

DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN
I INTERNATIONALT PERSPEKTIV

2010

November 2010

Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: international, sammenligning, sundhed, statistik, indikatorer, OECD

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 2,0

Versionsdato: 29.11.2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-119-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2010.

For spørgsmål vedrørende publikationens indhold kan følgende kontaktes:
Fuldmægtig Margrethe Eberth (mae@sst.dk / 72 22 77 02)
Student Carsten Rødseth Barsøe (crb@sst.dk / 72 22 76 93)

Indhold

1	Indledning og sammenfatning	6
1.1	Hvad indeholder sammenligningen?	6
1.2	Hovedkonklusioner	7
1.2.1	Sundhedsudgifter (kapitel 2)	7
1.2.2	Sundhedsfagligt personale (kapitel 3)	9
1.2.3	Aktivitet (kapitel 4)	12
1.2.4	Ressourceanvendelse og produktivitet (kapitel 5)	12
1.2.5	Kvalitet i behandlingen (kapitel 6)	13
1.2.6	Livsstil – rygning, alkohol og svær overvægt (kapitel 7)	15
1.2.7	Middellevetid (kapitel 8)	16
1.2.8	Dødelighed (kapitel 9)	17
2	Sundhedsudgifter	20
2.1	Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger 2008	21
2.2	Gennemsnitlig årlig vækst i sundhedsudgifter 1970-2008	22
2.3	Sundhedsudgifternes andel af BNP 2008	23
2.4	Sundhedsudgifternes andel af BNP 2001-2008	24
2.5	Andel offentlig finansiering af sundhedsvæsenet 2008	25
3	Sundhedsfagligt personale	26
3.1	Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse 2008	27
3.2	Speciallæger (ekskl. almen medicin) 2008	30
3.3	Speciallæger i almen medicin 2008	31
3.4	Nyuddannede læger 2008	32
3.5	Nyuddannede læger 2001-2008	33
3.6	Læger uddannet i udlandet 2001-2008	34
3.7	Autoriserede læger 2008	35
3.8	Sygeplejersker 2008	36
3.9	Sygeplejersker 2001-2008	37
4	Aktivitet	38
4.1	Stationære og ambulante operationer 2008	39
4.2	Stationære og ambulante operationer 2001-2008	41
4.3	Ambulante operationers andel af samlede operationer 2001-2008	43
4.4	Udskrivninger 2008	44
4.5	Udskrivninger 2001-2008	45

5	Ressourceanvendelse og produktivitet	46
5.1	Liggetid 2008	47
5.2	Liggetid for hospitalspatienter 2001-2008	49
6	Kvalitet i behandlingen	50
6.1	Kvalitet i behandlingen på kræftområdet	51
6.1.1	Overlevelsesserater for brystkræft 2002-2007	51
6.1.2	Overlevelsesserater for livmoderhalskræft 2002-2007	52
6.1.3	Overlevelsesserater for tyk/endetarmskræft 2002-2007	53
6.1.4	Screeningsrater for livmoderhalskræft 2006	54
6.2	Kvalitet i behandlingen af akutte sygdomme	55
6.2.1	30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen 2007	55
6.2.2	30-dages dødelighed efter indlæggelse for hjerneblødning 2007	56
6.2.3	30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjertet 2007	57
6.3	Kvalitet i behandlingen af kroniske sygdomme	58
6.3.1	Astmaindlæggelser 2007	58
6.3.2	Astmadødelighed 2005	59
6.4	Kvalitet i forebyggelsen af smitsomme sygdomme	60
6.4.1	Influenzavaccination af ældre 2007	60
6.4.2	Kighostevaccination 2008	61
6.4.3	Mæslingevaccination 2008	62
7	Livsstil: Rygning, alkohol og svær overvægt	63
7.1	Andel daglige rygere 2008	64
7.2	Udvikling i andel daglige rygere 2001-2008	65
7.3	Alkoholforbrug 2008	66
7.4	Udvikling i alkoholforbruget 2001-2008	67
7.5	Andel svært overvægtige fordelt på køn 2008	68
7.6	Udvikling i andel svært overvægtige	69
8	Middellevetid	70
8.1	Middellevetid 2008	71
8.2	Middellevetid 2001-2008	72
8.3	Middellevetid for kvinder 2008	73
8.4	Middellevetid for kvinder 2001-2008	74
8.5	Middellevetid for mænd 2008	75
8.6	Middellevetid for mænd 2001-2008	76
8.7	Potential Years of Life lost (PYLL) 2007	77
8.8	Potential Years of Life lost (PYLL) 2001-2007	78

9	Dødelighed	79
9.1	Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2007	80
9.2	Udvikling i dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2001-2007	81
9.3	Dødelighedsrater for blodprop i hjertet 2007	82
9.4	Udvikling i dødelighedsrater for blodprop i hjertet 2001-2007	83
9.5	Dødelighedsrater for kræft 2007	84
9.6	Udvikling i dødelighedsrater for kræft 2001-2007	85
9.7	Antallet af nye kræfttilfælde 2000-2008	86
9.8	Dødelighedsrater for selvmord 2007	87
9.9	Udvikling i dødelighedsrater for selvmord 2001-2007	88
9.10	Dødelighedsrater for børnedødelighed 2008	89
9.11	Dødelighedsrater for børnedødelighed 2001-2008	90
9.12	Befolkningens selvopfattede sundhedstilstand 2008	91
9.13	Udvikling i befolkningens selvopfattede sundhedstilstand 1991-2005	92
10	English Summary	93
10.1	Issues covered by the analysis	93
10.2	Main conclusions	94
	10.2.1 Health expenditures (chapter 2)	94
	10.2.2 Health employment (chapter 3)	95
	10.2.3 Activity (chapter 4)	95
	10.2.4 Use of resources and productivity (chapter 5)	95
	10.2.5 Quality of care (chapter 6)	96
	10.2.6 Lifestyle – smoking, alcohol and obesity (chapter 7)	97
	10.2.7 Life Expectancy (chapter 8)	97
	10.2.8 Mortality (chapter 9)	98
11	Bilag 1: Data	99
11.1	Kapitel 2 – Sundhedsudgifter	99
11.2	Kapitel 3 – Sundhedsfagligt personale	101
11.3	Kapitel 4 – Aktivitet i sundhedssektoren	105
11.4	Kapitel 5 – Ressourceanvendelse og produktivitet på sygehuse	108
11.5	Kapitel 6 – Kvalitet i behandlingen	110
11.6	Kapitel 7 - Livsstil: Rygning, alkohol og svær overvægt	114
11.7	Kapitel 8 - Middellevetid	116
11.8	Kapitel 9 - Dødelighed	118

1 Indledning og sammenfatning

1.1 Hvad indeholder sammenligningen?

Med denne publikation ønsker Sundhedsstyrelsen at sammenligne det danske sundhedsvæsen med sundhedsvæsenet i de lande, vi normalt sammenligner os med på sundhedsområdet blandt de nordiske og andre europæiske lande: Sverige, Norge, Finland, Storbritannien, Tyskland, Frankrig og Nederlandene. Disse lande er udvalgt, fordi såvel landenes sundhedssystemer som befolkningens livsstil gør en sammenligning med det danske sundhedsvæsen og den danske befolknings livsstil og sundhedstilstand relevant.

Publikationen har tidligere været udgivet i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Som følge af en reorganisering af opgaver mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen vil publikationen fremadrettet blive udgivet af Sundhedsstyrelsen, der har ansvar for data og dokumentation på sundhedsområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav desuden i februar 2010 en international benchmarking af det danske sygehusvæsen, hvor det danske sygehusvæsen sammenlignes med andre landes sygehusvæsen. Denne publikation kan findes på www.im.dk.

Publikationen ”Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv” indeholder internationale sammenligninger inden for følgende områder:

- sundhedsudgifter
- sundhedsfagligt personale
- aktivitet
- ressourceanvendelse og produktivitet
- kvalitet i behandlingen
- livsstil
- middellevetid
- dødelighed

Den internationale sammenligning er baseret på oplysninger, som indsamles regelmæssigt af OECD. Disse OECD-oplysninger dækker store dele af sundhedsområdet og anvendes ofte i internationale sammenligninger af sundhedssystemer. De enkelte indikatorer til denne publikation er udvalgt, så de bredt dækker sundhedsvæsenet. Samtidig har kriterierne for udvælgelse af indikatorerne været, at de tilgængelige data skulle være sammenlignelige, så opdaterede som muligt og af en rimelig kvalitet.

For alle emner berørt i publikationen er valget af indikatorer dog begrænset af tilgængelige internationale data. De indikatorer, der er at finde i publikationen, giver

derfor ikke nødvendigvis et endegyldigt og fuldt dækkende billede af emnerne og sundhedsvæsenet generelt.

OECD og medlemslandene arbejder løbende på at sikre datakvaliteten og forbedre sammenligneligheden af oplysningerne om sundhedsområdet i de enkelte medlemslande. På en lang række områder er det vanskeligt at sammenligne OECD-landenes sundhedssystemer på grund af forskelle i dataopgørelses- og indberetningsmetoder. Internationale sammenligninger må derfor altid foretages med forbehold for de forskelle, der er i de enkelte landes måder at opgøre, registrere og indberette data.

Selvom landene i sammenligningen er udvalgt med sammenlignelighed for øje, eksisterer der forskelle. Forskellene findes såvel i landenes organisering af sundhedsvæsenet som i befolkningernes sundhedstilstand. F.eks. kan landenes forskellige fordeling af sundhedsopgaver i hhv. sygehussektor, praksissektor og den kommunale sundhedssektor bl.a. påvirke størrelsen af landenes sygehusudgifter og opgørelser af sygehuspersonale.

I sammenligningen indgår også gennemsnittet for EU-15-landene, som var medlemmer af EU før udvidelsen den 1. maj 2005. EU-15-landene er Belgien, Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Luxembourg, Nederlandene, Portugal, Spanien, Sverige, Storbritannien, Tyskland og Østrig.

Endelig indgår gennemsnittet for OECD-landene¹. OECD-landene er pr. 1. juli 2010 Australien, Belgien, Canada, Chile, Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Island, Italien, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Nederlandene, Norge, New Zealand, Polen, Portugal, Slovakiet, Schweiz, Spanien, Sverige, Storbritannien, Tjekkiet, Tyrkiet, Tyskland, Ungarn, USA og Østrig. Siden 1. juli 2010 er Israel og Slovenien også blevet medlemmer af OECD.

I det følgende præsenteres en mere detaljeret gennemgang af publikationens hovedkonklusioner struktureret omkring publikationens kapiteloverskrifter.

1.2 Hovedkonklusioner

1.2.1 Sundhedsudgifter (kapitel 2)

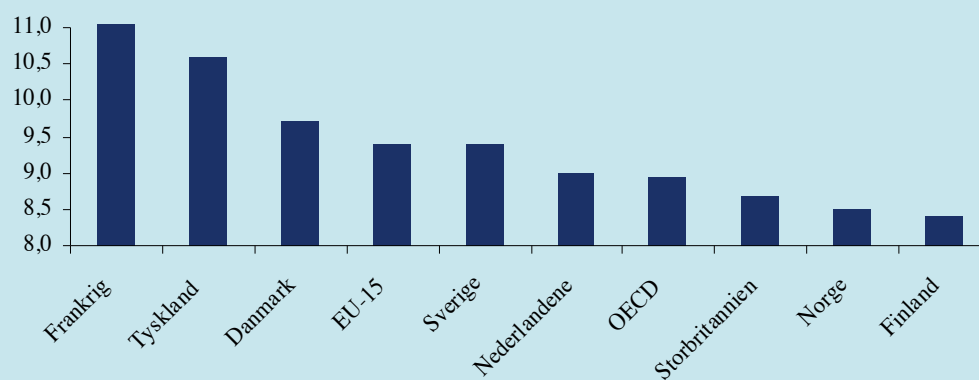
De danske sundhedsudgifter ligger relativt højt. Danmark bruger i 2007 godt 30.000 kr. pr. indbygger på sundhedsområdet, hvilket er mere end gennemsnittet for OECD og EU-15. Den årlige vækst i sundhedsudgifter i Danmark har i perioden 2000-2007 ligget på 3,7 pct., hvilket er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

De danske sundhedsudgifter udgør 9,7 pct. af BNP, hvilket er et højere niveau end gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. figur 1.1. Høje sundhedsudgifter er ikke ensbetydende med, at borgerne får den bedste kvalitet i behandlingen, og at der sik-

¹ OECD-gennemsnittet er beregnet som et simpelt gennemsnit af landene. Der tages således ikke højde for landenes relative BNP, befolkningsstørrelse eller lignende. Gennemsnittet er beregnet, såfremt der har været data til rådighed for minimum 20 ud af de 31 OECD-lande.

res mest mulig sundhed for pengene. Det er derfor centralt også at have fokus på bl.a. ressourceanvendelse og kvalitet.

Figur 1.1 Samlede sundhedsudgifters andel af BNP 2008, pct.

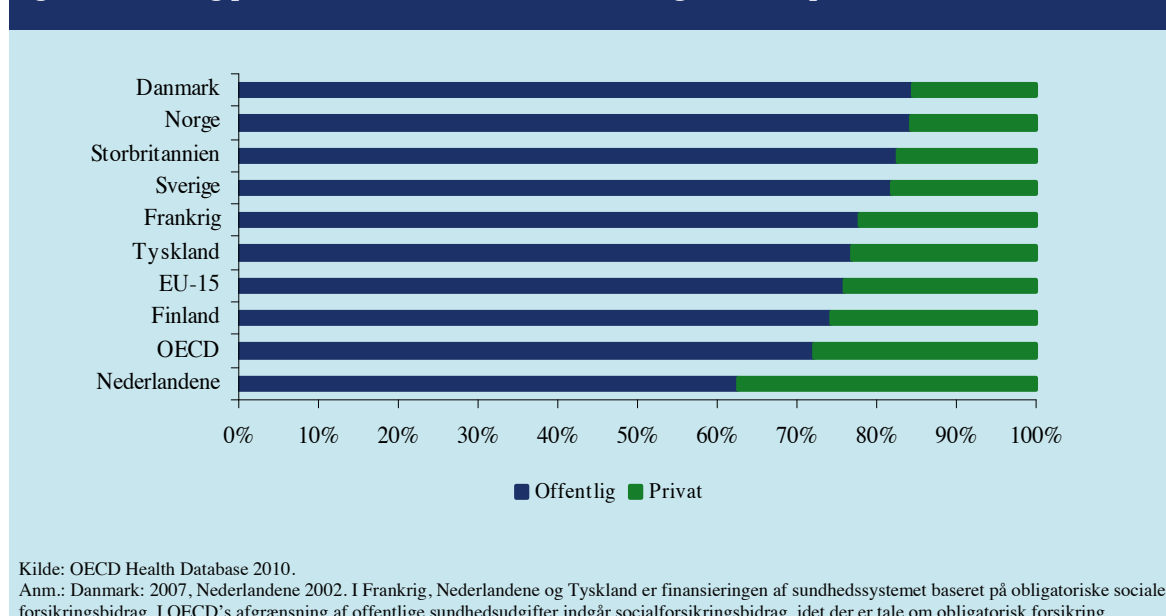


Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Danmark: 2007. Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet.

I Danmark udgør de offentlige sundhedsudgifter 84,5 pct. af de samlede sundhedsudgifter, hvilket er den højeste andel i sammenligningen, jf. figur 1.2.

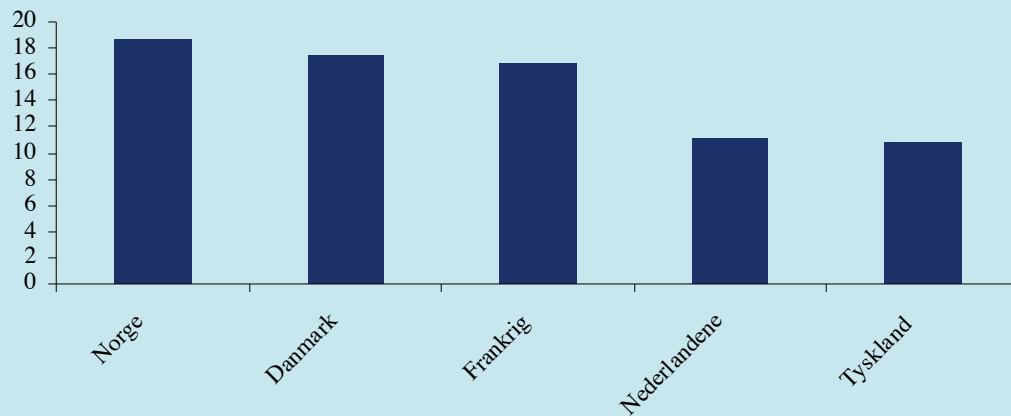
Figur 1.2 Offentlig/privat andel af de samlede sundhedsudgifter 2008, pct.



1.2.2 Sundhedsfagligt personale (kapitel 3)

Der er relativt mange fuldtidsbeskæftigede på sygehuse i Danmark. I Danmark er der i 2008 ca. 17,4 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, hvilket er et lavere niveau end Norge, der har flest fuldtidsbeskæftigede på sygehuse, jf. figur 1.3.

Figur 1.3 Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse 2008, alt personale, pr. 1.000 indbyggere

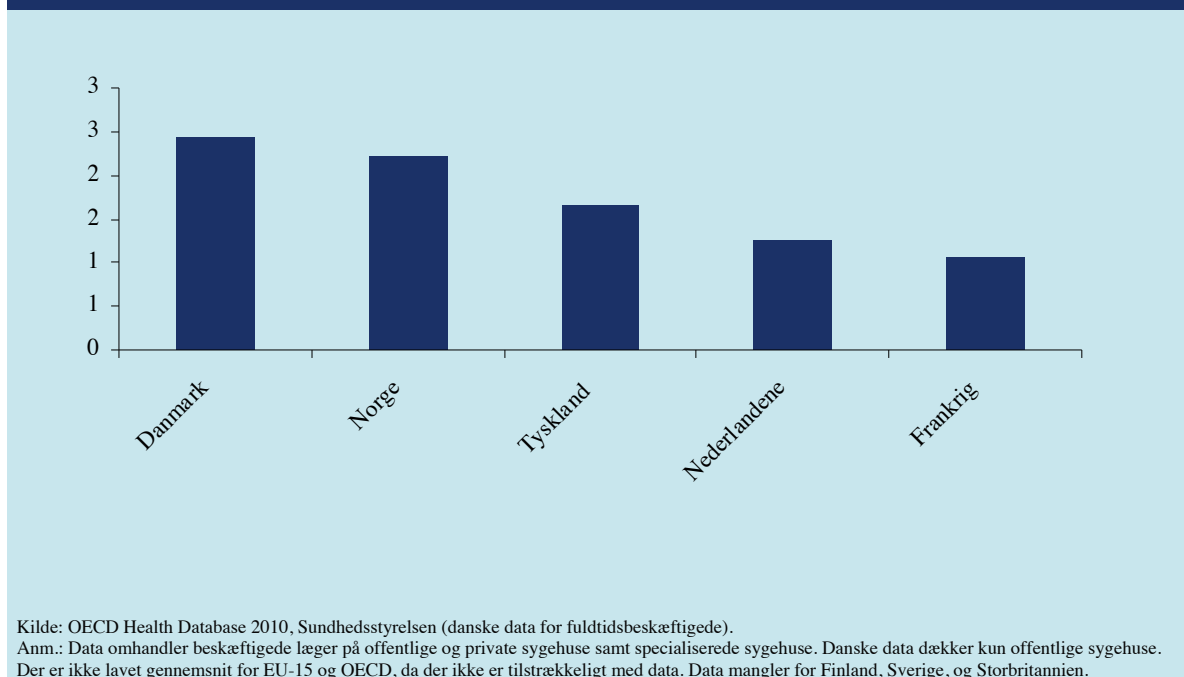


Kilde: OECD Health Database 2010, Sundhedsstyrelsen (danske data for fuldtidsbeskæftigede).

Anm.: Data omhandler alle beskæftigede på offentlige og private sygehuse samt specialiserede sygehuse. Danske data dækker kun offentlige sygehuse. Der er ikke lavet gennemsnit for EU-15 og OECD, da der ikke er tilstrækkeligt med data. Data mangler for Finland, Sverige, og Storbritannien.

Danmark har med ca. 2,4 fuldtidsbeskæftigede læger på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere flere læger på sygehus end i de andre lande i sammenligningen, jf. figur 1.4. Data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse er i Danmark baseret på lønoplysninger. I 2. kvartal 2008 var der i Danmark konflikt på sundhedsområdet, herunder sygehuse, hvilket kan påvirke danske data for 2008 for antallet af fuldtidsbeskæftigede på sygehuse.

Figur 1.4 Fuldtidsbeskæftigede læger på sygehuse 2008, pr. 1.000 indbyggere



I Danmark er der ca. 2,7 speciallæger med patientkontakt (eksklusiv almen medicin) pr. 1.000 indbyggere, hvilket er højere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.² Ydermere er der i Danmark ca. 0,7 speciallæge i almen medicin med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere, hvilket er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

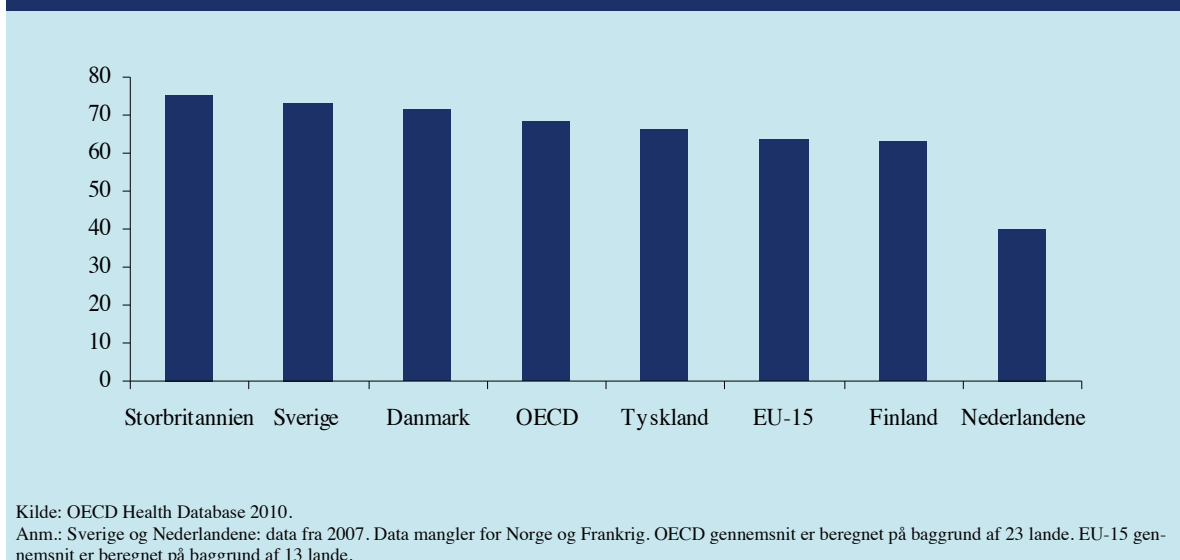
Danmark uddanner relativt mange læger. I Danmark uddannes flere læger pr. 100.000 indbyggere end i de øvrige lande i sammenligningen og gennemsnittet for EU-15 og OECD.

² OECD har i OECD Health Data 2010 ændret i kategorierne for sundhedsfagligt personale, hvilket giver enkelte ændringer sammenlignet med data fra OECD Health Data 2009. I denne forbindelse er de danske data for speciallæger med patientkontakt blevet gennemgået og valideret på ny, hvilket har medført ændringer i danske data.

1.2.3 Aktivitet (kapitel 4)

I kapitlet ses på aktivitet på sygehuse. I 2008 blev der i Danmark udført knap 72 operationer på indlagte patienter pr. 1.000 indbyggere, hvilket er et højere aktivitetsniveau end gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. figur 1.5. Desuden udførtes godt 70 ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere.

Figur 1.5 Stationære operationer 2008, pr. 1.000 indbyggere



Antallet af operationer i Danmark er fra 2001 til 2007 steget. I 2008 faldt antallet af operationer i Danmark, hvilket kan henføres til, at der i 2. kvartal 2008 i Danmark var konflikt på sundhedsområdet, herunder sygehusene. I Danmark udgør ambulante operationer ca. halvdelen af alle operationer, hvilket er højere end EU-15-gennemsnittet.

Danmark havde med knap 16.000 udskrivninger pr. 100.000 indbyggere i 2008 lidt flere udskrivninger end gennemsnitligt i OECD og færre udskrivninger end gennemsnitligt i EU-15.

1.2.4 Ressourceanvendelse og produktivitet (kapitel 5)

Ressourceanvendelse og produktivitet vedrører forholdet mellem det, der er blevet produceret og hvor mange ressourcer (input), der er blevet anvendt til at producere det pågældende output. I kapitlet ses på ressourceanvendelse og produktivitet på sygehuse.

Gennemsnitlig liggetid har en positiv sammenhæng med effektiv ressourceanvendelse. Danmark har med en gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter på 3,5 dage de laveste gennemsnitlige liggetider sammenlignet med de andre lande og gennemsnittet for EU-15 og OECD.

På linje med øvrige emner berørt i publikationen er valget af indikatorer begrænset af tilgængelige internationale data. Derfor giver indikatorerne i kapitlet ikke et endegyldigt og fuldt dækkende billede af ressourceanvendelse og produktivitet inden for sygehusvæsenet.

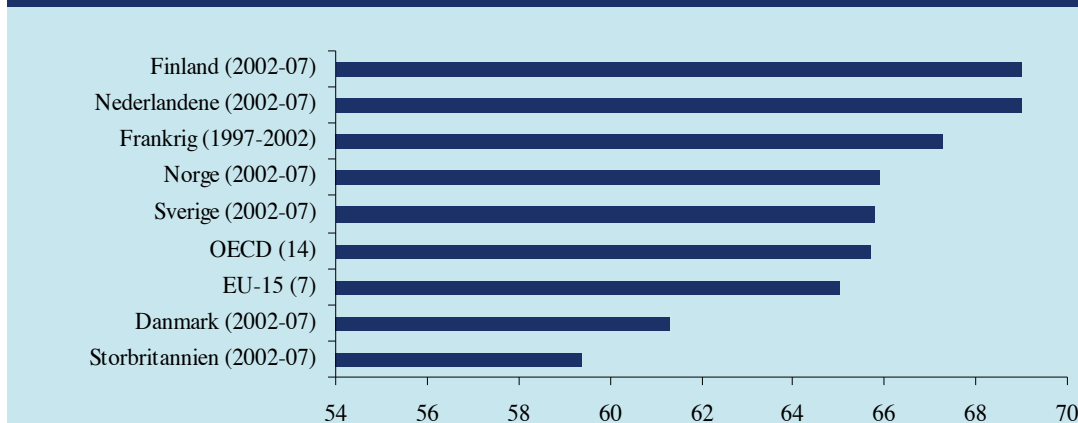
1.2.5 Kvalitet i behandlingen (kapitel 6)

Internationalt er der på kvalitetsområdet indikatorer for visse kræftformer, akutte og kroniske sygdomme, samt forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Der er ikke kvalitetsindikatorer for alle behandlingsområder. Internationalt arbejdes bl.a. i regi af OECD på at udvikle flere sammenlignelige indikatorer for kvalitet i behandlingen. Indikatorerne for kvalitet i behandlingen opdateres generelt kun hvert andet år i modsætning til andre områder, hvor data opdateres hvert år.

Overlevelsesrater efter indlæggelse for hjerte-karsygdomme og kræftsygdomme er et udtryk for den kliniske kvalitet, dvs. ”outcome” af behandlingen. De to sygdomsområder repræsenterer de største dødelighedsrater på tværs af landene i sammenligningen.

Danske kræftpatienter har relativ lav overlevelse sammenlignet med kræftpatienter i de øvrige lande i sammenligningen. For både livmoderhalskræft og tyk/endetarmskræft har Danmark lavere overlevelsesrater end gennemsnittet for OECD og EU-15, jf. figur 1.6 og 1.7.

Figur 1.6 5-års relative overlevelsesrater for livmoderhalskræft, pct., 2002-2007

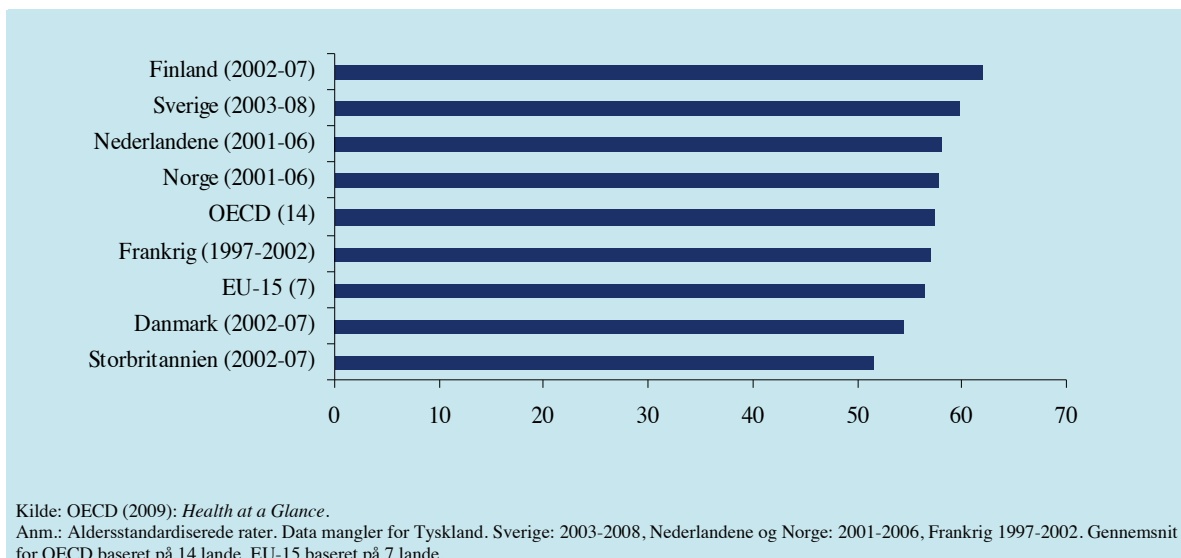


Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*.

