

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Swedish

Hälsovårdsöversikt: OECD-indikatorer 2005 års upplaga

Sammanfattning på svenska

Sammandrag

Hälsa- och sjukvårdssystemens storlek och betydelse växer i OECD-länderna. Hälsovårdens framsteg och nya mediciner har bidragit till de fortgående förbättringar av hälsotillståndet som har kommit OECD-länderna till del under de senaste decennierna. Samtidigt har utgifterna för hälsovården aldrig varit högre, och de förbrukar en allt högre del av de offentliga intäkterna.

Det finns naturligtvis fler aspekter på hälsotillståndet än hälsovård och hälsovårdskostnader. Omfattande belägg visar att befolkningens hälsotillstånd i industriländerna bestäms mer av socioekonomiska och livsstilsrelaterade parametrar än av själva tillgången till hälso- och sjukvård. Klokkt utformade folkhälsoprogram kan bidra till förebyggandet av sjukdomar och till viss lindring av kostnadstrycket på hälsovårdssystemen. Hoten mot hälsan ändras också. Så t.ex. har många OECD-länder under de senaste decennierna med anmärkningsvärd framgång sänkt tobakskonsumtionen, medan andelen överviktiga människor har ökat i alla OECD-länderna, vilket återspeglar ändrade matvanor och mer stillasittande livsstil.

Health at a Glance – OECD Indicators 2005 ger en jämförbar och uppdaterad samling av indikatorer för olika aspekter av hälso- och sjukvårdssystemens prestationer. Översikten bygger på *OECD Health Data 2005*, en omfattande databas som innehåller mer än 1 000 statistiska serier avseende hälsotillståndet och hälso- och sjukvårdssystemen i alla OECD-länderna. Denna den tredje upplagan av *Health at a Glance* behandlar inte bara hälsovårdssystemens resurser och verksamheter, utan innehåller även fler indikatorer relaterade till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Så t.ex. inbegriper kapitlet om hälsotillståndet fler data om barnens hälsa, bl.a. tandhälsan. Indikatorer relaterade till näringslära har också redovisats som komplettering av indikatorer för of tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion samt övervikt och fetma i kapitlet om riskfaktorer. Influensaimmuniseringens täckning av de äldre befolkningssegmenten kompletterar de

traditionella indikatorerna för immunisering av barn, som exempel på förebyggande hälsovårdsåtgärder som kan reducera sjukdomar och därmed sammanhängande sjukvårdsbehov. Slutligen har hälso- och sjukvårdskostnaderna nu specificerats för att de ska redovisa utgifterna för organiserade offentliga hälsovårdsprogram i olika OECD-länder.

Denna publikation ger slående belägg för stora skillnader mellan OECD:s 30 medlemsländer i fråga om indikatorerna hälsotillstånd, hälsorisker samt tilldelning av resurser till hälso- och sjukvårdssystemen och dessas effektivitet. Även om några grundläggande befolkningsuppdelningar redovisas med avseende på kön och ålder inom ett antal indikatorer, saknar skriften i de flesta fall en mer detaljerad uppdelning i regioner (delregioner), socialgrupper eller etniska grupper. Läsaren bör därför hålla i minnet att för många indikatorer, som redovisas i denna publikation kan det finnas lika många *inom* ett land som det finns *mellan* länder.

Här nedan följer ett sammandrag av några av de viktigaste konstaterandena i denna publikation i den mån som de gäller hälso- och sjukvårdssystemens resultat.

