

OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Swedish



Read the full book on: [10.1787/9789264183896-en](https://doi.org/10.1787/9789264183896-en)

Sammanfattning på svenska

SAMMANFATTNING

De senaste årtiondena har befolkningens hälsa i de europeiska länderna förbättrats avsevärt. Sedan 1980 har den förväntade livslängden vid födseln ökat med mer än sex år i EU och uppgick 2010 till 79 år, samtidigt som den förtida dödligheten minskade betydligt. Det förväntas att över tre fjärdedelar av dessa levnadsår kan levas utan aktivitetsbegränsningar. Den ökade livslängden kan förklaras med att levnads- och arbetsvillkor och vissa hälsorelaterade beteenden har förbättrats, men framsteg inom sjukvården har också hjälpt till. Det märks till exempel i en kraftigt minskad dödlighet till följd av hjärtinfarkt eller stroke.

Många hälsoförbättringar har genomförts till ett högt pris. Fram till 2009 växte hälso- och sjukvårdsutgifterna i europeiska länder snabbare än resten av ekonomin, och hälsosektorn absorberade en växande andel av bruttonationalprodukten (BNP). Till följd av den finansiella och ekonomiska krisen 2008 har många europeiska länder minskat sina hälso- och sjukvårdsutgifter som ett led i mera övergripande ansträngningar att styra stora budgetöverskott och växande skuldkvoter i förhållande till BNP. Även om nedskärningarna kan ha varit oundvikliga påverkar en del av åtgärderna hälsosystemens grundläggande mål. Det är därför viktigt med kontinuerlig insamling av uppgifter och indikatorer om hälsa och hälsosystem. Det ger indikationer på hur tillgången på hälso- och sjukvård, kvaliteten på vården och effekterna på hälsan både på kort och lång sikt kan påverkas av ändrade ekonomiska förhållanden och förändrad hälsopolitik.

I denna andra upplaga av "Health at a Glance: Europe" presenteras de senaste jämförbara uppgifterna för utvalda indikatorer för hälsa och hälso- och sjukvårdssystem i 35 europeiska länder – Europeiska unionens 27 medlemsstater, fem kandidatländer och tre Efta-länder – fram till 2010. Urvalet av indikatorer har baserats på listan över Europeiska gemenskapens hälsoindikatorer (ECHI), en förteckning över indikatorer som har utarbetats av Europeiska kommissionen för att vägleda utveckling och rapportering av hälso- och sjukvårdsstatistik. Publikationen innehåller dessutom detaljerade upplysningar om kostnaden för hälso- och sjukvård och finansieringstrender. Den använder resultat från OECD, Eurostat och WHO:s gemensamma frågeformulär om redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvården som utkommer varje år. Publikationen innefattar också en nytt kapitel om hälsovårdskvalitet som avspeglar framstegen under OECD:s projekt "Health Care Quality Indicators". De uppgifter som presenteras här kommer främst från officiell nationell statistik som har samlats in separat eller gemensamt av OECD, Eurostat eller WHO-Europa, liksom undersökningar i flera länder som undersökningen "Health Behaviour in School-Aged Children" (HBSC).

I "Health at a Glance: Europe 2012" presenteras trender över tid och variationer i europeiska länder uppdelat i fem större områden: 1) Befolkningens hälsostatus. 2) Riskfaktorer för hälsa. 3) Hälso- och sjukvårdssystemens resurser och verksamhet. 4) Vårdkvalitet för kroniska och akuta tillstånd. 5) Utgifter för hälso- och sjukvården och dess finansieringskällor. Förklaringarna till dessa skillnader som ges i publikationen erbjuder en bakgrund för ytterligare forskning och analys, både för att få en djupare förståelse för de bakomliggande orsakerna och för att utarbeta förslag på en politik som minskar skillnaderna till de länder som uppnår bättre resultat. Många indikatorer ger en uppdelning i kön och ålder inom varje land, och flera indikatorer gör dessutom ytterligare uppdelningar baserat på inkomst- och

utbildningsnivå. Dessa indikatorer visar att det kan finnas lika stor variation inom ett land som det finns mellan länder när det gäller uppdelningar utifrån ländernas olika regioner, socioekonomiska grupper eller etniska grupper.

