

# Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015

Notat fra Kunnskapssenteret  
November 2015

<b>Tittel</b>	Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015
<b>English title</b>	The Norwegian health care system as compared to other OECD countries 2015
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Ingrid Sperre Saunes, prosjektleder, <i>seniorrådgiver, Kunnskapssenteret</i> Oliver Tomic, <i>seniorforsker, Kunnskapssenteret</i> Jon Helgeland, <i>seksjonsleder, Kunnskapssenteret</i> Anne Karin Lindahl, <i>avdelingsdirektør, Kunnskapssenteret</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-996-0
<b>Prosjektnummer</b>	9945
<b>Publikasjonstype</b>	Notat
<b>Antall sider</b>	36 inklusiv vedlegg
<b>Oppdragsgiver</b>	
<b>Emneord(MeSH)</b>	Healthcare Systems, Health Care Quality Assessment, Quality indicators
<b>Sitering</b>	Saunes IS, Tomic O, Helgeland J, Lindahl AK.: Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015. [The Norwegian health care system as compared to other OECD countries 2015]. Notat fra Kunnskapssenteret 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulige helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, november 2015

---

# Innhold

<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>HOVEDBUdSKAP</b>	<b>4</b>
<b>FORORD</b>	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>METODE</b>	<b>7</b>
Datagrunnlag	7
Metode	7
<b>DASHBORD</b>	<b>10</b>
<b>LEGEMIDLER</b>	<b>12</b>
Legemiddelutgifter: utvikling og analyse	12
Legemiddelsektoren	13
<b>HELSESTATUS OG RISIKO</b>	<b>14</b>
God helsetilstand	14
Risikofaktorer i befolkningen	15
<b>HELSEPERSONELL OG AKTIVITET</b>	<b>16</b>
Helsepersonell	16
Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste	18
<b>KVALITET</b>	<b>21</b>
Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)	21
Akutte tjenester: Hjerterinfarkt og hjerneslag	23
Pasientsikkerhet: postoperative komplikasjoner og fødselsskader	24
Norge har også betydelig overdødelighet hos psykisk syke.	25
God kreftoverlevelse i Norge	26
Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer	26
Pasienters erfaringer med helsetjenesten	27
<b>UTGIFTER OG FINANSIERING</b>	<b>28</b>
Høye utgifter	28
Finansiering av tjenester	30
<b>ELDRE OG HELSETJENESTER</b>	<b>31</b>
<b>KONKLUSJON</b>	<b>33</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>34</b>
<b>VEDLEGG: OECDs MEDLEMSLAND</b>	<b>36</b>

---

# Hovedbudskap

«Health at a Glance» er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år. Rapportene gir et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og helsetjeneste ved hjelp av ulike indikatorer for samtlige OECD-land.

I dette notatet presenteres resultatene for den norske helsetjenesten i forhold til helse-tjenesten i de øvrige OECD-landene. OECD-rapporten fra 2015 inneholder sammenlikn-bare data fra 34 OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2013. Notatet vil gjøre informasjonen tilgjengelig for et bredere publikum og samtidig være et bidrag i debatten om kvalitet i den norske helsetjenesten. Vi har lagt vekt på informasjon om datakvalitet og sammenliknbarhet siden landene varierer med hensyn til befolknings-sammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på.

Helsetilstanden i Norge er god, med høy forventet levealder, god helse og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Helsevaner er bedre enn gjennomsnittet i OECD, med lavere egenrapportert forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av frukt. Helseutgifter er generelt sett høye, med unntak av utgifter til legemidler per innbygger hvor vi er blant de land som benytter minst. Norge er fortsatt det landet med høyest andel av helseut-gifter til pleie og omsorg, tett fulgt av de andre nordiske landene. Det er høy forekomst av kreft. Når det gjelder overlevelse etter fem år ved livmorhalskreft og brystkreft er Norge best eller blant de beste. Oppslutning om vaksinasjonsprogram er på snittet i OECD.

Norge er blant de OECD-land som har høyest antall leger og sykepleiere i befolkningen. Tilgangen på utdannede farmasøytter er mindre enn gjennomsnittet i OECD-landene, og apotekdekningen i Norge er på gjennomsnittet av OECD.

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har siden 2007 deltatt i OECD sin ekspertgruppe for utvikling av kvalitetsindikatorer i helsetjenesten og i ulike undergrupper som for eksempel utvikling av indikatorer for pasientsikkerhet og brukererfaringsundersøkelser. Indikatorene som er utviklet i de nevnte gruppene bidrar inn til OECDs rapportserie: «Health at a Glance».

I 2009 utga Kunnskapssenteret den første norske kommentarrapporten til «Health at a Glance». Årets norske rapport er nummer fem i rekken. Kunnskapssenteret mål med den norske kommentarrapporten er å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for et større publikum, og å vektlegge hvordan Norges resultater er sammenlignet med de andre OECD-landene.

Anne Karin Lindahl  
*avdelingsdirektør*

Jon Helgeland  
*seksjonsleder*

Ingrid Sperre Saunes  
*prosjektleder*

---

# Innledning

OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) er opprettet for å fremme politikk som bedrer økonomiske og sosiale levekår for mennesker over hele verden. Organisasjonen utgir en rekke publikasjoner som gir oversiktsbilder innen ulike policy-områder som utdanning, økonomi og miljøvern. Rapportserien for helse-sektoren, «Health at a Glance», ble første gang utgitt i 2001 og deretter hvert annet år. OECD-land fra hele verden rapporterer der på utvalgte helserelaterte indikatorer. «Health at a Glance 2015» er den åttende oversiktsrapporten fra OECD (1).

Formålet med «Health at a Glance 2015» er å gi beslutningstakere en samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i alle OECD-landene. På den måten får beslutningstakerne inntrykk av resultater av helsepolitikken som er ført, og kunnskap til å vurdere og eventuelt justere kursen. Rapporten inneholder data om helsetilstand og helsevaner i befolkningen, og rapporterer også på indikatorer for struktur, prosesser og resultater i de ulike helsesystemene. I hovedsak rapporteres det på de samme indikatorene hver gang, men tema som inngår i rapporten utvides etter hvert. OECD, EU-kommisjonen og Verdens helseorganisasjon (WHO) har også et samarbeidsprosjekt om kvalitetsindikator som ble etablert i 2002. Målsettingen er å utvikle indikatorer for kvalitet i helsetjenesten. Det prosjektet bidro til at kvalitet i helsetjenesten ble inkludert i «Health at a Glance» i 2009, og fra 2011 har det vært rapportering på pasientsikkerhet.

Hoveddelen av OECD sin rapport starter med en beskrivelse av helsetilstand og helsevaner, deretter ser rapporten på hvilke ressurser ulike land har og hvordan de benyttes. Tilgang til og kvalitet i helsetjenester presenteres før en ser på de økonomiske forhold slik som finansiering og utgifter i helsetjenesten. Til slutt presenterer rapporten legemiddelsektoren og indikatorer for pleie og omsorgssektoren. Sammendraget er i år supplert med enkle oversiktstabeller som kalles dashbord. Tabellene både rangerer og forenkler resultatene som presenteres senere i rapporten. Årets rapport har spesielt vektlagt legemiddelsektoren og gir en dybdeanalyse av legemiddelutgifter og utfordringer på legemiddelfeltet.

---

# Metode

«Health at a Glance 2015» er basert på sammenlignbare data fra de 34 OECD-landene (se Vedlegg: OECDs medlemsland). Informasjon er basert på de nyeste tilgjengelige data, det vil si data registrert frem til og med 2013. De siste årene har OECD publisert flere dokumentasjonsrapporter hvor metoder og kunnskapsgrunnlaget for ulike tema, som for eksempel finansiering, kreftomsorg og ventetider, blir grundig belyst og analysert (2-4).

---

## Datagrunnlag

---

OECD legger stor vekt på å få sammenlignbare data av høy kvalitet og har utviklet et felles rapporteringssystem for å generere dataene som benyttes. Helseregnskapet («A system for Health Accounts») ble sist revidert i 2011(5). Helseregnskapet rapporterer både for offentlige og private helsetjenester, og utgiftene til helsetjeneste inkluderer privat helsetjeneste.

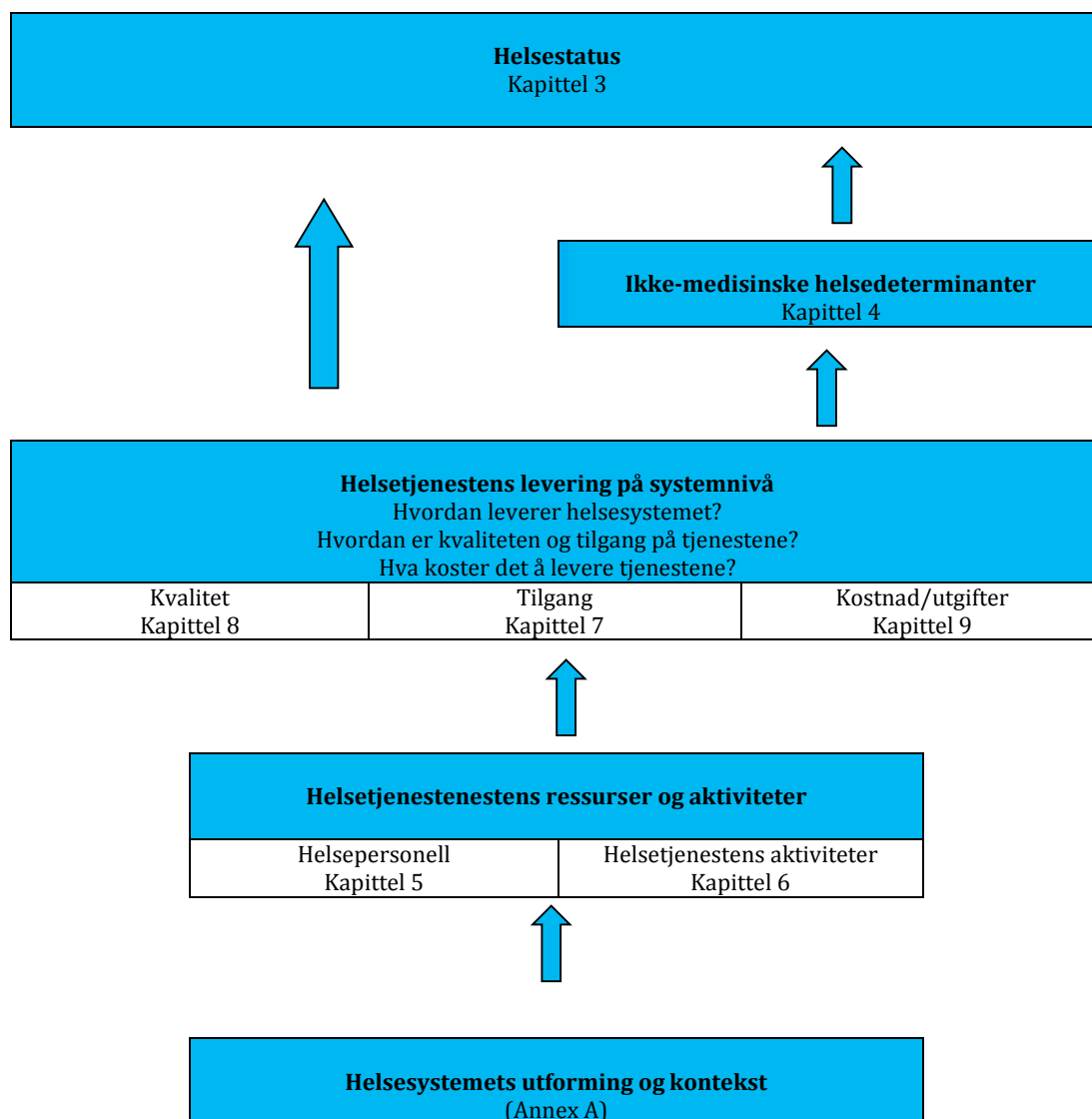
Ikke alle temaområder i rapporten har like konsistent rapportering av data. Kapitlet om kvalitet er ikke basert på data fra helseregnskapet, men baseres på de pasientadministrative dataregistrene. Datasettene er ikke komplette for alle land, og hvilket år data er hentet fra, er alltid oppgitt i originalrapporten. Den norske informasjonen om bruk av legemidler er basert på Reseptregisteret hos Folkehelseinstituttet. Statistisk sentralbyrå (SSB) er rapporteringsansvarlig til OECD og rapporterer på helseregnskapet (6, 7). Kreftregisteret rapporterer på forekomst og overlevelse av kreft. Kunnskapscenteret rapporterer på kvalitet og pasientsikkerhetsindikatorer fra data i Norsk pasientregister.

