekkia (diagram 2.13 og 2.14). Dette er ikke overraskende når man tar i betraktning prisen på slikt utstyr.

Sterkere vektlegging av forebygging kan gi mulighet for ytterligere helseforbedring og redusere presset på pleie og behandling

- Helseapparatet kritiseres av og til for å konsentrere seg ensidig om "behandling av syke", på bekostning av arbeidet med å forebygge sykdom. **OECD-landene bruker gjennomsnittlig bare ca. 3 % av de aktuelle helseutgiftene på forebygging og offentlige helseprogrammer** (diagram 3.12).
- Vaksinasjon har vist seg å være et av de mest effektive preventive tiltakene for å redusere barnesykdommer og -dødelighet. **Ca. to tredjedeler av OECD-landene har vaksinert 95 % av befolkningen eller mer mot difteri, tetanus og kikhoste (DTP-vaksine) – fra og med dette nivået regner man at befolkningen generelt er immun. Halvparten av OECD-landene oppgir samme vaksinasjonsnivå for meslinger.** Noen av de rikeste OECD-landene (BNP per innbygger), f.eks. Irland, Norge og Østerrike, ligger under gjennomsnittet når det gjelder vaksinasjon mot difteri og meslinger (diagram 2.21).

- Vaksinasjon mot influensa blant eldre er etter hvert blitt et stadig mer utbredt virkemiddel innen OECD for å forebygge sykdom, innleggelse og dødelighet i denne befolkningsgruppen, som har større risiko for å utvikle alvorlige komplikasjoner ved influensa. **I 2003 varierte denne vaksinasjonsraten blant eldre fra under 40 % i Tsjekkia, Slovakia og Ungarn til over 75 % i Australia, Korea og Nederland.** De fleste G7-landene lå her over 60 %, med unntak av Tyskland og Japan, der under 50 % av de eldre ble oppgitt vaksinert mot influensa i 2003 (diagram 2.23).

Risikofaktorene er i ferd med å endre seg

- **Mange OECD-land har oppnådd oppsiktsvekkende fremskritt i arbeidet med å redusere tobakksforbruket i de to siste tiårene,** selv om røyking fortsatt er en hovedårsak til tidlig død. Mye av nedgangen i tobakksforbruket kan tilskrives offentlige bevisstgjøringskampanjer mot røyking, reklameforbud og økte avgifter. Andelen av voksne som røyker daglig, er nå under 20 % i Australia, Canada, Sverige og USA, mens den var over 33 % i slutten av 1970-årene. På den andre siden av skalaen røyker imidlertid over 33 % av den voksne befolkningen i Hellas, Ungarn og Luxembourg (diagram 4.1).
- **Det gjennomsnittlige alkoholforbruket per voksen innbygger har også sunket gradvis i mange OECD-land i de to siste tiårene.** Restriksjoner på reklame og salg og økte avgifter har vist seg å være effektive virkemidler for å redusere alkoholforbruket. Tradisjonelle vinprodusenter som Italia og Frankrike har registrert en vesentlig nedgang i alkoholforbruket per innbygger siden 1980. Derimot økte forbruket per innbygger i Irland med over 40 % (diagram 4.6 og 4.7).
- I mange OECD-land har **overvektighet og fedme blant barn raskt utviklet seg til å bli et hovedproblem innen offentlig helse.** Fedme er allment anerkjent som risikofaktor for en rekke helseproblemer, bl.a. høyt blodtrykk, høyt kolesterolinnhold, sukkersyke, kardiovaskulære sykdommer, astma, leddgikt og enkelte kreftformer. **Over 50 % av den voksne befolkningen i ti OECD-land er nå definert som overvektig eller fedmelidende:** USA, Mexico, Storbritannia, Australia, Slovakia, Hellas, New Zealand, Ungarn, Luxembourg og Tsjekkia (tabell 4.6).
- Fedme (som medfører større helsefare enn overvektighet) **har en prevalens i den voksne befolkningen som varierer mellom 3 % i Japan og Korea og hele 31 % i USA.** Det må imidlertid bemerkes at overvektighets- og fedmerater i mange land er basert på *egenrapportering*, i motsetning til i USA, Australia, New Zealand og Storbritannia, der tallene uttrykker *faktiske målinger* av befolkningens høyde og vekt. Egenrapporterte data om dette er mindre pålitelige, vanligvis på grunn av undervurdering av vekt. Dette betyr at **de aktuelle anslåtte fedmetall i de fleste OECD-land undervurderer den reelle prevalensen av fedme** (diagram 4.12 og 4.13).
- **Da fedme er forbundet med økt fare for kroniske sykdommer, har dette klare konsekvenser i form av store ekstrautgifter for helsesektoren.** Beregninger fra USA viser at personer som lider av fedme, har 36 % høyere kostnader for helsetjenester og 77 % høyere medisintgifter enn personer med normalt vekt (Sturm, 2002). Det går flere år mellom det tidspunkt da fedmen inntreer og de tilsvarende helseproblemene oppstår.

Dette antyder at fedmøkningen som er registrert i de fleste OECD-land, vil gi seg utslag i enda høyere utgifter til helsepleie.

© OECD 2005

Denne oppsummeringen er ingen offisiell OECD-oversettelse.

Denne oppsummeringen kan reproduseres hvis OECDs copyright og originalens tittel angis.

Flerspråklige oppsummeringer er oversatte utdrag av OECD-publikasjoner opprinnelig utgitt på engelsk og fransk.

Disse er gratis tilgjengelige på OECDs Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For ytterligere informasjon, ta kontakt med OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate.

rights@oecd.org

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

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
Frankrike

Besøk vårt nettsted www.oecd.org/rights/