Hälsostatusen har förbättrats avsevärt i Europa, men fortfarande kvarstår stora skillnader

- Mellan 1980 och 2010 har den förväntade livslängden vid födseln ökat med över sex år i EU. Under perioden 2008–2010 var den genomsnittliga förväntade livslängden vid födseln 75,3 år för män och 81,7 år för kvinnor. Frankrike hade den högsta förväntade livslängden för kvinnor (85,0 år) och Sverige för män (79,4 år). Den lägsta förväntade livslängden för kvinnor fanns i Bulgarien och Rumänien (77,3 år) och för män i Litauen (67,3 år). Skillnaden mellan EU-länderna med den högsta och lägsta förväntade livslängden vid födseln är omkring åtta år för kvinnor och tolv år för män (diagram 1.1.1).
- I genomsnitt i EU under perioden 2008–2010 var antalet friska levnadsår från födseln, som definieras som antal levnadsår utan aktivitetsbegränsning, 62,2 för kvinnor och 61,0 år för män. Skillnaden mellan könen är mycket mindre än för den förväntade livslängden, vilket innebär att kvinnor lever med någon sorts aktivitetsbegränsning under en större andel av sina liv. Antalet friska levnadsår från födseln var under perioden 2008–2010 högst i Malta för kvinnor och i Sverige för män, och lägst i Slovakien för både kvinnor och män (diagram 1.1.1).
- Den förväntade livslängden vid 65 års ålder har också ökat avsevärt, med ett genomsnittsvärde på 16,5 år för män och 20,1 år för kvinnor i EU under 2008–2010. Precis som för den förväntade livslängden vid födseln hade Frankrike den högsta förväntade livslängden vid 65 års ålder för kvinnor (23,2 år) men även för män (18,7 år). Den lägsta förväntade livslängden vid 65 års ålder för kvinnor fanns i Bulgarien (16,9 år) och för män i Litauen (13,2 år) (diagram 1.2.1).
- Stora ojämlikheter i den förväntade livslängden kvarstår mellan olika socioekonomiska grupper. För både män och kvinnor är det större sannolikhet att välutbildade personer lever längre. I Tjeckien kan till exempel 65-åriga män med hög utbildning förväntas leva sju år längre än män med samma ålder med låg utbildning (diagram 1.2.3).
- Det är svårt att uppskatta det relativa bidraget från olika faktorer, både medicinska och icke-medicinska, som kan påverka skillnaderna i den förväntade livslängden i de olika länderna. En högre nationalinkomst förknippas vanligtvis med en högre förväntad (frisk) livslängd, men sambandet är inte lika tydligt vid högre inkomstnivåer, vilket antyder att "vinsterna minskar" efter en viss nivå (diagram 1.1.2).
- Kroniska sjukdomar som diabetes, astma och demens blir allt mer utbredda, vilket antingen beror på bättre diagnoser eller andra aktuella sjukdomar. Mer än 6 % av människorna i åldern 20–79 år i EU, 30 miljoner människor, hade diabetes år 2011 (diagram 1.14.1). Bättre hantering av kroniska sjukdomar har blivit ett prioriterat område inom hälso- och sjukvårdspolitiken för många EU-länder.

Risikfaktorer för hälsa förändras

- I de flesta europeiska länder har tobakskonsumtionen minskat genom informationskampanjer, reklamförbud och ökad beskattning. Andelen vuxna som röker dagligen är mindre än 15 % i Sverige och Island, från att ha varit över 30 % 1980. I andra änden av skalan återfinns Grekland, där över 30 % av de vuxna röker dagligen. I Bulgarien, Irland och Litauen är andelen rökare fortsatt hög (diagram 2.5.1).
- Alkoholkonsumtionen har också minskat i många europeiska länder. Inskränkningar av reklam, försäljningsbegränsningar och beskattning har varit effektiva åtgärder. I traditionellt vinproducerande länder som Frankrike, Italien och Spanien har alkoholkonsumtionen per capita minskat betydligt sedan 1980. Alkoholkonsumtionen per vuxen ökade avsevärt i andra länder, bl. a. Cypern, Finland och Irland (diagram 2.6.1).
- Inom EU är nu 52 % av den vuxna befolkningen överviktig, varav 17 % lider av fetma. Andelen överviktiga och feta är över 50 % i 18 av de 27 medlemsländerna. Siffrorna är mycket lägre i Frankrike, Italien och Schweiz även om de ökar även där. Förekomsten av fetma, som är en större hälsorisk än övervikt, varierar från mindre än 8 % i Rumänien och Schweiz till över 25 % i Ungern och Storbritannien (diagram 2.7.1). Antalet feta har fördubblats sedan 1990 i många europeiska

länder (diagram 2.7.2). Ökad fetma har i olika grad påverkat alla befolkningsgrupper. Fetma har en tendens att vara vanligare i mindre gynnade grupper i samhället och framför allt bland kvinnor.