Anm.: Aldersstandardiserede rater. Data mangler for Tyskland. Data for Frankrig 1997-2002. Gennemsnit for OECD baseret på 14 lande, EU-15 baseret på 7 lande.

Tyk/endetarmskræft er den tredjehyppigste kræftform for både mænd og kvinder.

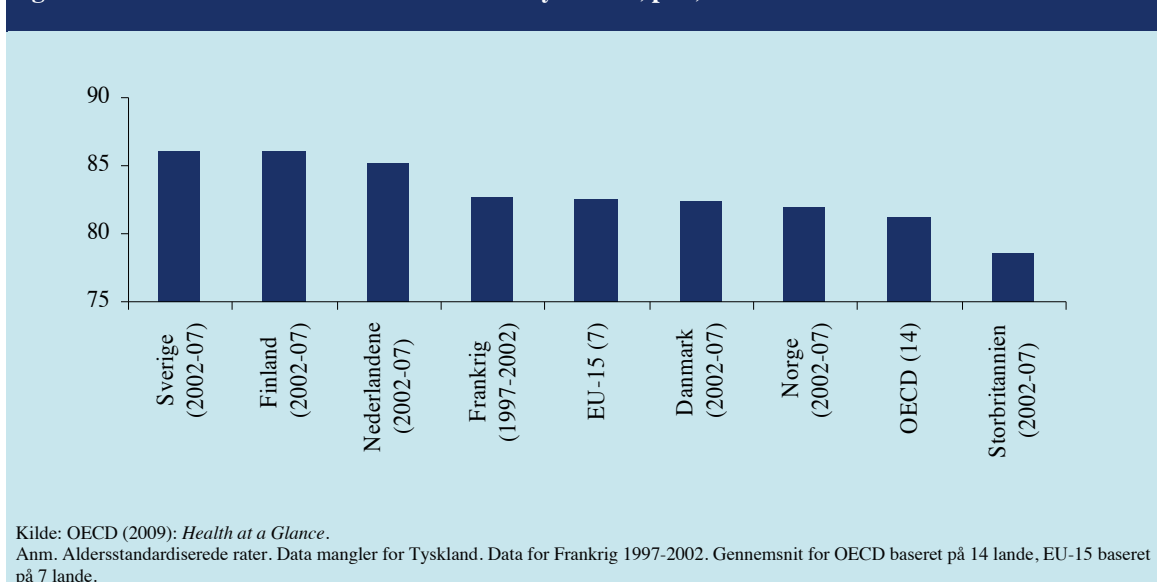
Figur 1.7 5-års relative overlevelsesrater for tyk/endetarmskræft 2002-2007, pct.



For brystkræft har Danmark en højere overlevelsesrate end gennemsnittet for OECD, men en lavere overlevelsesrate end gennemsnittet for EU-15, jf. figur 1.8. Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt danske kvinder.

Data på kræftområdet omhandler patienter, der er diagnosticeret i 2002, og den relative overlevelse er beregnet for 2007. For de tre kræftformer er data et udtryk for behandlingskvalitet på kræftområdet, før kræftpakkerne blev indført i Danmark.

Figur 1.8 5-års relative overlevelsesrater for brystkræft, pct., 2002-2007



Danmark ligger højt placeret i forhold til andre lande på behandling af hjerte-karsygdomme. For 30-dages dødeligheden efter indlæggelse for hjerneblødning er dødeligheden i Danmark lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD. For 30-dages dødeligheden efter indlæggelse for blodprop i hjernen og blodprop i hjertet (AMI) har Danmark de laveste dødeligheder i sammenligningen, jf. figur 1.9.

Figur 1.9 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI) 2007, pct.



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*.

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005.

For kvalitet i behandlingen af kroniske sygdomme sammenlignes internationalt indikatorer vedrørende astmaindlæggelser og -dødelighed. For begge ligger Danmark lavere end gennemsnittet for OECD og EU-15. For kvalitet i forebyggelsen af smitsomme sygdomme sammenlignes vaccinationsudbredelsen på tre områder. For alle tre ligger vaccinationsudbredelsen i Danmark lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

1.2.6 Livsstil – rygning, alkohol og svær overvægt (kapitel 7)

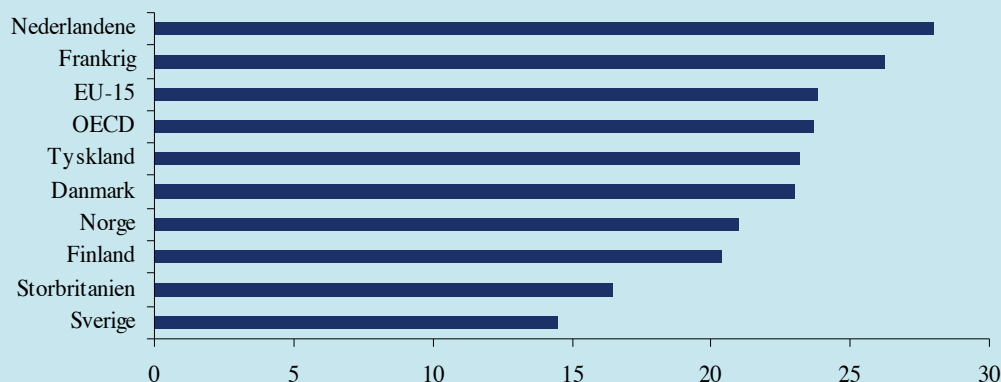
Borgernes livsstil har stor betydning for udviklingen af sygdomme og forbruget af sundhedsydelse. Desuden påvirker livsstil antallet af leveår og antallet af gode leveår. I kapitlet sammenlignes tre væsentlige risikofaktorer i form af tobak, alkohol og svær overvægt.

Tobak er en afgørende risikofaktor for bl.a. to af de største årsager til for tidlig død i OECD-landene, nemlig kredsløbssygdomme og en række former for kræft. Sygdomme som følge af rygning udvikler sig typisk over en lang årrække. Derfor har andelen af rygere mange år tilbage i tiden indflydelse på det sygdomsbillede, der ses i dag.

Den relativt lave danske middellevetid, jf. kap. 9 om middellevetid, forbindes ofte med et højt forbrug af alkohol og tobak i Danmark. Siden 2001 er der sket ændringer i forbruget af alkohol og tobak i Danmark.

I Danmark ryger 23,0 pct. af befolkningen over 15 år dagligt i 2008, hvilket er færre end gennemsnittet for OECD og EU-15 på hhv. 23,7 pct. og 23,8 pct., jf. figur 1.10.

Figur 1.10 Andel daglige rygere af samlet befolkning 2008, pct.



Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Tyskland: 2005 data, Sverige: 2006 data. Gennemsnit for OECD og EU-15 beregnet med 2008 data eller seneste data for landene. Data viser andelen af daglige rygere på 15 år og derover.

Andelen af daglige rygere i Danmark er i gennemsnit faldet med 3,5 pct. årligt i perioden 2001-2008, hvor gennemsnittet for EU-15 er 1,3 pct.

Alkohol er ligeledes en væsentlig risikofaktor, idet et for højt forbrug kan være med til at forårsage kredsløbssygdomme og nogle former for kræft. Danmark har et relativt højt alkoholforbrug pr. indbygger. På trods af, at Danmark har oplevet et relativt stort fald i alkoholforbrug i forhold til de andre lande i sammenligningen, har Danmark stadig et højere alkoholforbrug end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

Danmark har en lavere andel svært overvægtige end gennemsnittet for OECD og EU-15-landene. Andelen af svært overvægtige er steget de sidste 10-15 år i Danmark. Samme tendens ses i de lande, vi normalt sammenligner os med. Overvægt er et stigende problem i OECD-landene. Overvægt kan bl.a. være med til at forårsage type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme og visse former for kræft.

1.2.7 Middellevetid (kapitel 8)

Middellevetiden indikerer, hvor lang tid en nyfødt kan forvente at leve. Middellevetiden i et land er tæt forbundet med befolkningens sygelighed og dødelighed. Disse bestemmes bl.a. af livsstil og levevilkår. Risikoadfærd som eksempelvis rygning, højt alkoholbrug, usund kost og for lidt motion er tæt forbundet med forskellige sygdomme og for tidlig død. Forskelle i middellevetid på tværs af landene afspejler derfor også andre forhold end et lands sundhedsvæsen og indsatsen heri.

I 2008 lå middellevetiden i Danmark i gennemsnit på 78,8 år for den samlede befolkning, hvilket er lavere end samtlige lande, vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. figur 1.11.

Figur 1.11 Middellevetid for samlet befolkning 2008, antal år



Danmark har siden 2001 oplevet en fremgang på 1,8 år i den forventede middellevetid for hele befolkningen. Fremgangen er på niveau med gennemsnittet for EU-15 og større end gennemsnittet for OECD.

De danske kvinders middellevetid er i 2008 i gennemsnit 81,0 år, hvilket er godt et år under gennemsnittet for OECD og knap 2 år under gennemsnittet for EU-15. Siden 2001 er middellevetiden for kvinder i Danmark i gennemsnit steget med 1,7 år, hvilket er den største stigning i sammenligningen.

Danske mænds middellevetid er i 2008 væsentligt lavere end gennemsnittet for EU-15 og de øvrige lande i sammenligningen, undtagen Finland. Danske mænds middellevetid er i 2008 på niveau med Finland og gennemsnittet for OECD. I perioden 2001-2008 er danske mænds middellevetid i gennemsnit steget med 1,8 år, hvilket er en lavere stigning end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

I Danmark er der i 2006 3.410 Potential Years of Life lost (Pyll) pr. 100.000 indbyggere. Kun i Finland og gennemsnittet for OECD er denne indikator for for tidlig død i en befolkning større. I perioden 2001-2006 er der for Danmark sket et fald i Pyll pr. 100.000 indbyggere.

1.2.8 Dødelighed (kapitel 9)

Dødelighedsrater indikerer antallet af borgere, der dør af bestemte sygdomme. I kapitlet gives et indblik i udviklingen i dødelighed på baggrund af dødelighedsrater for bl.a. de hyppigst forekommende dødsårsager i Danmark, som er hjertekarsygdomme og kræft.

De danske dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom (forsnævring af kranspulsåren) og blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD. Danmark har i perioden 2001-2006 oplevet det højeste gennem-

snitlige årlige fald i dødeligheden for iskæmisk hjertesygdom og for blodprop i hjertet blandt de lande, vi normalt sammenligner os med.

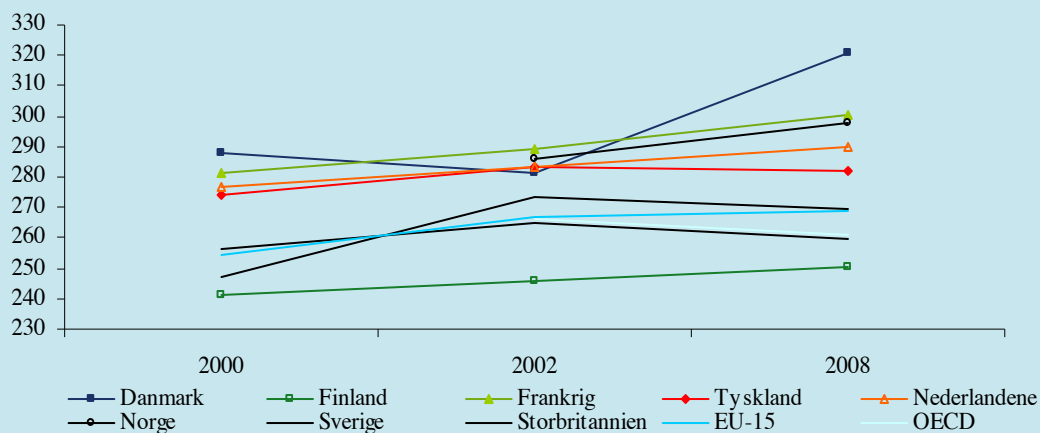
I 2006 døde 199,4 pr. 100.000 indbyggere af kræft i Danmark, hvilket er det højeste antal blandt de lande, som vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. figur 1.12.

Figur 1.12 Dødelighedsrater for kræft 2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



Kræftdødeligheden i Danmark er faldet fra 2001 til 2002, hvorefter den har været nogenlunde uændret. Dette skyldes bl.a., at relativt mange danskere får kræft. I 2008 var der i Danmark 321,1 nye tilfælde af kræft pr. 100.000 indbyggere (incidensraten). Med undtagelse af 2002 ligger Danmark med den højeste incidensrate for kræft blandt de lande, som indgår i sammenligningen, jf. figur 1.13.

Figur 1.13 Incidensrater for kræft samlet set 2000-2008, pr. 100.000 indbyggere



Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Incidensraterne er standardiseret ift. "World Standard Population" 1960 og bygger på tal fra International Agency for Research on Cancer (IARC). Norge: mangler data for 2000. Ikke tilstrækkelig med data til at lave OECD-gennemsnit for 2000.

Selvmoordsrater og børnedødelighed indgår ofte i internationale sammenligninger for at give et billede af dødeligheden blandt befolkningsgrupper med psykiske lidelser samt børn. I 2006 var der 9,9 selvmord pr. 100.000 indbyggere i Danmark, hvilket er under gennemsnittet for EU-15 og OECD. Børnedødeligheden i Danmark på 4,0 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn i 2008 ligger under OECD-gennemsnittet, men højere end gennemsnittet for EU-15.

Danskerne opfatter sig selv som værende sunde. Andelen af den danske befolkning, der opfatter sig selv som værende sunde, har været stort set uændret i perioden 1991-2005.

2 Sundhedsudgifter

Danmark bruger i 2007 godt 30.000 kr. pr. indbygger på sundhedsområdet, hvilket er mere end gennemsnittet for OECD og EU-15. Der er dog stor forskel på borgernes ressourceforbrug afhængig af alder mv. Den årlige vækst i sundhedsudgifter i Danmark har i perioden 2000-2007 ligget på 3,7 pct., hvilket er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD. De danske sundhedsudgifter udgør 9,7 pct. af BNP, hvilket er et højere niveau end gennemsnittet for EU-15 og OECD. Sundhedsudgifternes andel af BNP giver et billede af, hvor meget sundhedsudgifterne udgør i forhold til landenes samlede økonomier.

Danmark ligger højest i sammenligningen i forhold til den offentlige sektors andel af sundhedsudgifterne.³

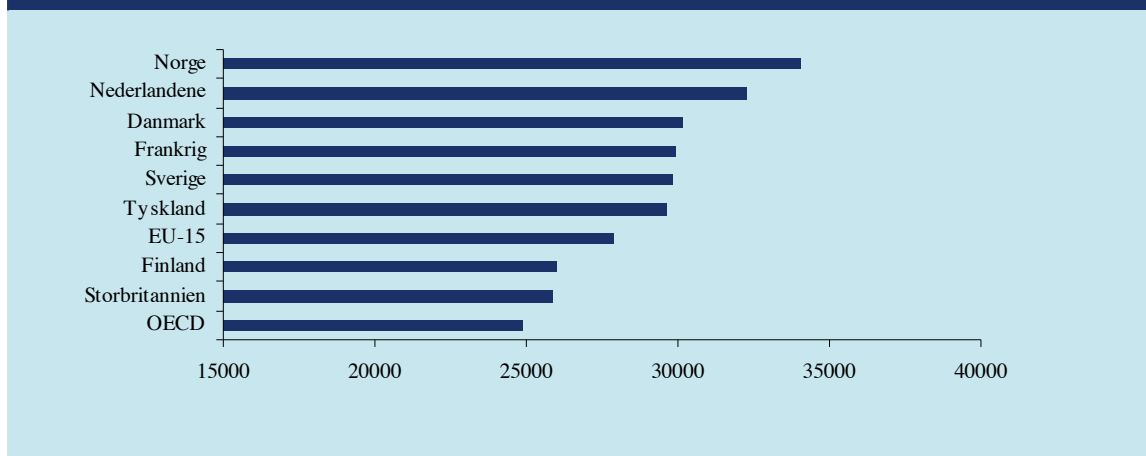
Høje sundhedsudgifter er ikke ensbetydende med, at borgerne får den bedste kvalitet i behandlingen, og at der sikres mest mulig sundhed for pengene. Det er derfor centralt at have fokus på andre indikatorer som ressourceanvendelse og kvalitet.

³ Til opgørelse og indberetning af de danske sundhedsudgifter til internationale organisationer (OECD, WHO og EU) følges OECD's standarder for sundhedsregnskaber, "A System of Health Accounts" (SHA). Denne internationale afgrænsning af sundhedsudgifter afviger på en række områder fra den nationale afgrænsning. I de danske data for sundhedsudgifter er der et databrud mellem 2002 og 2003, da Danmark her for første gang indberettede efter de angivne retningslinjer i SHA.

2.1 Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger 2008

De samlede sundhedsudgifter (både de offentlige og de private sundhedsudgifter) pr. indbygger i Danmark udgjorde i 2007 ca. 30.200 kr., hvilket er højere end gennemsnittet for OECD og EU-15 på hhv. ca. 24.900 kr. og ca. 27.900 kr., jf. figur 2.1. Blandt landene i sammenligningen har Norge og Nederlandene i 2008 et højere udgiftsniveau end Danmark. Sundhedsudgifterne i de to lande er hhv. knap 34.100 kr. og knap 32.300 kr. pr. indbygger.

Figur 2.1 Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger 2008, kr. (PPP)



Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: PPP = korrigeret for forskelle i købekraft. Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet. Danmark: 2007.

2.2 Gennemsnitlig årlig vækst i sundhedsudgifter 1970-2008

Den årlige vækst i sundhedsudgifter i Danmark har i perioden 2000-2007 ligget på 3,7 pct., jf. tabel 2.1. Dette er på niveau med Sverige (2000-2008), højere end væksten i Frankrig, Norge og Tyskland, men lavere end både Storbritannien, Finland og Nederlandene, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. tabel 2.1. Blandt de lande, der har haft en højere vækst i 2000-2008, har Storbritannien, Finland, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD et lavere udgiftsniveau end det danske, jf. figur 2.1. Væksten i de danske sundhedsudgifter har svinget de seneste fire årtier. Særligt i 1980'erne oplevede Danmark en begrænset vækst i sundhedsudgifterne.

Tabel 2.1 Gennemsnitlig årlig vækst i sundhedsudgifter pr. indbygger 1970-2008, pct. p.a.

	1970-80	1980-1990	1990-00	2000-08
Storbritannien	4,1	3,1	4,1	4,6
Finland	4,7	4,8	1,0	4,6
Nederlandene	4,3	2,4	2,5	3,9
Danmark	3,2	1,3	2,1	3,7
Sverige	4,4	1,1	1,6	3,6
Frankrig	5,8	3,7	3,5	2,2
Norge	9,0	3,1	4,1	1,7
Tyskland	6,3	1,9	2,5	1,6
EU-15	6,0	2,7	3,6	4,0
OECD	-	3,2	3,8	4,2

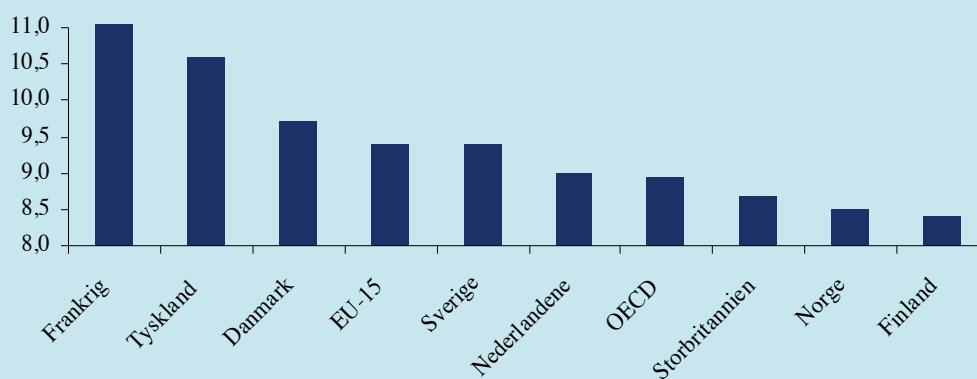
Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Data for Danmark: 1971-2007. Der er ikke beregnet gennemsnit for OECD for 1970-80 grundet manglende data. Gennemsnit for OECD for 1980-1990 beregnet på baggrund af 20 lande. Gennemsnit for EU-15 for perioderne 1970-80 og 1980-90 er beregnet på baggrund af 12 lande. Databrud i danske data mellem 2002 og 2003.

2.3 Sundhedsudgifternes andel af BNP 2008

Sundhedsudgifternes andel af BNP viser, hvor meget sundhedsudgifterne udgør i forhold til landenes samlede økonomier. I Danmark udgør sundhedsudgifternes andel af BNP i 2007 9,7 pct., hvilket er et højere niveau end gennemsnittet for EU-15 og OECD på hhv. 9,4 pct. og 8,9 pct. Blandt de lande, der indgår i analysen, bruger Frankrig med 11,2 pct. den største andel af BNP på sundhed, jf. figur 2.2.

Figur 2.2 Samlede sundhedsudgifters andel af BNP 2008, pct.



Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Danmark: 2007. Data inkluderer udgifter betalt af det offentlige, private forsikringsordninger og privat egenbetaling, herunder udgifter til investeringer på sundhedsområdet.

2.4 Sundhedsudgifternes andel af BNP 2001-2008

Udviklingen i sundhedsudgifternes andel af BNP udtrykker en kombination af udviklingen i sundhedsudgifter og udviklingen i BNP.

Sundhedsudgifternes andel af BNP i Danmark har været støt stigende i perioden 2001-2007, jf. tabel 2.2. Der har generelt i perioden været en stigende tendens i sundhedsudgiftsandelen af BNP for samtlige lande i analysen samt gennemsnittet for EU-15 og OECD.

Tabel 2.2 Sundhedsudgifternes andel af BNP 2001-2008, pct.								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Frankrig	10,2	10,5	10,8	11,0	11,1	11,1	11,0	11,2
Tyskland	10,4	10,6	10,8	10,5	10,7	10,6	10,4	10,6
Danmark	8,6	8,8	9,3	9,4	9,4	9,6	9,7	-
Sverige	8,9	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1	9,4
Nederlandene	7,9	8,4	9,0	9,1	9,0	9,0	8,9	9,0
Norge	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,5
Storbritannien	7,3	7,6	7,8	8,0	8,3	8,4	8,4	8,7
Finland	7,4	7,8	8,1	8,2	8,4	8,4	8,2	8,4
OECD	8,0	8,3	8,6	8,7	8,7	8,7	8,7	9,1
EU-15	8,3	8,6	9,0	9,1	9,2	9,2	9,3	9,5

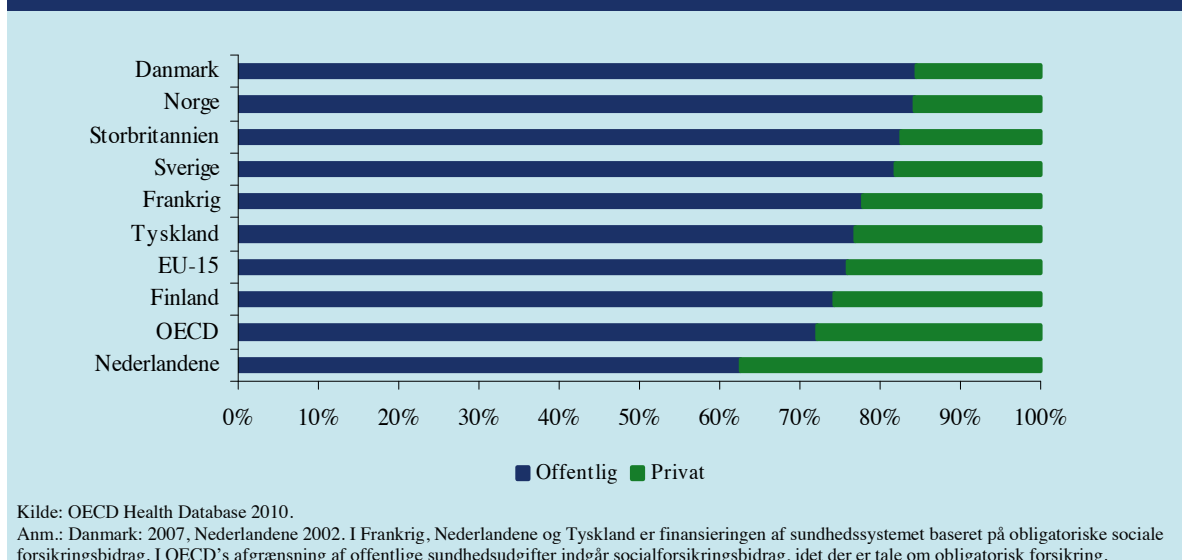
Kilde: OECD Health Database 2010.
Anm.: Databrud i danske data mellem 2002 og 2003. Danmark seneste år 2007.

2.5 Andel offentlig finansiering af sundhedsvæsenet 2008

Blandt vores nabolande er en relativt stor del af sundhedssektoren offentligt finansieret. Danmarks offentlige sundhedsudgifter udgør 84,5 pct. af de samlede sundhedsudgifter i 2007, hvilket er den højeste andel blandt landene i sammenligningen, jf. figur 2.3. Til sammenligning udgør de offentlige sundhedsudgifter i 2008 84,2 pct. i Norge, der efter Danmark har den største andel offentlig finansiering. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 75,9 pct. og 72,1 pct.

Fordelingen af offentlige/private sundhedsudgifter i Danmark har været forholdsvis uændret de seneste år, dog med en mindre stigning i den offentlige andel siden 2001 fra de daværende 82,7 pct. til 84,5 pct. af de samlede sundhedsudgifter i 2007. De private sundhedsudgifter omfatter bl.a. egenbetaling på medicin og tandpleje samt udgifter til briller, høreapparater og anskaffelsen af private sundhedsforsikringer.

Figur 2.3 Offentlig/privat andel af de samlede sundhedsudgifter 2008, pct.



3 Sundhedsfagligt personale

Der er relativt mange fuldtidsbeskæftigede på sygehuse i Danmark. I Danmark er der i 2008 ca. 17,4 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, hvilket er et lavere niveau end Norge, der har flest fuldtidsbeskæftigede på sygehuse. Danmark har med ca. 2,4 fuldtidsbeskæftigede læger på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere flere læger på sygehus end i de andre lande i sammenligningen. Data for fuldtidsbeskæftigede på sygehuse er i Danmark baseret på lønoplysninger. I 2. kvartal 2008 var der i Danmark konflikt på sundhedsområdet, herunder sygehuse, hvilket kan påvirke danske data for 2008 for antallet af fuldtidsbeskæftigede på sygehuse.

I Danmark er der ca. 2,7 speciallæger med patientkontakt (eksklusiv almen medicin) pr. 1.000 indbyggere, hvilket er højere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.⁴ Der er i Danmark ca. 0,7 speciallæge i almen medicin med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere, hvilket er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

I 2008 blev der i Danmark uddannet 14,7 læger pr. 100.000 indbyggere, hvilket er flere end i de øvrige lande i sammenligningen og gennemsnittet for EU-15 og OECD.

I Danmark er der ca. 5,2 autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end gennemsnittet for EU-15.

I 2007 er der i Danmark 9,3 sygeplejersker i beskæftigelse med patientkontakt i sundhedssektoren pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end EU-15- og OECD-gennemsnittet.