---

## Metode

---

OECD har utviklet et konseptuelt rammeverk (Figur 1) for kvalitetsmåling av helsesystemet. Rammeverket vises her med kapittelreferanser for «Health at a Glance 2015».



Tilpasset etter OECD 2006, 'Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project', OECD Health Working Paper, No.23, OECD Publishing, Paris

**Figur 1: Konseptuelt rammeverk**

Nytt av året er fem dashbord, eller kontrolltavler, som skal forenkle formidlingen av resultatene på ulike områder. Det er fem områder: helsestatus, risikofaktorer for helsen, tilgang på tjenester, kvalitet i helsetjenesten og ressurser for helsetjenesten.

Dashbordene er i denne rapporten tabeller som viser resultatene for fire eller flere indikatorer på hvert område for alle land. Tabellene viser hvilken rangering det enkelte land har for hver indikator. Landene deles inn i tre like store grupper (like mange land i hver gruppe) og beskrives som «top, middle and bottom performers». Dette gjelder alle dashbordene unntatt ressurser for helsetjenesten. Det rangeres som «top third, middle third and bottom third in spending resources».



Dashbordene inneholder som nevnt en rangering av landene. Her må en være svært varsom med å trekke konklusjoner, da rangeringer har store reliabilitets- og validitetsproblemer (8). Nylig publiserte studier fra USA viser at rangeringer av sykehus varierer stort. Ved å sammenligne resultater fra fire nasjonale system fant en at ingen sykehus fikk høy rangering på alle systemene, kun ti prosent av de som ble høyt rangert i ett system fikk tilsvarende høy rangering i ett annet system (9). Tilsvarende finner man i internasjonale målesystemer, hvor rangeringen fra CMW Fund ((10)) viser at kvaliteten på norske helsetjenester er av de dårligste blant de landene som deltok, mens OECD sin rangering på kvalitetsområdet viser at Norge skårer bra. OECD sine publikasjoner er gode metodisk og har klare beskrivelser av begrensinger av data og fortolkning. Faren ved årets dashboard er om de presenteres uten tilsvarende varsomhet, og blir fortolket som reelle forskjeller.

En annen nyhet i årets rapport er at OECD har valgt å gjøre en grundigere analyse av et av temaene, med historisk utvikling og utfordringer som kommer. Året tema er finansiering og utgifter til legemidler.

Alle kapitlene er bygd opp etter en fast mal. Den enkelte indikator presenteres først i en faglig og metodisk kontekst, med referanse til litteratur. Litteraturreferansene er få og viser ofte til oppsummeringer av dokumentasjon for indikatoren. Deretter omtales hovedfunn for indikatoren og hva som kan være mulige forklaringer på forskjeller mellom land. En tekstboks oppsummerer definisjon av indikator og metodiske utfordringer for sammenligninger.

Deretter presenteres resultatene i form av histogrammer og deskriptiv statistikk. Figurene og tabellene oppgis med gjennomsnittsmål. Snittet beskrives med antall land som har rapportert på indikatoren. OECD34 betyr at samtlige land som er medlem av OECD har rapportert. Står det OECD25 er det 25 av landene som har rapportert på den indikatoren.

Befolknings sammensetning og levestandard i de ulike OECD-landene er forskjellig, og hvordan helsetjenester er organisert og finansiert er også ulikt. Mer informasjon om organisering og finansiering av helsetjenesten i det enkelte land publiseres på European Observatory sine nettsider (11).

# Dashbord

I kommentarrapportene har vi fra 2009 presentert enkeltindikatorene i tabeller og undersøkt om de norske resultatene var i øverste, midterste eller nederste kategori (11, 12). Tilsvarende inndeling innføres nå av OECD, fargene viser plassering i kategori og i tillegg vises landenes individuelle rangering (se Tabell 1 og Tabell 2).

**Tabell 1: Dashbord for kvalitet i helsetjenesten**

	Top third performers.
	Middle third performers.
	Bottom third performers.

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. For the indicators of avoidable hospital admissions and case-fatality rates, the top performers are countries with the lowest rates.

Indicator	Asthma and COPD hospital admission	Diabetes hospital admission	Case-fatality for AMI (admission-based)	Case-fatality for ischemic stroke (admission-based)	Cervical cancer survival	Breast cancer survival	Colorectal cancer survival
Australia	29	17	1	20	11	5	3
Austria	28	29	27	8	19	19	7
Belgium	16	20	19	20	16	12	4
Canada	18	10	11	26	12	8	13
Chile	6	27	31	16	25	23	n.a.
Czech Rep.	12	23	11	22	13	22	21
Denmark	26	14	7	17	5	11	18
Estonia	27	n.a.	28	29	8	25	22
Finland	10	15	9	4	6	4	7
France	7	21	17	13	n.a.	n.a.	n.a.
Germany	21	25	25	8	15	15	10
Greece	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hungary	31	11	30	22	n.a.	n.a.	n.a.
Iceland	14	4	15	14	7	10	n.a.
Ireland	32	16	8	24	20	20	19
Israel	19	9	11	6	10	7	2
Italy	2	1	5	7	3	15	12
Japan	1	18	29	1	4	9	4
Korea	24	30	24	2	2	14	1
Luxembourg	9	19	16	17	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	5	31	32	31	n.a.	n.a.	n.a.
Netherlands	11	6	20	12	16	16	11
New Zealand	30	22	10	14	14	12	15
Norway	17	7	11	5	1	2	13
Poland	20	28	3	n.a.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Slovak Rep.	23	26	17	28	n.a.	n.a.	n.a.
Slovenia	8	13	4	30	23	18	17
Spain	15	3	23	24	n.a.	n.a.	n.a.
Sweden	13	12	2	8	9	1	6
Switzerland	4	2	22	11	n.a.	n.a.	n.a.
Turkey	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	22	5	20	19	22	21	20
United States	25	24	5	3	21	2	9

Source: *Health at a Glance 2015*.

Information on data for Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

**Tabell 2 Dashboard for ressurser i helsetjenesten**

	Top third in health spending or resources.
	Middle third in health spending or resources.
	Bottom third in health spending or resources.

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. Although countries are ranked from highest health spending or availability of resources to lowest, this does not necessarily mean better performance.

Indicator	Health expenditure per capita	Doctors per capita (active)	Nurses per capita (active)	Hospital beds per capita	MRI units per capita *	CT scanners per capita *
Australia	13	14	10	18	12 *	2 *
Austria	8	2	21	4	9	10
Belgium	11	21	15	9	19 *	11 *
Canada	10	28	16	29	22	23
Chile	30	33	27	32	26	26
Czech Rep.	27	10	20	7	24	22
Denmark	7	11	3	23	10	5
Estonia	31	18	23	12	17	15
Finland	17	20	5	13	6	13
France	12	16	17	8	21	24
Germany	6	5	6	3	15 *	16 *
Greece	25	1	32	14	5	8
Hungary	29	19	22	5	31 *	31 *
Iceland	15	11	4	21	7	4
Ireland	16	25	7	26	13	17
Israel	24	13	31	22	30	29
Italy	20	8	24	19	3	9
Japan	14	29	13	1	1	1
Korea	26	31	29	2	4	6
Luxembourg	9	22	9	11	14	12
Mexico	33	32	33	33	32	32
Netherlands	4	17	8	n.a.	16	28
New Zealand	18	22	14	26	18	20
Norway	3	3	2	17	n.a.	n.a.
Poland	32	30	28	6	28	19
Portugal	22	4	25	20	27 *	14 *
Slovak Rep.	28	14	26	10	25	21
Slovenia	23	26	18	16	23	27
Spain	21	9	30	24	11	18
Sweden	5	7	11	31	n.a.	n.a.
Switzerland	2	6	1	15	8 *	7
Turkey	34	34	34	30	20	25
United Kingdom	19	24	19	26	29	30
United States	1	27	12	25	2	3

\* Data for most countries marked with an \* do not include MRI units and CT scanners installed outside hospitals, leading to an under-estimation. In Australia and Hungary, the data only include MRI units and CT scanners eligible for public reimbursement, also leading to an under-estimation.

Source: *Health at a Glance 2015*.

Information on data for Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Valget av indikatorer er basert på helsepolitisk relevans, og hvorvidt indikatorene er egnet til denne type framstilling. Det innebærer at forenklinger blir gjort og det har metodiske utfordringer. For eksempel kan like resultat gi ulik rangering, Norge og Portugal har like mange leger per 1000 innbygger, men rangeres som henholdsvis nummer tre og fire. Bruk av dashboard forutsetter god kunnskap om indikatorene og en må være varsom med fortolkninger.

---

# Legemidler

Legemiddelmarkedet er i endring. Årets rapport har derfor to kapitler som omhandler legemidler. Det ene ser på helsepolitiske utfordringer og analyser for utgifter til legemidler, det andre ser blant annet på ressurser, forbruk og forskning i legemiddelsektoren.

---

## Legemiddelutgifter: utvikling og analyse

---

Hvilke mekanismer som preger legemiddelmarkedet varierer med bruksområder. I gjennomsnitt utgjør utgifter til legemidler som selges i apotek eller benyttes på sykehus, tjue prosent av helseutgiftene i et land. Veksten i utgifter har totalt sett vært moderat de senere årene og legemidler er på mange områder blitt billigere. Når patenttiden for legemidler utløper og legemidlene erstattes med billigere generiske versjoner går utgiftene ned. Samtidig har det offentlige utgifter til legemidler som brukes på sykehus økt. OECD påpeker at vekst i legemiddelutgifter ikke er et problem i seg selv. Legemidlene er viktige i behandling av en rekke kroniske sykdommer som diabetes og astma, og selv om utgifter til legemidler kan være høye kan de på sikt være kosteffektive dersom de forebygger komplikasjoner og en kan unngå kostbare sykehusinnleggelser.

Legemiddelutgiftene på sykehus øker, mens det er svakere vekst i salg av legemidler i apotek. Det er forventet at mellom 50–100 prosent av veksten i utgifter til legemidler vil komme som følge av de høyspesialiserte legemidlene. OECD forventer debatt som følge av ekstremt høye priser på nye legemidler på områder der det ikke finnes sammenliknbar behandling, som for eksempel kreftbehandling, hepatitt C, høyt blodtrykk og multippel sklerose, samt sjeldne sykdommer. Debatten vil både handle om tilgang til legemidler, budsjettkonsekvenser og legitimitet til legemidler som gir marginalt bedre behandling. Så langt er de fleste av disse legemidlene ikke kostnadseffektive etter tradisjonelle beregningsmetoder. Endringene i markedet fører til nye debatter om hvordan en skal vurdere, finansiere og prioritere helsetjenestene som tilbys.

I Norge er debatten aktualisert både gjennom prioriteringsutvalgene, innføring av system for vurdering av nye metoder i 2013, og legemiddelmeldingen(13-16). Legemiddelmeldingen skal på åpen høring i desember 2015, før den debatteres i Stortinget i februar 2016. Systemet for vurdering av nye metoder, inklusiv legemidler, skal sikre at alle metoder som innføres i sykehus vurderes etter like kriterier: sykdommens alvorlighet, nytten av tiltaket og kostnader/kostnadseffektivitet. Prioriteringskriterier har vært

gjenstand for flere offentlige utredninger i Norge, fra Lønning I og II-utvalgene i 1987 og 1997, til Norheim-utvalget i 2014, og nå senest i arbeidsgruppen for prioriteringsbeslutninger som ble overlevert statsråden 4. november 2015(17).

## Legemiddelsektoren

I omtalen av legemiddelsektoren har OECD samlet enkeltindikatorer som omhandler ressurser og forbruk av legemidler (Tabell 3). Forbruk av legemidler kan i enkelte tilfelle tolkes som indikatorer for kvalitet på forebyggende helsearbeid (helsetilstand) eller på kvalitet i tjenesten.

