

# Sammanfattning

De senaste årtiondena har befolkningens hälsa i de europeiska länderna förbättrats avsevärt. Sedan 1980 har den förväntade livslängden vid födseln ökat med sex år samtidigt som den förtida dödligheten har minskat betydligt i EU. Förbättringar av levnads- och arbetsvillkoren och av vissa hälsorelaterade beteenden har i hög grad bidragit till den ökade livslängden, men även framsteg inom sjukvården har hjälpt till. De europeiska hälso- och sjukvårdssystemen växer både i storlek och komplexitet. Kostnaderna för hälso- och sjukvård har aldrig varit högre och de förbrukar en allt större del av nationalinkomsten.

Denna första upplaga av *Health at a Glance: Europe* (europeisk hälsostatistik i korthet; publikationen finns inte på svenska) är resultatet av ett mångårigt samarbete mellan OECD och Europeiska kommissionen. I publikationen presenteras en uppsättning nyckelindikatorer för hälsa och för hälso- och sjukvårdssystem i 31 europeiska länder (de 27 EU-länderna samt Island, Norge, Schweiz och Turkiet). Urvalet av indikatorer har baserats på listan över Europeiska gemenskapens hälsoindikatorer (ECHI). ECHI är en förteckning över indikatorer som har utarbetats av Europeiska kommissionen för att vägleda utveckling och rapportering av hälso- och sjukvårdsstatistik (*European Commission, 2010a*). Definitionerna av ett antal indikatorer i denna rapport skiljer sig dock från de som används i ECHI på grund av tillgången på uppgifter, eller i vissa fall på grund av att ECHI-indikatorerna ännu inte är färdiga för användning. Publikationen innehåller också detaljerade upplysningar om kostnaden för och finansieringen av hälso- och sjukvården, vilka bygger på OECD:s etablerade datainsamling och expertis inom detta område. De uppgifter som presenteras i denna publikation kommer främst från officiell nationell statistik som samlats i OECD:s *Health Data*, Eurostats statistiskdatabas och WHO:s databas *European Health for All*.

I *Health at a Glance: Europe 2010* kan man urskilja stora skillnader mellan Europas länder när det gäller befolkningens hälsostatus, riskfaktorer för hälsa, hur hälso- och sjukvårdssystemen fungerar samt kostnadsnivån för hälso- och sjukvården och dess finansieringskällor.

De förklaringar till dessa skillnader som ges i publikationen erbjuder en bakgrund både för att få en djupare förståelse för de bakomliggande orsakerna och för att utarbeta förslag på en politik som minskar skillnaderna mellan länderna. Det bör också påpekas att fastän dessa uppgifter är uppdelade på kön och ålder, presenteras normalt sett inte uppgifter i denna publikation efter regioner inom länderna, socioekonomiska grupper eller etniska grupper. Läsaren bör även ha i åtanke att med avseende på många indikatorer kan det finnas lika stora skillnader inom ett land som mellan länder.

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

- Under 2007 var den förväntade livslängden vid födseln 78 år i EU, vilket är en ökning med sex år sedan 1980. Under perioden 2005–2007 var den genomsnittliga förväntade livslängden vid födseln 74,3 år för män och 80,8 år för kvinnor. Frankrike hade den högsta förväntade livslängden för kvinnor (84,4 år), medan Sverige hade den högsta för män (78,8 år). Den lägsta förväntade livslängden för kvinnor fanns i Rumänien (76,2 år) och för män i Litauen (65,1 år). Skillnaden

mellan länderna med den högsta och den lägsta förväntade livslängden vid födseln är omkring åtta år för kvinnor och fjorton år för män.

- Det har stor betydelse för systemen för hälso- och sjukvård och långtidsvård i Europa om den ökade livslängden innebär att de extra levnadsåren levs i god hälsa. Friska levnadsår definieras som det antal levnadsår under vilka en persons dagliga aktiviteter inte begränsas av en sjukdom eller ett hälsoproblem. Under 2005–2007 var det genomsnittliga antalet friska levnadsår i EU 61,3 år för kvinnor och 60,1 år för män. Skillnaden mellan könen är mycket mindre än för förväntad livslängd, vilket innebär att kvinnor lever med aktivitetsbegränsningar under en större andel av sina liv. Antalet friska levnadsår 2005–2007 var högst i Malta för både män och kvinnor, medan det var lägst i Lettland för kvinnor och i Estland för män.
- Den förväntade livslängden vid 65 års ålder har också ökat avsevärt de senaste årtiondena i Europa. Genomsnittet 2005–2007 i EU-länderna var 15,9 år för män och 19,5 år för kvinnor. Precis som för den förväntade livslängden vid födseln hade Frankrike den högsta förväntade livslängden vid 65 års ålder för kvinnor (22,6 år) men även för män (18,1 år). Den förväntade livslängden vid 65 års ålder var lägst i Östeuropa, i Lettland för män (12,7 år) och i Bulgarien för kvinnor (16,3 år).
- Även skillnaden mellan könen när det gäller friska levnadsår vid 65 års ålder är mycket mindre än skillnaden när det gäller förväntad livslängd. Antalet friska levnadsår 2005–2007 var något högre för män (8,4 år) än för kvinnor (8,1 år).
- Det är svårt att uppskatta det relativa bidraget från olika faktorer, både medicinska och icke-medicinska, vilka kan påverka skillnaderna i förväntad (frisk) livslängd. I Europa förknippas vanligtvis en högre nationalinkomst med en högre förväntad livslängd, men sambandet är inte lika tydligt vid högre nivåer av nationalinkomst, vilket antyder att efter en viss nivå "minskar vinsterna". Även andra faktorer som påverkar hälsan spelar en viktig roll.