Antalet läkare och sjuksköterskor per capita är högre än någonsin i de flesta länderna, men en nuvarande eller framtida brist oroar

- Ett grundläggande strategiskt mål i alla EU-länder är att säkra tillgången på hälso- och sjukvård. Det kräver bland annat att rätt antal vårdgivare finns på rätt plats för att motsvara befolkningens behov. I många europeiska länder finns det farhågor för läkar- och sjuksköterskebrist, även om de senaste nedskärningarna i de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna kan ha lett till en åtminstone temporär minskning av efterfrågan.
- Sedan 2000 har antalet läkare per capita ökat i nästan alla EU-länder. I genomsnitt har antalet läkare ökat från 2,9 per 1 000 innevånare 2000 till 3,4 läkare per 1 000 innevånare 2010. Ökningen var speciellt snabb i Grekland och Storbritannien (diagram 3.1.1).
- I nästan alla länder har balansen mellan allmänläkare och specialistläkare förändrats så att det nu finns fler specialister (diagram 3.1.2). Detta kan förklaras av ett minskat intresse för att praktisera traditionell "familjemedicin" i kombination med en allt större löneskillnad mellan allmänläkare och specialister. Den långsamma ökningen eller minskningen av antalet allmänpraktiserande läkare väcker farhågor i många länder för tillgången på primärvård för vissa befolkningsgrupper i framtiden.
- Det finns också farhågor om möjliga sjuksköterskebrister. Detta kan mycket väl intensifieras i framtiden när efterfrågan på sjuksköterskor fortsätter att öka, samtidigt som babyboom-generationen åldras, vilket innebär att många sjuksköterskor kommer att gå i pension. De senaste tio åren har antalet sjuksköterskor per capita ökat i nästan alla EU-länder (diagram 3.3.1). Ökningen var särskilt stor i Danmark, Frankrike, Portugal och Spanien. På senare tid har det dock skett en minskning av antalet anställda sjuksköterskor i de länder som har drabbats hårdast av den ekonomiska krisen. I Estland ökade antalet sjuksköterskor fram till 2008 men har sedan dess minskat, med en minskning från 6,4 sjuksköterskor per 1 000 innevånare 2008 till 6,1 sjuksköterskor per 1 000 innevånare 2010.

Vårdkvaliteten har förbättrats i de flesta europeiska länderna även om alla länder kan bli bättre, speciellt på att undvika sjukhusbesök för personer med kroniska sjukdomar

- Det har skett framsteg inom behandling av livshotande tillstånd som hjärtinfarkt, stroke och cancer i alla de tillfrågade länderna. Dödlighet till följd av sjukhusvistelser för hjärtinfarkt (akut hjärtinfarkt) har minskat med nästan 50 % mellan 2000 och 2009 (diagram 4.3.3) och för stroke med över 20 % (diagram 4.4.3). Förbättringarna avspeglar bättre akutvård och bättre tillgänglighet till specialiserade enheter för strokepatienter i länder som Danmark och Sverige.
- Överlevnadstalen för olika typer av cancer har också förbättrats i de flesta länder, vilket beror på tidigare upptäckt cancer och effektivare behandlingar (diagram 4.7.2 respektive 4.8.2). Överlevnadstalen för bröstcancer är fortfarande under 80 % i Tjeckien och Slovenien men har ökat med över 10 procentenheter mellan 1997–2002 och 2004–2009. Dessa två länder har också sett en stor ökning i överlevnadstalen för tjock- och ändtarmscancer (diagram 4.9.2).
- Det är svårare att övervaka vårdkvalitet i primärvård eftersom det i många länder finns färre uppgifter än inom sjukhussektorn. Onödiga sjukhusbesök används ofta som en indikator på antingen tillgänglighetsproblem för primärvården eller vårdens kvalitet och kontinuitet. Det finns en utbredd enighet om att astma och diabetes bör hanteras med behandling inom den egna primärvården för att undvika ett förvärrat tillstånd och kostsamma sjukhusvistelser. Antalet sjukhusvistelser för astma är lågt i vissa länder men mycket högre i andra, som Slovakien (diagram 4.1.1). I alla europeiska länder sker för många sjukhusvistelser för okontrollerad diabetes (diagram 4.2.1).