**Tabell 3 Legemiddelsektoren - Norge relativt til OECD-landene**

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Øverste tredel
Utgifter til legemiddelsektoren av BNP	<input checked="" type="checkbox"/>		
Offentliges andel av utgifter til legemidler		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vekst i utgifter til legemidler 2005-09	<input checked="" type="checkbox"/>		
Vekst i utgifter til legemidler 2009-2013			<input checked="" type="checkbox"/>
Andel av farmasøyter per 100 000		<input checked="" type="checkbox"/>	
Andel av apotek per 100 000	<input checked="" type="checkbox"/>		
Legemiddelforbruk: regulere høyt blodtrykk		<input checked="" type="checkbox"/>	
Legemiddelforbruk: kolesterolsenkende	<input checked="" type="checkbox"/>		
Legemiddelforbruk: diabetesregulering			<input checked="" type="checkbox"/>
Legemiddelforbruk: antidepressiva		<input checked="" type="checkbox"/>	

Måler en utgifter til legemidler i en felles valuta (USD) per person og justerer for forskjeller i kjøpekraft er Norge et av de land i verden som bruker minst på legemidler. Gjennomsnittet for OECD29 er på 515 USD, mens i Norge er utgiftene samlet sett beregnet til 367 USD. Norge bruker altså relativt lite på legemidler, og veksten i utgifter har vært moderat. Norge ligger også under snitt både når det gjelder andel av farmasøyter og apotek i forhold til innbyggertall. Når det gjelder legemiddelbruken varierer bildet noe mer. Vi er noe over snitt når det gjelder bruk av legemidler mot høyt blodtrykk og legemidler for å regulere diabetes, klart under snitt når det gjelder forbruk av kolesterolsenkende legemidler og på snitt for antidepressive legemidler.

OECD har også undersøkt hvor stor andel av legemiddelmarkedet som er knyttet til generika, da målt både som andel av marked, og verdivolum. I Norge utgjør generika 45 prosent av det totale markedet, og utgiftsandelen er sytten prosent. Gjennomsnittet for OECD-landene er 48 prosent av markedet og utgiftsandelen er 24 prosent.

# Helsestatus og risiko

## God helsetilstand

I Norge er befolkningens helsetilstand bedre enn gjennomsnittet i OECD-landene på mange områder (se Tabell 4). Det er klart enten en ser på forventet levealder ved fødsel, dødelighet på grunn av hjertesykdom og hjerneslag, trafikkulykker, spedbarnsdødelighet, fødselsvekt eller egenvurdert helse.

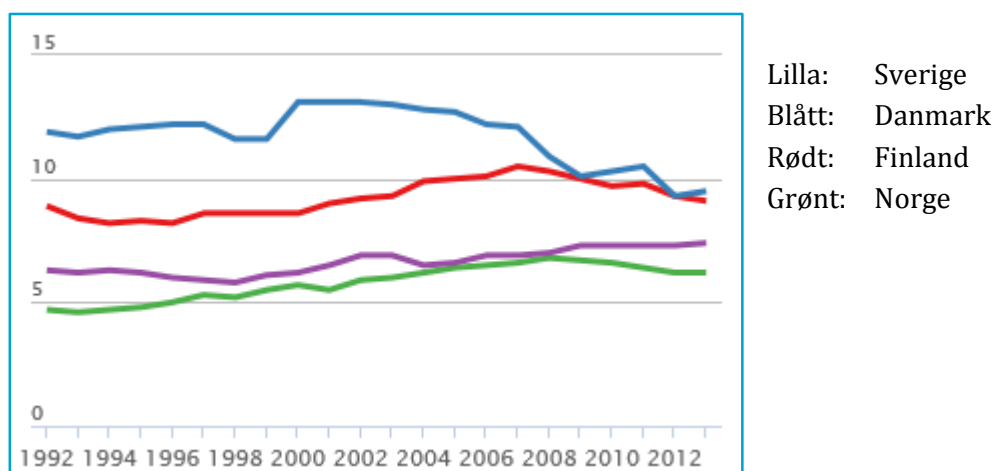
I de nordiske landene er det bare i Sverige at menn har høyere forventet levetid enn i Norge. Kvinner har lengst forventet levetid i Finland, tett fulgt av Sverige og Norge hvor de kan forvente å leve til de er nesten 84 år. OECD har også sett på om antall forventede leveår ved 30 år er forskjellig ut fra utdanningsnivå og kjønn, og videre sammenlignet forventet levetid for de med høyest og de med lavest utdanningsnivå. Utdanning øker forventet levetid både for menn og kvinner i alle de 15 landene hvor dette ble beregnet. Norge er blant de land hvor utdanning har minst effekt, dette gjelder både for kvinner og menn. Utdanningsforskjellene i forventet leveår er henholdsvis 3,9 år for kvinner og 5,1 år for menn i Norge. For enkelte andre indikatorer som dødelighet ved kreft, og andel selvmord er Norge nærmere gjennomsnittet i OECD-landene.

**Tabell 4 Helsestatus – Norge relativt til OECD-landene**

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Forventet levetid ved fødsel kvinner			<input checked="" type="checkbox"/>
Forventet levetid ved fødsel menn			<input checked="" type="checkbox"/>
Utdanningsforskjeller i forventet levetid ved 30års alder			<input checked="" type="checkbox"/>
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag			<input checked="" type="checkbox"/>
Dødelighet av kreft		<input checked="" type="checkbox"/>	
Forekomst av kreft (flestep tilfeller)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dødelighet av trafikkulykker			<input checked="" type="checkbox"/>
Selvmord		<input checked="" type="checkbox"/>	
Spedbarnsdødelighet			<input checked="" type="checkbox"/>
Spedbarnshelse: lav fødselsvekt			<input checked="" type="checkbox"/>
Egenvurdert helse			<input checked="" type="checkbox"/>

## Risikofaktorer i befolkningen

OECD har undersøkt hvordan enkelte ikke-medisinske helsefaktorer (helsevaner) er for den voksne befolkningen (Tabell 5). I Norge har andelen røykere blitt kraftig redusert og av de europeiske landene er det kun på Island og i Sverige at andelen av daglige røykere er lavere enn i Norge. Der er også andel menn som røyker noe under andel kvinner. I Norge er det flere mannlige enn kvinnelige røykere, men forskjellene er små. Annet tobakksforbruk (som for eksempel snus) er ikke målt. En ser også at alkoholforbruket øker i Norge når man ser på antall liter per innbygger per år (Figur 2). Likevel er vi sammen med Italia og Tyrkia blant de europeiske landene som rapporterer lavest alkoholforbruk. I Sverige er forbruket noe høyere, men ikke så høyt som i Finland og Danmark som rapporterer likt på denne indikatoren.



**Figur 2: Endringer i alkoholforbruk (liter per år)**

Kilde: <http://www.compareyourcountry.org/health>.

Andelen som daglig spiser frukt og/eller grønnsaker i Norge er som snittet i OECD-landene. Det er omtrent 60 prosent som til daglig spiser frukt og litt flere som spiser grønnsaker. En regner da ikke med konsum av juice eller poteter.

Det er få land, bare fem asiatiske, som har en lavere andel voksne (15 år og eldre) som selv rapporterer overvekt eller fedme, enn Norge. Sammenligner en med de andre nordiske landene har Norge 10 prosent, Sverige har 12 prosent, Danmark har 14 prosent og Finland har 25 prosent. Andelen som rapporterer overvekt er økende.

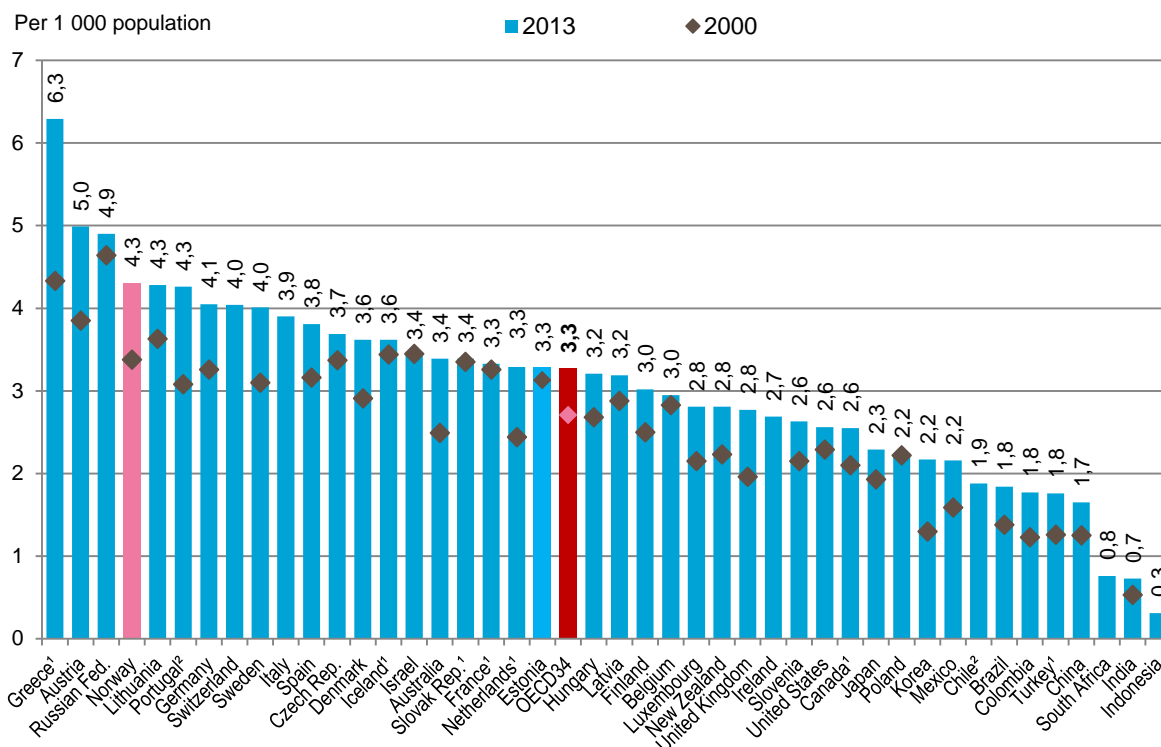
**Tabell 5 Risikofaktorer for helse – Norge relativt til OECD-landene**

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Daglig røykere			<input checked="" type="checkbox"/>
Alkoholforbruk			<input checked="" type="checkbox"/>
Konsum av frukt og grønnsaker		<input checked="" type="checkbox"/>	
Overvekt og fedme			<input checked="" type="checkbox"/>

# Helsepersonell og aktivitet

## Helsepersonell

Norge er blant de landene som har flest yrkesaktive leger og pleiepersonell. Det var 4,3 praktiserende lege per 1000 innbyggere i Norge. Dette er én lege mer enn gjennomsnittet for OECD34. Det er bare Hellas, Østerrike og Russland som har høyere legetetthet enn Norge (Figur 3).



**Figur 3 Praktiserende leger per 1000 innbygger, 2000 og 2013**

1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). 2. Data refer to all doctors licensed to practice (resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors in Portugal, of around 30%).