Hälsotillståndet har drastiskt förbättrats i OECD-länderna

- **Medellivslängden har ökat kraftigt i OECD-länderna under de senaste decennierna** tack vare högre levnadsstandard, bättre levnadsvanor och bättre utbildning liksom förbättrad tillgång till läkarvård och effektivare mediciner. År 2003 nådde den genomsnittliga medellivslängden i OECD-länderna 77,8 år, en uppgång från 68,5 år 1960. År 2003 åtnjöt Japan den högsta medellivslängden, med 81,8 år för hela befolkningen, följt av Island, Spanien, Schweiz, Australien och Sverige (diagram 1.1).
- Det är svårt att uppskatta den relativa betydelsen av de många medicinska och icke-medicinska faktorer som skulle kunna påverka skillnaderna i medellivslängd från land till land och på sikt. **Högre nationell inkomst är i allmänhet kopplad till högre medellivslängd i samtliga OECD-länder**, även om förhållandet är mindre uttalat på högre nationella inkomstnivåer. Det finns också anmärkningsvärda skillnader i medellivslängd mellan OECD-länder med ungefär lika höga inkomster per capita. Till exempel Japan och Spanien har högre medellivslängd än vad man skulle kunna sluta sig till av deras BNP per capita, medan USA och Ungern har kortare livslängd än vad inkomsten tyder på (diagram 1.3).
- **Medellivslängden efter åldern 65 år har också ökat avsevärt under de närmast föregående decennierna i OECD-länderna.** År 2003 låg medellivslängden efter 65 års ålder, genomsnittligt i OECD-länderna, på 19,3 år för kvinnor och 15,9 år för män. Detta är en ökning med mer än tre år sedan 1970 för både kvinnor och män. Precis som i fråga om den totala medellivslängden ledde Japan även när det gäller medellivslängden efter 65 års ålder för år 2003 (diagram 1.5). **Livslängden efter 65 års ålder väntas fortsätta att öka under de kommande decennierna.** Enligt OECD:s beräkningar kommer år 2040 medellivslängden efter 65 års ålder att nå 21,6 år för kvinnor och 18,1 år för män, genomsnittligt i OECD-länderna.
- Alla OECD-länderna har gjort **anmärkningsvärda framsteg när det gäller att minska spädbarnsdödligheten** under de närmast föregående decennierna, tack vare allmänna förbättringar av ekonomiska och sociala förhållanden, och förbättrad barn- och

mödravård, bl.a. tillgång till immunisering under barndomen. Portugal har sett sin spädbarnsdödlighet minska med drygt 90 procent sedan 1970 och har gått från Europas högsta spädbarnsdödlighet till en av de lägsta 2003. Kraftiga minskningar av spädbarnsdödligheten har också åstadkommit i Mexico, Turkiet och i några andra sydeuropeiska länder, t.ex. Italien, Spanien och Grekland. År 2003 hade Island, Japan och några av de nordiska länderna den lägsta spädbarnsdödligheten bland OECD-länderna (diagram 1.20).

Ökande vårdkostnader för OECD-länderna

- Samtidigt som medellivslängden har stigit på ett imponerande sätt under sistlidna decennier i OECD-länderna, har även vårdkostnaderna stigit, och and i de flesta länder har hälso- och sjukvårdskostnaderna stigit snabbare än den generella ekonomiska tillväxten. **År 2003 spenderade OECD-länderna i genomsnitt 8,8 procent av sin BNP på hälso- och sjukvård, en uppgång från 7,1 procent 1990 drygt fem procent 1970.** Den andel av BNP som ägnas hälso- och sjukvården varierar dock avsevärt från land till land, från 15 procent i USA till mindre än sex procent i Slovakien och Sydkorea. Näst efter USA – i termer av hälso- och sjukvårdskostnader som procentuell andel av BNP – kom år 2003 Schweiz och Tyskland, vilka spenderade 11,5 respektive 11,1 procent av sin BNP på hälso- och sjukvården (diagram 3.7).
- **Ökningen av kostnaderna för hälso- och sjukvård kan tillskrivas flera faktorer.** I allmänhet har **OECD-länder med högre BNP per capita en benägenhet att spendera mer per capita på hälso- och sjukvård** (diagram 3.10). Det finns dock signifikanta variationer från land till land, vilket delvis kan bero på politiska beslut om lämpliga utgiftsnivåer, olika finansierings- och organisationsstrukturer i hälso- och sjukvårdssystemen samt det noterade värdet av ytterligare investeringar i hälso- och sjukvården i förhållande till andra varor och tjänster. **Läkarvetenskapens förbättrade förutsättningar att förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomstillstånd är en tungt vägande orsak till ökningen av hälso- och sjukvårdskostnaderna.** En lång rad olika faktorer påverkar utvecklingen och spridningen av ny medicinsk teknik och nya läkemedel, bland andra beslutsrutinerna med avseende på hur ny utrustning, nya behandlingsmetoder eller nya läkemedel används. **Befolkningens åldersstruktur gör också att utgifterna för hälso- och sjukvården ökar.** Den procentuella andelen av befolkningen på 65 år eller mer har ökat i alla OECD-länderna (diagram 5.3), och detta väntas fortsätta under åren och decennierna framöver, i synnerhet med tanke på "babyboomgenerationens" åldrande (en generation som når 65 års ålder fr.o.m. år 2010). Eftersom äldre människor normalt har större behov av hälso- och sjukvård i allmänhet och så småningom långvård, kan den åldrande befolkningen väntas öka de offentliga utgifterna på dessa områden.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna sätter tryck på statsbudgeten

- Eftersom den offentligt finansierade sjukförsäkringen eller den direkta offentligt finansierade sjukvården har en dominerande ställning i de flesta OECD-länder, står den offentliga sektorn för den största delen av hälso- och sjukvårdsutgifterna i alla länderna utom USA, Mexico och Sydkorea (diagram 3.17). T.o.m. i USA, där den privata sektorn

spelar en särdeles stor roll för vårdens finansiering, utgör de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården 6,6 procent av BNP, vilket är jämförligt med OECD-genomsnittet.