En tidigare ökning av hälso- och sjukvårdsavgifter har avtagit eller sjunkit i många europeiska länder

- En ökning av hälso- och sjukvårdsutgifter per capita har i verkligheten avtagit eller sjunkit i nästan alla europeiska länder och därmed brutit trenden med ökade utgifter. Utgifterna hade redan 2009 börjat sjunka i de länder som drabbats hårdast av den ekonomiska krisen (dvs. Estland och Island). Detta åtföljdes av större nedskärningar under 2010 som svar på det ökade budgettrycket och växande skuldkvoter i förhållande till BNP. Inom EU över lag ökade hälso- och sjukvårdsutgifter per capita med 4,6 % per år i reella termer mellan 2000 och 2009, vilket åtföljdes av en minskning med 0,6 % 2010 (diagram 5.2.2).
- En minskning av de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna genomfördes genom ett antal åtgärder som lönesänkningar och minskad sysselsättning, vilket ökade direktbetalningar från hushållen för vissa tjänster och läkemedel, och genom strikta budgetbegränsningar för sjukhus. Ökad effektivitet har också uppnåtts genom att sjukhus har slagits samman eller genom en snabbare förflyttning från slutenvård till öppen vård och dagkirurgi.
- Som ett resultat av den negativa tillväxten i hälso- och sjukvårdsutgifter under 2010 har procentandelen av BNP som är öronmärkt för hälsa stabiliserats eller minskat något i många EU-länder. Under 2010 avsatte EU-länderna i genomsnitt 9,0 % (oviktat) av BNP för hälso- och sjukvårdsutgifter (diagram 5.3.1), vilket innebär en liten ökning från 7,4 % under 2000 men en liten minskning sedan den högsta noteringen med 9,2 % 2009.
- Nederländerna avsatte den högsta andelen av BNP till hälso- och sjukvårdsutgifter 2010 (12 %), följt av Frankrike och Tyskland (båda 11,6 %). När det gäller hälso- och sjukvårdsutgifter per capita betalade Nederländerna (3 890 euro), Luxemburg (3 607 euro) och Danmark (3 439 euro) mest bland EU-länderna. Därefter kommer Österrike, Frankrike och Tyskland med över 3 000 euro per capita. Bulgarien och Rumänien betalade minst med runt 700 euro per capita.
- Den offentliga sektorn är den största finansören av hälso- och sjukvård i alla europeiska länder förutom Cypern (diagram 5.6.1). Under 2010 finansierades i genomsnitt nästan tre fjärdedelar (73 %) av alla hälso- och sjukvårdsutgifter med offentliga medel i EU-länderna. Offentliga medel finansierade mer än 80 % i Nederländerna, de nordiska länderna (utom Finland), Luxemburg, Tjeckien, Storbritannien och Rumänien. Andelen var minst i Cypern (43 %) samt Bulgarien, Grekland och Litauen (55–60 %).
- Den ekonomiska krisen har påverkat fördelningen mellan offentlig och privat finansiering i en del länder. Offentlig finansiering har skurits ned för vissa varor och tjänster, ofta i kombination med en ökning av andelen direktbetalningar från hushållen. På Irland har andelen offentlig finansiering av hälso- och sjukvård minskat med nästan 6 procentenheter mellan 2008 och 2010 och står nu för 70 %, samtidigt som andelen direktbetalningar från hushållen har ökat. Det har även skett en markant minskning i Bulgarien och Slovakien.
- Efter offentlig finansiering är den största finansören av hälso- och sjukvårdsutgifterna i de flesta länderna direktbetalningar. Privata sjukförsäkringar spelar endast en viktig roll i några länder. Under 2010 var andelen direktbetalningar högst i Cypern (49 %), Bulgarien (43 %) och Grekland (38 %). Den var lägst i Nederländerna (6 %), Frankrike (7 %) och Storbritannien (9 %). Andelen direktbetalningar har ökat det senaste årtiondet i ungefär hälften av EU-länderna, men framför allt i Bulgarien, Cypern, Malta och Slovakien (diagram 5.6.3).
- Den ekonomiska krisen och växande budgetrestriktioner har dessutom medfört ytterligare påfrestningar på hälso- och sjukvårdssystem i många europeiska länder. Flera länder som har drabbats hårdast av krisen har vidtagit ett antal åtgärder för att minska de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna. Det är viktigt att noga övervaka dessa åtgärders kort- och långsiktiga inverkan på hälso- och sjukvårdssystemens grundläggande mål i de europeiska länderna, dvs. att garantera tillräcklig tillgång till sjukvård av god kvalitet.

This translation was undertaken by the European Commission.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights



Read the complete English version on OECD iLibrary!

© OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en