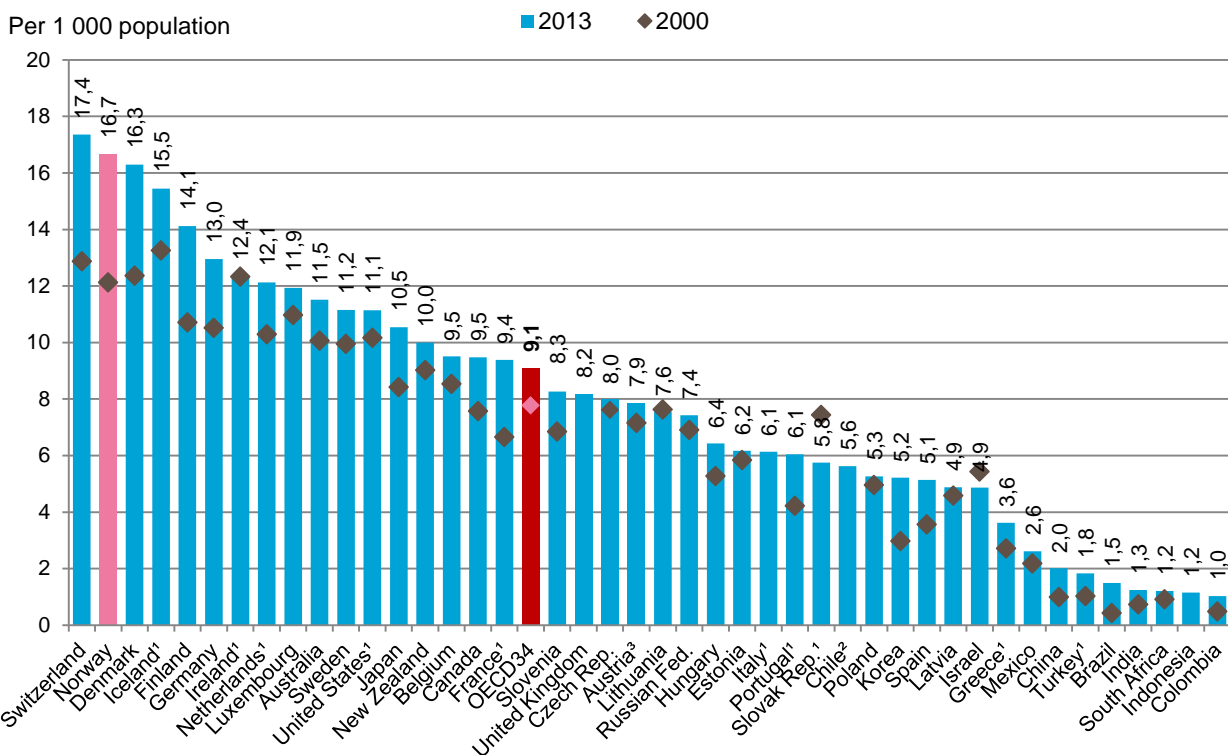
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Andelen kvinnelige leger er som snittet i OECD-landene på 45 prosent, men lavere enn de andre nordiske landene. I Sverige er andelen kvinnelige leger 47 prosent, i Danmark 48 prosent og i Finland er den på 57 prosent. Enkelte land har en stor andel eldre leger, som er 55 år eller eldre. Mens det i OECD-landene er 1/3 av legene som er 55 år eller



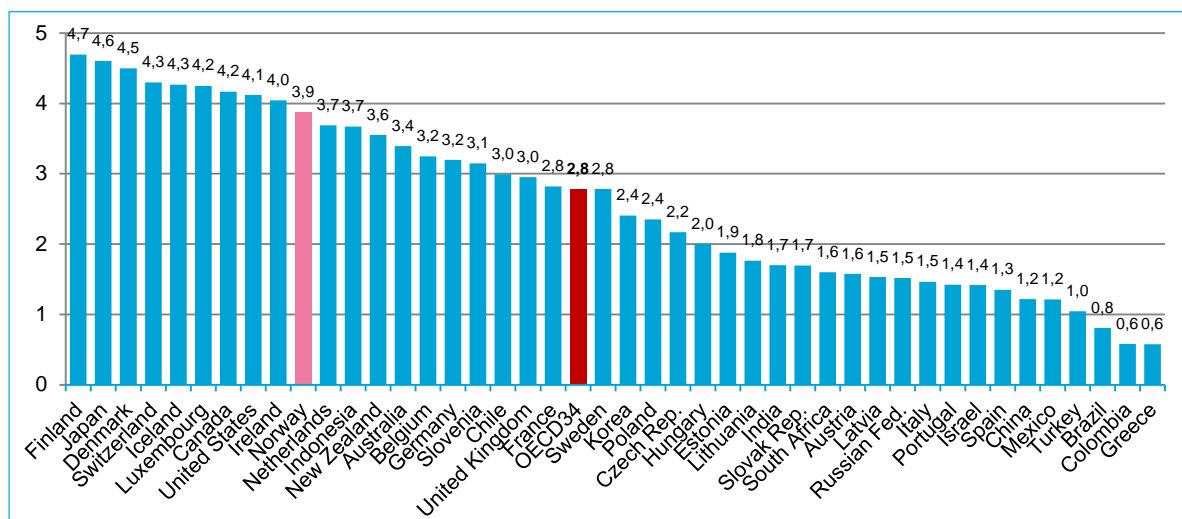
eldre er nesten halvparten av legene i Italia og Israel i denne aldergruppen. I Norge er det færre eldre leger. De utgjør 27 prosent av alle legene - det er tilsvarende som i Finland (26 prosent). Både Danmark og Sverige har flere eldre leger enn det som er snittet i OECD-landene-landene. Godt over en tredjedel av legene i Norge har utdanning fra utlandet. Det er dobbelt så mange som snittet til OECD26 som er på 17,3 prosent. Det er også økende migrasjon av pleiepersonell og det er nærmere ni prosent i denne gruppen som har utenlandsk utdanning.

Sveits er det OECD-landet som har størst andel av yrkesaktivt pleiepersonell per 1000 innbygger, tett fulgt av Norge, Danmark, Island, Finland og Tyskland. Kategorien inkluderer offentlig og privat ansatte syke- og hjelpepleiere, enten de jobber med pasientbehandling, utdanning eller administrasjon. Pleiemedhjelpere og jordmødre skal ikke regnes til denne kategorien. Gjennomsnittet for OECD34 er på 9,1 pleiepersonell per 1000 innbygger (Figur 4). Forskjeller i utdanning og registrering mellom landene fører til noe ulik innrapportering. I Norge og flere andre land er jordmødre utdannet som sykepleiere før de spesialiserer seg som jordmor. Sverige rapporterte ikke antall hjelpepleiere, Østerrike inkluderte kun sykehusansatt pleiepersonell og Tyskland inkluderer ikke sykepleiere som arbeider med omsorg for eldre.



**Figur 4 Yrkesaktivt pleiepersonell per 1000 innbygger**

Nedenfor vises *antall* personell som er ansatt i den norske helsetjenesten, og ikke årsverk (Figur 5). Det er i henhold til definisjonen fra OECD. I Norge er det utstrakt bruk av deltidsstillinger i helsesektoren, mange har mer enn én deltidsstilling, men likevel var gjennomsnittlig arbeidstid for sykepleiere 31,2 timer i uken i 2014, og for helsefagarbeidere 28,3 timer i snitt (18, 19).



**Figur 5 Ratio pleiepersonell til leger**

At det er mange ansatte i helsetjenesten vises ved at det er et stort antall pleiepersonell per lege. Ettersom det er utstrakt bruk av deltidsstillinger kan dette gi et skjevt inntrykk av tilgangen på pleiepersonell i Norge.

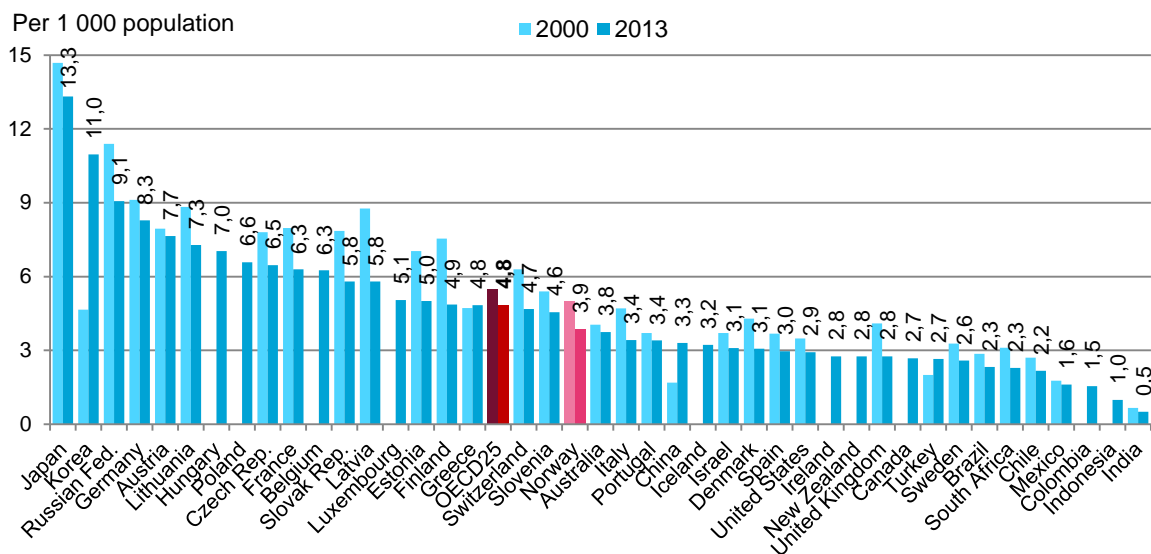
OECD har også sett på hvordan leger og pleiepersonell avlønnes sammenlignet med gjennomsnittslønnen til ansatte i alle landets sektorer. I Norge tjener leger 1,7 ganger mer enn gjennomsnittslønnen i landet mens lønnen til pleiepersonell er lik gjennomsnittslønnen.

## Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste

OECD ser også på antall legekonsultasjoner i året per person, og der ligger Norge klart under snitt med noe mer enn 4 konsultasjoner per person. Snittet for OECD33 var på 6,6 konsultasjoner per person. En må være varsom med å sammenligne på tvers av land ettersom det er noe ulike beregningsmetoder når det gjelder konsultasjoner. Antall konsultasjoner i de fleste land er beregnet på grunnlag av de pasientadministrative databasene. En har også sett på hvor mange konsultasjoner i året leger har med pasienter. Det er en indikator som er konstruert på bakgrunn av informasjon om antall konsultasjoner og antall leger. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til denne indikatoren. Finland og Sverige er de landene med færrest legekonsultasjoner, tett fulgt av Irland, Norge, Sveits, Mexico og Danmark.

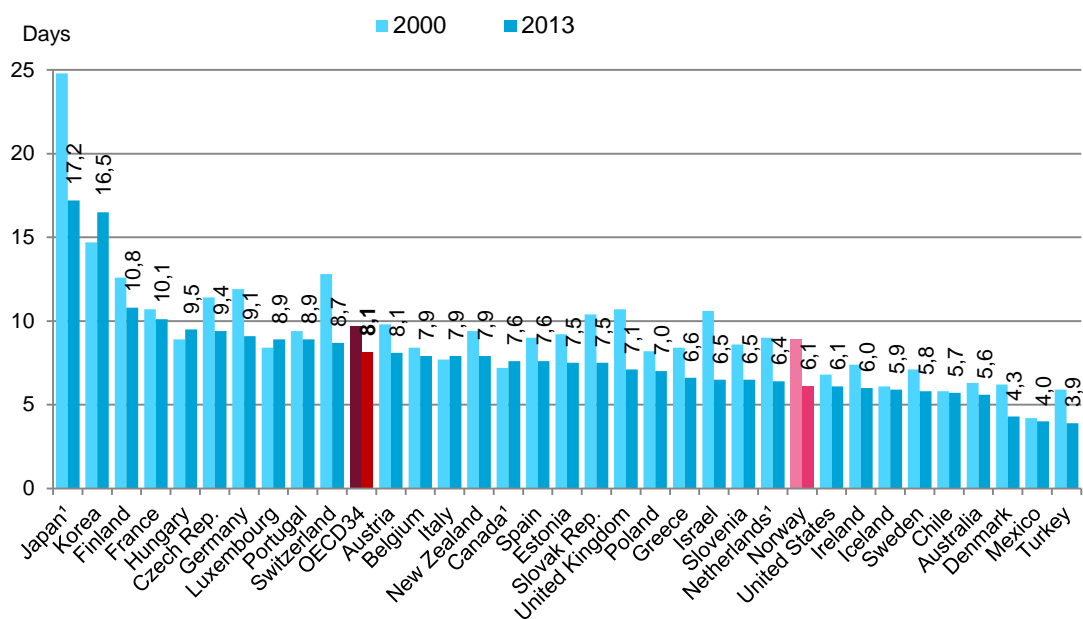
I 2013 var det knapt det fire sykehussenger per 1000 innbygger i Norge (Figur 6), det er mindre enn gjennomsnittet i OECD25 som er på knapt fem. Både Danmark og Sverige hadde færre sykehussenger enn Norge med henholdsvis 3,1 og 2,6 senger. Antallet sykehussenger inkluderer sengeplasser innenfor rusomsorg og psykisk helse. De to sistnevnte gruppene utgjør mer enn 30 prosent av det totale antall sykehussenger, med 1,2 seng per 1000 innbygger i Norge. Belegget på sykehussenger er også høyt. Norge er et av tre land som har et belegg av sykehussenger som er i overkant av nitti prosent.