- De senaste tio åren kan i stort sett delas in i två perioder med avseende på de offentliga vårdkostnadernas ökning i OECD-länderna. Perioden 1992-1997 såg en ekonomisk tillväxt parallellt med en liknande eller t.o.m. lägre tillväxttakt för de offentliga vårdkostnaderna. Under de senaste åren har emellertid **de offentliga vårdutgifterna ökat snabbare än den ekonomiska tillväxten i alla OECD-länderna**. I några länder, t.ex. Storbritannien och Canada, är de senaste ökningarna av de offentliga vårdutgifterna resultatet av en medveten politik för att tillgodose en ökad efterfrågan till följd av besparingsåtgärder i mitten av 1990-talet (diagram 3.6).
- Läkemedelskostnadernas snabba ökning de senaste åren – mer än fem procent sedan 1997 – har varit en av huvudorsakerna till hälso- och sjukvårdskostnadernas generella uppgång. **Läkemedelskostnaderna i OECD-länderna har i själva verket ökat mer än de sammanlagda hälso- och sjukvårdskostnaderna** under denna period. I USA och Australien har läkemedelsutgifterna gått upp med mer än dubbelt så hög takt i förhållande till ökningstakten för de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna under samma period. En signifikant ökning har även noterats i Irland och Sydkorea, låt vara från en relativt låg per capita-bas vid periodens början. Ökningstakten var mycket måttligare i Japan (diagram 3.16).
- Genomsnittligt gäller för OECD-länderna att **60 procent av läkemedelsnotan betalas med allmänna medel, medan återstoden i princip betalas av de berörda individerna själva och – men i mindre utsträckning – av privata försäkringar**. Detta statistiska genomsnitt döljer emellertid ett mycket brett spann, från den lägsta andelen, 11 procent, i Mexico och 21 procent i USA, till toppnoteringen 86 procent i Irland. En orsak till detta är hur och t.o.m. om överhuvudtaget läkemedel omfattas av statliga kostnadsåtaganden och offentligt finansierade sjukförsäkringssystem (tabell 3.11).
- År 2003 var **läkemedelskostnaderna per person högst i USA (mer än 700 USD per person), följda av Frankrike (drygt 600 USD), Canada och Italien (ca 500 USD)**. De lägsta utgifterna – drygt 100 USD – förekom i Mexico och Turkiet. Variationer i läkemedelsutgifterna från land till land återspeglar skillnader med avseende på volym, konsumtionsmönster och prisnivå. Inkomstnivåskillnader mellan länderna påverkar också läkemedelsinköpsens omfattning (tabell 3.14).

Sinande hälsovårdsresurser skulle kunna vålla problem i vissa länder

- **En märkbar brist på läkare är ett växande bekymmer i många länder**. Den aktiva läkarkårens storlek, fördelning och sammansättning påverkas av en rad faktorer, däribland restriktioner för erhållande av läkarlegitimation, val av specialitet, inkomster och andra aspekter på arbetsförhållandena samt migration. **År 2003 fanns det stora variationer i antalet yrkesverksamma läkare per capita i OECD-länderna, från mer än fyra läkare per 1 000 personer i Italien och Grekland till mindre än två per 1 000 personer i Turkiet, Mexico och Sydkorea**. Antalet yrkesverksamma läkare per capita var även relativt lågt i Japan, Canada, Storbritannien och Nya Zeeland. Den sistnämnda gruppen av länder har av tradition spärrad antagning till medicinsk utbildning.