#### *Riskfaktorer för hälsa förändras*

- Även om tobakskonsumtionen fortfarande är en av de vanligaste orsakerna till förtida död har många EU-länder haft utomordentlig framgång när det gäller att minska den. En stor del av denna minskning kan tillskrivas insatser på nationell nivå och EU-nivå till stöd för informationskampanjer, reklamförbud och ökad beskattning. Numera röker färre än 18 % av de vuxna i Sverige och Island dagligen, mot över 30 % 1980. Nästan 40 % av de vuxna i Grekland röker dock fortfarande dagligen och även i Bulgarien, Irland och Nederländerna är antalet rökare relativt högt.
- Även alkoholkonsumtionen har minskat i många europeiska länder de senaste 30 åren. Inskränkningar av reklam, försäljningsbegränsningar och beskattning har varit effektiva åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen. I traditionellt vinproducerande länder som Italien, Frankrike och Spanien har alkoholkonsumtionen per capita minskat betydligt sedan 1980. Å andra sidan har konsumtionen ökat avsevärt i andra länder, bl.a. Irland, Storbritannien och vissa nordiska länder.
- Numera är över hälften av EU:s vuxna befolkning överviktig eller fet, vilket även stämmer för 15 av de 27 EU-länderna. Förekomsten av fetma, som är en större hälsorisk än övervikt, varierar från mindre än 10 % i Rumänien, Schweiz och Italien

till över 20 % i Storbritannien, Irland, Malta och Island. I genomsnitt lider 15,5 % av EU:s vuxna befolkning av fetma.

- Antalet feta har mer än fördubblats de senaste 20 åren i de flesta EU-länder för vilka uppgifter finns tillgängliga. Den snabba ökningen har skett oberoende av hur många som led av fetma för 20 år sedan. Antalet feta mer än fördubblades både i Nederländerna och i Storbritannien under perioden 1988–2008, även om antalet feta i Nederländerna för närvarande är mindre än hälften av antalet i Storbritannien.
- Eftersom fetma ökar risken att drabbas av kroniska sjukdomar, leder det till en betydande ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård. En färsk undersökning från England uppskattar att de totala kostnaderna för övervikt och fetma kan komma att öka med hela 70 % under perioden 2007–2015, och vara 2,4 gånger högre 2025 (*Foresight*, 2007).

### *Bristen på vårdpersonal är ett problem i många länder*

- Bristen på läkare är ett problem i många europeiska länder. Antalet läkare per capita varierar mycket och är lägst i Turkiet, följt av Polen och Rumänien. Även i Storbritannien och Finland är antalet läkare relativt lågt.
- Sedan 2000 har dock antalet läkare per capita ökat i alla europeiska länder, förutom i Slovakien. I genomsnitt ökade antalet läkare under perioden 2000–2008 från 3,0 till 3,3 läkare per 1 000 invånare. Ökningen var särskilt snabb i Irland där antalet ökade med nästan 50 %. En stor del av denna ökning berodde på rekrytering av utländska läkare, och antalet läkare som utbildats utomlands tredubblades under den perioden. På liknande sätt ökade antalet läkare per capita i Storbritannien med 30 % under 2000–2008, en ökning från 2,0 till 2,6 läkare per 1 000 invånare.
- Däremot har ökningen av antalet läkare per capita i Frankrike och Italien varit praktiskt taget obefintlig sedan 2000. Allt sedan minskningen av antalet platser på läkarutbildningen under 1980- och 1990-talet, har antalet läkare per capita i Italien sjunkit, efter att ha varit som störst under 2002. I Frankrike nådde antalet läkare en topp 2005 och den efterföljande minskningen väntas fortsätta under de kommande tio åren.
- I nästan alla länder har förhållandet mellan allmänpraktiserande läkare och specialister förändrats under de senaste årtiondena på grund av en snabbare ökning av antalet specialister. Som följd av detta finns det fler specialister än allmänpraktiserande läkare i de flesta länder, förutom i Rumänien och Portugal. Förklaringen kan vara att det traditionella yrket som allmänpraktiserande läkare eller familjeläkare lockar allt färre och att löneskillnaden växer. Den långsamma tillväxten eller minskningen av antalet allmänpraktiserande läkare per capita väcker farhågor för tillgången på primärvård i framtiden. I många länder överväger man hur man kan göra arbetet som allmänpraktiserande läkare mer attraktivt och utveckla nya roller för annan personal inom hälso- och sjukvård, t.ex. sjuksköterskor.
- Även bristen på sjuksköterskor är ett problem i många europeiska länder. Sjuksköterskor har en viktig roll inom hälso- och sjukvården, inte enbart i traditionella miljöer som sjukhus och långtidsvård, utan även alltmer inom