Gjennomsnittet for OECD24 er på 77,3 prosent. Også her må en være varsom med tolkninger, da det er uklart om beregning av antallet senger er gjort på samme måte.



Figur 6 Antall sykehussenger 2000 og 2013

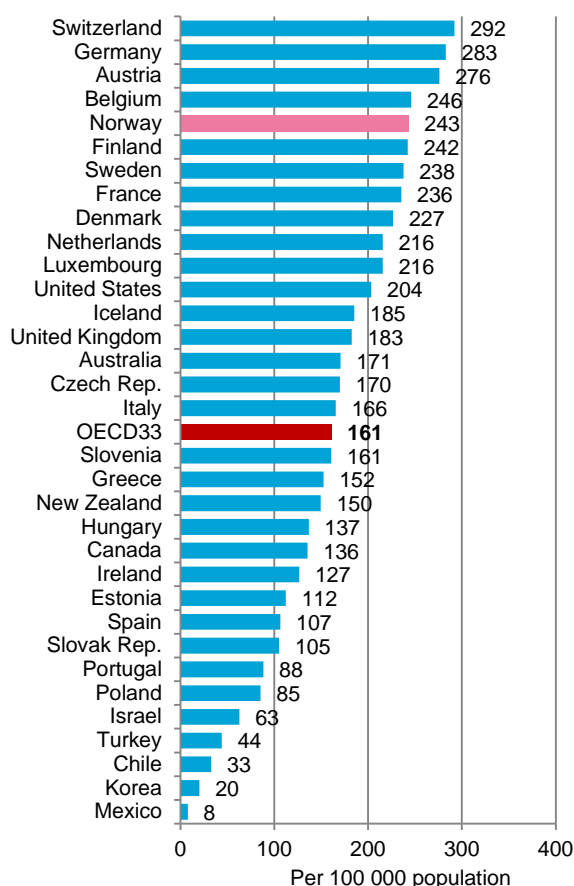
I 2013 var det 175 utskrivinger per 1000 innbyggere i Norge, noe som er rett over gjennomsnittet i OECD34 (155 per 1000 innbygger). Norge hadde i tillegg klart kortere sykehusopphold enn gjennomsnittet i OECD-landene, med et snitt på 6,2 liggedager (Figur 7). Dette gjelder alle sykdomsgrupper. Det er likevel noe lenger liggetid enn i Sverige som har 5,8 og Danmark som har 4,4. Finland har klart lengst liggetid av de nordiske landene med 11,2 dager. Finland har også flere sengeplasser hvor langtidspasientene utgjør om lag 30 prosent av sengeplassene. Norge har ikke rapportert sengeplasser for langtidspasienter i sykehusene. Det er også en liten andel av langtidspasienter i Danmark og Sverige.



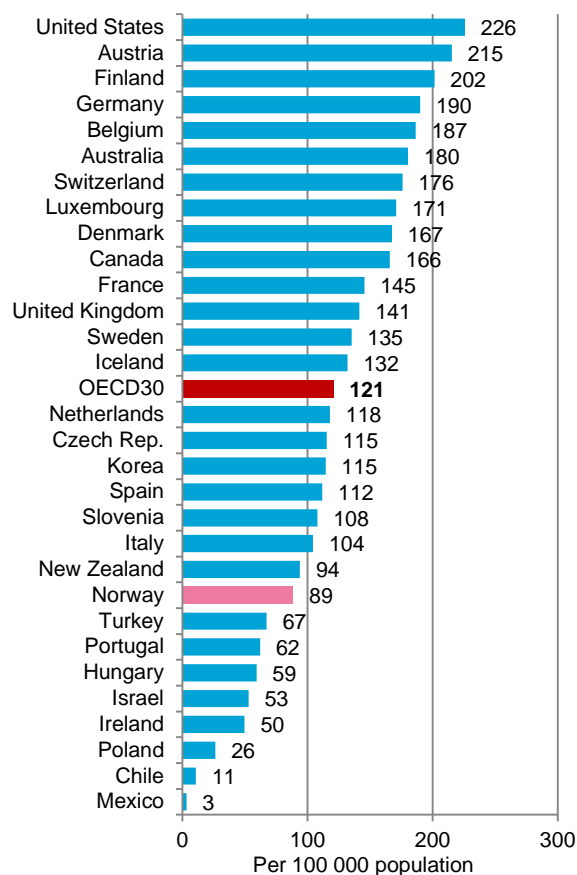
Figur 7 Gjennomsnittlig liggetid på sykehus

Spesielt ved hjerteinfarkt er sykehusoppholdet for pasientene i Norge blant de korteste i OECD-landene. I Norge er snittet for antall liggedøgn på 4 for hjerteinfarkt, mens snittet i OECD-landene er på 6,8 liggedøgn. Danmark har kortest liggetid av alle landene med 3,9. I Sverige er liggetiden på 4,7 dager og i Finland er den på 8,3 dager. Kortere sykehusopphold ved hjerteinfarkt kan forklares ved at mange pasienter overflyttes for koronar intervensjon. Kunnskapscenteret har publisert informasjon om overlevelse og liggetid etter hjerteinfarkt ved norske sykehus, der beregnet gjennomsnittlig total liggetid for hele pasientforløpet er 7,5 døgn. Tilsvarende data er ikke tilgjengelig fra andre land (20).

Norge har færrest kneproteseoperasjoner i Norden med 89 operasjoner per 100 000. De andre nordiske landene ligger klart over gjennomsnittet for OECD30 som er på 121 per 100 000 innbygger (Figur 8). Sveits, Tyskland, Østerrike og Norge har den største andelen av hofteproteseoperasjoner, tett fulgt av Sverige og Finland (Figur 9). I Norge har regjeringen nettopp innført reformen «Fritt behandlingsvalg». Et av formålene med reformen er å få redusert ventetid på behandling. Operasjoner ved hofteleddsartrose er et av de utvalgte satsingsområde til reformen.



**Figur 9 Hofteprotesekirurgi**



**Figur 8 Kneprotesekirurgi**

---

# Kvalitet

OECD har valgt å se nærmere på kvalitet i helsetjenesten ved hjelp av indikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Kroniske tilstander: Astma, KOLS og diabetes
- Legemiddelbruk i primærhelsetjenesten
- Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag
- Pasientsikkerhet: Prosedyrer, postoperative komplikasjoner og fødselsskader
- Psykisk helse
- Kreft: Livmorhals-, bryst- og kolorektalkreft
- Smittsomme sykdommer: Vaksineringsprogrammer
- Pasienterfaringer

Indikatorene som benyttes er hentet fra OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI). Prosjektet, som startet i 2002, har som mål å kunne sammenlikne kvalitet i helsetjeneste/helsesystem mellom land. Etter en omfattende prosess har man valgt et sett av indikatorer som skal speile kvaliteten av helsetjenesten i de forskjellige land, samtidig som en søker å sikre sammenliknbare grunnlagsdata i OECD-landene. Det er stor variasjon i hvor mange land som har rapportert på kvalitet i helsetjenesten. Flest land, trettifire, har rapportert på vaksinasjonsprogrammet, mens det kun er sju land, inkludert Norge, som har rapportert på forhøyet dødelighet for alvorlig psykisk syke. Tabell 6 sammenfatter hovedfunnene i rapporten.

---

## Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)

---

Ulik organisering av helsetjenesten i de forskjellige landene skaper særlige utfordringer når det gjelder å finne sammenlignbare indikatorer for primærhelsetjenesten. For eksempel vil vaksineringsprogrammet i enkelte land regnes til primærhelsetjenesten, mens det i andre land er plassert i spesialisthelsetjenesten. Det er også utfordringer med å innhente data fra primærhelsetjenesten hvor en stor andel er private aktører. OECD benytter derfor forsøksvis data samlet inn fra spesialisthelsetjenesten og de pasientadministrative registrene som en tror reflekterer kvaliteten i primærhelsetjenesten. Innleggelser på sykehus for kronisk syke pasienter med astma, diabetes og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er eksempel på slike indikatorer. Rasjonalet bak indikatoren er at kronisk syke pasienter som får god oppfølging for sykdommen i primærhelsetjenesten, i mindre grad må legges inn for behandling av sykdommen. Indikatorene er standardiserte for kjønn og alder etter OECDs standardpopulasjon.

**Tabell 6. Kvalitet på tjenestene- Norge relativt til OECD-landene**

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Innleggelse astma og KOLS		☑	
Innleggelse diabetes			☑
Ben- og fotamputasjon diabetikere		☑	
Foreskriving av antibiotika i PHT		☑	
Volum av andrelinjes <sup>1</sup> antibiotika			☑
Benzodiazepiner eldre: lang tids bruk > 1år	☑		
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑
Postoperativ blodpropp ben/lunge		☑	
Postoperativ sepsis		☑	
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon			☑
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument		☑	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		☑	
Mammografiscreening			☑
Screening livmorhalskreft			☑
Fem års overlevelse brystkreft			☑
Fem års overlevelse livmorhals			☑
Fem års overlevelse endetarmskreft		☑	
Barnevaksinasjon meslinger		☑	
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste	☑		
Pasienterfaringer med lege		☑	

Nytt i årets rapport er at innleggelse for astma og KOLS er slått sammen til én indikator. De norske innleggelsestallene er om lag på gjennomsnittet for OECD32 når det gjelder astma og KOLS samlet. Snittet for astma er på 43,8 innleggelser i OECD-landene og i Norge er det 25,6 innleggelser per 100 000 innbygger. For KOLS er innleggingsraten i

<sup>1</sup> Annenlinjes antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av annenlinjes antibiotika bidrar til å redusere antibiotikaresistente bakterier.

Norge 221,7 per 100 000, i Danmark er den 288,2, og gjennomsnittet for OECD32 er 198,4. Både Sverige og Finland har færre innleggelser for KOLS. Det er ulike metoder for å estimere forekomsten av KOLS og ulik koding av diagnoser kan forklare noe av forskjellene i innleggelsesrater. Usikkerheten i estimatene er her stor. Av de tre kroniske sykdommene er KOLS den sykdommen hvor Norge kommer ut nært gjennomsnittsverdien for OECD32. For astma og diabetes er vi blant de land som har best resultat, det vil si færrest innleggelser. En må tolke tallene med forsiktighet. Indikatoren tar ikke høyde for at det kan være forskjeller i prevalens (forekomst) av sykdommen i OECD-landene. Indikatoren skiller heller ikke mellom ikke-planlagte og planlagte innleggelser, og selv ved optimal behandling av kroniske tilstander vil det forekomme planlagte innleggelser og innleggelser som ikke kan unngås.

Riktigere legemiddelbruk hos eldre er både et nasjonalt og et internasjonalt innsatsområde. Hva som er riktig bruk av angst- eller sovemedisin (benzodiazepiner) må avgjøres i det enkelte tilfelle, men er generelt ikke anbefalt til eldre. I Norge er det flere eldre som står på benzodiazepiner enn gjennomsnittet i OECD-landene.

I retningslinjer for antibiotikabruk fra Helsedirektoratet står det at «All antibiotikabruk fører til resistensutvikling og endringer av den normale bakteriefloraen» (21). Det er en uttalt målsetting å redusere antibiotikaforbruket. OECD benytter to indikatorer for å beskrive forbruk av antibiotika; en som viser til totalvolum av antibiotika i primærhelsetjenesten, og den andre viser hvor stor andel andrelinjes antibiotika (cefalosporiner og kinoloner) utgjør av totalvolumet. Resistensutvikling forekommer hyppigere og kan få mer alvorlige konsekvenser ved andrelinje antibiotika, derfor er et lavt forbruk av disse å foretrekke. For første gang er disse to indikatorene slått sammen i én indikator i rapporten. Norge befinner seg på grensen mellom den gruppen som foreskriver minst og de som er rundt snittet. I Norge forskrives det 16,2 definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn, noe som er klart mindre enn 20,7 DDD som er snittet for OECD29. Danmark, Norge, Nederland og Storbritannia er de landene hvor det forskrives minst andrelinjes antibiotika. Landene som foreskriver mest antibiotika er Tyrkia, Hellas og Frankrike.