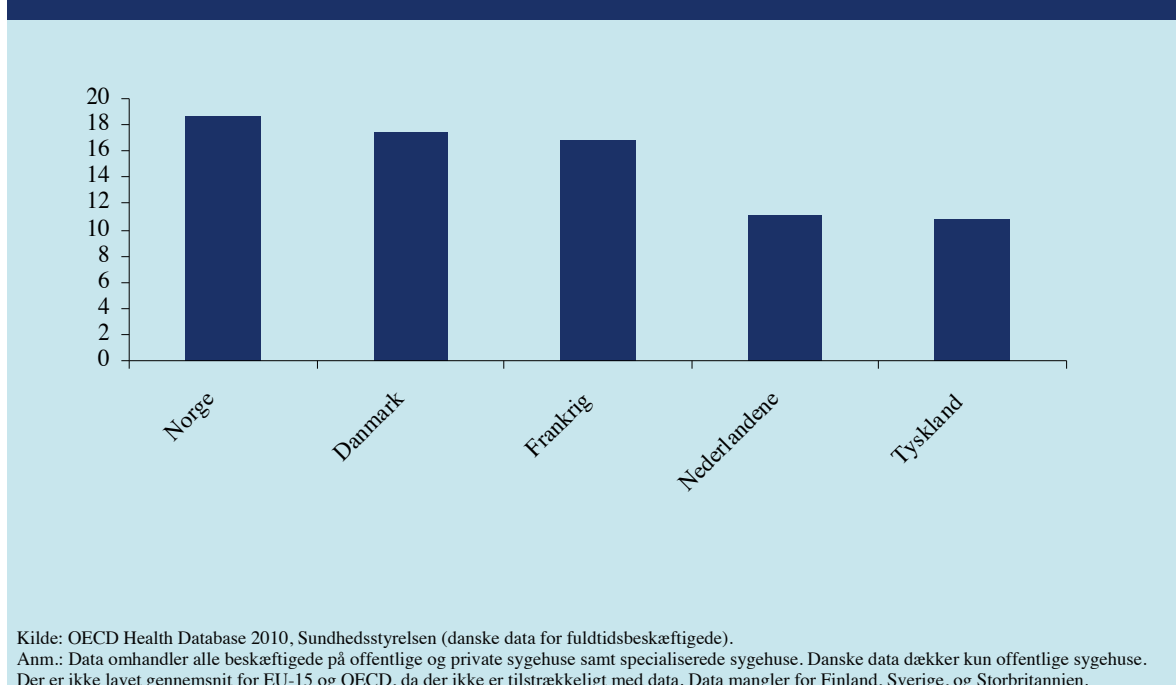
⁴ OECD har i OECD Health Data 2010 ændret i kategorierne for sundhedsfagligt personale, hvilket giver enkelte ændringer sammenlignet med data fra OECD Health Data 2009. I denne forbindelse er de danske data for speciallæger med patientkontakt blevet gennemgået og valideret på ny, hvilket har medført ændringer i danske data.

3.1 Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse 2008

Beskæftigede på sygehuse er én af indikatorerne for kapacitet på sygehuse. I Danmark er der tale om fuldtidsbeskæftigelse ved en arbejdsuge på 37 timer. To personer, der arbejder hhv. 20 timer om ugen og 17 timer om ugen, tæller således som én fuldtidsbeskæftiget.

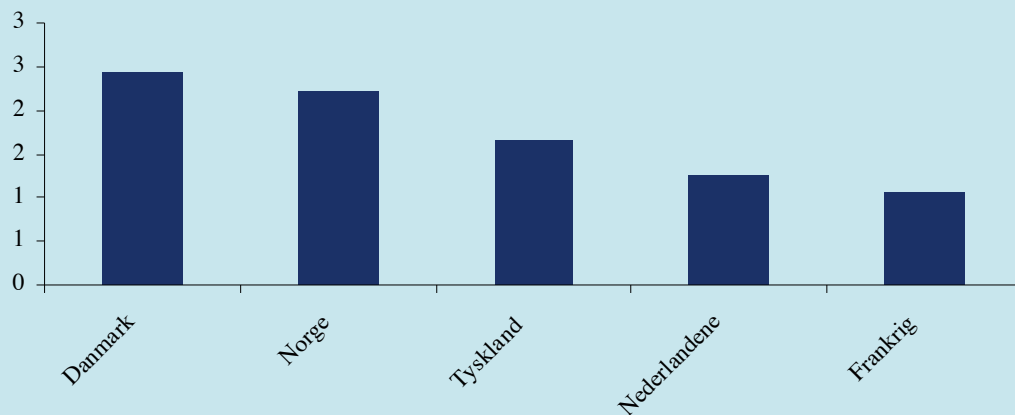
Der er i Danmark ca. 17,4 fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.1. Til sammenligning er der 18,6 fuldtidsbeskæftigede på sygehuse i Norge, som er det land med flest fuldtidsbeskæftigede på sygehuse pr. 1.000 indbyggere.

Figur 3.1 Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse 2008, alt personale, pr. 1.000 indbyggere



Der er i Danmark ca. 2,4 fuldtidsbeskæftigede læger på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end i de andre lande i sammenligningen, jf. figur 3.2. Til sammenligning er der ca. 2,2 fuldtidsbeskæftigede læger på sygehuse i Norge, som er det land i sammenligningen med næst flest fuldtidsbeskæftigede læger på sygehuse pr. 1.000 indbyggere.

Figur 3.2 Fuldtidsbeskæftigede læger på sygehuse 2008, pr. 1.000 indbyggere

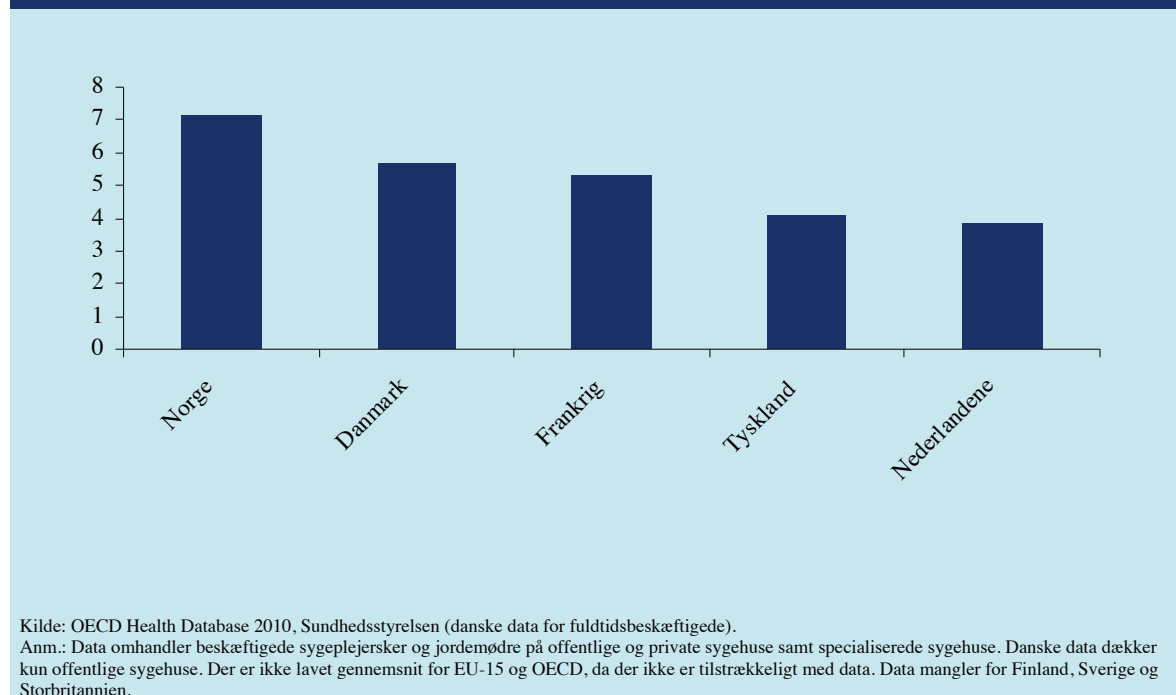


Kilde: OECD Health Database 2010, Sundhedsstyrelsen (danske data for fuldtidsbeskæftigede).

Anm.: Data omhandler beskæftigede læger på offentlige og private sygehuse samt specialiserede sygehuse. Danske data dækker kun offentlige sygehuse. Der er ikke lavet gennemsnit for EU-15 og OECD, da der ikke er tilstrækkeligt med data. Data mangler for Finland, Sverige, og Storbritannien.

Der er i Danmark ca. 5,7 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og jordemødre på offentlige sygehuse pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.2. Norge har med ca. 7,1 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og jordemødre på sygehuse flere fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og jordemødre på sygehuse end Danmark.

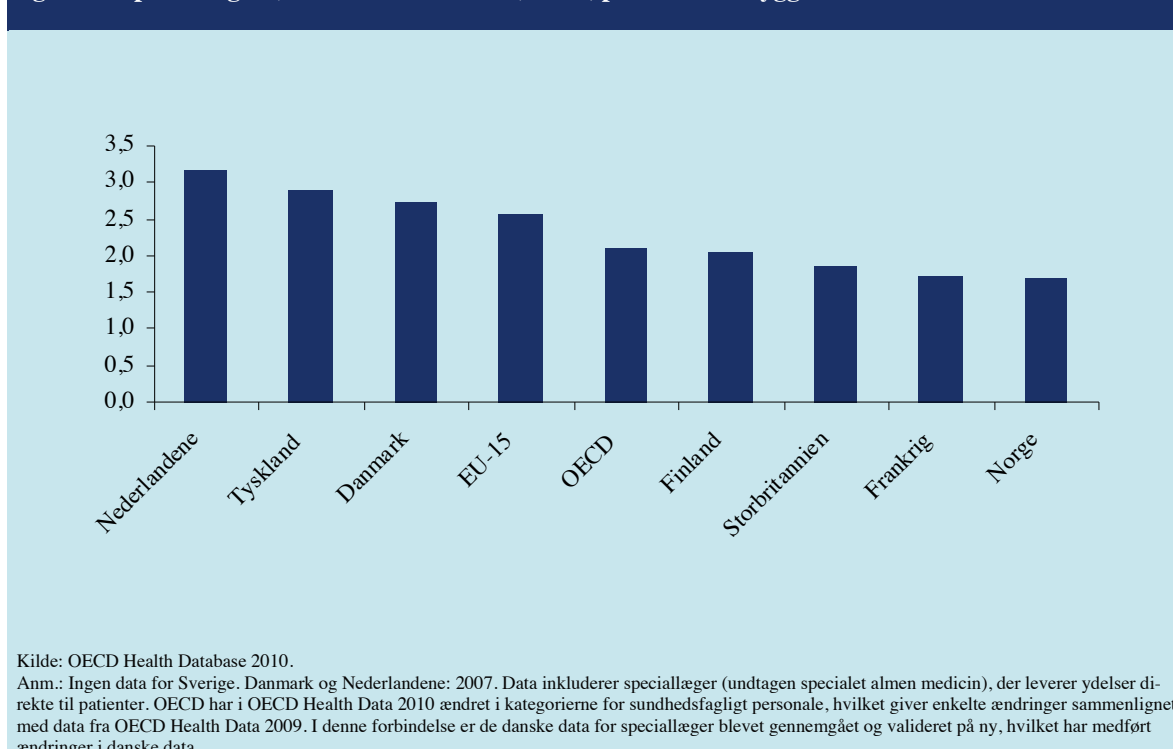
Figur 3.3 Fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og jordemødre på sygehuse 2008, pr. 1.000 indbyggere



3.2 Speciallæger (ekskl. almen medicin) 2008

I Danmark er der ca. 2,7 speciallæger med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.4. Inkluderet heri er alle specialer, undtaget læger med speciale i almen medicin. Til sammenligning er der i Nederlandene ca. 3,2 speciallæger pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. ca. 2,6 og 2,1 speciallæger pr. 1.000 indbyggere.

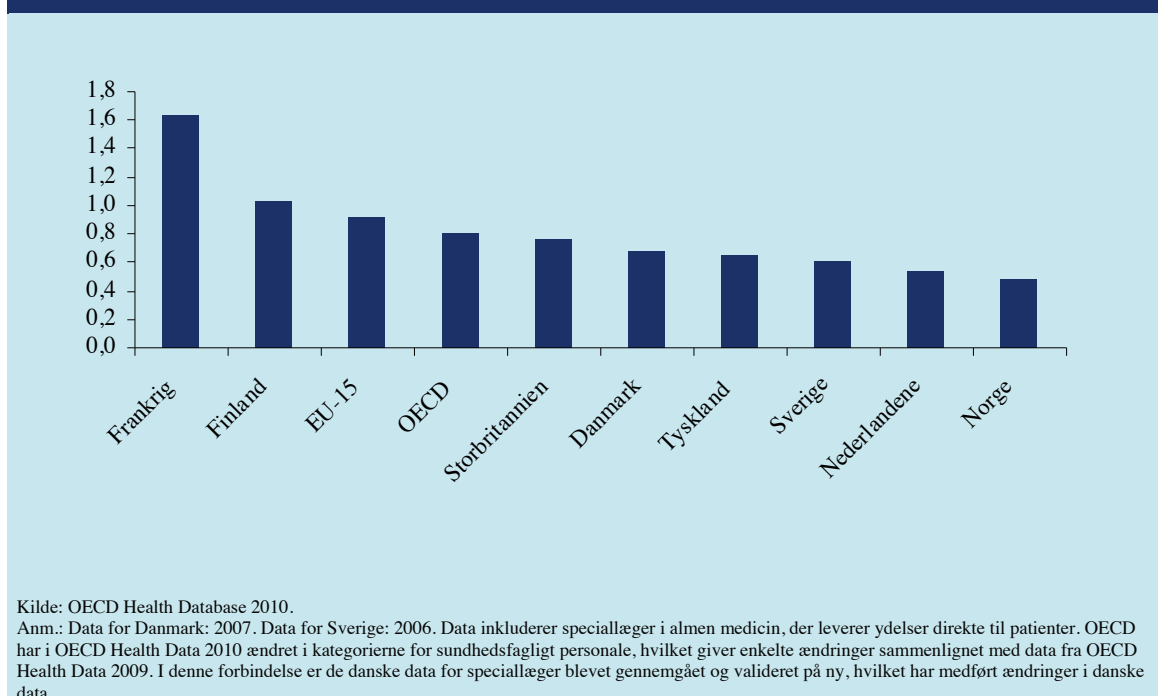
Figur 3.4 Speciallæger (ekskl. almen medicin) 2008, pr. 1.000 indbyggere



3.3 Speciallæger i almen medicin 2008

I Danmark er der ca. 0,7 praktiserende speciallæge i almen medicin med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning er der i Frankrig ca. 1,6 speciallæger i almen medicin pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.5. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. ca. 0,9 og 0,8 pr. 1.000 indbyggere.

Figur 3.5 Speciallæger i almen medicin 2008, pr. 1.000 indbyggere



3.4 Nyuddannede læger 2008

I 2008 blev der i Danmark uddannet 14,7 læger pr. 100.000 indbyggere, hvilket er flere end i de øvrige lande i sammenligningen, jf. figur 3.6. Til sammenligning blev der i Nederlandene med det næsthøjeste antal uddannet 12,2 læge pr. 100.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 11,7 og 10,3 nyuddannede læger pr. 100.000 indbyggere.

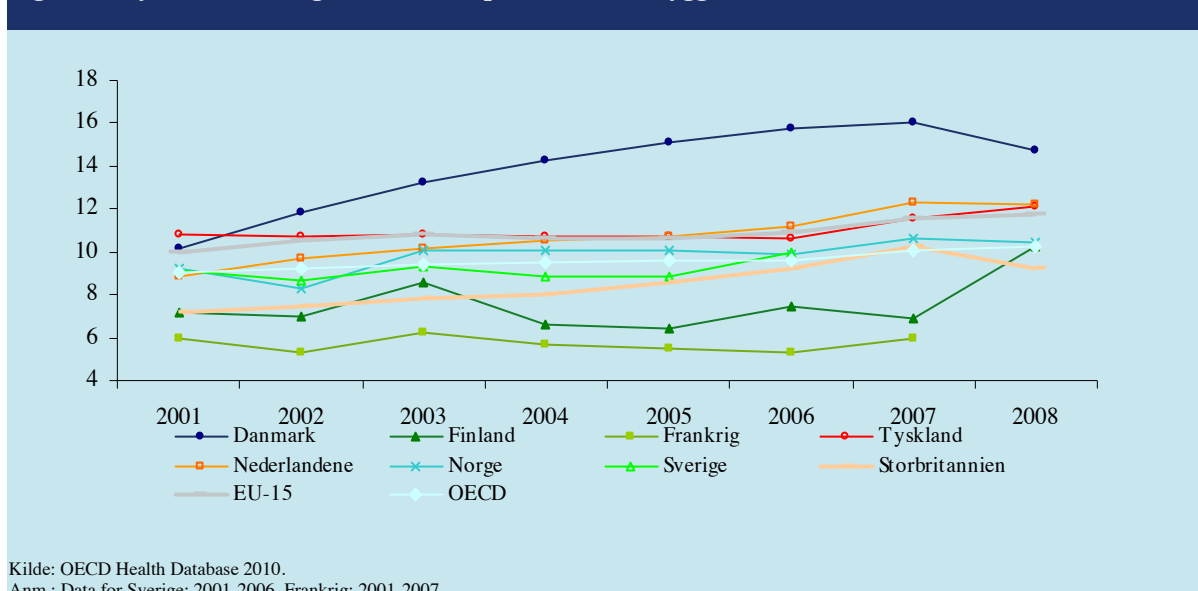
Figur 3.6 Nyuddannede læger 2008, pr. 100.000 indbyggere



3.5 Nyuddannede læger 2001-2008

Fra 2001 og frem til 2007 er der sket en støt stigning i antallet af nyuddannede læger i Danmark pr. 100.000 indbyggere. Fra 2007 til 2008 er der sket et fald i antallet af nyuddannede læger i Danmark, jf. figur 3.7. Samlet er der i Danmark for perioden 2001-2008 sket en stigning på 44 pct. Til sammenligning har Finland og Nederlandene oplevet en stigning på 43 pct. og 37 pct. i antallet af nyuddannede læger pr. 100.000 indbyggere. Både Finland og Nederlandene er startet fra et lavere niveau end Danmark. De øvrige lande i sammenligningen har relativt set oplevet mindre stigninger i antallet af nyuddannede læger i perioden. Den gennemsnitlige stigning for EU-15 og OECD er 18 pct. og 14 pct.

Figur 3.7 Nyuddannede læger 2001-2008, pr. 100.000 indbyggere



3.6 Læger uddannet i udlandet 2001-2008

I 2008 opnåede 290 læger uddannet i udlandet en autorisation i Danmark. Dette tal var i 2001 112 læger, jf. tabel 3.1. Også når landenes relative befolkningsstørrelse tages i betragtning, er der landene i mellem forskel på antallet af læger uddannet i udlandet, der får autorisation.

Tabel 3.1 Antal læger uddannet i udlandet 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Storbritannien	5.984	7944	16.192	11.651	11.724	-	-	-
Norge	844	843	1039	1219	1250	-	-	-
Sverige	623	670	910	1073	992	1112	1403	-
Nederlandene	418	482	519	482	434	-	-	-
Danmark	112	205	213	307	330	257	306	290
Finland	107	106	158	374	379	257	216	175

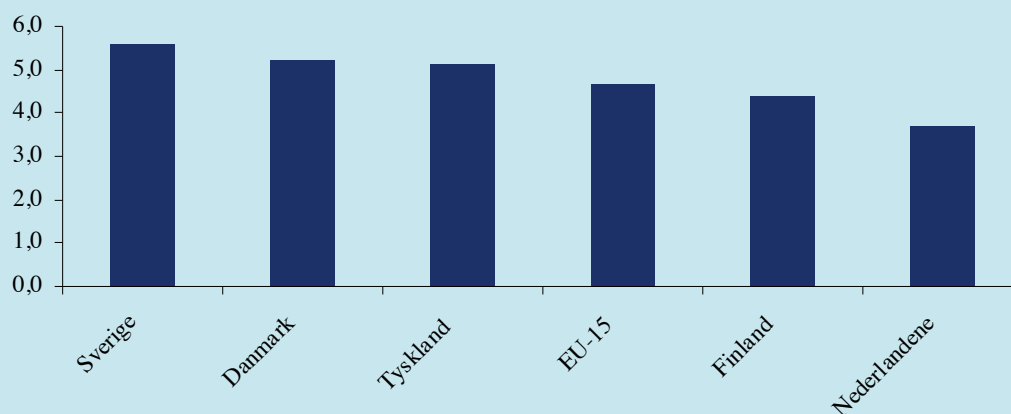
Kilde: OECD Health Database 2009.

Anm.: Data mangler for Tyskland og Frankrig.

3.7 Autoriserede læger 2008

I Danmark er der ca. 5,2 autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.8. I sammenligningen har Sverige med ca. 5,6 autoriserede læger flest autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 er 4,7 autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere.

Figur 3.8 Autoriserede læger 2008, pr. 1.000 indbyggere



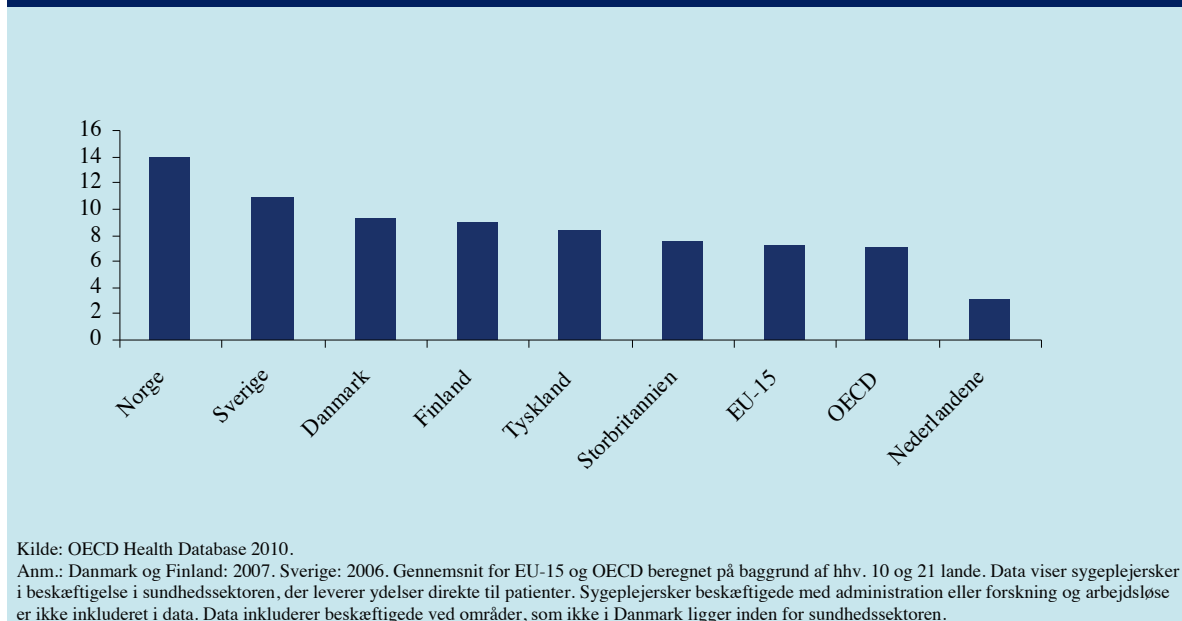
Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Data for Danmark, Sverige og Nederlandene: 2007. Data mangler for Norge, Frankrig og Storbritanien. EU-15 gennemsnit beregnet på baggrund af 10 lande. Ikke tilstrækkelig med data til at lave OECD-gennemsnit.

3.8 Sygeplejersker 2008

I 2007 er der i Danmark 9,3 sygeplejersker i beskæftigelse med patientkontakt i sundhedssektoren pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end EU-15- og OECD-gennemsnittet for 2008 på hhv. 7,2 og 7,1 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.9. Norge har med 14 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere flest sygeplejersker i sammenligningen.

Figur 3.9 Sygeplejersker 2008, pr. 1.000 indbyggere



3.9 Sygeplejersker 2001-2008

Antallet af sygeplejersker med patientkontakt i Danmark har været relativt konstant siden 2001, jf. tabel 3.2. Igennem hele perioden har Danmark generelt haft flere sygeplejersker end gennemsnittet for EU-15-landene. Igennem hele perioden har Norge ligget højere end de andre lande i sammenligningen.

Tabel 3.2 Sygeplejersker 2001-2008, pr. 1.000 indbyggere

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Norge	-	12,1	12,8	13,2	13,6	13,9	13,9	14,0
Sverige	10,1	10,3	10,4	10,6	10,7	10,8	-	-
Danmark	9,3	9,4	9,3	9,4	9,6	9,5	9,3	-
Finland	-	-	-	8,7	8,8	8,9	9,0	-
Tyskland	7,6	7,6	7,8	7,9	8,0	8,1	8,2	8,3
Storbritannien	6,5	6,8	7,1	7,2	7,3	7,2	7,3	7,4
EU-15	6,1	6,2	6,4	6,8	7,1	7,1	6,1	5,7
Nederlandene	2,7	2,7	3,0	3,2	3,3	3,0	3,1	-

Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Data viser sygeplejersker i beskæftigelse i sundhedssektoren, der leverer ydelser direkte til patienter. Sygeplejersker beskæftigede med administration eller forskning og arbejdsløse er ikke inkluderet i data. Data inkluderer beskæftigede ved områder, som ikke i Danmark ligger inden for sundhedssektoren.. Norge 2002-2008, Sverige 2001-2006, Danmark og Nederlandene 2001-2007, Finland 2004-2007.

4 Aktivitet

Der er kun få internationalt tilgængelige opgørelser over aktivitet. I kapitlet ses på aktivitet på sygehuse. I 2008 blev der i Danmark udført knap 72 stationære operationer og godt 70 ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere. Dette er et højere aktivitetsniveau end gennemsnittet for EU-15 og OECD (ikke tilstrækkelig med data til et OECD gennemsnit for ambulante operationer). Antallet af operationer i Danmark er fra 2001 til 2007 steget. I 2008 faldt antallet af operationer i Danmark, hvilket kan henføres til, at der i 2. kvartal 2008 i Danmark var konflikt på sundhedsområdet, herunder sygehusene. Landene i sammenligningen har særligt for ambulante operationer oplevet aktivitetsstigninger siden 2001. I Danmark udgør ambulante operationer ca. halvdelen af alle operationer, hvilket er højere end EU-15-gennemsnittet.

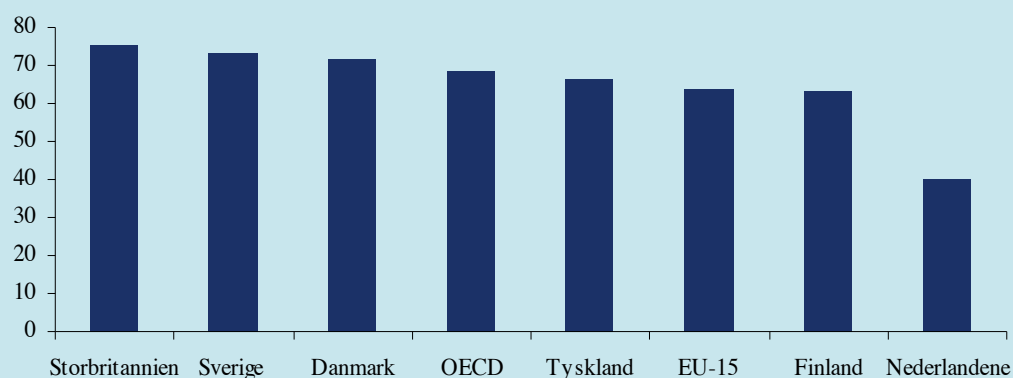
Danmark havde med knap 16.000 udskrivninger pr. 100.000 indbyggere i 2008 lidt flere udskrivninger end gennemsnitligt i OECD og færre udskrivninger end gennemsnitligt i EU-15. Antallet af udskrivninger i vores nabolande har ligget nogenlunde stabilt siden 2001. I Danmark har antallet af udskrivninger ligget stabilt i perioden 2001-2007 efterfulgt af et fald i antallet af udskrivninger på godt 1.000 fra 2007 til 2008. Dette fald kan igen henføres til konflikten på sundhedsområdet i 2. kvartal 2008 i Danmark. Danmark har igennem hele perioden 2001-2008 befundet sig på niveau med Norge og Sverige, samt gennemsnittet for EU-15.

4.1 Stationære og ambulante operationer 2008

I 2008 blev der i Danmark udført knap 72 stationære operationer pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end gennemsnittet for OECD og EU-15 på hhv. godt 68 og knap 64 stationære operationer pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.1. Storbritannien har med godt 75 operationer pr. 1.000 indbyggere udført flest stationære operationer blandt landene i sammenligningen.

Indikatoren indeholder operative indgreb på patienter, som overnatter mindst én nat på et sygehus. Såvel planlagte som akutte operationer medregnes.

Figur 4.1 Stationære operationer 2008, pr. 1.000 indbyggere



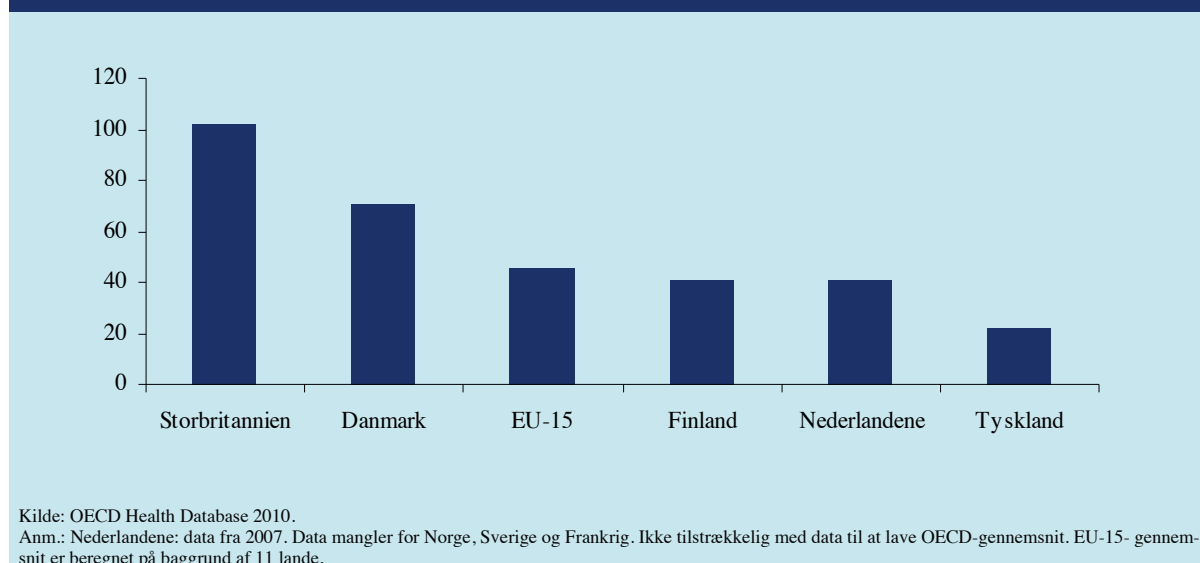
Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Sverige og Nederlandene: data fra 2007. Data mangler for Norge og Frankrig. OECD gennemsnit er beregnet på baggrund af 23 lande. EU-15 gennemsnit er beregnet på baggrund af 13 lande.

