

OECD *Multilingual Summaries* **Health at a Glance: Europe 2014**

Summary in Danish



Read the full book on: 10.1787/health_glance_eur-2014-en

Health at a Glance: Europe 2014

Sammendrag på dansk

De europæiske lande har præsteret væsentlige forbedringer på folkesundhedsområdet, men der hersker fortsat store uligheder i og mellem landene. Den forventede levetid ved fødslen i EU-medlemsstaterne er gennemsnitligt steget med mere end fem år siden 1990, men kløften mellem lande med den højeste forventede levetid og den laveste forventede levetid er fortsat omtrent otte år. Internt i de enkelte lande er der samtidig betydelige, vedvarende uligheder mellem personer fra forskellige socioøkonomiske grupper, hvor individer med højere uddannelsesniveau og indkomst har bedre sundhed og lever adskillige år længere end individer i dårligt stillede grupper. Disse uligheder er bestemt af en række faktorer, hvoraf et antal ligger uden for sundhedssystemerne såsom miljø, individuel livsstil og adfærd, varierende adgang til sundhedspleje og svingende sundhedsplejekvalitet.

I *Health at a Glance: Europe 2014* fremlægges de seneste data om sundhedsstatus, risikofaktorer for sundheden samt adgangen til behandling af høj kvalitet i alle EU-medlemsstater, kandidatlande (med undtagelse af Albanien grundet begrænset datagrundlag) og lande, som er medlemmer af Den Europæiske Frihandelssammenslutning (EFTA). Udvælgelsen af indikatorer er hovedsagligt baseret på EU's sundhedsindikatorer (ECHI), som er udviklet af Kommissionen. Denne udgave indeholder et nyt kapitel om adgang til sundhedspleje, der i videst muligt omfang vurderer den økonomiske krises indvirkning på finansielle og geografiske hindringer samt ventelister.

Forventet levetid stadig stigende, men uligheder hersker fortsat

- Den forventede levetid ved fødslen i EU-medlemsstaterne steg med over fem år i perioden 1990-2012 til 79,2 år. Imidlertid er kløften mellem den højeste forventede levetid (Spanien, Italien og Frankrig) og den laveste forventede levetid (Litauen, Letland, Bulgarien og Rumænien) ikke blevet mindre siden 1990.
- Den forventede levetid ved 65 år er også steget væsentligt - til et gennemsnit på 20,4 år for kvinder og 16,8 for mænd i EU i 2012. Den forventede levetid ved 65 år varierer med omtrent fem år mellem lande med høj forventet levetid og lande med lav forventet levetid.
- Højt uddannede mænd og kvinder har tendens til at have bedre sundhed og leve adskillige år længere. I nogle central- og østeuropæiske lande kan 65-årige mænd med højt uddannelsesniveau eksempelvis forvente at leve fire til syv år længere, end 65-årige mænd med lavt uddannelsesniveau kan.
- Gennemsnitligt i samtlige EU-lande lever kvinder seks år længere end mænd. Denne kønsforskel er kun et år, når det gælder sunde leveår (defineret som antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger).

Den økonomiske krises indvirkning på sundheden

- Krisen har påvirket folkesundheden og dødeligheden både positivt og negativt. Selvmordsraten steg let ved krisens begyndelse, men den synes nu at være tilbage ved niveauet før krisen. Dødeligheden ved trafikulykker faldt kraftigere i årene efter krisen end i tidligere år. Befolkningen

var i aftagende grad udsat for luftforurening efter krisen, til trods for at antallet af visse luftforurenende stoffer synes at være steget siden det tidspunkt.

- Endelig kan krisen have medvirket til den stigning i fedme, der har fundet sted gennem mange år. I EU-medlemsstaterne var i gennemsnit hver sjette voksen overvægtig omkring 2012, hvilket er en stigning fra hver ottende i 2002. Undersøgelser fra nogle lande peger på en sammenhæng mellem økonomiske vanskeligheder og fedme: Personer, som oplever perioder med økonomisk belastning, er under forhøjet risiko for overvægt, deres indkomst eller formue uagtet. Fedme er typisk også mere udbredt blandt dårligt stillede grupper.