---

## **Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag**

---

For hjerteinfarkt (AMI) og hjerneslag presenteres indikatorer for dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse. Den ene viser dødelighet på sykehus, mens den andre indikatoren er basert på data fra enkelte land, inkludert Norge, hvor en kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen. For indikatoren hvor en kan identifisere pasienter (har data hvor en kan følge pasienten gjennom pasientforløpet) kommer Norge klart bedre ut enn OECD-gjennomsnittet. Canada og Italia har lavere dødelighetsrate enn Norge. Snittet for OECD20 er 9,5 per 100 pasient, for Norge er resultatet 7,6, og for Sverige og Danmark er det 8,3. Tidligere publiserte norske data for tretti dagers overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag (nasjonale kvalitetsindikatorer) kan ikke sammenlignes direkte med disse tallene fordi risikjustering er annerledes og at vi i Norge bruker komplette pasientforløp som grunnlag for analysen(20).

OECD har tidligere vist til Norge som et foregangsland i bruk av slagenhet ved sykehusene, og at det kan være en medvirkende årsak til den store nedgangen i 30-dagers dødelighet på sykehus etter slag (22). Fra 1990 til 2011 ble dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse redusert med 2/3.

Nå når det i større utstrekning er tilgjengelig data fra personentydige registre, er det mulig å følge pasienter mellom ulike sykehus og behandlingssted. Denne endringen gjør det mulig å beregne dødelighetstall som ikke er beheftet med like store metodiske problemer som når en baserer beregningene uten å kunne følge pasientforløpet. OECD beskriver det som en mer robust indikator enn indikatorer for dødelighet i sykehus. De publiserer likevel indikatoren for 30-dagers dødelighet i sykehus ettersom ikke alle land har fått unike personidentifiserbare data.

---

### **Pasientsikkerhet: postoperative komplikasjoner og fødselsskader**

---

Norge har deltatt både i OECDs og Nordisk ministerråds arbeid med å utrede og utvikle mulige indikatorer for pasientsikkerhet basert på diagnose- og komplikasjonsregistreringer fra administrative databaser. For Norge benyttes data fra Norsk pasientregister (NPR). OECD har valgt ut fem indikatorer til bruk i årets utgave av «Health at a Glance». Indikatorene viser til uønskede hendelser, såkalte "adverse events", som en ikke regner som mulig å forebygge helt. En av dem viser til såkalte "never events" eller "sentinel events", som det skal være mulig å unngå helt<sup>2</sup>. Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon er en indikator for en slik hendelse som ikke skal forekomme. Norge er blant de land hvor det er minst sannsynlig at en gjenstand glemmes igjen i kroppen ved operasjon. Bare Polen, Slovenia og Italia har registrert færre gjenglemte gjenstander i kropp.

I Norge er forekomst av registrert postoperativ blodpropp i lunge (PE) og ben (DVT) bedre enn gjennomsnittet for OECD-landene når man sammenlikner standardiserte resultater som er justert for alder og kjønn, etter operasjon for hoft- og kneprotese. I Norge er det 161,7 postoperative blodpropp i lunge etter proteseoperasjoner (kne og hoft) per 100 000 utskrivinger, mens snittet for OECD9 er 362,2. Registrert postoperativ blodpropp i ben (DVT) er for Norge 70,5 mens snittet for OECD-landene er på 220,8. Når det gjelder forekomst av sepsis etter operasjon er vi noe under snitt. Usikkerhet knyttet til data er stor, med stor variasjon i rapportering både innen og mellom land. OECD måler kun komplikasjoner for de som skrives ut eller re-innlegges på sykehus. Det betyr at poliklinisk behandling etter utskriving ikke blir registrert. Noen komplikasjoner blir i Norge stort sett behandlet poliklinisk. Det er ikke tilgjengelig kunnskap om hvordan praksis er i andre land.

---

<sup>2</sup> Health at a Glance 2013:116



Spesielt når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorer skal en være oppmerksom på at en relativ høy rapportert forekomst av uønskede hendelser ikke nødvendigvis kan knyttes til større brist på pasientsikkerhet, da det kan være en indikasjon på økt oppmerksomhet og derved økt rapportering. Høyere forekomst kan altså være et tegn på økt fokus på pasientsikkerhet. Det er derfor særlig viktig å følge utviklingen over tid før en trekker konklusjoner om nivået på pasientsikkerhet.

Forskjellen i forekomst av postoperative komplikasjoner mellom ulike land kan ha mange årsaker. Det skyldes blant annet forskjeller i rapporteringspraksis, og det kan også være forskjeller i kvaliteten på postoperative overvåkingssystem. Indikatorene viser at mange pasienter blir berørt av uønskede hendelser. Gjennom økt åpenhet om målinger og usikkerheten som er knyttet til dem, ønsker OECD å bidra til bedre kvalitet både i målinger og arbeidet for bedre pasientsikkerhet.

Fødselsskader hos mor måles som forekomst av alvorlige rifter i underlivet (vaginalrifter kategori 3 og 4) som er rapportert i pasientadministrative databaser. Sannsynligheten for alvorlige rifter er større ved kompliserte fødsler hvor det benyttes fødselsinstrument (tang/kopp). Det er derfor to ulike rapporteringer for samme indikator. I Norge er det 4,8 prosent av kvinnene i høyrisikogruppen (instrumentassisterte fødsler) som får alvorlige rifter. Snittet for OECD21 er på 6 prosent. Finland har snitt på 4,2 prosent, mens Sverige og Danmark har henholdsvis 13,2 og 13,4 prosent. Sammenligner en med tidligere «Health at a Glance» ser en at det er noe færre kvinner som får fødselsskader i Norge, men andelen som skades ser ut til å være økende i Finland som fortsatt ligger blant de landene med færrest skader. Danmark har hatt størst nedgang i antall skader. Forskjeller i diagnostisering vil ha betydning for rapportering. Andelen kvinner som får alvorlige rifter i underlivet er langt lavere ved ukompliserte fødsler (fødsler hvor det ikke benyttes fødselsinstrument). I Norge er det registrert en forekomst på 1,4 prosent alvorlige rifter, som også er rett under snittet for OECD21 på 1,6. Det er ikke undersøkt om skadeforekomst er høyere i de land hvor keisersnitt benyttes sjeldnere. Dette er tenkt tatt med i utviklingsarbeidet for kvalitetsindikatorrapportering i OECD.

---

## **Norge har også betydelig overdødelighet hos psykisk syke.**

---

Belastningen ved psykisk sykdom er vesentlig, og fører til redusert livskvalitet for den som rammes. Omkostningene er store både for individ og samfunn. Det er også klar variasjon i hvor stor andel av helseutgiftene i de ulike land som går til psykisk helse. Det er forskjeller i organisering og regulering av denne delen av helsetjenesten. Bedre helsetjenester for psykisk syke er en prioritert oppgave i mange OECD-land, og de fleste landene beveger seg bort fra sykehusbasert behandling mot en integrert behandling av et tverrfaglig team i primærhelsetjenesten. Tidligere har OECD benyttet en indikator for reinnleggelse av psykisk syke som et indirekte mål for om de får den hjelp de har behov for. I år har OECD valgt å se nærmere på fire indikatorer: to som ser på forekomst av selvmord (henholdsvis under eller etter et institusjonsopphold), og to som ser på forhøyet dødelighet for psykisk syke (med henholdsvis schizofrenidiagnose og bipolare lidelser). Norge har rapportert at forekomsten av selvmord når pasienten er

lagt inn på institusjon er 0,03 av 100 pasienter. Resultatene er standardiserte for å øke sammenlignbarhet. Likevel har OECD valgt å ikke presentere noe gjennomsnitt for indikatoren. Norge rapporterer også om forhøyet dødelighet for både kvinner (5,6) og menn (4,5) med alvorlige psykiske sykdommer. Raten er svært høy for den pasientgruppen (med schizofreni-diagnose), og rapportering fra de andre nordiske landene viser tilsvarende tendens. Forhøyet dødelighet for bipolare lidelser er noe lavere, men fortsatt to til tre ganger så høy som for resten av befolkningen. En større analyse av pasienter som har vært innlagt på Sandviken sykehus de siste 20 årene viser blant annet til forhøyet dødelighet av livsstilssykdommer for denne pasientgruppen (23).

---

## God kreftoverlevelse i Norge

---

En viktig indikator for helsetilstand som OECD benytter, er dødelighet ved alle krefttyper. I tillegg har de valgt ut tre krefttyper som de ser nærmere på i kapittelet for kvalitet. Det er livmorhalskreft, brystkreft, og kolorektalkreft (tykk- og endetarmskreft). Rapporten viser relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for livmorhals og brystkreft. Indikatorene er aldersstandardiserte i henhold til ICSS (International Cancer Survival Standard). Variasjon i overlevelseshraten mellom land kan skyldes flere faktorer. Det kan være forskjeller i forekomst av sykdom eller i diagnostisering, hvor tidlig i sykdomsforløpet kreften oppdages eller behandling av kreft som iverksettes. For helsetjenesten er det relevant at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningsarbeidet og behandlingen.

Kreftbehandlingen er blitt bedre og blant OECD-landene er Norge helt på topp når det gjelder overlevelse ved livmorhalskreft og rett etter Sverige når det gjelder overlevelse av brystkreft. For 5-årsoverlevelse etter kolorektalkreft er Norge litt under OECD-gjennomsnittet. OECD har tidligere publiserte en større policyanalyse av kreftbehandling som gir en grundigere framstilling av kreftbehandling i OECD-landene (2). Den viste at Norge hadde en relativ høy screeningrate for livmorhalskreft og mammografi. Årets «Health at a Glance» viser at screeningraten har økt noe for begge tilstandene.

---

## Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer

---

The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hadde satt seg som mål å utrydde meslinger i Europa innen år 2015. Det siste året har det vært flere og til dels store utbrudd av meslinger. Fra sommeren 2014 til sommeren 2015 ble det registrert mer enn 4200 tilfeller av meslinger rapportert fra 30 land i Europa. Særlig Tyskland og Italia hadde mange smittede. USA registrerte i 2015 det første dødsfallet av meslinger siden 2003. På verdensbasis forårsaker sykdommen årlig om lag 160 000 dødsfall (<http://ecdc.EUROPa.eu>).

Alle OECD-landene har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for små barn selv om innholdet i programmene kan variere noe. Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge

inneholder vaksiner mot ti forskjellige sykdommer: Difteri, stivkrampe, kikhoste, infeksjon med *Haemophilus influenzae* type b (Hib), pneumokokksykdom, poliomyelitt, meslinger, kuma, røde hunder og humant papillomavirus. Spesielt risikoutsatte barn tilbys også vaksine mot tuberkulose og hepatitt B.

OECD presenterer resultater for tre barnevaksiner: 1) vaksine mot difteri/stivkrampe og kikhoste, 2) vaksine mot meslinger og 3) vaksine mot hepatitt B. I Norge er det 94 prosent vaksinasjonsrate for difteri, stivkrampe og kikhostevaksinen og 93 prosent rate for vaksine mot meslinger. Begge er under snittet for OECD34. Både Finland, Sverige og Danmark har høyere vaksinasjonsrate når det gjelder trippelvaksinen. Danmark har lavere rate når det gjelder meslinger. Hepatitt B er ikke en del av det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Snittet for 21 av EU-landene som rapporterte for vaksinasjon mot hepatitt B var 92 prosent.