I 2008 blev der i Danmark udført godt 70 ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere, hvilket er flere end gennemsnittet for EU-15 på knap 46 ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 4.2. Storbritannien udfører med knap 102 ambulante operationer flest ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere i sammenligningen.

Indikatoren indeholder planlagte operative indgreb, som udføres på sygehus eller en operationsenhed, og hvor patienten forlader sygehuset eller enheden samme dag, de såkaldte ”en-dags-operationer”.

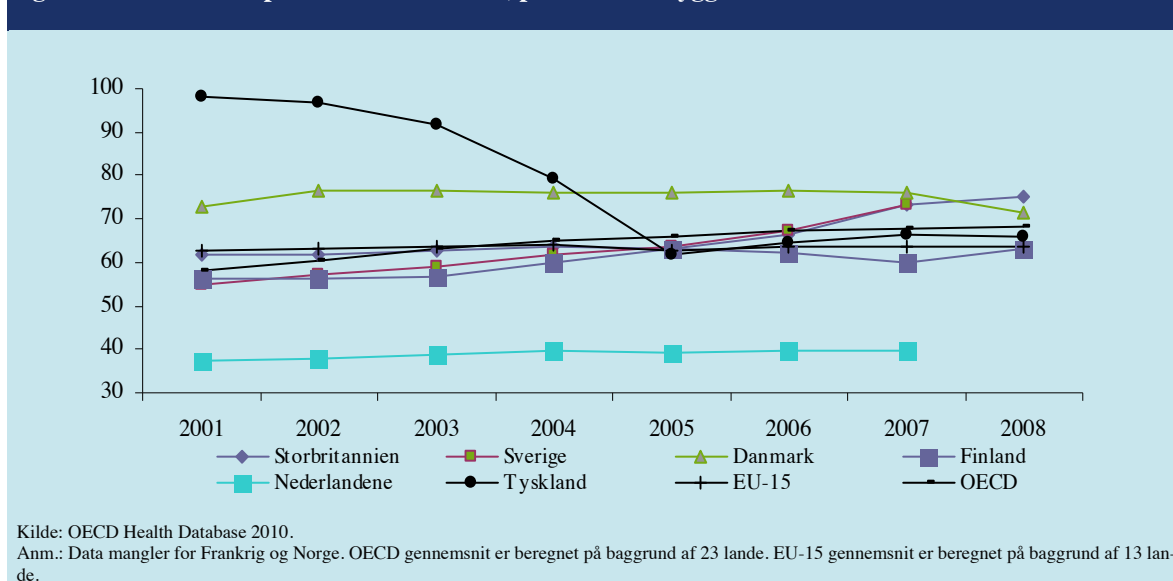
Figur 4.2 Ambulante operationer 2008, pr. 1.000 indbyggere



4.2 Stationære og ambulante operationer 2001-2008

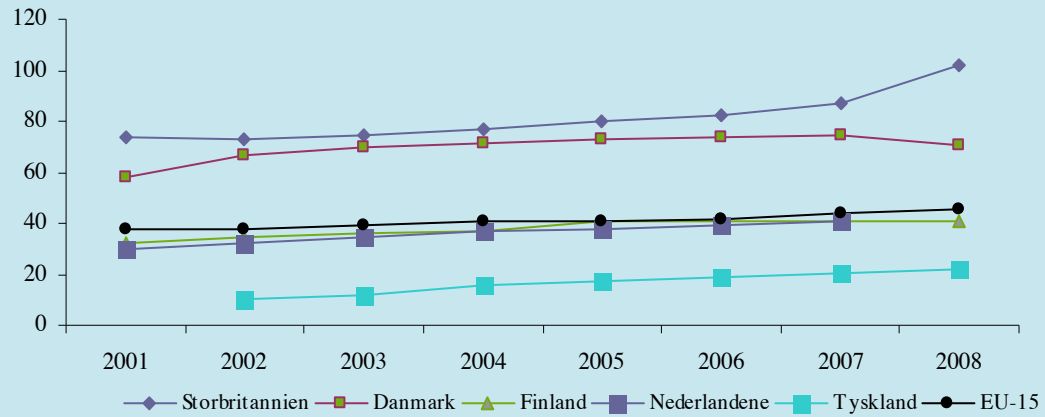
Antallet af udførte stationære operationer i Danmark er fra 2001 til 2007 steget fra knap 73 operationer til godt 76 operationer, jf. figur 4.3. Især i perioden 2001-2002 skete der et markant aktivitetsløft i Danmark. I 2008 faldt antallet af operationer på indlagte patienter i Danmark. OECD-landene har generelt oplevet aktivitetsstigninger for stationære operationer i perioden, mens gennemsnittet for EU-15 landene har ligget nogenlunde konstant i perioden.

Figur 4.3 Stationære operationer 2001-2008, pr. 1.000 indbyggere



Antallet af udførte ambulante operationer i Danmark er fra 2001 til 2007 steget fra knap 58 operationer til godt 74 operationer, jf. figur 4.4. Også for ambulante operationer ses især i perioden 2001-2002 et markant aktivitetsløft i Danmark. I 2008 faldt antallet af ambulante operationer i Danmark. EU-15-landene har generelt oplevet aktivitetsstigninger for ambulante operationer i perioden.

Figur 4.4 Ambulante operationer 2001-2008, pr. 1.000 indbyggere



Kilde: OECD Health Database 2010.

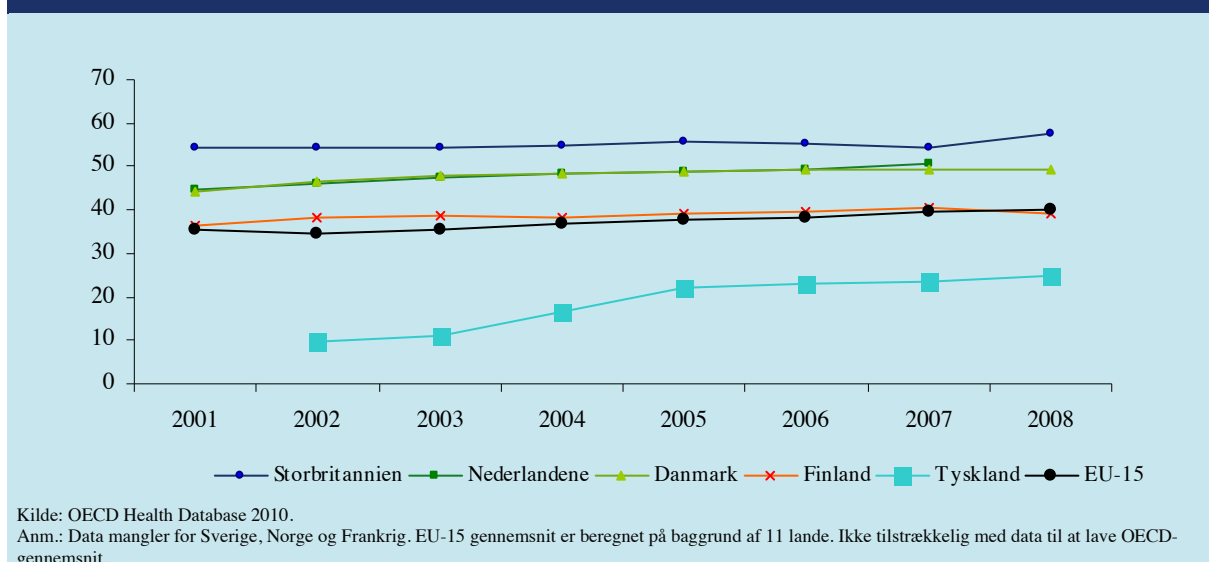
Anm.: Data mangler for Frankrig, Sverige og Norge. Ikke tilstrækkeligt med data til at lave et OECD- gennemsnit. EU-15 gennemsnit er beregnet på baggrund af 11 lande.

4.3 Ambulante operationers andel af samlede operationer 2001-2008

I Perioden 2001 til 2008 er der Danmark sket en stigning i ambulante operationers andel af samlede operationer fra 44,3 pct. til 49,5 pct., således at ambulante operationer nu udgør ca. halvdelen af alle operationer, jf. figur 4.5. Andelen af ambulante operationer er højst i Storbritannien med 57,6 pct. i 2008. Gennemsnittet for EU-15 er 40,2 pct. i 2008. Tyskland med den laveste andel ambulante operationer blandt landene i sammenligningen har oplevet den største stigning i ambulante operationers andel af samlede operationer i perioden.

Ambulante operationers andel af samlede operationer er også en indikator for resourceanvendelse, jf. kapitel 6.

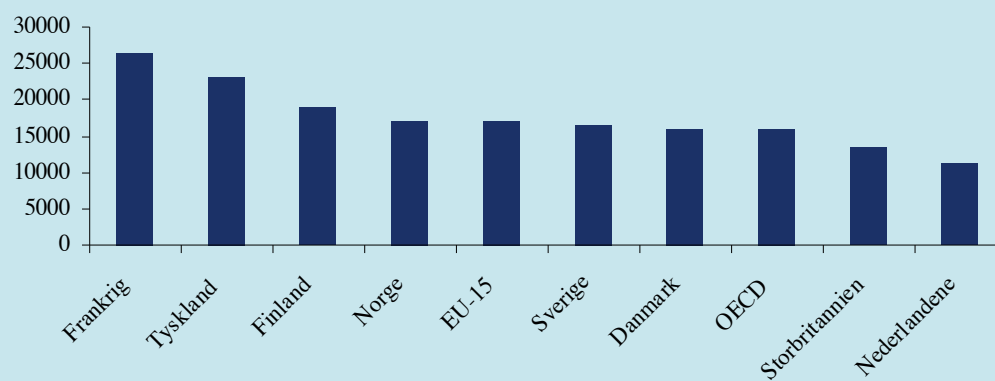
Figur 4.5 Ambulante operationers andel af samlet antal operationer 2001-2008, pct.



4.4 Udskrivninger 2008

En udskrivning er defineret som den formelle hjemsendelse af en indlagt patient efter en periodes indlæggelse. Det samlede antal udskrivninger fra landets sygehuse opgjort for samtlige diagnoser var i Danmark i 2008 knap 16.000 udskrivninger pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 4.6. I Frankrig, som er det land i sammenligningen med flest udskrivninger, blev der udskrevet godt 26.400 indlagte patienter pr. 100.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. godt 17.000 og knap 15.900 udskrivninger.

Figur 4.6 Samlet antal udskrivninger for samtlige diagnoser 2008, pr. 100.000 indbyggere



Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Sverige: 2007 data. Gennemsnit. for OECD og EU-15 beregnet på baggrund af tal for 2007 og 2008. I antallet af udskrivninger indgår dødsfald på hospitaler, men ikke overflytninger mellem afdelinger på samme institution eller udskrivninger foretaget samme dag som indlæggelsen.

4.5 Udskrivninger 2001-2008

Antallet af udskrivninger for samtlige diagnoser pr. 100.000 indbyggere har generelt ligget relativt stabilt i perioden 2001-2008 i de lande, som indgår i sammenligningen, jf. tabel 4.1. Antallet af udskrivninger i Danmark har ligget stabilt i perioden 2001-2007 efterfulgt af et fald i antallet af udskrivninger på godt 1.000 fra 2007 til 2008. Danmark har igennem hele perioden befundet sig på niveau med Norge og Sverige, samt gennemsnittet for EU-15.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Frankrig	26.104	25.930	26.009	26.385	27.134	27.596	26.552	26.441
Tyskland	20.035	20.146	21.907	21.899	21.826	22.038	22.690	23.242
Finland	21.349	21.047	20.817	20.483	20.130	19.624	19.008	18.857
Norge	15.984	16.263	17.092	17.345	17.519	17.689	17.235	17.179
Sverige	16.255	16.009	15.956	16.003	16.053	16.249	16.481	-
Danmark	17.190	17.266	17.107	17.030	17.013	17.074	16.975	15.932
Storbritannien	13.090	13.035	13.263	13.435	13.370	13.253	13.366	13.592
Nederlandene	9.125	9.388	9.706	10.169	10.414	10.689	10.931	11.292
EU-15	16.635	16.622	16.749	16.850	16.847	16.978	16.928	17.033
OECD	15.330	14.961	15.332	15.724	15.982	16.031	15.630	15.877

Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: Da ikke alle lande har data for 2008, er gennemsnit. for OECD og EU-15 i 2008 beregnet på baggrund af tal for 2007 og 2008. Sverige: 2001-2007. I antallet af udskrivninger indgår dødsfald på hospitaler, men ikke overflytninger mellem afdelinger på samme institution eller udskrivninger foretaget samme dag som indlæggelsen.

5 Ressourceanvendelse og produktivitet

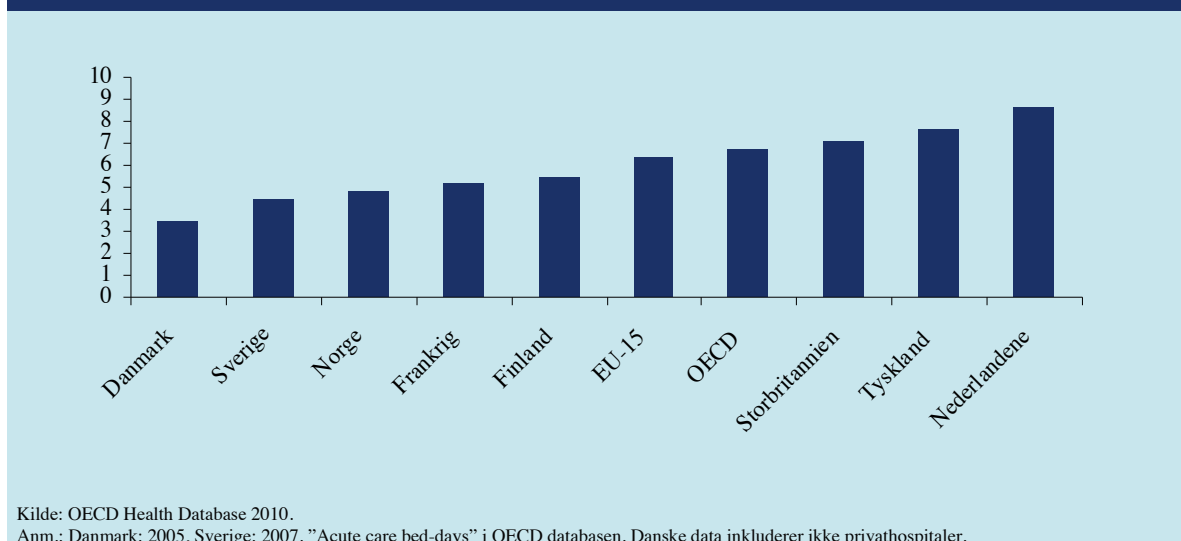
Ressourceanvendelse og produktivitet vedrører forholdet mellem det, der er blevet produceret og hvor mange ressourcer (input), der er blevet anvendt til at producere det pågældende output. I kapitlet ses på ressourceanvendelse og produktivitet på sygehuse.

Gennemsnitlig liggetid har en positiv sammenhæng med effektiv ressourceanvendelse. Liggetid er et udtryk for, hvor lang tid patienter gennemsnitlig er indlagt på sygehuse. Af hensyn til patienten og samlet ressourceanvendelse er lave liggetider for indlagte patienter på sygehusene ønskelige. Der findes ikke internationale standarder for, hvor lav den gennemsnitlige liggetid bør være eller kan blive. Det er en sundhedsfaglig opgave at vurdere, hvornår den enkelte patient kan udskrives. I Danmark er den gennemsnitlige liggetid for somatiske patienter 3,5 dage. Danmark har de laveste gennemsnitlige liggetider for somatiske hospitalspatienter sammenlignet med de andre lande og gennemsnittet for EU-15 og OECD. De danske liggetider for alle hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske) har været stødt faldende siden 2001.

5.1 Liggetid 2008

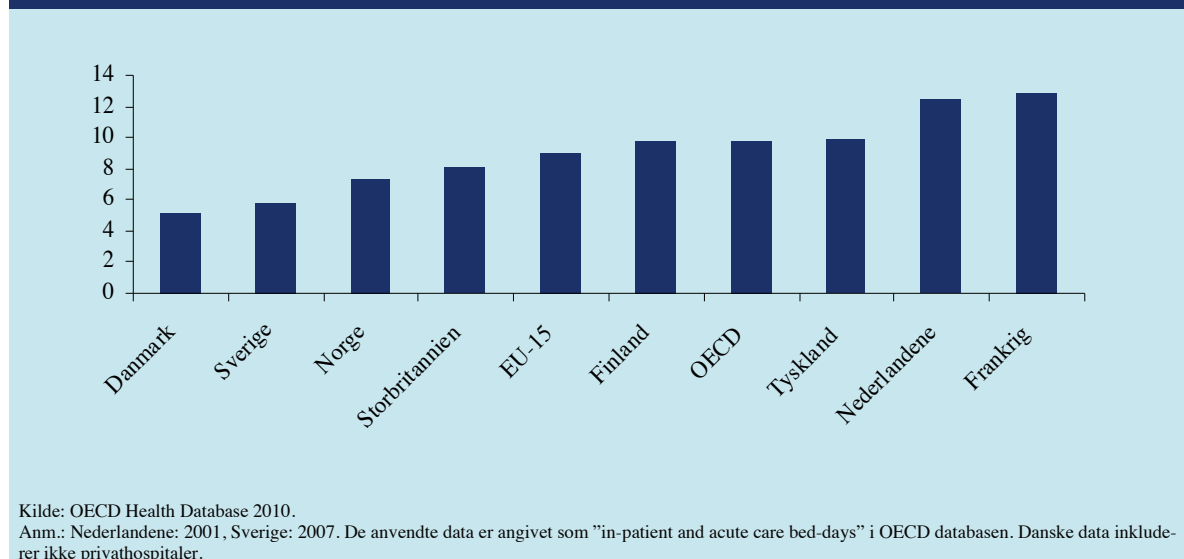
I Danmark er den gennemsnitlige liggetid for somatiske patienter 3,5 dage, jf. figur 5.1. Danmark har de laveste gennemsnitlige liggetider for somatiske hospitalspatienter sammenlignet med de andre lande. Til sammenligning er gennemsnittet for EU-15 og OECD hhv. 6,3 og 6,7 dage. Der er stor variation i liggetiderne blandt OECD-landene.

Figur 5.1 Gennemsnitlig liggetid for somatiske hospitalspatienter 2008, antal dage



I Danmark er den gennemsnitlige liggetid for alle hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske) 5,1 dage, jf. figur 5.2. Danmark har de laveste gennemsnitlige liggetider for alle hospitalspatienter blandt de lande, vi normalt sammenligner os med. Til sammenligning er gennemsnittet for EU-15 og OECD hhv. 9,0 dage og 9,7 dage. Der er stor variation i liggetiderne blandt OECD-landene.

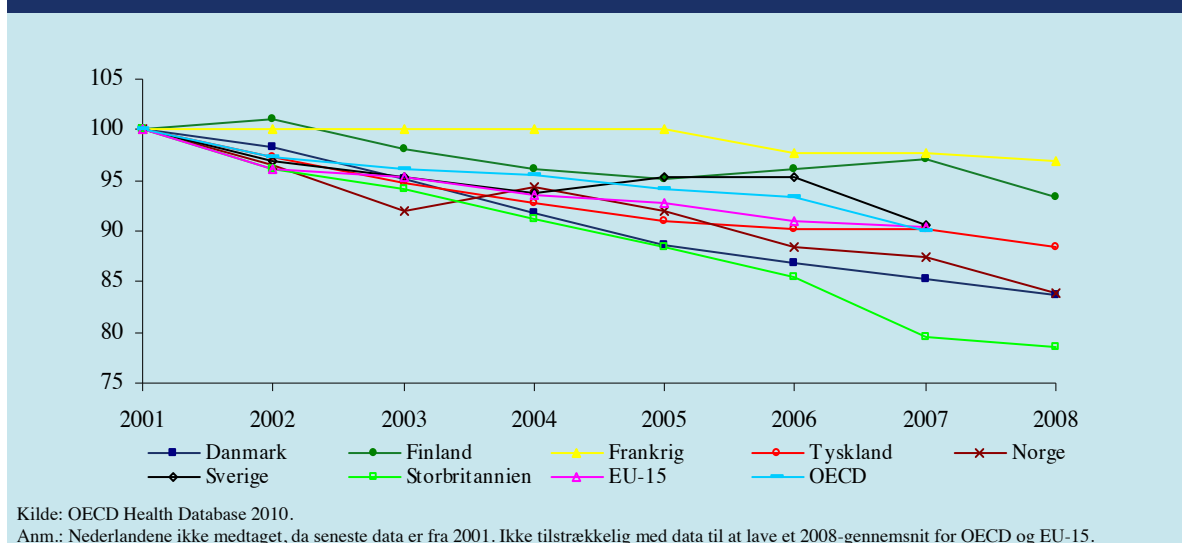
Figur 5.2 Gennemsnitlig liggetid for hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske) 2008, antal dage



5.2 Liggetid for hospitalspatienter 2001-2008

De danske liggetider for hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske) har været stødt faldende fra 6,1 dage i 2001 til 5,1 dage i 2008, hvilket svarer til et fald på 16 pct., jf. figur 5.3. Kun i Storbritannien ses et større fald over denne periode. Liggetider for hospitalspatienter har generelt været faldende i perioden 2001-2008 for OECD-landene.

Figur 5.3 Liggetid for somatiske og psykiatriske hospitalspatienter 2001-2008, indeks 2001=100



6 Kvalitet i behandlingen

Internationalt er der på kvalitetsområdet indikatorer for visse kræftformer, akutte og kroniske sygdomme, samt forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Der er ikke kvalitetsindikatorer for alle behandlingsområder. Internationalt arbejdes bl.a. i regi af OECD på at udvikle flere sammenlignelige indikatorer for kvalitet i behandlingen. Indikatorerne for kvalitet i behandlingen opdateres generelt kun hvert andet år i modsætning til andre områder, hvor data opdateres hvert år.

Overlevelsesrater efter indlæggelse for hjerte-karsygdomme og kræftsygdomme er et udtryk for den kliniske kvalitet, dvs. ”outcome” af behandlingen. De to sygdomsområder repræsenterer de største dødelighedsrater på tværs af landene i sammenligningen.

For behandling på kræftområdet ligger Danmark lavt placeret. For både livmoderhalskræft og tyk/endetarmskræft har Danmark lavere overlevelsesrater end gennemsnittet for OECD og EU-15. For brystkræft har Danmark en højere overlevelsesrate end gennemsnittet for OECD, men en lavere overlevelsesrate end gennemsnittet for EU-15. Data på kræftområdet omhandler patienter, der er diagnosticeret i 2002, og den relative overlevelse er beregnet for 2007. For de tre kræftformer er data et udtryk for behandlingskvalitet på kræftområdet, før kræftpakkerne blev indført i Danmark.

Danmark ligger højt placeret i forhold til andre lande på behandling af hjerte-karsygdomme. For 30-dages dødeligheden efter indlæggelse for blodprop i hjernen og blodprop i hjertet (AMI) har Danmark de laveste dødeligheder i sammenligningen. For 30-dages dødeligheden efter indlæggelse for hjerneblødning er dødeligheden i Danmark lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

For kvalitet i behandlingen af kroniske sygdomme sammenlignes internationalt indikatorer vedrørende astmaindlæggelser og -dødelighed. For begge ligger Danmark lavere end gennemsnittet for OECD og EU-15. For kvalitet i forebyggelsen af smitsomme sygdomme sammenlignes vaccinationsudbredelsen på tre områder. For alle tre ligger vaccinationsudbredelsen i Danmark lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

6.1 Kvalitet i behandlingen på kræftområdet

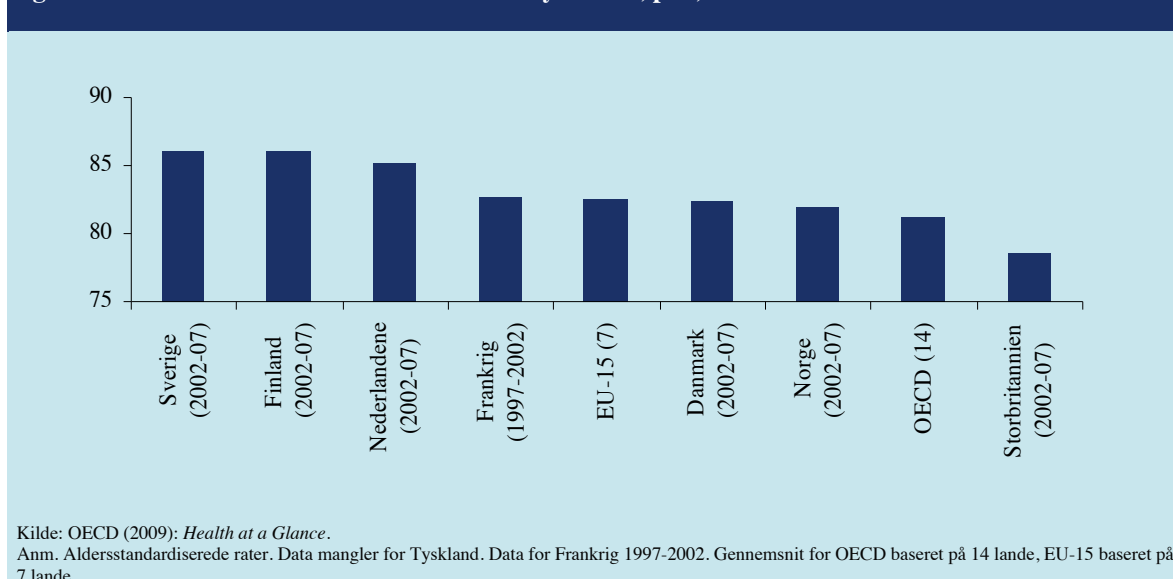
Til sammenligning af behandlingen af kræft er der i OECD's kvalitetsindikatorprojekt udviklet indikatorer for 5-års overlevelsesser for tyk/endetarmskræft, brystkræft og livmoderhalskræft. Der findes ingen nyere internationale data for eksempelvis lungekræft, som er den kræftform, flest mennesker dør af i Danmark, og prostatakræft, som er den hyppigste kræftform blandt mænd i Danmark.

Desuden er der internationale data for screeningsrater for livmoderhalskræft.

6.1.1 Overlevelsesser for brystkræft 2002-2007

For perioden 2002-2007 er den 5-årige overlevelsese rate for brystkræft på 82,4 pct. for danske kvinder, hvilket er på niveau med gennemsnittet for EU-15 og højere end gennemsnittet for OECD, jf. figur 6.1. Det svarer til, at 82,4 pct. af patienterne med brystkræft, som forventeligt ville være i live i 2007, givet deres alder, fortsat er i live. Den højeste overlevelsese rate er i Sverige med 86,1 pct. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 82,4 og 81,2 pct.

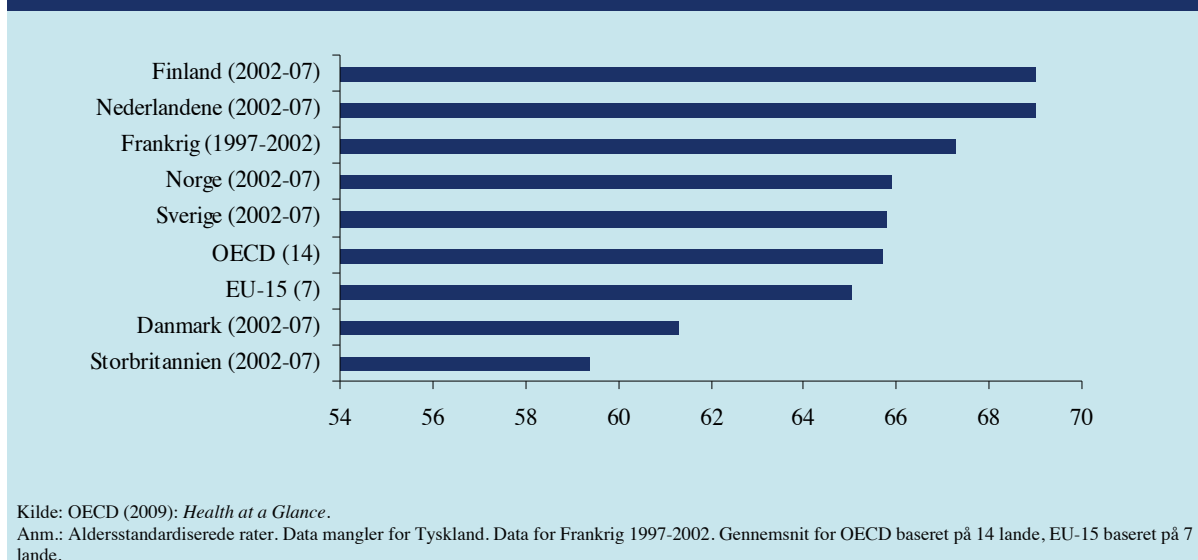
Figur 6.1 5-års relative overlevelsesser for brystkræft, pct., 2002-2007



6.1.2 Overlevelsesserater for livmoderhalskræft 2002-2007

Overlevelsesseraten for livmoderhalskræft i Danmark for perioden 2002-2007 lå på 61,3 pct., hvilket er under gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD på 65,0 og 65,7 pct., jf. figur 6.2. De højeste overlevelsesserater er i Finland og Nederlandene, der begge har overlevelsesserater på 69 pct.