Sundhedsudgifterne er faldet eller stigningen heri er aftaget efter den økonomiske krise

- I perioden 2009-2012 faldt sundhedsudgifterne (korrigeret for inflation) i halvdelen af EU-landene, mens stigningerne heri aftog væsentligt i resten af landene. Sundhedsudgifterne faldt i gennemsnit 0,6 % årligt, hvilket kan sammenlignes med en årlig vækst på 4,7 % i perioden 2000-2009. Denne udvikling skyldes nedskæringer blandt sundhedspersonale og nedsættelse af disse lønninger, en reduktion af udgifterne til udbydere af sundhedstjenester, lavere lægemiddelpriser og øget brugerbetaling.
- I 2012 var sundhedsudgifterne fortsat faldende i Grækenland, Italien, Portugal og Spanien samt i Tjekkiet og Ungarn, hvorimod de voksede i et beskedent omfang i en række lande (herunder Østrig, Tyskland og Polen).

Universel sygesikring har bevaret adgangen til sundhedspleje

- De fleste EU-lande har bevaret universel (eller næsten universel) sygesikring for en række kernesundhedsydelser med undtagelse af Bulgarien, Grækenland og Cypern, hvor en betragtelig del af befolkningen er uden sygesikring. Selv i disse lande er en række foranstaltninger dog blevet truffet for at yde sygesikring til de uforsikrede.
- For at sikre effektiv adgang til sundhedspleje er det nødvendigt at have det rette antal og den rette sammensætning og fordeling af sundhedspersonale. Antallet af læger og sygeplejersker per indbygger er fortsat voksende i næsten alle europæiske lande, men der hersker bekymring over manglen på læger i bestemte lægekategorier såsom praktiserende læger i udkantsområder.
- I gennemsnit steg antallet af læger i EU-landene fra 2,9 pr. 1000 indbyggere i 2000 til 3,4 i 2012. Denne vækst var særlig kraftig i Grækenland (hovedsagligt før den økonomiske krise) og i Storbritannien (en stigning på 50 % i perioden 2000-2012).
- I samtlige lande er koncentrationen af læger størst i byområder. Mange europæiske lande forsøger at tiltrække og fastholde læger i områder, hvor der mangler læger, ved at tilbyde økonomiske fordele.
- Lange ventelister til sygehuse og andre sundhedstjenester er et vigtigt sundhedspolitisk spørgsmål i mange europæiske lande. Der er stor variation i ventetiden for ikke-akutte kirurgiske indgreb.

Sundhedsplejens kvalitet er forbedret i de fleste lande, men uligheder består

- Fremskridt inden for behandlingen af livstruende sygdomstilstande såsom hjerteanfald, slagtilfælde og kræft har medført højere overlevelsesprocenter i de fleste europæiske lande. Dødeligheden i forbindelse med hospitalsindlæggelser for hjerteanfald faldt med 40 % mellem 2000 og 2011 og for slagtilfælde med over 20 %. Den lavere dødelighed vidner om forbedret akutbehandling og bedre adgang til særlige apopleksiafdelinger i nogle lande.
- Overlevelsen af forskellige kræftformer er forbedret i de fleste lande, herunder livmoderhalskræft, brystkræft og kolorektalkræft. Dog var overlevelsesprocenten for livmoderhalskræft over 20 % lavere i Polen sammenlignet med Østrig og Sverige, mens overlevelsesprocenten for brystkræft var næsten 20 % lavere i Polen end i Sverige.
- Kvaliteten af den primære sundhedspleje er ligeledes forbedret i mange lande som vist ved nedgangen i unødvendige hospitalsindlæggelser for kroniske sygdomme som astma og diabetes. Der er dog stadig plads til forbedringer af den primære sundhedspleje, så omfanget af dyre hospitalsindlæggelser kan begrænses yderligere.

- I de kommende år vil befolkningsaldring fortsætte med at øge kravene til sundhedspleje og langsigtede plejeformer. Generaldirektoratet for Økonomiske og Finansielle Anliggender forventede i 2012, at de offentlige sundhedsudgifter ville stige i gennemsnit 1-2 % af BNP i EU-landene i perioden 2010-2060, og at en tilsvarende stigning ville finde sted i de offentlige udgifter til langsigtede plejeformer. Under omfattende budgetbegrænsninger vil det blive en udfordring at sikre adgang til sundhedspleje af høj kvalitet til en overkommelig pris.

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 (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health_glance_eur-2014-en