---

### **Pasienters erfaringer med helsetjenesten**

---

OECD har valgt å bruke Commonwealth Funds sine pasienterfaringsundersøkelser for å beskrive pasienters erfaringer med helsetjenesten. Hovedbildet er at Norges resultater er dårligere enn gjennomsnittet. Dette gjelder blant annet for opplevelsen av om fastlegen har nok tid til pasienten, gir lettfattelige forklaringer og åpner for mulighet til å stille spørsmål. Norge skårer under gjennomsnittet når det gjelder pasientinvolvering. En fullstendig gjennomgang av resultatene fra Commonwealth Fund-undersøkelsen er publisert på Kunnskapscenteret (24). Det er gjort flere tester av datakvaliteten på det norske utvalget i Commonwealth Fund sin undersøkelse, men det er lite publisert om datakvaliteten i de andre landene som deltar i undersøkelsen. En skal derfor være varsom med å sammenligne enkeltland med hverandre, det er da bedre å sammenligne med gjennomsnittet.

# Utgifter og finansiering

## Høye utgifter

Bruker Norge mye på helsetjenesten? Det kommer an på hva en velger som mål (25). Ser en på hvor mye penger landet bruker er Norge blant de landene som bruker mest. Ser en på hvor mye landet bruker i forhold til det et land har av ressurser er Norge helt gjennomsnittlig. I en slik sammenheng kan en kanskje hevde at Norge ikke prioriterer helse særlig høyt, men ser en på hvor mye av helseutgiftene som blir dekket av det offentlige er Norge helt på topp. Ser en på hvor stor andel av BNP som går til legemidler er vi blant de landene som bruker minst (Tabell 7).

OECD har valgt ut flere mål for ressursbruk i helsetjenesten. Måler en utgifter til helsetjenesten i en felles valuta (USD) per person og justerer for forskjeller i kjøpekraft er USA det landet i verden som bruker mest på helsetjenesten, deretter kommer Sveits så Norge. De totale helseutgiftene i USA ble estimert til 8713 USD PPP per innbygger. Tilsvarende tall for Sveits var 6325 USD og for Norge var det 5862 USD. Snittet for OECD<sup>43</sup> var på 3453 USD. Norge har et godt utbygd offentlig helsevesen og hadde de høyeste offentlige utgiftene til helse av alle OECD-landene i 2013.

**Tabell 7: Helseutgifter – Norge relativt til OECD-landene**

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
Helseutgifter per innbygger			☑
Årlig vekst i helseutgiftene 2009–2012 <sup>4</sup>		☑	
Helseutgifter i prosent av BNP		☑	
Legemiddelutgiftenes andel av BNP	☑		
Andel av statsbudsjettet som går til helse			☑

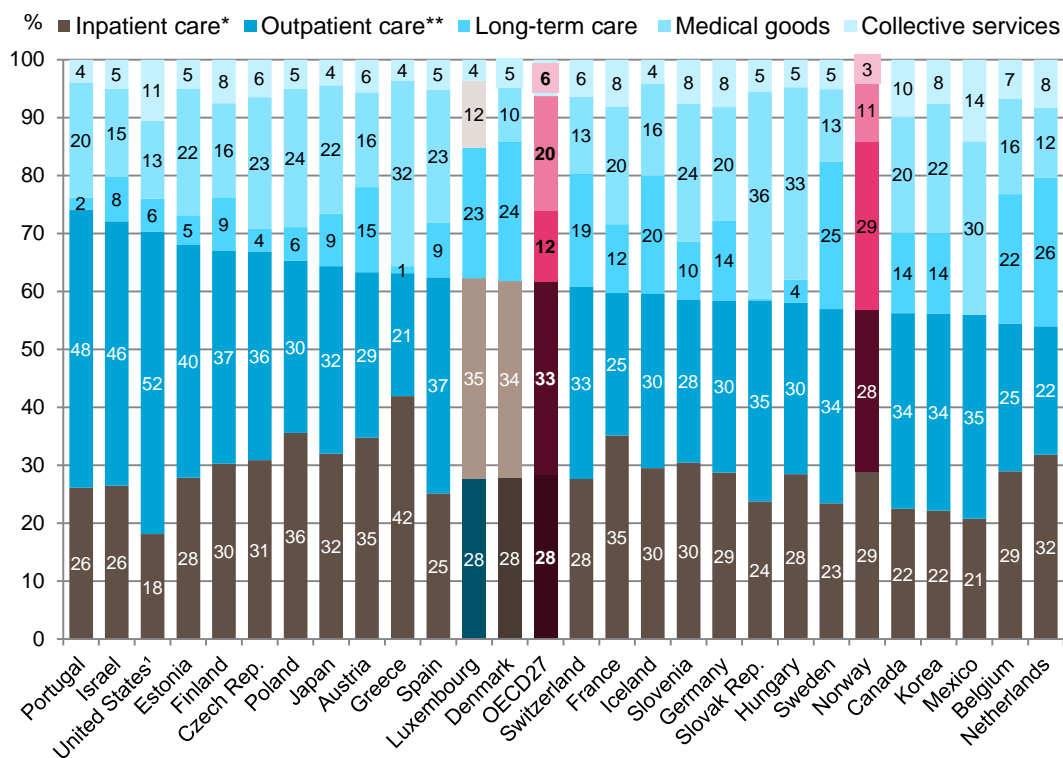
<sup>3</sup> OECD44 viser til alle OECD landene som har levert data pluss en del andre land som har levert data til OECD.

<sup>4</sup> Norge har benyttet en deflator som gjør at de ikke er direkte sammenlignbar med de andre landene

Årets rapport viser at det nå er noe mer vekst i helseutgiftene enn tidligere. Den økonomiske krisen førte til at mange land reduserte utgiftene til helsesektoren, og hadde negativ vekst. I Norge var veksten på 1,2 prosent fra 2009-2013, da beregnet av BNP for Fastlands-Norge. Norge er det eneste landet som har justert for endringer i priser i olje- og gassproduksjonen. Det er derfor utfordrende å sammenligne veksten i utgifter til helse med andre oljeproduserende land som for eksempel USA, Canada og England.

Et annet mål for utgifter til helsetjenesten er å se på hvor stor andelen av helseutgifter er i forhold til den totale verdiskapingen (BNP). I 2013 brukte Norge 8,9 prosent som er lik snittet i OECD-landene. Både Sverige og Danmark bruker mer enn ti prosent av BNP til helse. Formålet med et felles system for helseregnskap (se side 5) er å få sammenlignbare data over tid og mellom land. Helseregnskapet ble revidert i 2011, og OECD har også analysert bruken av ulike indikatorer for utgifter til helsetjenesten i en egen rapport «Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project»(4).

Det store flertallet av land bruker nå helseregnskapet for innrapportering av data. Data som benyttes for å sammenligne helseutgifter etter ulike funksjoner har blitt bedre, og det er mindre rapporteringsforskjeller. Land som Belgia, Luxembourg og Nederland samt Danmark og Norge bruker mellom tjue og tretti prosent av utgiftene til pleie- og omsorg. Nytt av året er at Sverige nå rapporterer utgifter til pleie og omsorg på samme nivå som Danmark og Norge. I enkelte middelhavsland som Hellas og Portugal utgjør omsorg for de eldre og pleietrengende langt mindre del av den formelle økonomien. I Spania brukes ni prosent av utgiftene til denne sektoren. Når helseutgiftene fordeles mellom ulike typer tjenester, skiller Norge seg ut fra andre OECD-land på to områder.

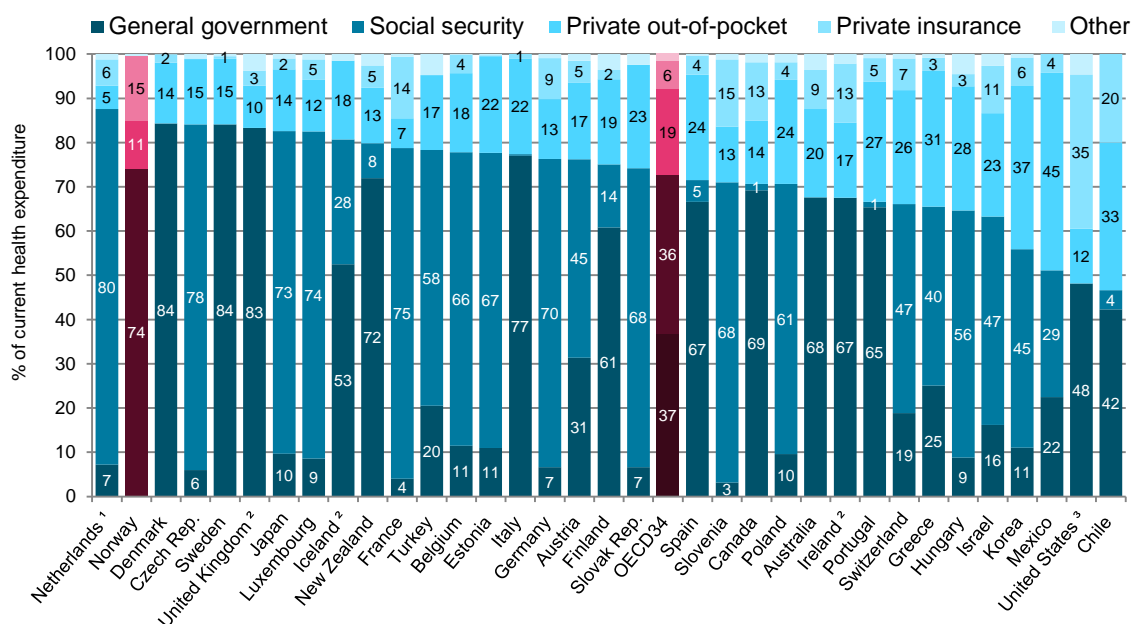


**Figur 10 Utgifter til helsetjenesten etter type tjenester**

Norge har fortsatt den høyeste andel av utgiftene til pleie- og omsorgsbehandling, og er foruten Danmark, det landet som bruker minst til legemidler og medisinsktekniske hjelpemidler (Figur 10 **Feil! Fant ikke referansekilden.**).

## Finansiering av tjenester

Finansiering av helsetjenesten kan studeres på flere måter. OECD har valgt å se på ulike kilder, som privat og offentlig finansiering. Det er relativt små forskjeller mellom de fleste landene når en ser på hvor stor andel det offentlige finansierer av helsetjenesten (Figur 11).



**Figur 11 Finansiering av helsetjenesten etter finansieringskilde**

Sosial forsikring regnes som en form for offentlig finansiering. Nederland som har høyest andel med 87 prosent offentlig finansiering av helsetjenesten, tett fulgt av Norge og Danmark hvor det offentlige finansierer 85 prosent. Gjennomsnittet for OECD34 er på 72 prosent offentlig finansiering. Det er 11 land hvor det offentlige finansierer mindre enn 70 prosent.

Årets rapport har også en indikator som viser helseutgiftenes andel av statsbudsjettet. Norge er nummer ni på listen som toppes av New Zealand, Sveits og Nederland. Sverige og Norge bruker begge 17 prosent av offentlige utgifter til helse. Forskjeller mellom landene i helseutgifter per innbygger gjenspeiler en rekke markedsmessige og sosiale faktorer samt de organisatoriske strukturene i hvert land.