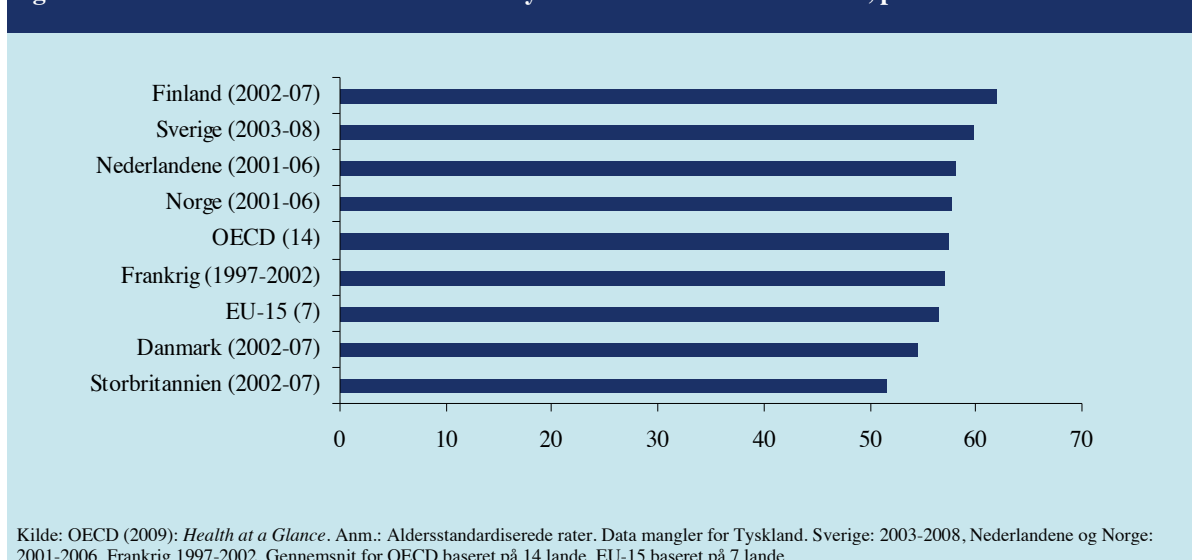
Figur 6.2 5-års relative overlevelsesserater for livmoderhalskræft, pct., 2002-2007



6.1.3 Overlevelsesrater for tyk/endetarmskræft 2002-2007

Overlevelsesraten for tyk/endetarmskræft i Danmark for perioden 2002-2007 lå på 54,4 pct. Det er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD, som ligger på hhv. 56,5 pct. og 57,4 pct., jf. figur 6.3. I sammenligningen har Finland den højeste overlevelsesrate med 62 pct.

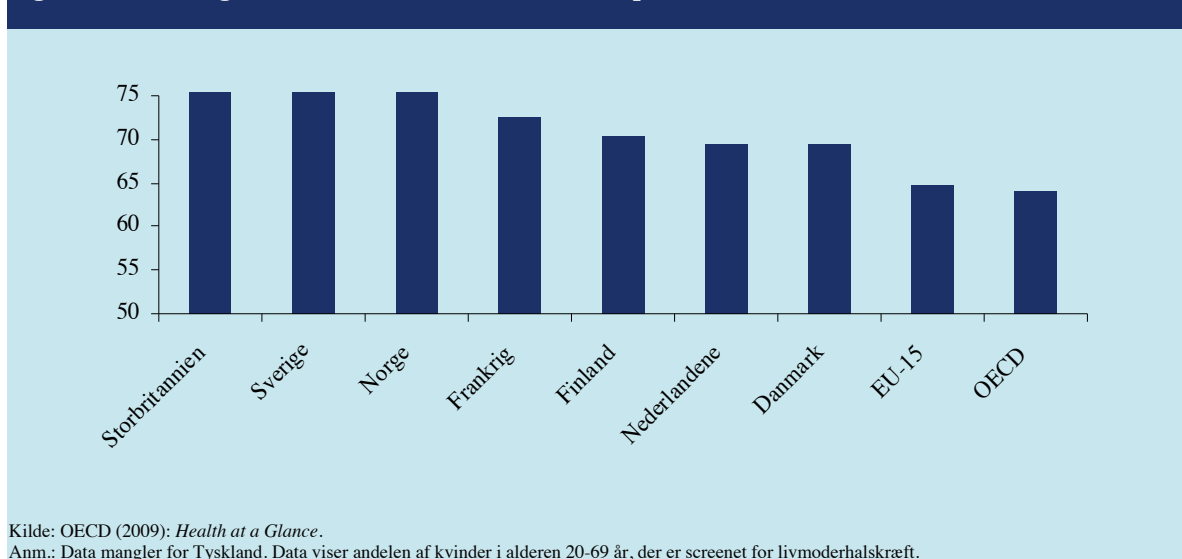
Figur 6.3 5-års relative overlevelsesrater for tyk/endetarmskræft 2002-2007, pct.



6.1.4 Screeningsrater for livmoderhalskræft 2006

Screeningsraten i Danmark er i 2006 69,4 pct., jf. figur 6.4. Danmark har den laveste screeningsrate blandt de lande, vi normalt sammenligner os med. Til sammenligning findes den højeste screeningsrate i Storbritannien med 79,4 pct. Gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD på 64,8 pct. og 64,0 pct. ligger lavere end alle de lande, der indgår i sammenligningen.

Figur 6.4 Screeningsrater for livmoderhalskræft 2006, pct.



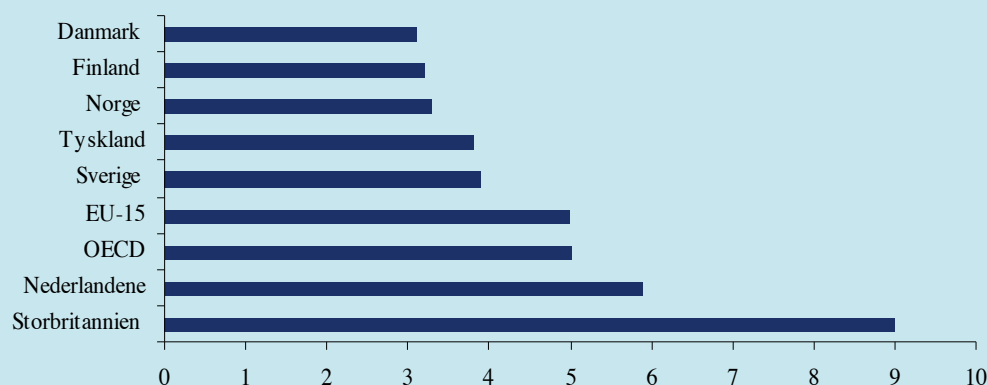
6.2 Kvalitet i behandlingen af akutte sygdomme

Til sammenligning af behandlingen af akutte sygdomme findes internationalt data for 30-dages dødelighed efter indlæggelse for tre hjerte-karsygdomme. For de tre indikatorer er 30-dages dødelighed målt på samme hospital. Ideelt set skulle indikatorerne for 30-dages dødelighed efter indlæggelse for en hjerte-karsygdom baseres på, hvorvidt patienten dør et hvilket som helst sted efter endt indlæggelse. Internationalt er det ikke muligt at opgøre dette, da mange lande ikke kan identificere alle patienter unikt, eksempelvis med et CPR-nummer.

6.2.1 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen 2007

Andelen af dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse for blodprop i hjernen lå i 2007 på 3,1 pct. i Danmark, jf. figur 6.5. Dette er den laveste dødelighed inden for 30 dage efter indlæggelse for blodprop i hjernen i sammenligningen. Til sammenligning er gennemsnittet for EU-15 og OECD begge 5,0 pct.

Figur 6.5 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjernen 2007, pct.



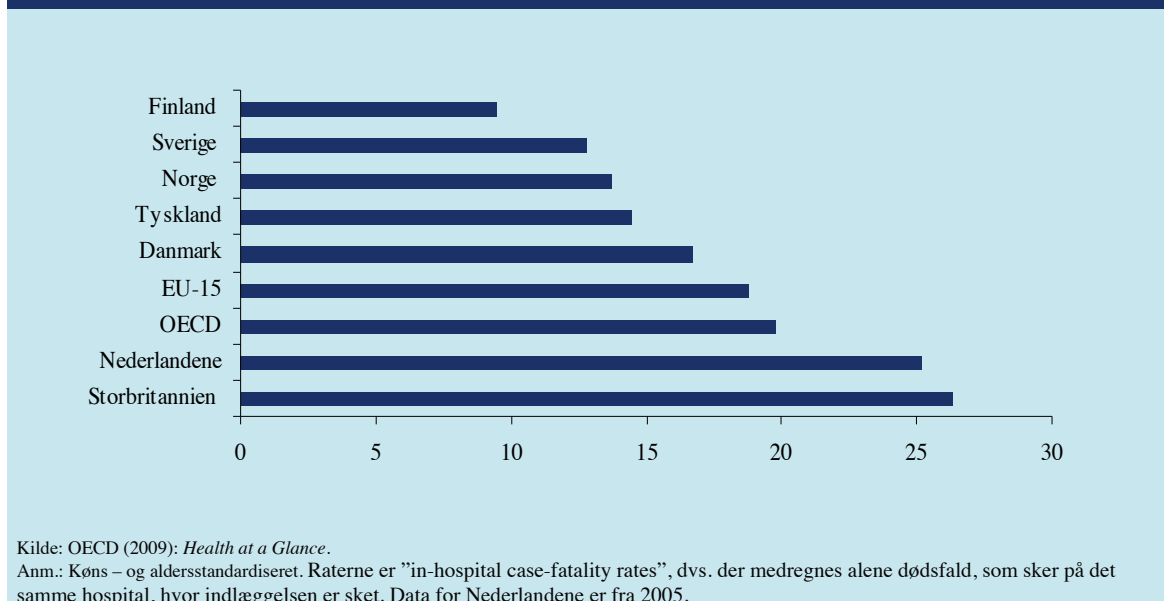
Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005.

6.2.2 30-dages dødelighed efter indlæggelse for hjerneblødning 2007

Andelen af dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse for hjerneblødning lå i Danmark i 2007 på 16,7 pct., jf. figur 6.6. Finland har den laveste dødelighed på 9,5 pct. blandt de lande, vi normalt sammenligner os med. Gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD er 18,8 pct. og 19,8 pct.

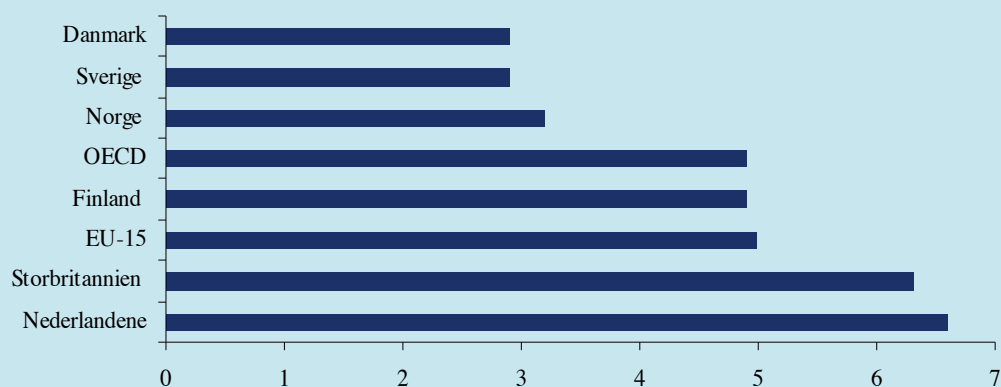
Figur 6.6 30-dages dødelighed efter indlæggelse med hjerneblødning 2007, pct.



6.2.3 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjertet 2007

Andelen af dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse for blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) lå i både Danmark og Sverige i 2007 på 2,9 pct., jf. figur 6.7. Dette er lavere end de andre lande i sammenligningen. Blandt OECD-landene har kun Island en lavere 30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjertet. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 5,0 pct. og 4,9 pct.

Figur 6.7 30-dages dødelighed efter indlæggelse med blodprop i hjertet (AMI) 2007, pct.



Kilde: OECD (2009): *Health at a Glance*.

Anm.: Køns- og aldersstandardiserede rater. Raterne er "in-hospital case-fatality rates", dvs. der medregnes alene dødsfald, som sker på det samme hospital, hvor indlæggelsen er sket. Data for Nederlandene er fra 2005.

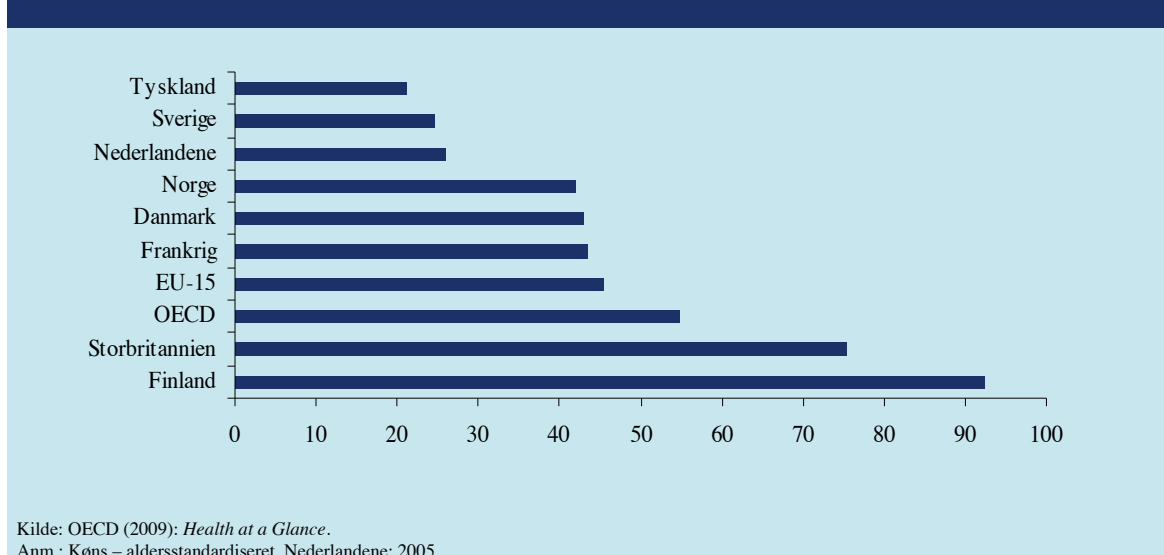
6.3 Kvalitet i behandlingen af kroniske sygdomme

Da astma ideelt set kan behandles i det primære sundhedsvæsen, bør indlæggelser og død som følge af astma være til at undgå og kan derfor ses som et udtryk for en ikke tilstrækkelig kvalitet i behandlingen.

6.3.1 Astmaindlæggelser 2007

43 personer pr. 100.000 indbyggere blev i 2007 indlagt i Danmark som følge af astma, jf. figur 6.8. Til sammenligning blev 21 personer pr. 100.000 indbyggere indlagt i Tyskland, hvilket er det laveste antal i sammenligningen. Gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD er 45,4 personer og 54,6 personer.

Figur 6.8 Astmaindlæggelser 2007, pr. 100.000 indbyggere i alderen 15+



6.3.2 Astmadødelighed 2005

I Danmark er astmadødeligheden blandt 5-39-årige i 2005 0,17 pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 6.9. Finland har den laveste astmadødelighed blandt landene i sammenligningen, idet astmadødeligheden her er 0,0 pr. 100.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er for begge 0,18 pr. 100.000 indbyggere.

Figur 6.9 Astmadødelighed 2005, pr. 100.000 indbyggere i alderen 5-39 år



6.4 Kvalitet i forebyggelsen af smitsomme sygdomme

Som udtryk for kvaliteten i forebyggelsen af smitsomme sygdomme har OECD udvalgt indikatorer for udbredelsen af influenzavaccination blandt ældre samt børnevaccinationsprogrammer.

6.4.1 Influenzavaccination af ældre 2007

I Danmark modtog 53,7 pct. af ældre over 65 år influenzavaccine i 2006, jf. figur 6.10. Dette er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD på hhv. 58,5 pct. og 55,9 pct. Nederlandene har med 77 pct. i 2007 den højeste vaccinationsandel i sammenligningen.

Figur 6.10 Andelen af ældre i alderen 65+ vaccineret mod influenza 2007, pct.



6.4.2 Kighostevaccination 2008

75 pct. af danske toårige børn er vaccineret mod kighoste i 2007, jf. figur 6.11. Dette er den laveste andel i sammenligningen og lavere end gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD på hhv. 93,7 pct. og 93,9 pct. Sverige og Frankrig har med 98,0 pct. i 2008 den højeste andel af børn, der er vaccineret imod kighoste i alderen to år.

Figur 6.11 Andelen af børn vaccineret imod kighoste i alderen to år, 2008, pct.



6.4.3 Mæslinge vaccination 2008

89 pct. af danske toårige børn er vaccineret mod mæslinger i 2007, hvilket er under gennemsnittet for hhv. OECD og EU-15 på hhv. 93,6 pct. og 92,8 pct., jf. figur 6.12. Finland har med 98,7 pct. den højeste andel af børn, der er vaccineret mod mæslinger i 2008.

Figur 6.12 Andelen af børn vaccineret mod mæslinger i alderen to år 2008, pct.



7 Livsstil: Rygning, alkohol og svær overvægt

Borgernes livsstil har stor betydning for udviklingen af sygdomme og forbruget af sundhedsydelse. Desuden påvirker livsstil antallet af leveår og antallet af gode leveår. I kapitlet sammenlignes tre væsentlige risikofaktorer i form af tobak, alkohol og svær overvægt.

Tobak er en afgørende risikofaktor for bl.a. to af de største årsager til for tidlig død i OECD-landene, nemlig kredsløbssygdomme og en række former for kræft. Sygdomme som følge af rygning udvikler sig typisk over en lang årrække. Derfor har andelen af rygere mange år tilbage i tiden indflydelse på det sygdomsbillede, der ses i dag.

Den relativt lave danske middellevetid, jf. kap. 9 om middellevetid, forbindes ofte med et højt forbrug af alkohol og tobak i Danmark. Siden 2001 er der sket ændringer i forbruget af alkohol og tobak i Danmark.

I Danmark ryger 23,0 pct. af befolkningen over 15 år dagligt i 2008, hvilket er færre end gennemsnittet for OECD og EU-15 på hhv. 23,7 pct. og 23,8 pct. Andelen af daglige rygere i Danmark er i gennemsnit faldet med 3,5 pct. årligt i perioden 2001-2008, hvor gennemsnittet for EU-15 er 1,3 pct.

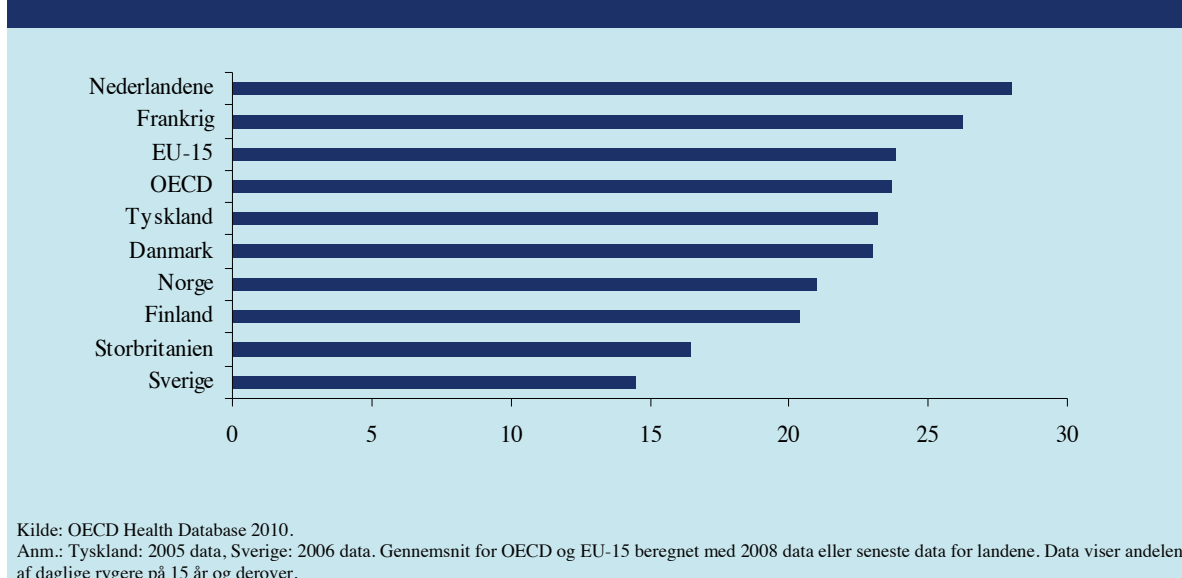
Alkohol er ligeledes en væsentlig risikofaktor, idet et højt forbrug kan være med til at forårsage kredsløbssygdomme og nogle former for kræft. Danmark har et relativt højt alkoholforbrug pr. indbygger. Det danske alkoholforbrug har dog været faldende siden 2001. I perioden 2001-2008 er forbruget faldet fra 13,1 til 10,9 liter ren alkohol årligt pr. indbygger. På trods af, at Danmark har oplevet et relativt stort fald i alkoholforbrug i forhold til de andre lande i sammenligningen, har Danmark stadig et højere alkoholforbrug end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

Danmark har en lavere andel svært overvægtige end gennemsnittet for OECD og EU-15-landene. Andelen af svært overvægtige er steget de sidste 10-15 år i Danmark. Samme tendens ses i de lande, vi normalt sammenligner os med. Overvægt kan bl.a. være med til at forårsage type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme og visse former for kræft.

7.1 Andel daglige rygere 2008

I Danmark ryger 23,0 pct. af befolkningen over 15 år dagligt i 2008, hvilket er færre end gennemsnittet for OECD og EU-15 på hhv. 23,7 pct. og 23,8 pct., jf. figur 7.1. Til sammenligning ryger 14,5 pct. af befolkningen i Sverige i 2006, som er det land med den mindste andel daglige rygere i sammenligningen.

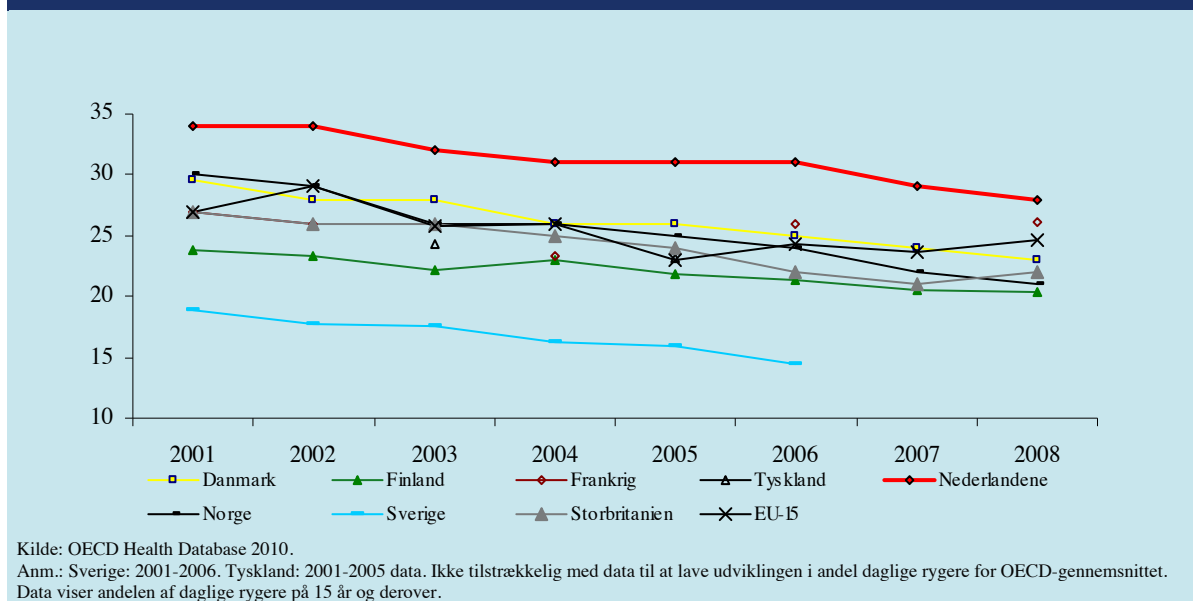
Figur 7.1 Andel daglige rygere af samlet befolkning 2008, pct.



7.2 Udvikling i andel daglige rygere 2001-2008

Andelen af daglige rygere i Danmark er i gennemsnit faldet med 3,5 pct. årligt i perioden 2001-2008. Til sammenligning har Sverige oplevet et gennemsnitligt årligt fald på 5,2 pct. Gennemsnittet for EU-15 er 1,3 pct., jf. figur 7.2.

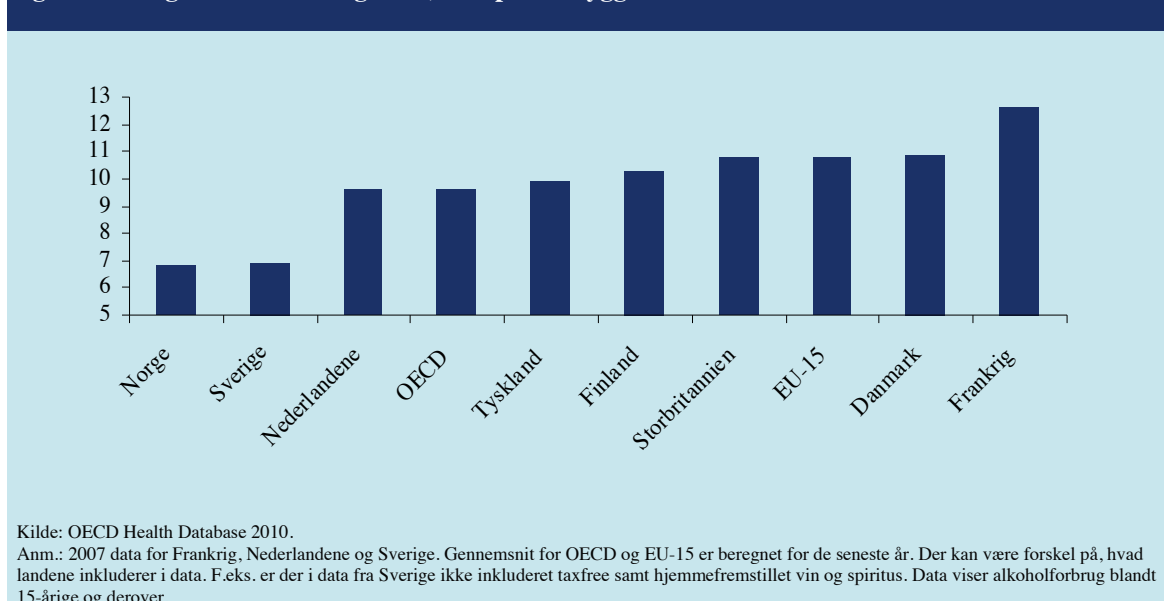
Figur 7.2 Andel daglige rygere af samlet befolkning 2001-2008, pct.



7.3 Alkoholforbrug 2008

I Danmark forbruges 10,9 liter ren alkohol pr. indbygger årligt, hvilket er mere end i de fleste lande i sammenligningen, jf. figur 7.3. Til sammenligning forbruges 6,8 liter i Norge, som har det mindste alkoholforbrug i sammenligningen. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 10,8 og 9,6 liter alkohol pr. indbygger årligt.