- **Utlandsutbildade läkare utgör en avsevärd andel av läkarkåren i vissa länder.** År 2000 översteg andelen utlandsutbildade läkare 20 procent av alla yrkesverksamma läkare engelskspråkiga länder som exempelvis Nya Zeeland, Storbritannien, USA och Canada. Å andra sidan var andelen av utlandsutbildade läkare mycket lägre i Japan, Österrike och Frankrike (diagram 2.4). Gränsöverskridande migration kan öka flexibiliteten på läkares och annan vårdpersonals arbetsmarknader i värdländerna, men ger anledning till allvarliga bekymmer med tanke på kompetensförlust för låglöneländer som drabbas av nettoförluster till förmån för länder som kan erbjuda bättre materiella villkor.
- Nya data om **läkarnas arbetsinkomster** redovisas i denna tredje upplaga av *Health at a Glance – OECD Indicators 2005*, avseende allmänläkare och specialister (uppdelade på anställda och privatpraktiserande läkare). I jämförelse med den genomsnittliga inkomsten i respektive land varierar läkarnas inkomster avsevärt från land till land. **Så t.ex. är privatpraktiserande specialisters inkomster relativt höga i Nederländerna, USA, Belgien och Canada.** I Ungern och Tjeckiska republiken tjänar de däremot relativt sett mindre (oberoende av om de är anställda eller privatpraktiserande) i förhållande till den genomsnittliga nationella inkomsten än i andra länder (diagram 2.9).
- Det rapporteras också att det nu råder brist på sjuksköterskor i nästan alla OECD-länderna. **Precis som i fråga om läkarna, varierar antalet sjuksköterskor kraftigt från land till land i OECD-området,** även om underlagens jämförbarhet är begränsad på grund av att yrkesbeteckningen "sjuksköterska" täcker delvis olika kategorier av kompetenser. Irland, Island och Nederländerna rapporterar det högsta antalet sjuksköterskor per capita, med drygt 13 sjuksköterskor på 1 000 personer år 2003. Längst ned på stegen, med mindre än 4 sjuksköterskor per 1 000 personer, finns Turkiet, Sydkorea, Mexico och Grekland (tabell 2.5). Om man tittar på utvecklingen på sikt, finner man att mellan 1990 och 2003 fortsatte antalet sjuksköterskor per capita att öka, åtminstone något, i de flesta länder, men det började sjunka i Australien, Canada, Nya Zeeland och Polen (diagram 2.6).
- Data om **sjuksköterskors löner** finns endast för sjukhusanställda sjuksköterskor. På grundval av data från ett dussin länder ser man att sjuksköterskors relativa inkomst i förhållande till BNP per capita är högst i Portugal, följd av Australien och Nya Zeeland. Den relativa inkomsten är lägst i Tjeckiska republiken, Ungern och Norge (tabell 2.11).
- I några länder oroar man sig även för bristen på diagnostisk eller terapeutisk utrustning, med risk för utestängning från spjutspetstekniken. **Tillgången till diagnostik, t.ex. datortomografi och magnetresonans, har under det sistlidna decenniet ökat i alla OECD-länder.** Eftersom magnetresonans är en nyare teknik än datortomografi, har antalet magnetresonanskameror ökat särskilt snabbt sedan 1990 (tabell 2.8). Icke desto mindre råder det fortfarande stora skillnader med avseende på spridningen av denna medicinteknik, varvid Japan noterar det vida högsta antalet datortomografi- och magnetresonansenheter per capita. Vid skalans andra ände, med det lägsta antalet magnetresonansenheter per capita, hittar man Mexico, följt av Polen, Slovakien och Tjeckiska republiken (diagram 2.13 och 2.14) – föga överraskande med tanke på den höga kostnaden för sådan utrustning.

Större satsningar på prevention kan göra det möjligt att förbättra hälsotillståndet ytterligare, samtidigt som man minskar kostnadstrycket på hälsovårdssystemen

- Hälsovårdssystemen kritiseras ibland för att vara ensidigt inriktade på "sjukvård", för att behandla sjukdomar och inte ägna tillräcklig uppmärksamhet åt sjukdomsförebyggande. Faktum är att **endast cirka tre procent av de nuvarande hälso- och sjukvårdsanslagen spenderas på prevention och folkhälsoprogram, genomsnittligt räknat för OECD-länderna** (tabell 3.12).
- Immunisering i barndomen har visat sig vara en av de effektivaste åtgärderna för att minska barnsjukdomar och barnadödlighet. **Omkring två tredjedelar av OECD-länderna har uppnått minst 95-procentig befolkningstäckning med vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta, dvs. den nivå som krävs för att ge befolkningen allmän immunitet. För mässlingen rapporterar cirka hälften av OECD-länderna samma täckningsnivå.** Några av de rikare OECD-länderna enligt måttet BNP per capita, t.ex. Irland, Norge och Österrike, noterar en vaccinationstäckning under genomsnittet för både difteri och mässlingen (tabell 2.21).
- Skyddsvaccinering mot influensa av äldre människor i OECD-länderna har under det senaste decenniet blivit ett allt vanligare sätt att försöka förebygga sjukdomar, sjukhusvistelser och dödlighet inom detta befolkningssegment, där sårbarheten för influensa är större genom den större risken för allvarliga komplikationer vid influensa. **År 2003 varierade influensavaccineringen bland äldre människor från mindre än 40 procent i Tjeckiska republiken, Slovakien och Ungern till mer än 75 procent i Australien, Sydkorea och Nederländerna.** Influensavaccinationstäckningen låg också på mer än 60 procent i de flesta G7-länderna, med undantag för Tyskland och Japan, där mindre än 50 procent av den äldre befolkningen rapporterades ha vaccinerats mot influensa år 2003 (tabell 2.23).