---

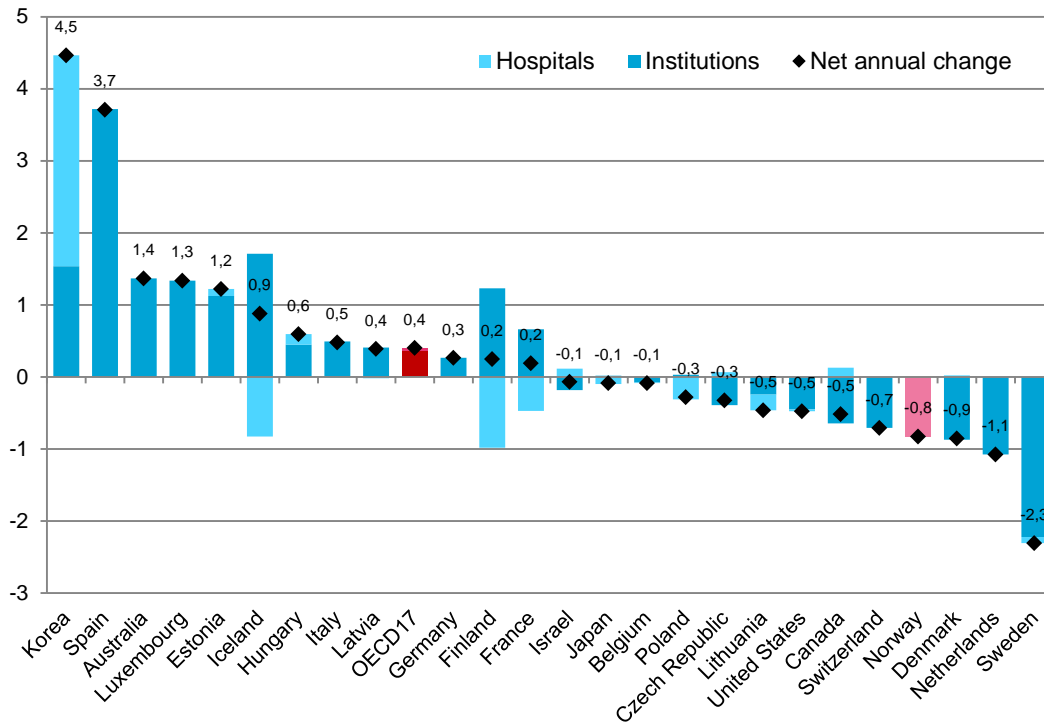
# Eldre og helsetjenester

Siden «Health at a Glance» i 2011 har rapportene hatt et eget temakapittel for Long Term Care (LTC), som på norsk ofte blir omsatt til pleie- og omsorgstjenester. I årets rapport ser OECD nærmere på endringer i befolkningssammensetning, helsestatus og særlige helsemessige utfordringer for eldre og på forhold i tilknytning til det tjenestebehovet eldre har. Utviklingen i levealder er om lag lik i de nordiske landene. Beregninger om forventet levealder etter fylte 65 år var i snitt tjue år for Norge Sverige, Finland og Island og nitten år i Danmark. Det betyr at i 2050 kan en regne med at hver tiende innbygger er over 80 år. Hvor mange av leveårene etter 65 år en kan forvente å ha god helse varierer i OECD-landene: fra fire år i Slovakia til femten år i Island og Norge, tett etterfulgt av Sverige og Danmark.

Hvordan en vurderer egen helse når en er 65 år er noe ulikt i OECD-landene. New Zealand, Canada, USA og Australia skårer høyest, tett fulgt av de nordiske landene (foruten Finland) og enkelte andre europeiske land. Det er viktig å være oppmerksom på at forskjellene ikke er entydige. Det kan finnes kulturelle forskjeller i hvordan en oppfatter og besvarer spørreskjema. Det er også slik at i de fire landene som skårer høyest benytter de en annen svarskala, og den er positivt skjev. Det betyr at de har flere positive svaralternativ, mens den svarskaalen som benyttes i de fleste OECD-landene, også de nordiske, er symmetrisk med like mange negative som positive svaralternativ. God helse i den eldre befolkningen i Norge indikeres også ved at det er få som opplever helsemessige begrensninger i daglig aktivitet.

Andelen som blir eldre øker, og en konsekvens er at flere rammes av demens. Antall som har demens i Norge er anslått til 15 av 1000 innbyggere. Det gjenspeiler gjennomsnittet i OECD-landene. Utviklingen av eldreomsorg, deriblant nedbygging av tradisjonelle sykehjem, er noe annerledes i Norge enn i nabolandene (26). Figur 12 viser hvordan dekningen av sengeplasser i institusjoner for eldre har endret seg. I Norge er det økning i antall enerom, dette har ført til færre sengeplasser (27). De fleste eldre med pleiebehov, mer en sytti prosent, mottar nå hjelp i hjemmet. Det er likt som i Sverige, USA er det landet som skårer lavest på å motta hjelp i hjemmet.

Average annual change in beds per 1 000 population aged 65 and over



**Figur 12** Utviklingen av sengeplasser per 1000 innbygger som er 65 år eller eldre



---

# Konklusjon

Resultatene som presenteres i «Health at a Glance 2015» viser at det er god helse og gode helsevaner i Norge sammenliknet med andre OECD-land.

Norske helseutgifter er høye. Samtidig leverer helsetjenesten resultater som er bedre enn OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. Det er fortsatt slik at Norge ikke leverer sammenliknbare data om kvalitet og resultater for viktige deler av helsetjenesten, som for eksempel uformell omsorg for eldre og informasjon om legemiddelpolitikk. Norge har heller ikke levert data om tilgang på medisinske tekniske hjelpemidler som MRI-enheter og CT-skannere.

Norge har fortsatt svært gode resultater på mange viktige områder, slik som hjerneslag og kreft. Kapittelet om kvalitet på helsetjenesten viser at det er stor forskjell på hvor mange land som kan levere data på de ulike indikatorene, og at det nettopp derfor er viktig at vi aktivt jobber for og utvikler gode kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer for helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt. I Norge har vi fått bedre tilgang på anonymiserte pasientidentifiserbare data for spesialisthelsetjenesten. Det bidrar til sikrere analyser og bedre grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak. Det er flere aktører som arbeider med å framskaffe gode data for kommunehelsetjenesten, og det er viktig med tilgang på gode sammenlignbare data som kan gi god styringsinformasjon.

OECD sitt arbeid med indikatorer for helse og helsetjeneste er et viktig bidrag til å bedre kvaliteten og tilgangen til data om helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt. Sammenlignbare data mellom landene gjør at vi kan identifisere svake og sterke sider ved helsetjenesten i ulike land, samt identifisere hvilke land som gjør det best på de ulike områdene. Ved å se på likheter og forskjeller i helsesystemene mellom de som kommer best ut og de som kommer dårligere ut, får en relevant kunnskap når en skal vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes for å bedre kvaliteten på tjenestene. Det er ønskelig at de internasjonale kvalitetsindikatorene også benyttes på nasjonalt nivå for å sammenligne mer direkte, både internasjonalt og nasjonalt.

Mer informasjon om helsetjenestene og helsepolitikken i det enkelte land finner en nå både på OECD sine hjemmesider og på sidene til European Observatory Health System and Policy Monitor (<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>).

---

# Litteraturliste

1. OECD. Health at a Glance 2015. Paris: OECD Publishing; 2015. (OECD Indicators).
2. OECD. Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. Paris: OECD Publishing; 2013. (OECD Health Policy Studies ).
3. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting Time Policies in the Health Sector, WHAT WORKS? Paris OECD Publishing; 2013. (OECD Health Policy Studies: Nr 75).
4. Koehlin F, et al. Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project. OECD Publishing; 2014. (OECD Health Working Papers).
5. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts: 2011 Edition. Paris: OECD Publishing; 2011
6. Hernæs KH, Brathaug AL. Helseregnskapet – et internasjonalt system. SSB Økonomiske analyser 2012;31(2):18-23.
7. Hernæs K. Health at a Glance 2015 – Norge i OECD-sammenheng. Norge nest best i mest, nesten.... Statistisk Sentralbyrå. [Oppdatert 04.11.2015; Lest 04.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-nest-best-i-mest-nesten>.
8. Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League Tables and Their Limitations: Statistical Issues in Comparisons of Institutional Performance. Journal of the Royal Statistical Society Series A (Statistics in Society) 1996;159(3):385-443.
9. Austin JM, Jha AK, Romano PS, Singer SJ, Vogus TJ, Wachter RM, et al. National hospital ratings systems share few common scores and may generate confusion instead of clarity. Health Aff (Millwood) 2015;34(3):423-430.
10. Davis K, Stremikis K, Schoen C, Squires D. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally: June 2014. New York: The Commonwealth Fund; 2014
11. Saunes IS, Helgeland J, Lindahl AK. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten; 2014. (Notat fra Kunnskapssenteret, Kommentarer til OECD-rapport, Desember 2014).
12. Nguyen KN, Helgeland J. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Notat fra Kunnskapssenteret desember 2009).
13. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.

14. Prioritering på ny : gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 31. mai 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. mai 1997. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning; 1997. (NOU 1997:18).
15. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 12. november 2014. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2014. (NOU 2014:12).
16. Legemiddelmeldingen: Riktig bruk-bedre helse. Meld. St. 28 (2014-2015).
17. På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Oktober 2015.
18. Kjøber T, Vigran Å. Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet 2011;25(2):58-62.
19. Helse- og sosialpersonell, 2014, 4. kvartal Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 2015; Lest 19.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2015-06-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=229479>
20. Lindman AS, Hassani S, Kristoffersen DT, Tomic O, Dimoski T, Helgeland J. 30-dagers overlevelse og reinnleggelse ved norske sykehus for 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2014. (Notat fra Kunnskapssenteret, Kvalitetsmåling, November 2014).
21. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Helsedirektoratet. [Oppdatert 19.06.2013; Lest 13.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/sites/antibiotikabruk-i-sykehus/generelle-kapitler/rasjonell-antibiotikabruke/Sider/default.aspx>.
22. OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013. (Health at a Glance 2013).
23. Nome S. The Burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades. A prospective longitudinal clinical study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility. Bergen: University of Bergen; 2014
24. Sjetne IS, Skudal KE, Haugum M, Bjertnæs ØA, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21 - 2014).
25. Melberg HO. Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenlignet med andre land? Oslo: Stortingets utredningsseksjon 2012. (Perspektiv 3/2012).
26. Daatland SO, Otnes B. Skandinaviske trender i eldreomsorgen: Institusjon eller omsorgsbolig? Samfunnsspeilet 2015;29(3):15-22.
27. Ringard A, Sagan A, Saunes IS, Lindahl AK. Norway: health system review. Health Syst Transit 2013;15(8):1-162.

---

## Vedlegg: OECDs medlemsland

AUSTRALIA	-MEDLEM FRA 7. JUNI 1971
BELGIA	-MEDLEM FRA 13. SEPTEMBER 1961
CANADA	-MEDLEM FRA 10. APRIL 1961
CHILE	-MEDLEM FRA 7. MAI 2010
DANMARK	-MEDLEM FRA 30. MAI 1961
FINLAND	-MEDLEM FRA 28. JANUAR 1969
ESTLAND	-MEDLEM FRA 9. DESEMBER 2010
FRANKRIKE	-MEDLEM FRA 7. AUGUST 1961
HELLAS	-MEDLEM FRA 27. SEPTEMBER 1961
IRLAND	-MEDLEM FRA 17. AUGUST 1961
ISLAND	-MEDLEM FRA 5. JUNI 1961
ISRAEL	-MEDLEM FRA 7. SEPTEMBER 2010
ITALIA	-MEDLEM FRA 29. MARS 1962
JAPAN	-MEDLEM FRA 28. APRIL 1964
LUXEMBOURG	-MEDLEM FRA 7. DESEMBER 1961
MEXICO	-MEDLEM FRA 18. MAI 1994
NEDERLAND	-MEDLEM FRA 13. NOVEMBER 1961
NEW ZEALAND	-MEDLEM FRA 29. MAI 1973
NORGE	-MEDLEM FRA 4. JULI 1961
POLEN	-MEDLEM FRA 22. NOVEMBER 1996
PORTUGAL	-MEDLEM FRA 4. AUGUST 1961
SLOVAKIA	-MEDLEM FRA 14. DESEMBER 2000
SLOVENIA	-MEDLEM FRA 21. JULI 2010
SPANIA	-MEDLEM FRA 3. AUGUST 1961
STORBRIANNIA	-MEDLEM FRA 2. MAI 1961
SVEITS	-MEDLEM FRA 28. SEPTEMBER 1961
SVERIGE	-MEDLEM FRA 28. SEPTEMBER 1961
SØR-KOREA	-MEDLEM FRA 12. DESEMBER 1996
TSJEKKIA	-MEDLEM FRA 21. DESEMBER 1995
TYRKIA	-MEDLEM FRA 2. AUGUST 1961
TYSKLAND	-MEDLEM FRA 27. SEPTEMBER 1961
UNGARN	-MEDLEM FRA 7. MAI 1996
USA	-MEDLEM FRA 12. APRIL 1961
ØSTERRIKE	-MEDLEM FRA 29. SEPTEMBER 1961

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)  
Notat: ISBN 978-82-8121-982-3

**November 2015**