Figur 7.3 Årligt alkoholforbrug 2008, liter pr. indbygger

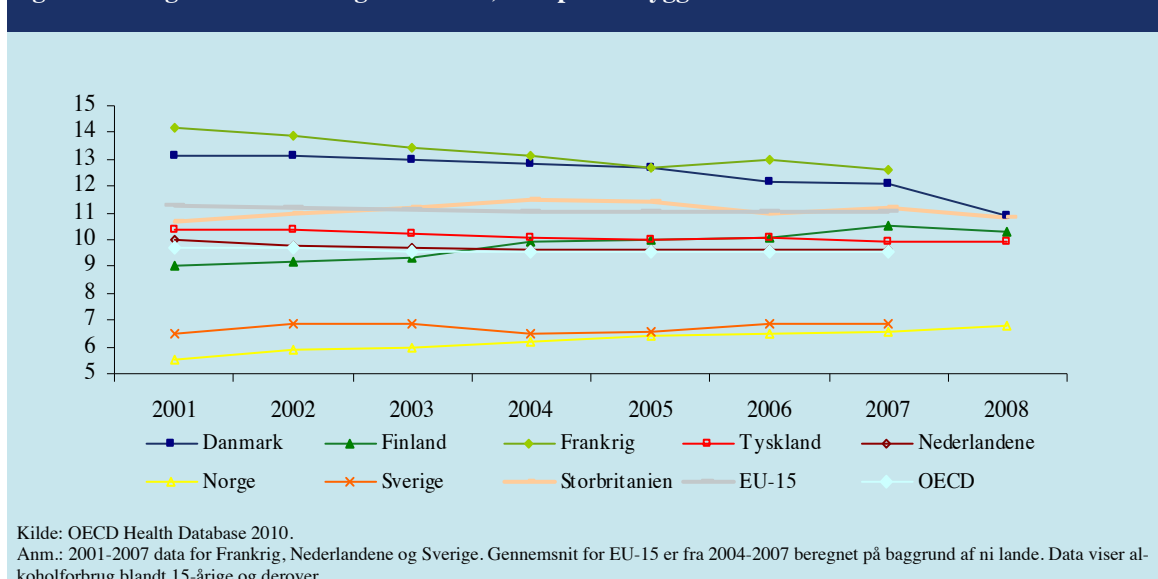


7.4 Udvikling i alkoholforbruget 2001-2008

I perioden 2001-2008 er alkoholforbruget i Danmark faldet fra 13,1 til 10,9 liter ren alkohol om året pr. indbygger. På trods af, at Danmark har oplevet et relativt stort fald i alkoholforbrug i forhold til de andre lande i sammenligningen, har Danmark stadig et relativt højt alkoholforbrug, jf. figur 7.4.

Der tegner sig ikke noget ensartet billede af udviklingen i alkoholforbruget i perioden for de analyserede lande. Norge og Finland har oplevet relativt store stigninger i forbruget i denne periode, mens såvel OECD- som EU-15-gennemsnittet har ligget forholdsvis konstant.

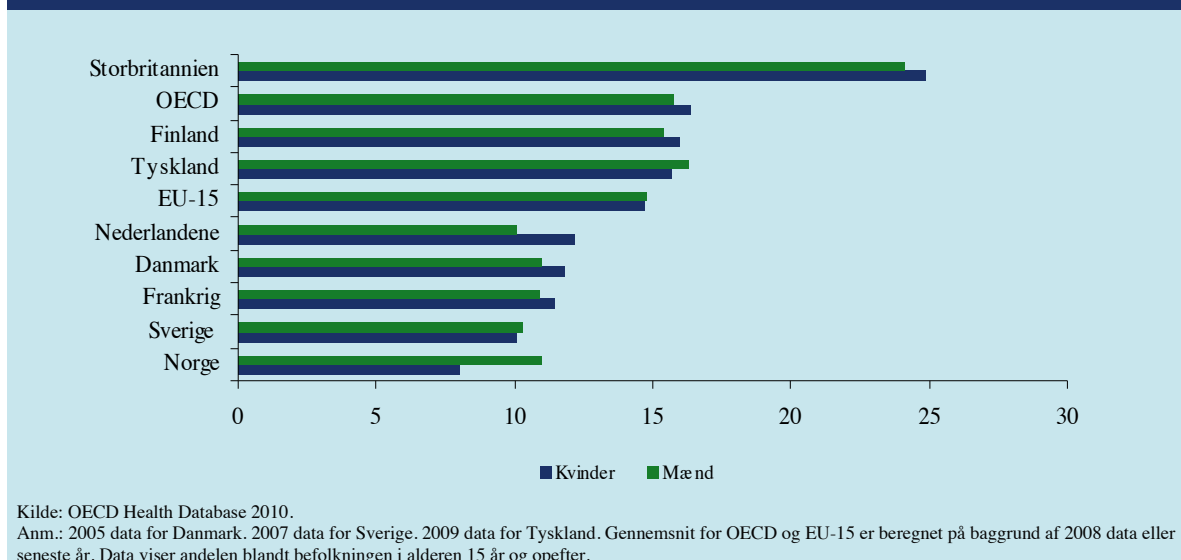
Figur 7.4 Årligt alkoholforbrug 2001-2008, liter pr. indbygger



7.5 Andel svært overvægtige fordelt på køn 2008

En svært overvægtig person defineres som en person med et BMI>30. I Danmark er 11,0 pct. blandt mænd og 11,8 pct. blandt kvinder i 2005 svært overvægtig, jf. figur 7.5. Til sammenligning er OECD-gennemsnittet på hhv. 15,7 pct. og 16,4 pct. for mænd og kvinder samt hhv. 14,8 pct. og 14,7 pct. for EU-15. For både kvinder og mænd har Storbritannien flere svært overvægtige end de andre lande i sammenligningen.

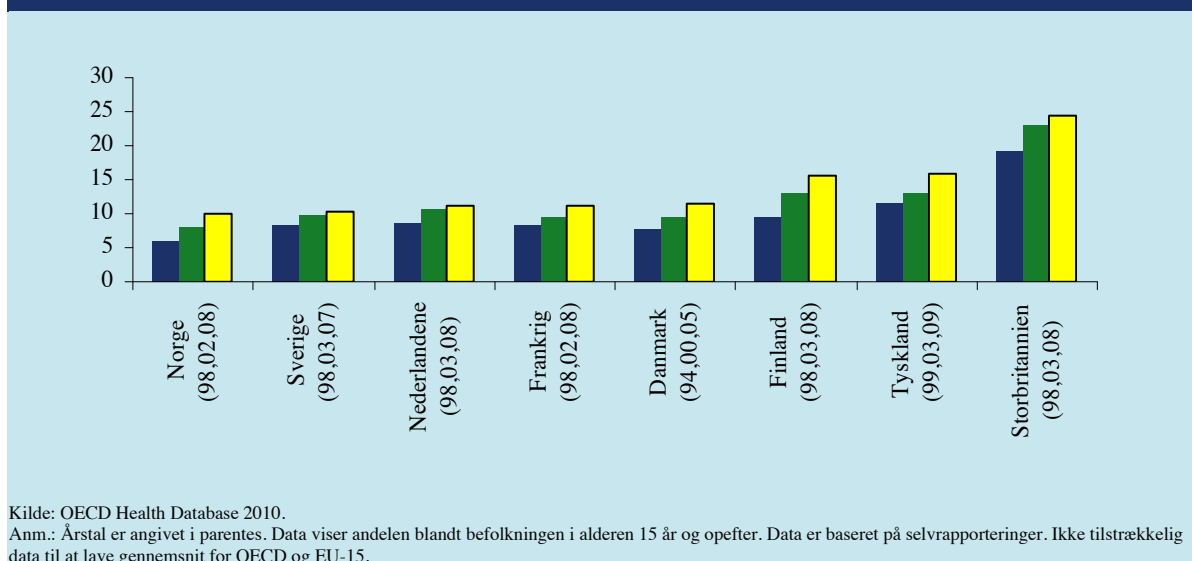
Figur 7.5 Andel svært overvægtige (BMI > 30) fordelt på køn 2008, pct.



7.6 Udvikling i andel svært overvægtige

I Danmark er andelen af svært overvægtige steget fra 7,6 pct. i 1994 til 11,4 pct. i 2005. I samtlige lande i sammenligningen ses betydelige stigninger i andelen af svært overvægtige siden 1990'erne, jf. figur 7.6. På trods af en relativ høj andel svært overvægtige i 1998 har Storbritannien ligesom de øvrige lande i sammenligningen oplevet stigninger i andel svært overvægtige i den efterfølgende tiårige periode.

Figur 7.6 Udvikling i andel svært overvægtige (BMI > 30) af samlet befolkning for en række år, pct.



8 Middelevetid

Middellevetiden indikerer, hvor lang tid en nyfødt kan forvente at leve. Middellevetiden i et land er tæt forbundet med befolkningens sygelighed og dødelighed. Disse bestemmes bl.a. af livsstil og levevilkår. Risikoadfærd som eksempelvis rygning, højt alkoholbrug, usund kost og for lidt motion er tæt forbundet med forskellige sygdomme og for tidlig død. Forskelle i middellevetid på tværs af landene afspejler derfor også andre forhold end et lands sundhedsvæsen og indsatsen heri.

Danmark har siden 2001 oplevet en fremgang på 1,8 år i den forventede middellevetid for hele befolkningen. Fremgangen er på niveau med gennemsnittet for EU-15 og større end gennemsnittet for OECD. I 2008 lå middellevetiden i Danmark i gennemsnit på 78,8 år for den samlede befolkning, hvilket er lavere end samtlige lande, vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD.

De danske kvinders middellevetid er i 2008 i gennemsnit 81,0 år, hvilket er godt et år under gennemsnittet for OECD og knap 2 år under gennemsnittet for EU-15. Siden 2001 er middellevetiden for kvinder i Danmark i gennemsnit steget med 1,7 år, hvilket er den største stigning i sammenligningen.

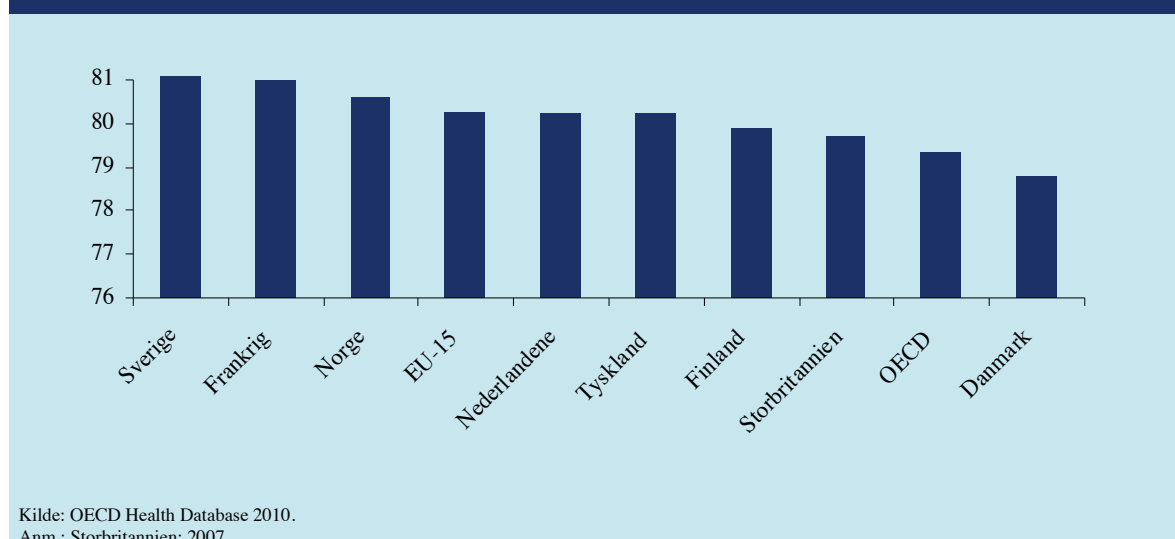
Danske mænds middellevetid er i 2008 væsentligt lavere end gennemsnittet for EU-15 og de øvrige lande i sammenligningen, undtagen Finland. Danske mænds middellevetid er i 2008 på niveau med Finland og gennemsnittet for OECD. I perioden 2001-2008 er danske mænds middellevetid i gennemsnit steget med 1,8 år, hvilket er en lavere stigning end gennemsnittet for EU-15 og OECD.

I Danmark er der i 2006 3.410 Potential Years of Life lost (Pyl) pr. 100.000 indbyggere. Kun i Finland og gennemsnittet for OECD er denne indikator for for tidlig død i en befolkning større. I perioden 2001-2006 er der for Danmark sket et fald i Pyl pr. 100.000 indbyggere.

8.1 Middellevetid 2008

I 2008 lå middellevetiden i Danmark i gennemsnit på 78,8 år for den samlede befolkning, jf. figur 8.1. Det er lavere end samtlige af de lande, vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD. Til sammenligning er middellevetiden i hhv. Sverige og Frankrig, som er de to lande med de højeste middellevetider i sammenligningen, hhv. 81,2 og 81,0 år. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 80,3 år og 79,4 år.

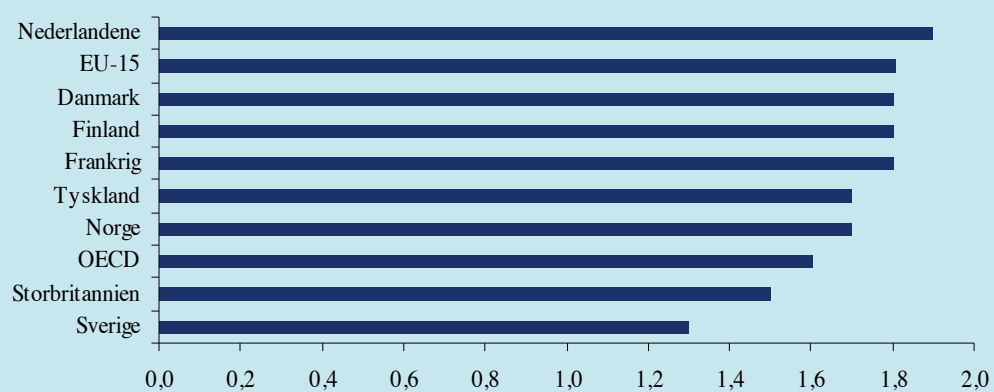
Figur 8.1 Middellevetid for samlet befolkning 2008, antal år



8.2 Middellevetid 2001-2008

Fra 2001-2008 er middellevetiden i Danmark i gennemsnit steget med 1,8 år, hvilket er på niveau med gennemsnittet for EU-15 og højere end gennemsnittet for OECD, jf. figur 8.2. Gennemsnittet for EU-15 og OECD-landene er på hhv. 1,8 år og 1,6 år. Middellevetiden i Nederlandene er steget med 1,9 år, hvilket er den højeste stigning i sammenligningen.

Figur 8.2 Absolut ændring i middellevetid for samlet befolkning 2001-2008, antal år



Kilde: OECD Health Database 2010.
Anm.: Storbritannien: 2001-2007.

8.3 Middellevetid for kvinder 2008

I 2008 er kvinders middellevetid i gennemsnit i Danmark 81,0 år, jf. figur 8.3. Den danske middellevetid for kvinder er lavere end middellevetiden i alle de lande, vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD. Blandt landene i sammenligningen har Frankrig den højeste middellevetid for kvinder på 84,3 år. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 82,9 og 82,1 år.

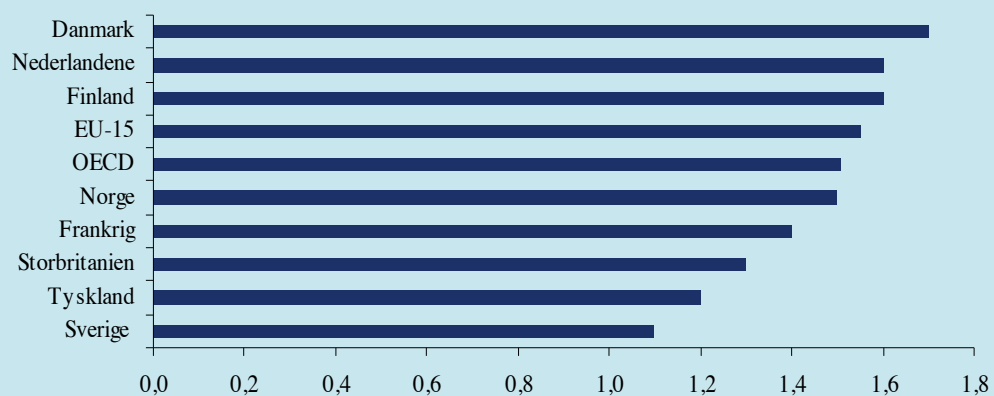
Figur 8.3 Middellevetid for kvinder 2008, antal år



8.4 Middellevetid for kvinder 2001-2008

Siden 2001 er middellevetiden for kvinder i Danmark i gennemsnit steget med 1,7 år, hvilket er den største stigning i sammenligningen, jf. figur 8.4. Gennemsnittet for EU-15 og OECD for perioden 2001-2008 er hhv. 1,6 og 1,5 år.

Figur 8.4 Absolut ændring i middellevetid for kvinder 2001-2008, antal år

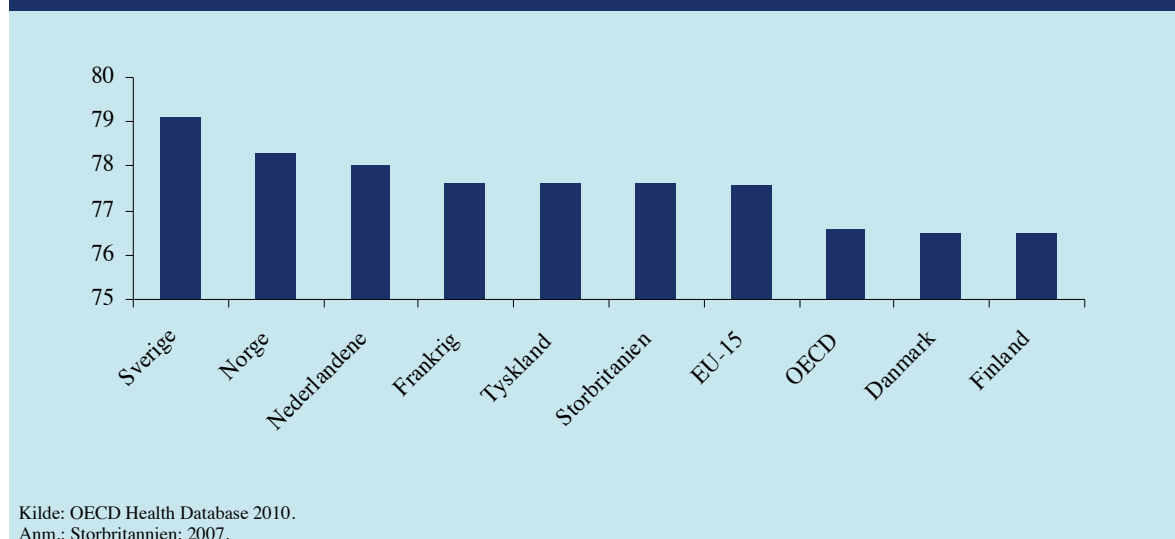


Kilde: OECD Health Database 2010.
Anm.: Storbritannien: 2001-2007.

8.5 Middellevetid for mænd 2008

I 2008 er danske og finske mænds middellevetid i gennemsnit 76,5 år, jf. figur 8.5. Denne middellevetid er lavere end middellevetiden i de øvrige lande i sammenligningen, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD. Blandt landene i sammenligningen har Sverige den højeste middellevetid for mænd på 79,1 år. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 77,6 år og 76,6 år.

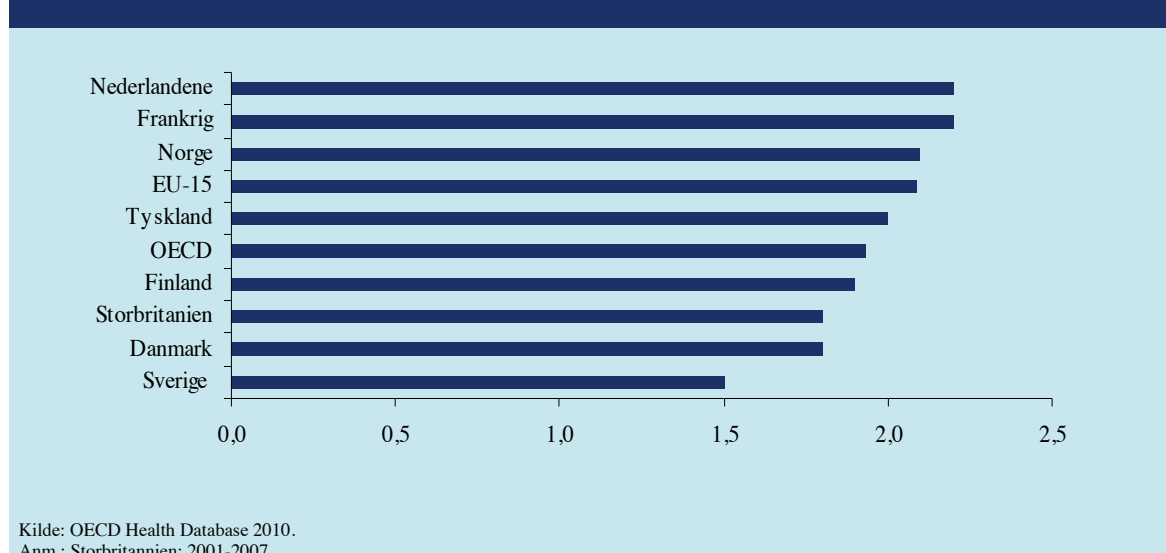
Figur 8.5 Middellevetid for mænd 2008, antal år



8.6 Middellevetid for mænd 2001-2008

Siden 2001 er danske mænds middellevetid i gennemsnit steget med 1,8 år, hvilket er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD på hhv. 2,1 år og 1,9 år, jf. figur 8.6. Nederlandene og Frankrig har oplevet den største fremgang i middellevetiden i perioden 2001-2008 på 2,2 år.

Figur 8.6 Absolut ændring i middellevetid for mænd 2001-2008, antal år

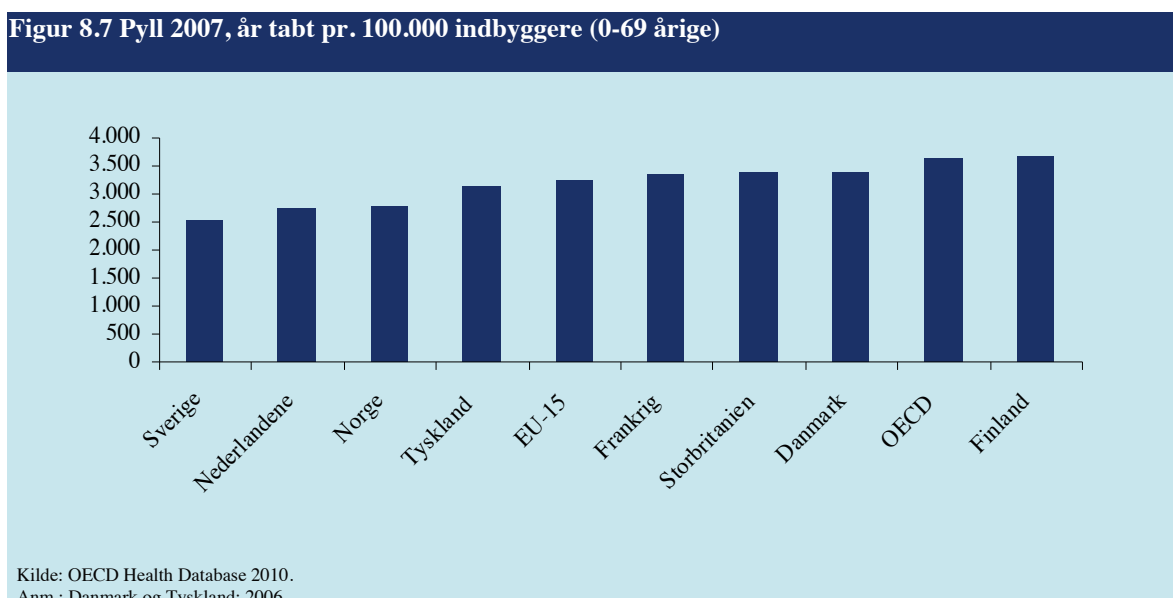


8.7 Potential Years of Life lost (Pyll) 2007

Potential Years of Life lost (Pyll) er et summarisk mål for for tidlig død i en befolkning. Pyll afhænger bl.a. af befolkningens sygelighed og kan reduceres gennem en indsats på sundhedsområdet. I beregningerne defineres en person, som dør før sin 70 års fødselsdag, som værende død i utide.

I Danmark er der i 2006 3.410 Pyll pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 8.7. Kun Finland og gennemsnittet for OECD har flere tabte år pr. 100.000 indbyggere. Til sammenligning har Sverige, som er det land i sammenligningen med færrest Pyll pr. 100.000 indbyggere, 2.541 tabte år pr. 100.000 indbyggere. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 3.266 år og 3.636 år pr. 100.000 indbyggere.

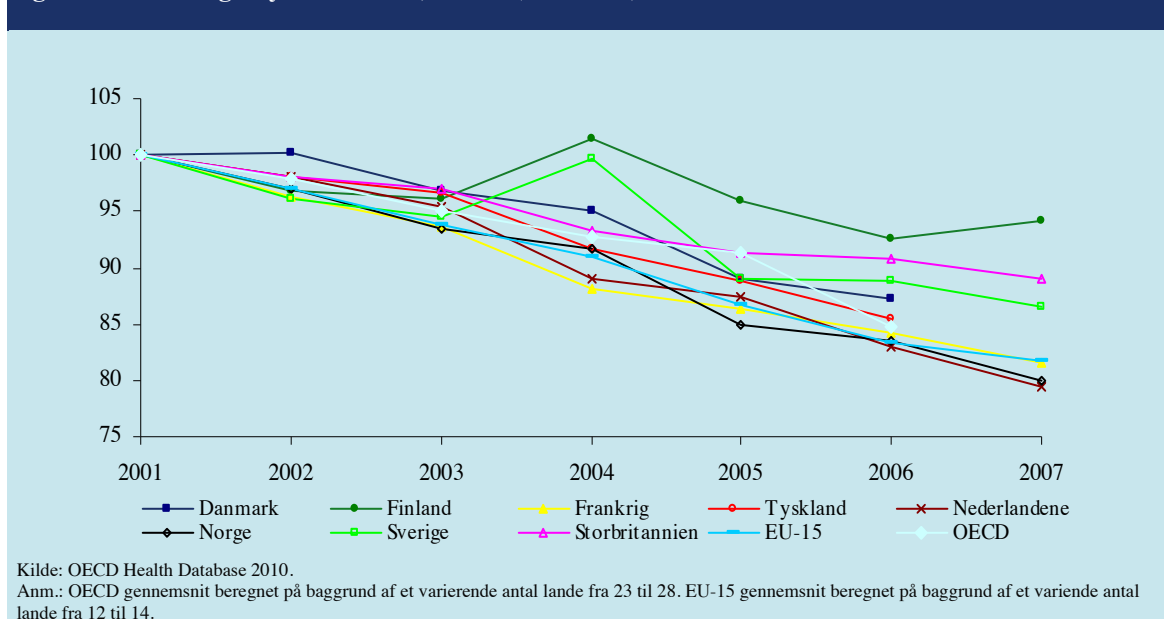
Figur 8.7 Pyll 2007, år tabt pr. 100.000 indbyggere (0-69 årige)



8.8 Potential Years of Life lost (Pyll) 2001-2007

I perioden 2001-2007 er der for alle lande i sammenligningen sket et fald i potential Years of Life lost (Pyll) pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 8.8. Nederlandene er det land, som relativt har reduceret Pyll mest i perioden 2001-2007.

Figur 8.8 Udvikling i Pyll 2001-2007, indeks (2001=100)



9 Dødelighed

Dødelighedsrater indikerer antallet af borgere, der dør af bestemte sygdomme. I dette afsnit gives et indblik i udviklingen i dødelighed på baggrund af dødelighedsrater for de hyppigst forekommende dødsårsager i Danmark, som er hjertekarsygdomme og kræft. Endvidere indgår selvmordsrater og børnedødelighed i undersøgelsen, da disse ofte indgår i internationale sammenligninger for at give et billede af dødeligheden blandt befolkningsgrupper med psykiske lidelser samt børn. Endelig sammenlignes befolkningernes selvopfattede sundhedstilstand.

Den danske dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom (forsnævring af kranspulsåren) på 67,8 dødsfald pr. 100.000 indbyggere er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD. Den danske dødelighedsrate for blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) på 33,9 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i 2006 er lavere end gennemsnittet for EU-15 og OECD. Danmark har i perioden 2001-2006 oplevet det højeste gennemsnitlige årlige fald i dødeligheden for iskæmisk hjertesygdom og for blodprop i hjertet blandt de lande, vi normalt sammenligner os med.

I 2006 døde 199,4 pr. 100.000 indbyggere af kræft i Danmark, hvilket er det højeste antal blandt de lande, som vi normalt sammenligner os med, samt gennemsnittet for EU-15 og OECD. Kræftdødeligheden i Danmark er faldet fra 2001 til 2002, hvorefter den har været nogenlunde uændret. Dette skyldes bl.a., at relativt mange danskere får kræft. I 2008 var der i Danmark 321,1 nye tilfælde af kræft pr. 100.000 indbyggere (incidensraten). Med undtagelse af 2002 ligger Danmark med den højeste incidensrate for kræft blandt de lande, som indgår i sammenligningen.

I 2006 var der 9,9 selvmord pr. 100.000 indbyggere i Danmark, hvilket er under gennemsnittet for EU-15 og OECD. Fra 2001-2006 er antallet af selvmord i Danmark gennemsnitligt faldet med 2,6 pct. om året.