primärvården, särskilt vid vård av kroniskt sjuka och vid vård i hemmet. Under 2008 fanns det omkring 15 sjuksköterskor per 1 000 invånare i Finland, Island, Irland och Schweiz samt något färre i Danmark och Norge. Turkiet hade det lägsta antalet sjuksköterskor, färre än fem per 1 000 invånare, följt av Grekland, Bulgarien och Cypern.

- Sedan 2000 har antalet sjuksköterskor per capita ökat i alla europeiska länder, förutom i Litauen och Slovakien. Ökningen var särskilt stor i Portugal, Spanien, Frankrike och Schweiz.

### *Ökade kostnader för hälsovård sätter press på statsbudgetarna*

- Kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat i alla europeiska länder. Ökningen har ofta varit snabbare än den ekonomiska tillväxten, vilket har lett till att en ökad andel av BNP anslås till hälso- och sjukvård. EU-länderna använde 2008 i genomsnitt 8,3 % av sin BNP till hälso- och sjukvård, vilket är en ökning från 7,3 % 1998. Andelen av BNP som anslås till hälso- och sjukvårdskostnader varierar dock betydligt mellan länderna, från mindre än 6 % i Cypern och Rumänien till mer än 10 % i Frankrike, Schweiz, Tyskland och Österrike.
- I vissa länder har den senaste ekonomiska nedgången resulterat i en påtaglig ökning av den andel av BNP som används för hälso- och sjukvård. I Irland ökade den från 7,5 % till 8,7 % mellan 2007 och 2008, medan den i Spanien ökade från 8,4 % till 9,0 %.
- Norge spenderade mest per capita på hälso- och sjukvård i Europa 2008, omkring 4 300 euro. De länder som därefter anslog mest pengar var Schweiz, Luxemburg och Österrike. De flesta länder i Nord- och Västeuropa spenderade 2 500–3 500 euro per person (mätt i köpkraftspariteter), vilket är 10–60 % mer än EU-genomsnittet. De länder som spenderade mindre än EU-genomsnittet tillhör Öst- och Sydeuropa, t.ex. Turkiet, Rumänien, Bulgarien, Polen och Ungern.
- Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita brukar vara positivt korrelerade till BNP per capita, även om kopplingen är starkare för europeiska länder med lägre BNP per capita. Även för länder med liknande BNP per capita kan det finnas markanta skillnader i hälso- och sjukvårdsutgifter. Till exempel har Spanien och Frankrike liknande BNP per capita, men Spanien spenderar mindre än 80 % av vad Frankrike gör på hälso- och sjukvård.
- Hälso- och sjukvårdssystemen kritiseras ibland för att vara för fokuserade på sjukvård och inte bry sig tillräckligt om förebyggande vård. För närvarande spenderar EU-länderna i genomsnitt endast omkring 3 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna på förebyggande arbete och program för folkhälsan.
- Den offentliga sektorn är den största finansiären av hälso- och sjukvård i alla europeiska länder, förutom i Cypern. I genomsnitt var nästan 75 % av alla hälso- och sjukvårdsutgifter finansierade med offentliga medel 2008, antingen genom allmänna skattemedel eller genom sociala avgifter. Offentliga medel finansierade mer än 80 % av alla hälso- och sjukvårdsutgifter i Luxemburg, Tjeckien, de nordiska länderna (utom Finland), Storbritannien och Rumänien.
- Den privata finansieringens storlek och sammansättning skiljer sig åt mellan länderna. I de flesta länder består den av direkta patientavgifter. Privata

sjukförsäkringar svarar i genomsnitt endast för omkring 3–4 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i EU, även om de spelar en betydande roll i vissa länder. I Tyskland ger de grundläggande täckning för vissa befolkningsgrupper. I Frankrike finansierar privata sjukförsäkringar 13 % av de totala utgifterna, men ger kompletterande täckning i ett allmänt offentligt system.

- Med tanke på att många länder måste minska budgetunderskotten, kan regeringarna på kort sikt behöva fatta svåra politiska beslut. Några möjliga handlingsalternativ för att minska underskotten kan vara att bromsa ökningen av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård, att minska utgifterna för andra områden eller att öka skatterna eller de sociala avgifterna. En ökad produktivitet inom hälso- och sjukvårdssektorn kan bidra till att minska problemen, t.ex. genom noggrannare bedömning av hälsovårdsteknik eller ökad användning av informations- och kommunikationsteknik (e-hälsovård). Dessa initiativ kan också förbättra vårdkvaliteten, vilket är ett annat samarbetsområde mellan OECD och Europeiska kommissionen.