Hälsorisker skiftar

- **Många OECD-länder har gjort anmärkningsvärda framsteg under de senaste 20 åren i arbetet med att minska tobakskonsumtionen**, även om denna fortfarande är den främsta orsaken till prematur mortalitet. Denna minskning beror i stor utsträckning på politiskt beslutade satsningar på folkupplysningskampanjer, varningstexter på förpackningar och hårdare beskattning, syftande till minskning av tobakskonsumtionen. För närvarande är mindre än 20 procent av den vuxna befolkningen i Australien, Kanada, Sverige och USA vanerökare, en minskning från mer än 33 procent i slutet av 1970-talet. I andra änden av skalan ligger Grekland, Ungern och Luxemburg, där mer än 33 procent av de vuxna fortsätter att röka dagligen (tabell 4.1).
- **Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen per vuxen har också sjunkit successivt i många OECD-länder under de 20 senaste åren.** Reklam- och försäljningsrestriktioner samt beskattning har alla visat sig vara effektiva åtgärder för minskad alkoholkonsumtion. Traditionella vinodlingsländer som Italien och Frankrike har sett sin alkoholkonsumtion per capita sjunka avsevärt sedan 1980. Å andra sidan har alkoholkonsumtionen per capita stigit med mer än 40 procent i Irland (diagr. 4.6 och 4.7).

- I många OECD-länder håller **ökningen av antalet överviktiga och feta barn och vuxna snabbt att bli ett allvarligt hot mot folkhälsan**. Fetma är en känd riskfaktor bakom åtskilliga hälsoproblem, däribland högt blodtryck, hög kolesterolhalt, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, astma, artrit och några former av cancer. **Mer än 50 procent de vuxna anses nu som antingen överviktiga eller feta i tio OECD-länder**, nämligen USA, Mexico, Storbritannien, Australien, Slovakien, Grekland, Nya Zeeland, Ungern, Luxemburg och Tjeckiska republiken (tabell 4.6).
- Om man koncentrerar sig på fetma (som innebär större hälsorisker än när man bara är överviktig), finner man att **fetman bland vuxna varierar från ett lägsta värde på tre procent i Japan och Sydkorea, till en högsta andel på 31 procent i USA**. Det bör dock noteras att uppskattningar av övervikts- och obesitetsincidens i de flesta länder bygger på *egna uppgifter*, vilket inte gäller för USA, Australien, Nya Zeeland och Storbritannien, där beräkningarna är baserade på *objektiva mätningar* av människors kroppslängd och vikt. Självrapporterade data om kroppslängd och vikt är inte lika tillförlitliga som objektiva mätningar, vanligen på grund av underskattning av vikten. Detta betyder att **de nu åberopade uppskattningarna av obesitetsincidensen i de flesta OECD-länderna underskattar fetmans faktiska utbredning** på grund av sådana felkällor (diagram 4.12 och 4.13).
- **Eftersom fetma innebär större risker för kroniska sjukdomar, vållar den betydande extra vårdkostnader**. Skattningar gjorda i USA tyder på att kostnaderna för vårdtjänster är 36 procent högre och kostnaderna för läkemedel 77 procent högre för feta människor än för normalviktiga personer (Sturm, 2002). Det tar flera år mellan fetmans uppkomst och de hälsoproblem som vållas av den, varför den under den senaste 20-årsperioden iakttaga ökningen av fetman i de flesta OECD-länderna kommer att innebära högre framtida vårdkostnader.

© OECD 2005

Denna översikt är inte en officiell OECD-översättning.

Mångfaldigande av översikten får ske på villkor att OECD:s upphovsrätt och titeln på originalpublikationen anges.

Mångspråkiga översikter är översatta utdrag ur OECD-publikationer som ursprungligen offentliggjorts på engelska och på franska.

De kan beställas gratis från OECD:s nätbokhandel på adressen

www.oecd.org/bookshop/

Närmare upplysningar lämnas av OECD:s enhet *Rights and Translation*, under *Public Affairs and Communications Directorate*.

rights@oecd.org

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

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

Besök vår nätplats www.oecd.org/rights/