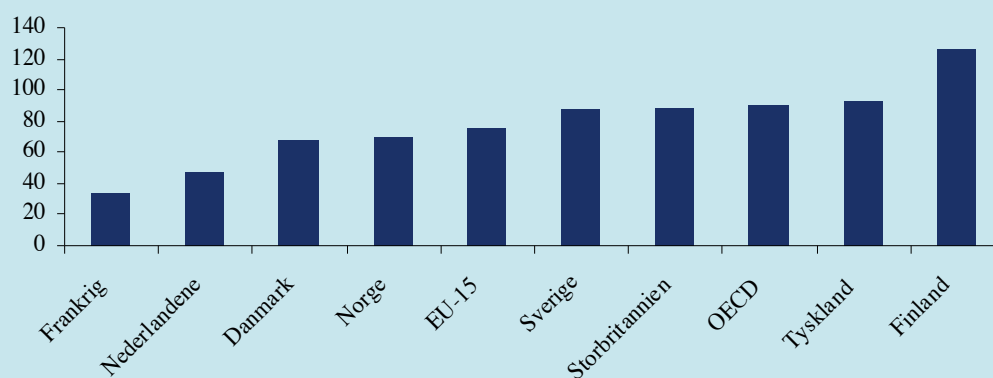
Børnedødeligheden i Danmark på 4,0 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn i 2008 ligger under OECD-gennemsnittet, men højere end gennemsnittet for EU-15. I perioden 2001-2008 er børnedødeligheden i Danmark faldet med 2,9 pct. om året.

Danskerne opfatter sig selv som værende sunde. Andelen af den danske befolkning, der opfatter sig selv som værende sunde, har været stort set uændret i perioden 1991-2005.

9.1 Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2007

I 2006 er den danske dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom 67,8 dødsfald pr. 100.000 indbyggere, jf. figur 9.1. Blandt de lande, vi normalt sammenligner os med, har Frankrig og Nederlandene med hhv. 33,1 og 48 dødsfald pr. 100.000 indbyggere lavere dødelighedsrater. Dødelighedsraterne for iskæmisk hjertesygdom for EU-15 og OECD er hhv. 75,8 og 90 dødsfald pr. 100.000 indbyggere. Der er stor forskel på dødelighedsraterne for iskæmisk hjertesygdom for OECD-landene fra Slovakiet med 256 dødsfald til Japan med 28 dødsfald pr. 100.000 indbyggere.

Figur 9.1 Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere

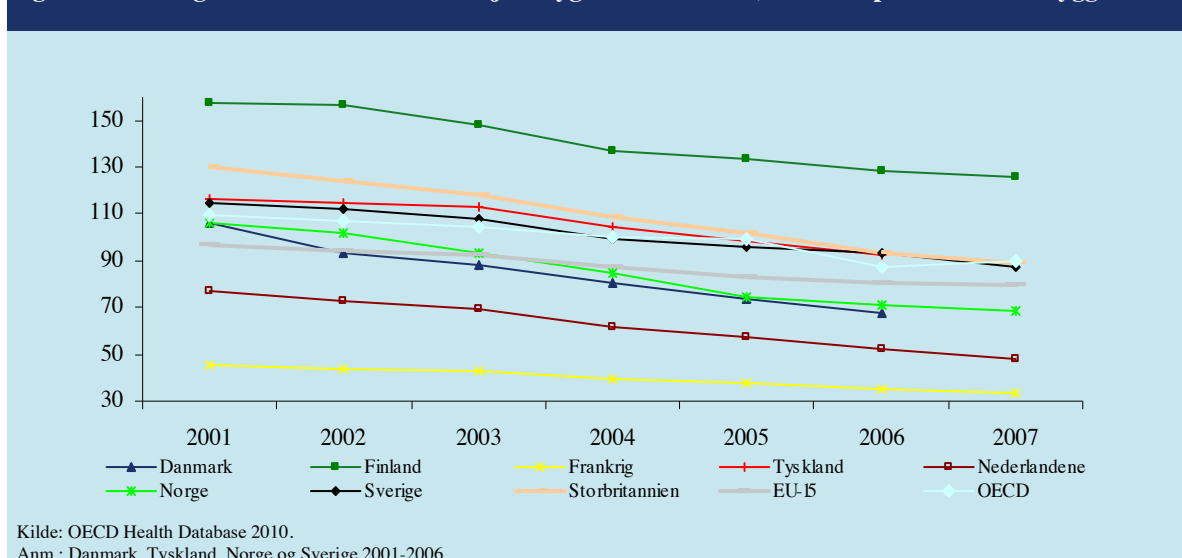


Kilde: OECD Health Database 2010.
Anm.: Data for Danmark og Tyskland er for 2006.

9.2 Udvikling i dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2001-2007

I perioden 2001-2006 har der været et fald i dødeligheden for iskæmisk hjertesygdom i Danmark på 8,6 pct. om året, hvilket er mere end i de andre lande i sammenligningen, jf. figur 9.2. I alle de lande, vi normalt sammenligner os med, ses et fald i dødelighedsrater for perioden 2001-2007. Faldet for hhv. OECD og EU-15 har været på hhv. 5,9 og 3,4 pct. årligt.

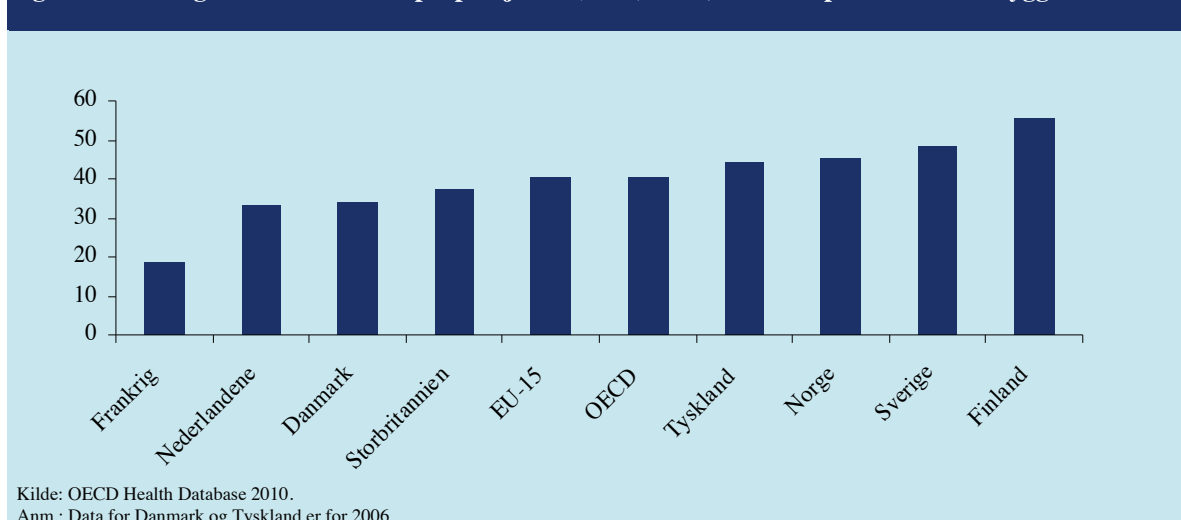
Figur 9.2 Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.3 Dødelighedsrater for blodprop i hjertet 2007

I 2006 var der 33,9 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i Danmark som følge af blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), jf. figur 9.3. Blandt landene i sammenligningen har Frankrig og Nederlandene lavere dødelighedsrater end Danmark for blodprop i hjertet på hhv. 18,4 og 33,2 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i 2007. Gennemsnittet for hhv. OECD og EU-15 er 40,4 og 40,3 dødsfald pr. 100.000 indbyggere.

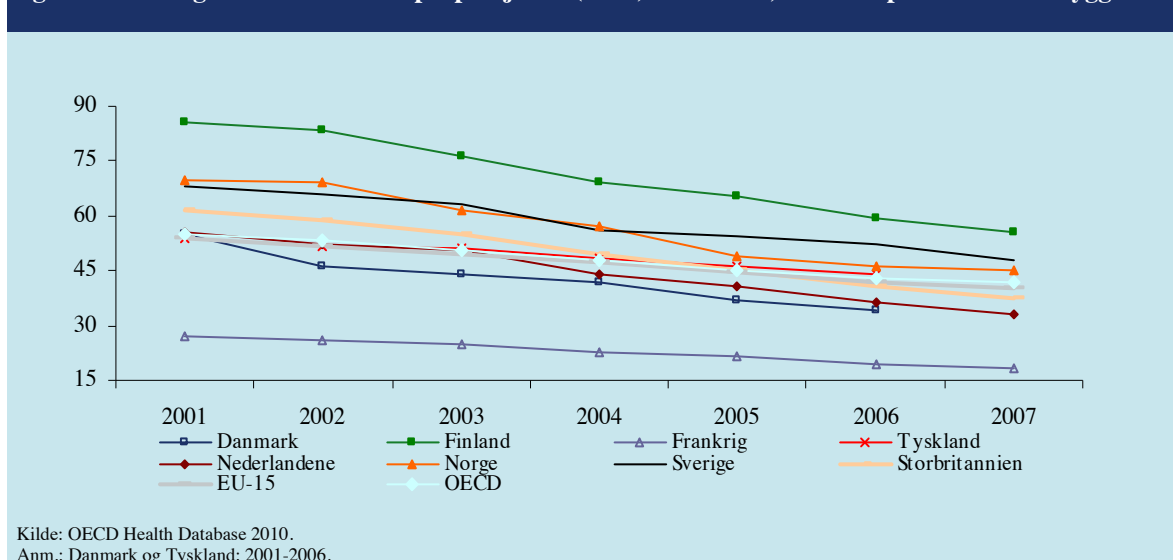
Figur 9.3 Dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI) 2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.4 Udvikling i dødelighedsrater for blodprop i hjertet 2001-2007

For perioden 2001-2006 er antallet af dødsfald pr. 100.000 indbyggere som følge af blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) faldet med 9,3 pct. om året i gennemsnit i Danmark. Dette er det største gennemsnitlige årlige fald i perioden 2001-2007 blandt de lande, vi normalt sammenligner os med, jf. figur 9.4. For EU-15 og OECD i gennemsnit har faldet været på hhv. 4,7 pct. og 4,4 pct. om året.

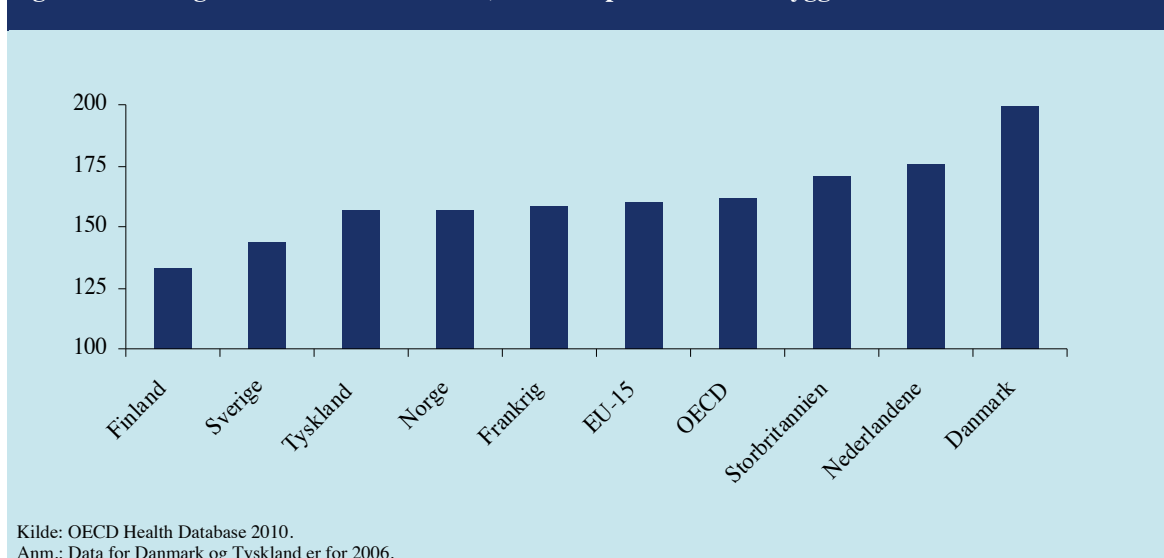
Figur 9.4 Dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI) 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.5 Dødelighedsrater for kræft 2007

I 2006 lå den aldersstandardiserede dødelighedsrate for alle kræftformer samlet set i Danmark på 199,4 dødsfald pr. 100.000 indbyggere, hvilket er det højeste antal blandt de lande, som vi normalt sammenligner os med, jf. figur 9.5. Til sammenligning har Finland med den laveste dødelighedsrate i sammenligningen en dødelighedsrate på 132,6 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i 2007. Gennemsnittet for hhv. EU-15 og OECD er på hhv. 159,5 og 161,1 dødsfald pr. 100.000 indbyggere.

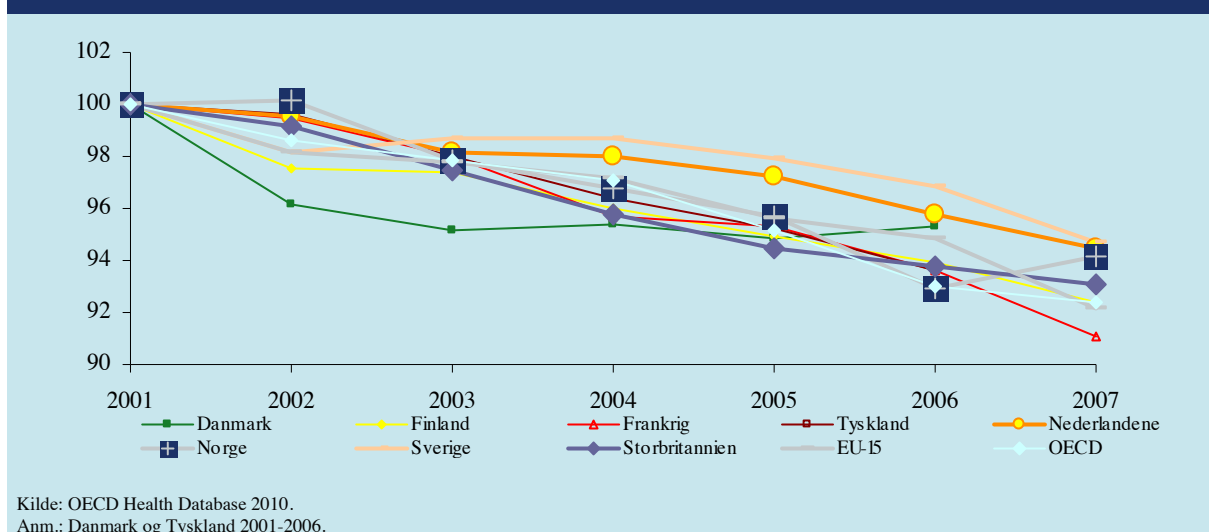
Figur 9.5 Dødelighedsrater for kræft 2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.6 Udvikling i dødelighedsrater for kræft 2001-2007

Dødelighedsraten for kræft faldt i Danmark fra 2001 til 2002, hvorefter den har været nogenlunde uændret. Det relative fald i kræftdødeligheden i Danmark har for perioden 2001-2006 været lavere end gennemsnittet for OECD og EU-15, jf. figur 9.6. For perioden 2001-2007 har Frankrig oplevet det største relative fald i dødelighedsraten for kræft.

Figur 9.6 Dødelighedsrater for kræft 2001-2007, indeks 2001=100

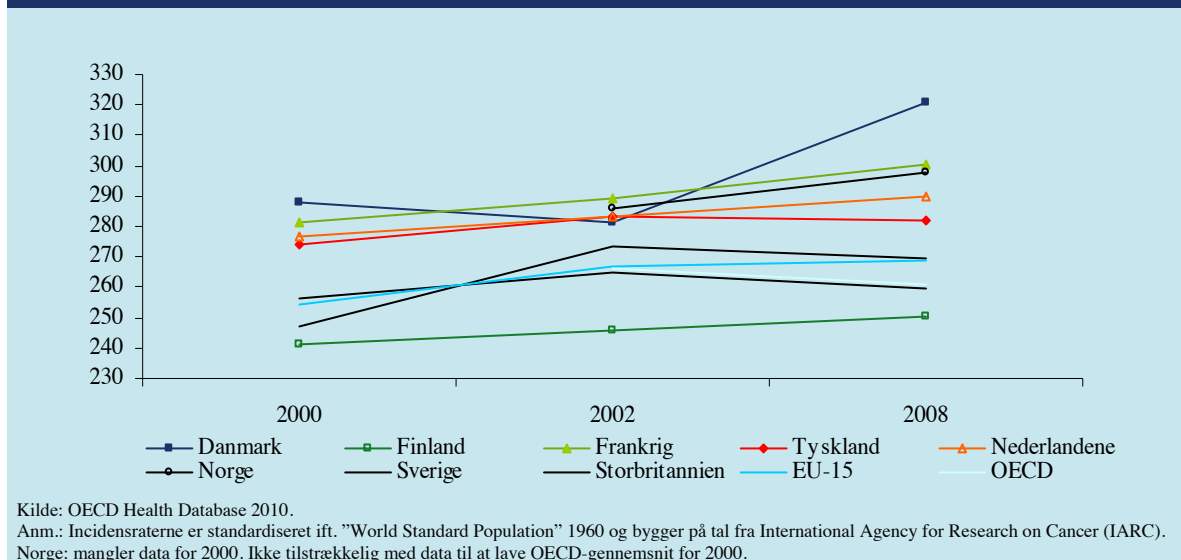


Kilde: OECD Health Database 2010.
Anm.: Danmark og Tyskland 2001-2006.

9.7 Antallet af nye kræfttilfælde 2000-2008

I 2008 var der i Danmark 321,1 nye tilfælde af kræft pr. 100.000 indbyggere (incidensraten). Dette er en stigning på godt 14 pct. i forhold til 2002. Fra 2000 til 2002 faldt incidensraten fra 287,8 til 281,4. Med undtagelse af 2002 ligger Danmark med den højeste incidensrate blandt de lande, som indgår i analysen, jf. figur 9.7.

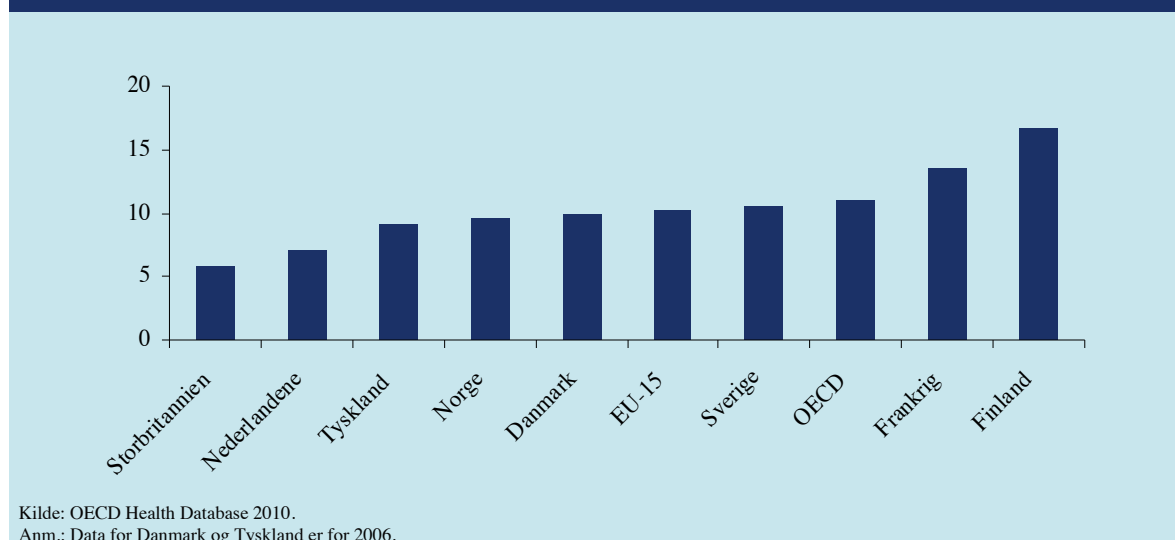
Figur 9.7 Incidensrater for kræft samlet set 2000-2008, pr. 100.000 indbyggere



9.8 Dødelighedsrater for selvmord 2007

I 2006 var der 9,9 selvmord pr. 100.000 indbyggere i Danmark, jf. figur 9.8. Blandt de lande, vi normalt sammenligner os med, har Storbritannien færrest selvmord med 5,8 dødsfald som følge af selvmord pr. 100.000 indbyggere i 2007. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 10,2 og 11,0 dødsfald pr. 100.000 indbyggere.

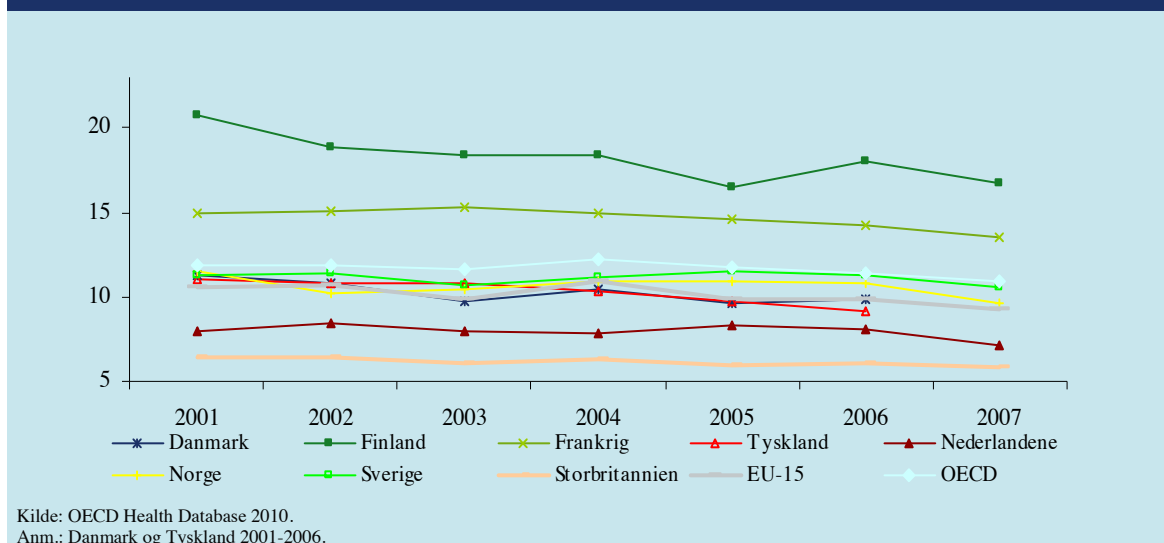
Figur 9.8 Dødelighedsrater for selvmord 2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.9 Udvikling i dødelighedsrater for selvmord 2001-2007

Fra 2001-2006 er antallet af selvmord i Danmark faldet fra 11,3 til 9,9 pr. 100.000 indbyggere, hvilket er et gennemsnitligt fald på 2,6 pct. om året, jf. figur 9.9. I alle de lande, vi normalt sammenligner os med, ses fald i dødelighedsrater for selvmord for perioden 2001-2007. Tyskland har oplevet det største fald fra 2001-2006 på 3,7 pct. om året.

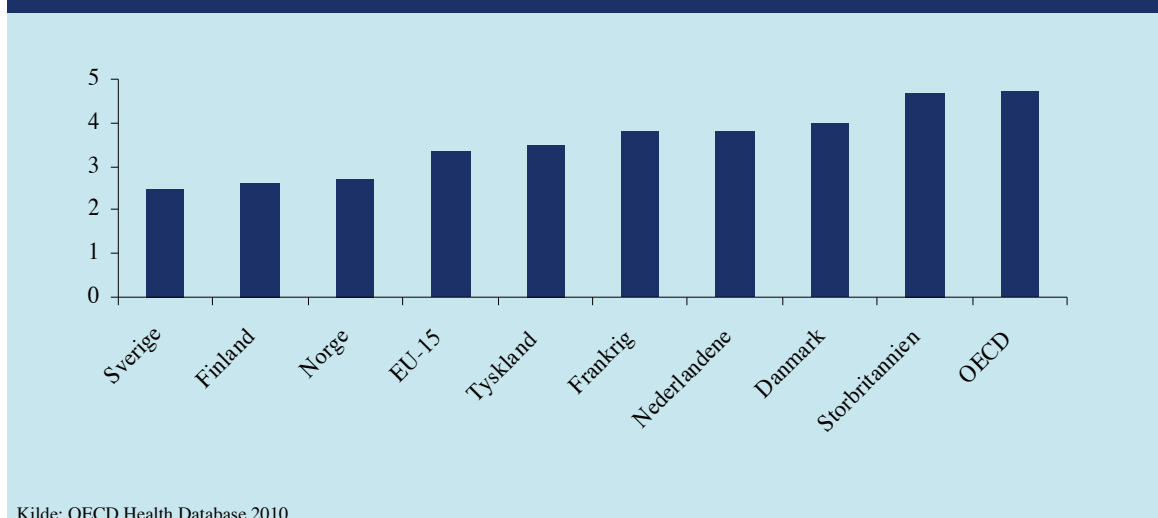
Figur 9.9 Dødelighedsrater for selvmord 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere



9.10 Dødelighedsrater for børnedødelighed 2008

I 2008 er børnedødeligheden for børn under ét år i Danmark på 4,0 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn, jf. figur 9.10. Alle lande i sammenligningen ligger under OECD-gennemsnittet på 4,7 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn. Det høje gennemsnit for OECD kan bl.a. henføres til børnedødeligheden i Tyrkiet og Mexico på hhv. 17,0 og 15,2 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn. Undlades disse to lande, ligger gennemsnittet for OECD på 3,9 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn. Sverige har den laveste dødelighedsrate for børnedødelighed i sammenligningen på 2,5 dødsfald. Gennemsnittet for EU-15 er 3,3 dødsfald pr. 1.000 levendefødte børn.

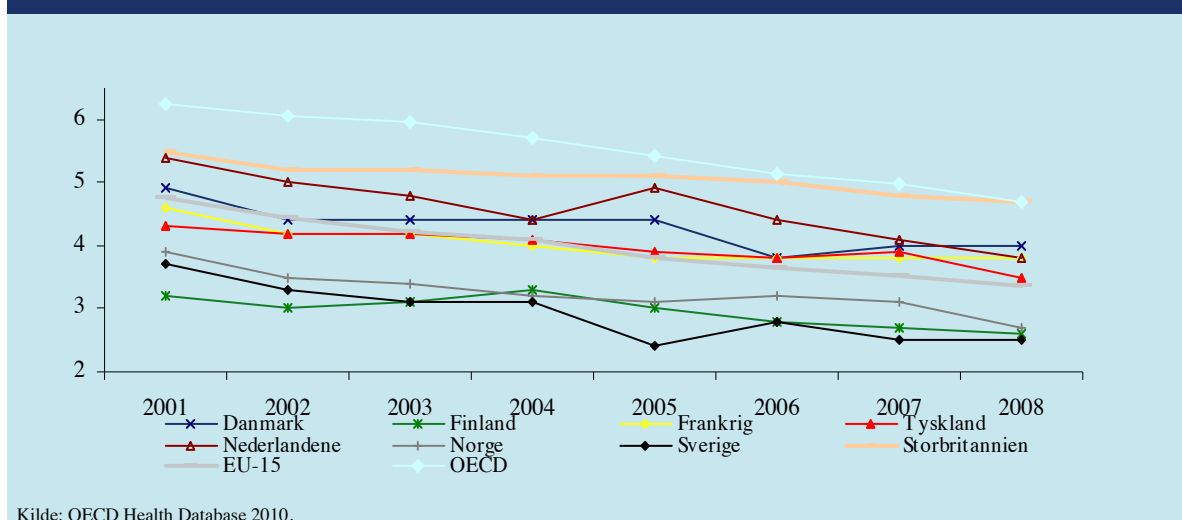
Figur 9.10 Dødelighedsrater for børnedødelighed 2008, dødsfald i alderen < 1 år pr. 1.000 levendefødte



9.11 Dødelighedsrater for børnedødelighed 2001-2008

I perioden 2001-2008 er børnedødeligheden faldet fra 4,9 til 4,0 dødsfald pr. 1.000 levendefødte i Danmark, jf. figur 9.11. Det svarer til et årligt fald på 2,9 pct. I alle de lande, vi normalt sammenligner os med, ses fald i dødelighedsrater for børnedødelighed for perioden 2001-2008.

Figur 9.11 Dødelighedsrater for børnedødelighed 2001-2008, dødsfald i alderen < 1 år pr. 1.000 levendefødte



9.12 Befolkningens selvopfattede sundhedstilstand 2008

I 2005 anså 79,4 pct. af den danske befolkning deres eget helbred som værende ”godt”, hvilket er højere end gennemsnittet for EU-15 og OECD, jf. figur 9.12. I Nederlandene og Norge, som har de højeste data, anser hhv. 80,6 pct. og 80,0 pct. af befolkningen deres eget helbred som værende ”godt” i 2008. Gennemsnittet for EU-15 og OECD er hhv. 71,8 og 69,5 pct.

Figur 9.12 Andel af befolkningen som opfatter deres helbred som værende ”godt” 2008, pct.



9.13 Udvikling i befolkningens selvopfattede sundhedstilstand 1991-2005

Efter en nedgang fra 1991 til 2000 er der for 2000 til 2005 sket en fremgang i andelen af den danske befolkning, som opfatter deres egen sundhedstilstand som værende god, jf. tabel 9.1. Samtlige lande i sammenligningen har oplevet ændringer i befolkningens selvopfattede sundhedstilstand i perioden.

De selvopfattede sundhedstilstande varierer markant på tværs af OECD-landene. USA har med en andel på 88,0 pct. den største andel af befolkningen, der opfatter deres helbred som værende ”godt”, mens 32,7 pct. af japanerne opfatter deres helbred som godt.

Tabel 9.1 Andel af befolkningen som opfatter deres helbred som værende ”godt” 1991-2005, pct.

	1991	1994	2000	2005
Norge	-	79,6 ¹⁾	79,6 ²⁾	81
Danmark	80,4	79,1	77,9	79,4
Nederlandene	78,4	78	77,6	76,6
Frankrig	-	-	73,6 ³⁾	75,7 ⁴⁾
Storbritannien	76,3	76,1	74,3	75
Sverige	76,2	76,5	75,5	74,4
Finland	67,2	74,6	67,1	66,4
Tyskland	-	-	66,1 ²⁾	60,1

Kilde: OECD Health Database 2010.

Anm.: De angivne år er udvalgt på baggrund af de år, hvor der foreligger data for Danmark. Data viser andelen blandt 15-årige og derover. Der er ikke udregnet gennemsnit for EU-15 og OECD, da data for de forskellige lande er spredt ud over forskellige år. 1) 1995, 2) 1998, 3) 2002, 4) 2006.

10 English Summary

10.1 Issues covered by the analysis

The purpose of this publication is to present the Danish health care system in an international perspective. This comparative analysis comprises countries among the Nordic and other European countries which Denmark is usually compared with in the field of health: Sweden, Norway, Finland, United Kingdom, Germany, France and the Netherlands. These countries have been chosen, as both the features of their health systems and the lifestyle of their populations make a comparison with Denmark relevant.

The publication has previously been published by the Ministry of Interior and Health. As a consequence of a reorganization of assignments between the Ministry of Interior and Health and the National Board of Health this publication will be published by the National Board of Health in the future. The National Board of Health is responsible for data and documentation in the area of health.

The Ministry of Interior and Health has also in February 2010 published an international benchmarking of the Danish hospital sector. This publication and the English summary can be found at www.im.dk.

The publication “Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv” (“The Danish health care system in an international perspective”) includes international comparative analysis of the Danish health care system within the following areas:

- Health expenditures
- Health employment
- Activity
- Use of resources and productivity
- Quality of care
- Lifestyle
- Life expectancy
- Mortality

The international comparison is based on data and information collected and published by the OECD on a regular basis. The data describe most parts of the health system and are widely used in international comparisons. Indicators in this publication have been chosen in order to cover the health sector in a comprehensive way. Other criteria for the selection of the indicators include the comparability of data, and that data are available and updated and possess a reasonable degree of quality.

For all the indicators in the publication the choice of indicators is limited by the available international data. Therefore the indicators which are found in this publication do not necessarily give a definitive and fully covering picture of the subjects and the health care system in general.

The OECD and the member countries work continuously on securing the quality of the data and improving the comparability of data concerning the individual member countries. However, in many areas it is difficult to compare the health systems of the OECD countries due to deviations in methodologies and data availability.

Thus, international comparisons must always be made with certain reservations, bearing in mind differences in among other data collecting among countries.

Even though the countries in the analysis are chosen for reasons of comparison there are differences. The differences are found both in the organization of the health care systems in the countries and in the health status of the populations. Among other the countries can have a different division of labour between the hospital sector, the practice sector and the local health care sector, and this can affect the calculations of expenditure on hospital services and hospital employment.

Also included in the comparisons is the average of the EU-15 countries, which are the countries that were members of the EU before the enlargement on 1st May 2005. The EU-15 countries are Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and the United Kingdom.

Finally the average⁵ of the OECD countries forms part of the analysis. The OECD countries are pr. 1. July 2010 Australia, Austria, Belgium, Canada, Chile, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, the Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Slovak Republic, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, the United Kingdom and the United States. Since this date Israel and Slovenia have become members of OECD.

The following presents a more detailed review of main conclusions in the publication, structured around the headlines of the publication.

10.2 Main conclusions

10.2.1 Health expenditures (chapter 2)

Danish health expenditures are relatively high. Denmark spent DKK 30,194 per capita on health, which is above the OECD- and EU-15-average.

Denmark has experienced a rise in health expenditure per capita of 3.7 per cent annually from 2000-2007, which is lower than the average of OECD and EU-15.

The total health expenditure in Denmark constitutes 9.7 per cent of GDP in 2007, which is a higher level than the OECD- and EU-15-average. High levels of health expenditures are not tantamount to the population receiving the best quality of treatment or receiving the highest amount of health for the money spent. Therefore it is important also to have a focus on quality and the use of resources.

In Denmark in 2007 the share of public health expenditures as a percentage of total health expenditures is 84.5 per cent, which is the biggest share in the comparison.

⁵ The OECD average is calculated as a simple average of the countries. Differences in the relative GDP and the size of the population are not taken into account. The average is calculated when there is data available for at least 20 out of 31 OECD countries.

10.2.2 Health employment (chapter 3)

In Denmark there are relatively many full-time employees at hospitals. In Denmark in 2008, there are approx. 17.4 full-time employees at public hospitals per 1,000 population. Among the selected countries, only Norway has more full-time hospital employees per 1,000 population.

Denmark has with approx. 2.4 full-time employed doctors at public hospitals per 1,000 population more hospital doctors than the other countries in the comparison. Data on full-time employees at hospitals in Denmark is based on information on salary. In the 2. quarter of 2008 there was conflict in the area of health in Denmark, among other at public hospitals. This may affect the Danish 2008 data on full-time employees at hospitals.

In Denmark there are about 2.7 practising specialists (exclusive of GP's) per 1,000 population, which is above the average of the OECD and the EU-15-countries. Furthermore Denmark has about 0.7 general practitioners per 1,000 population, which is below the average of the OECD and the EU-15-countries.

Denmark educates relatively many doctors. Denmark educates more doctors per 100,000 population than in the other countries and the average of the OECD and the EU-15-countries.

10.2.3 Activity (chapter 4)

In the chapter the focus is on hospitals. The number of in-patient surgical procedures in Denmark was around 72 per 1,000 population in 2008, which is a higher level of activity than the average of the OECD and the EU-15-countries. The number of day-cases surgical procedures in Denmark was around 70 per 1,000 population.

From 2001 to 2007 the number of total surgical procedures in Denmark has increased. In 2008 the number of total surgical procedures in Denmark declined which can be attributed to the conflict in the 2. quarter of 2008 in the area of health, among other at public hospitals. In Denmark the day-cases contribute about half of all surgical procedures, which is higher than the EU-15-average.

With a total of approximately 16,000 discharges per 100,000 population in 2008, the level of discharges in Denmark was a little higher than the OECD-average and a little lower than the EU-15-averages.

10.2.4 Use of resources and productivity (chapter 5)

Use of resources and productivity concern the ratio between what has been produced and the resources (input) which has been used in the production of this output. In the chapter the focus is on hospitals.

Average length of stay has a positive correlation to efficient use of resources. Denmark has with an average length of stay for acute care patients of 3.5 days the

lowest average length of stay compared to the other countries and the EU-15- and OECD-average.

As is the case of the other subjects in the publication, the choice of indicators is limited by the available international data. Therefore the indicators which are found in this chapter do not necessarily give a definitive and fully covering picture of the use of resources and productivity within the hospital sector.

10.2.5 Quality of care (chapter 6)

Internationally in the area of quality of care there are indicators for certain cancer diseases, acute care for chronic conditions and care for chronic conditions and the care for communicable diseases. There are not indicators for all areas of care. Internationally among other at OECD there is work done on developing more indicators for quality of care. Indicators for quality of care are in general only updated every second year in contrast to OECD-indicators in other areas, which are updated every year.

Survival rates of cancer and in-hospital case-fatality rates following cardiovascular diseases are signs of the clinical quality that is the “outcome” of the treatment. The two areas of diseases represent the highest mortality rates among the countries in the comparison.

Danish cancer patients have relative low survival compared to cancer patients in the other countries. Both the 5-year relative survival rate for cervical cancer and colorectal cancer in Denmark are below the OECD and EU-15 average. Colorectal cancer is the third most common cancer disease in Denmark for both men and women.

The 5-year relative survival rate of breast cancer in Denmark is above the average of the OECD, but below the average of EU-15. Breast cancer is the most common cancer disease among Danish women.

Data on cancer concerns patients who were diagnosed in 2002, and the relative survival rate is calculated for 2007. For the three forms of cancer the data is a sign of the quality of care in the area of cancer before the National Cancer Plans were introduced in Denmark.

Denmark has a high ranking compared to the other countries in the treatment of cardiovascular diseases. The in-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for hemorrhagic stroke in Denmark is lower than the average of EU-15 and OECD. For in-hospital case-fatality rate within 30 days after admission following ischaemic stroke and AMI (acute myocardial infarction) Denmark has the lowest fatality rates in the comparison.

As indicators of the quality of care for chronic conditions internationally avoidable hospital admission and mortality rates for asthma are compared. For both Denmark has a lower position than the average of the OECD and EU-15. Concerning the quality of care for communicable diseases the vaccination rates in three areas are compared. For all three areas the vaccination rates in Denmark are below the average of EU-15 and OECD.

10.2.6 Lifestyle – smoking, alcohol and obesity (chapter 7)

The lifestyle of the populations has a great influence on the development of diseases and the usage of health care services. Lifestyle also affects number of life years and good life years. In the chapter three important risk factors, smoking, alcohol and obesity are compared.

Smoking is an important risk factor in connection to two of the biggest reasons of premature mortality in the OECD-countries that is diseases of the circulatory system and many kinds of cancer. Diseases following smoking typically develop over many years. Therefore the percentage of smokers in the past many years has an influence of the picture of disease today.

The relative low Danish life expectancy, cf. chapter 9, is often compared to a high consumption of alcohol and tobacco in Denmark. Since 2001 there has been changes in the consumption of alcohol and tobacco in Denmark.

In 2008 23.0 per cent of the Danish population over 15 years old are daily smokers, which is below the average of OECD and EU-15, which is 23.7 per cent and 23.8 per cent

The percentage of daily smokers in Denmark has fallen on average 3.5 per cent a year in the period 2001-2008. The average yearly fall for the EU-15-countries is 1.3 per cent

Alcohol is also an important risk factor, and a high consumption can be a factor in developing diseases of the circulatory system and certain kinds of cancer. Denmark has a relatively high consumption of alcohol per capita. In spite of a relatively high fall in the consumption compared to other countries in the comparison Denmark still has higher alcohol consumption than the EU-15- and OECD-average.

Denmark has a lower share of obese people than the averages of the OECD and EU-15 countries. The share of obese people in Denmark rose during the last ten to fifteen years. The same tendency has been experienced in the countries which we compare ourselves to. Obesity is a rising problem in the OECD-countries. Obesity plays among other things a role in the cause of type-2-diabetes, cardiovascular diseases and certain kinds of cancer.

10.2.7 Life Expectancy (chapter 8)

Life expectancy indicates how long time a new born can expect to live. Life expectancy in a country is closely connected to the morbidity and mortality of a population. These are affected by the lifestyles and living conditions. Risk behaviours as smoking, high alcohol consumption, unhealthy diet and too little exercise are closely connected to different diseases and premature death. Differences in life expectancy between the countries are therefore signs of other things than the health care system in a country.

The Danish life expectancy is 78.8 years in 2008 for the total population, which is lower than all the countries in the comparison and the average of EU-15 and OECD.

There has been an increase in life expectancy of 1.8 years for the total population in Denmark since 2001. This increase is on the same level as the average of the EU-15-countries and higher than the average of the OECD-countries.

Life expectancy for Danish women is 81.0 years in 2008, which is about one year less than the average of the OECD-countries and approximately 2 years below the EU-15-average. Since 2001 female life expectancy Denmark has increased with 1.7 years on average, which is the largest absolute increase in the comparison.

Life expectancy for Danish men is in 2008 significantly lower than the EU-15-average and the other countries in the comparison, except Finland. Life expectancy for Danish men is in 2008 at the same level as the OECD-average and the level of Finland. Since 2001 the life expectancy of Danish men has increased with 1.8 years on average, which is a lower increase than the averages of EU-15 and OECD.

In 2006 in Denmark there is 3,410 Potential Years of Life Lost (PYLL) per 100,000 population. Only Finland and the OECD-average have a higher PYLL. In the period 2001-2006 in Denmark there has been a fall in PYLL per 100,000 population.

10.2.8 Mortality (chapter 9)

Mortality rates indicate the number of inhabitants who die of different diseases. In the chapter the focus is on the development of mortality for the most common causes of death which are cardiovascular diseases and cancer.

The Danish mortality rates of ischemic heart disease and AMI (acute myocardial infarction) are lower than the EU-15- and OECD-average. Among the countries in the analysis Denmark experienced the most significant relative decrease in ischemic heart disease and acute myocardial infarction mortality over the period 2001-2006.

In 2006 the mortality rate of cancer in Denmark was 199.4 deaths per 100,000 population, which is the highest number among the countries in the comparison and the EU-15- and OECD-average.

The mortality rate from cancer in Denmark decreased from 2001 to 2002. Since then it has been relatively unchanged. This is among other due to relatively high cancer incident rates in Denmark. In 2008 there were 321.1 new cases of cancer per 100,000 population. With the exception of 2002 Denmark has the highest cancer incident rate among the countries in the comparison.

Suicide rates and child mortality are often part of international comparisons to give a picture of the mortality among groups of the population with mental illnesses and children. The mortality rate of suicide in Denmark was 9.9 deaths per 100,000 population in 2006, which is below the average of the EU-15 and OECD. With 4.0 deaths for children under the age of one measured per 1,000 live births Denmark is below the OECD-average, but a little above the EU-15-average regarding infant mortality.

Danes perceive themselves as being healthy. The self-perceived health status of the Danish population has been more or less consistent in the period 1991-2005.

11 Bilag 1: Data

11.1 Kapitel 2 – Sundhedsudgifter

Samlede sundhedsudgifter pr. indbygger (Figur 2.1)										
<i>OECD definition: Total expenditure on health</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	21.357	21.624	27.812	16.737	16.668	23.538	21.271	22.538	17.404	19.437
Seneste år	30.194	29.840	34.074	26.029	25.902	29.673	32.296	29.939	24.903	27.901
Ændring, absolut	8.837	8.216	6.261	9.292	9.233	6.136	11.025	7.401	7.499	8.464
Ændring, pct.	41,4	38,0	22,5	55,5	55,4	26,1	51,8	32,8	43,1	43,5

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Data seneste år: Danmark 2007. Resten af landene: 2008

Gennemsnitlig årlig vækst i sundhedsudgifter pr. indbygger 1970 - 2008, pct. p.a. (Tabel 2.1)										
<i>OECD definition: Total expenditure on health</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
1970-1980	3,2	4,4	9,0	4,7	4,1	6,3	4,3	5,8	-	6,0
1980-1990	1,3	1,1	3,1	4,8	3,1	1,9	2,4	3,7	3,2	2,7
1990-2000	2,1	1,6	4,1	1,0	4,1	2,5	2,5	3,5	3,8	3,6
2000-2008	3,7	3,6	1,7	4,6	4,6	1,6	3,9	2,2	4,2	4,0

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: 1970: Danmark -1971, Nederlandene -1972. 2008: Danmark -2007

Samlede sundhedsudgifters andel af BNP, pct. (Figur 2.2)										
<i>OECD definition: Total expenditure on health</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	8,6	8,9	8,8	7,4	7,3	10,4	7,9	10,2	8,0	8,3
Seneste år	9,7	9,4	8,5	8,4	8,7	10,6	9,0	11,2	8,9	9,4
Ændring, absolut	1,1	0,5	-0,3	1,0	1,4	0,2	1,1	1,0	0,9	1,1
Ændring, pct.	12,8	5,6	-3,4	13,5	19,2	1,9	13,9	9,8	11,2	12,9

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Data seneste år: Danmark 2007. Resten af landene: 2008

Sundhedsudgifters andel af BNP 2001-2008, pct. (Tabel 2.2)										
<i>OECD definition: Total expenditure on health</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	8,6	8,9	8,8	7,4	7,3	10,4	7,9	10,2	8,0	8,3
2002	8,8	9,3	9,8	7,8	7,6	10,6	8,4	10,5	8,3	8,6
2003	9,3	9,4	10,0	8,1	7,8	10,8	9,0	10,8	8,6	9,0
2004	9,4	9,2	9,7	8,2	8,0	10,5	9,1	11,0	8,7	9,1
2005	9,4	9,2	9,1	8,4	8,3	10,7	9,0	11,1	8,7	9,2
2006	9,6	9,1	8,6	8,4	8,4	10,6	9,0	11,1	8,7	9,2
2007	9,7	9,1	8,9	8,2	8,4	10,4	8,9	11,0	8,7	9,3
2008	-	9,4	8,5	8,4	8,7	10,6	9,0	11,2	9,1	9,5

Kilde: OECD Health Data 2010

Offentlig/privat andel af de samlede sundhedsudgifter (Figur 2.3)											
<i>OECD definition: Total expenditure on health</i>											
		Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	Offentlig	82,7	81,8	83,6	71,8	79,9	79,6	62,8	79,4	71,8	75,4
	Privat	17,3	18,2	16,4	28,2	20,1	20,4	37,2	20,6	28,2	24,6
Seneste år	Offentlig	84,5	81,9	84,2	74,2	82,6	76,8	62,5	77,8	72,1	75,9
	Privat	15,5	18,1	15,8	25,8	17,4	23,2	37,5	22,2	27,9	24,1
Ændring, absolut	(Offentlig)	1,8	0,1	0,6	2,4	2,7	-2,8	-0,3	-1,6	0,3	0,5
Ændring, pct.	(Offentlig)	2,2	0,1	0,7	3,3	3,4	-3,5	-0,5	-2,0	0,4	0,7

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Data seneste år: Danmark 2007. Resten af landene: 2008

11.2 Kapitel 3 – Sundhedsfagligt personale

Fuldtidsbeskæftigede på sygehuse, alt personale pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.1)										
<i>OECD definition: Hospital employment</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	16,8	-	18,8	-	-	11,3	12,3	15,8	-	-
Seneste år	17,4	-	18,6	-	-	10,8	11,1	16,8	-	-
Ændring, absolut	0,6	-	-0,2	-	-	-0,5	-1,2	1,0	-	-
Ændring, pct.	3,4	-	-1,1	-	-	-4,4	-9,8	6,3	-	-

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Ingen data for Sverige, Finland og Storbritannien. Ikke nok data til beregning af gennemsnit for OECD og EU-15. Data for 2001: Norge 2002.

Fuldtidsbeskæftigede læger på sygehuse pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.2)										
<i>OECD definition: Hospital employment</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	2,0	-	1,9	-	-	1,4	-	0,9	-	-
Seneste år	2,4	-	2,2	-	-	1,7	1,3	1,1	-	-
Ændring, absolut	0,4	-	0,3	-	-	0,2	-	0,2	-	-
Ændring, pct.	20,6	-	16,7	-	-	14,6	-	17,7	-	-

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Ingen data for Sverige, Finland og Storbritannien. Ingen data for Nederlandene før 2007. Ikke nok data til beregning af gennemsnit for OECD og EU-15. Data for 2001: Norge 2002.

Fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker og jordmødre på sygehuse pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.3)										
<i>OECD definition: Hospital employment</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	5,7	-	6,8	-	-	4,3	-	4,9	-	-
Seneste år	5,7	-	7,1	-	-	4,1	3,8	5,3	-	-
Ændring, absolut	0,0	-	0,4	-	-	-0,2	-	0,4	-	-
Ændring, pct.	-0,6	-	5,3	-	-	-4,3	-	9,2	-	-

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Ingen data for Sverige, Finland og Storbritannien. Ingen data for Nederlandene før 2007. Ikke nok data til beregning af gennemsnit for OECD og EU-15. Data for 2001: Norge 2002.

Speciallæger (ekskl. almen medicin) pr. 1.000 indbyggere 2008 (Figur 3.4)										
<i>OECD definition: Physicians by categories</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	2,3	-	1,4	-	1,4	2,6	2,7	1,7	-	1,6
Seneste år	2,7	-	1,7	2,0	1,9	2,9	3,2	1,7	2,1	2,6
Ændring, absolut	0,5	-	0,3	-	0,5	0,3	0,5	0,0	-	1,0
Ændring, pct.	20,3	-	18,9	-	36,5	9,8	18,8	1,8	-	59,0

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Ingen data for Sverige. Først data fra 2005 for Finland. Data seneste år: Danmark og Nederlandene 2007. Resten af landene: 2008. Data for 2001: Norge 2002. Ikke tilstrækkelig med data til at lave et OECD-gennemsnit for 2001. Følgende grupper fra OECD databasen indgår: General paediatrics, Obstetrics and gynaecology, Psychiatry, Medical group of specialties, Surgical group of specialties og Other categories not elsewhere classified. De lande der har data for mindre end tre af grupperne indgår ikke i beregning af gennemsnit for OECD og EU-15. Data viser speciallæger, der leverer ydelser direkte til patienter.

Speciallæger i almen medicin pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.5)										
<i>OECD definition: Physicians by categories</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	0,7	0,6	0,4	-	0,6	0,7	0,5	1,6	0,8	0,9
Seneste år	0,7	0,6	0,5	1,0	0,8	0,7	0,5	1,6	0,8	0,9
Ændring, absolut	0,0	0,0	0,0	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ændring, pct.	3,0	9,1	9,1	-	18,8	-1,5	12,5	0,0	-0,4	-4,0

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Først data fra 2005 for Finland. Data seneste år: Danmark og Nederlandene 2007. Resten af landene: 2008. Data for 2001: Norge 2002

Nyuddannede læger pr. 100.000 indbyggere (Figur 3.6)										
<i>OECD definition: Graduates</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	10,2	9,1	9,2	7,2	7,2	10,8	8,9	6,0	9,0	9,9
Seneste år	14,7	10,0	10,4	10,3	9,2	12,1	12,2	6,0	10,3	11,7
Ændring, absolut	4,5	0,9	1,2	3,1	2,0	1,3	3,3	0,0	1,3	1,8
Ændring, pct.	44,1	9,9	13,0	43,1	27,8	12,0	37,1	0,0	14,2	18,1

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Data seneste år: Sverige 2006 og Frankrig 2007. Resten af landene: 2008.

Nyuddannede læger 2001-2008, pr. 100.000 indbyggere (Figur 3.7)										
<i>OECD definition: Graduates</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	10,2	9,1	9,2	7,2	7,2	10,8	8,9	6,0	9,0	9,9
2002	11,8	8,7	8,3	7,0	7,5	10,7	9,7	5,3	9,3	10,5
2003	13,2	9,3	10,1	8,6	7,8	10,8	10,2	6,2	9,4	10,8
2004	14,3	8,9	10,1	6,6	8,0	10,7	10,5	5,7	9,5	10,6
2005	15,1	8,9	10,1	6,4	8,6	10,7	10,7	5,5	9,6	10,6
2006	15,8	10,0	9,9	7,5	9,2	10,6	11,2	5,3	9,6	10,9
2007	16,0	-	10,6	6,9	10,3	11,6	12,3	6,0	10,0	11,6
2008	14,7	-	10,4	10,3	9,2	12,1	12,2	-	10,3	11,7

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ingen data for Sverige for 2007 og 2008 samt Frankrig for 2008.

Autoriserede læger pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.8)										
<i>OECD definition: Physicians</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	4,5	4,6	-	3,7	-	4,6	3,2	-	-	3,9
Seneste år	5,2	5,6	-	4,4	-	5,1	3,7	-	-	4,7
Ændring, absolut	0,7	0,9	-	0,6	-	0,6	0,6	-	-	0,7
Ændring, pct.	14,8	20,3	-	16,8	-	12,7	17,5	-	-	18,5

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ingen data for Norge, Storbritannien og Frankrig. Ikke tilstrækkelig data til beregning af OECD gennemsnit. Data seneste år: Tyskland og Finland 2008. Resten af landene: 2007.

Sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere (Figur 3.9)										
<i>OECD definition: Nurses</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	9,3	10,1	12,1	-	6,5	7,6	2,7	-	-	6,1
Seneste år	9,3	10,8	14,0	9,0	7,4	8,3	3,1	-	7,1	7,2
Ændring, absolut	-0,1	0,8	1,9	-	1,0	0,8	0,4	-	-	1,1
Ændring, pct.	-0,8	7,8	15,4	-	15,3	10,5	14,6	-	-	18,6

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ingen data for Frankrig. Først data fra 2004 for Finland. Data seneste år: Sverige 2006. Danmark, Finland og Nederlandene 2007. Resten af landene: 2008. Data for 2001: Norge 2002. Ikke tilstrækkelig data til beregning af OECD gennemsnit for 2001.

Sygeplejersker 2001-2008 (Tabel 3.2)										
<i>OECD definition: Nurses</i>										
	Dan- mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tysk- land	Neder- landene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	9,3	10,1	-	-	6,5	7,6	2,7	-	-	6,1
2002	9,4	10,3	12,1	-	6,8	7,6	2,7	-	-	6,2
2003	9,3	10,4	12,8	-	7,1	7,8	3,0	-	-	6,4
2004	9,4	10,6	13,2	8,7	7,2	7,9	3,2	-	-	6,8
2005	9,6	10,7	13,6	8,8	7,3	8,0	3,3	-	-	7,1
2006	9,5	10,8	13,9	8,9	7,2	8,1	3,0	-	-	7,1
2007	9,3	-	13,9	9,0	7,3	8,2	3,1	-	-	7,1
2008	-	-	14,0	-	7,4	8,3	-	-	-	7,2
Kilde: OECD Health Data 2010										
Anm.: Ikke tilstrækkelig med data til beregning af OECD gennemsnit.										

11.3 Kapitel 4 – Aktivitet i sundhedssektoren

Stationære operationer pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.1)										
<i>OECD definition: Total surgical procedures</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	72,8	54,7	-	56,1	61,6	98,0	37,3	-	58,1	62,8
Seneste år	71,6	73,4	-	63,2	75,1	66,1	39,8	-	68,4	63,8
Ændring, absolut	-1,2	18,7	-	7,1	13,5	-31,9	2,5	-	10,3	1,0
Ændring, pct.	-1,6	34,2	-	12,7	21,9	-32,6	6,7	-	17,7	1,6

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Data seneste år: Sverige og Nederlandene 2007. Resten af landene: 2008. Ingen data for Norge og Frankrig. Beregning af OECD-gennemsnit for 2001 er sket på baggrund af blot 19 lande.

Ambulante operationer pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.2)										
<i>OECD definition: Total surgical procedures</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	57,8	-	-	32,0	73,4	10,1	30,1	-	-	37,7
Seneste år	70,2	-	-	40,6	101,9	22,0	40,5	-	-	45,7
Ændring, absolut	12,4	-	-	8,6	28,5	11,9	10,4	-	-	8,1
Ændring, pct.	21,5	-	-	26,9	38,8	117,8	34,6	-	-	21,4

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Data 2001: Tyskland 2002. Data seneste år: Nederlandene 2007. Resten af landene: 2008. Ingen data for Sverige, Norge og Frankrig. Ikke nok data til beregning af OECD-gennemsnit.

Stationære operationer 2001-2008 pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.3)										
<i>OECD definition: Total surgical procedures</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	72,8	54,7	-	56,1	61,6	98,0	37,3	-	58,1	62,8
2002	76,4	57,0	-	56,2	61,6	96,6	37,9	-	60,3	63,4
2003	76,3	59,2	-	56,9	62,9	91,6	38,6	-	63,0	63,6
2004	75,9	61,6	-	60,1	63,6	79,4	39,8	-	65,1	64,0
2005	76,0	63,5	-	63,1	63,1	61,9	39,3	-	65,9	62,8
2006	76,4	67,3	-	62,3	66,5	64,7	39,8	-	67,4	63,7
2007	76,1	73,4	-	60,0	73,3	66,6	39,8	-	67,5	63,7
2008	71,6	-	-	63,2	75,1	66,1	-	-	68,4	63,8

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: OECD-gennemsnit for 2001 beregnet på baggrund af blot 19 lande. Ingen data for Norge og Frankrig.

Ambulante operationer 2001-2008 pr. 1.000 indbyggere (Figur 4.4)										
<i>OECD definition: Total surgical procedures</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	57,8	-	-	32,0	73,4	-	30,1	-	-	37,7
2002	66,4	-	-	34,9	73,1	10,1	32,5	-	-	37,3
2003	69,7	-	-	35,8	74,4	11,6	34,7	-	-	39,0
2004	71,2	-	-	37,2	77,2	15,9	37,1	-	-	40,5
2005	72,9	-	-	40,5	79,7	17,4	37,8	-	-	40,7
2006	73,5	-	-	40,9	82,6	19,1	39,0	-	-	41,5
2007	74,2	-	-	40,5	87,3	20,6	40,5	-	-	44,2
2008	70,2	-	-	40,6	101,9	22,0	-	-	-	45,7

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ikke nok data til beregning af OECD-gennemsnit. Ingen data for Sverige, Norge og Frankrig.

Ambulante operationers andel af samlede operationer 2001-2008, pct. (Figur 4.5)										
<i>OECD definition: Total surgical procedures</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	44,3	-	-	36,4	54,4	-	44,7	-	-	35,4
2002	46,5	-	-	38,3	54,3	9,5	46,2	-	-	34,4
2003	47,7	-	-	38,6	54,2	11,2	47,3	-	-	35,6
2004	48,4	-	-	38,2	54,8	16,7	48,2	-	-	36,7
2005	49,0	-	-	39,1	55,8	21,9	49,0	-	-	37,7
2006	49,1	-	-	39,6	55,4	22,8	49,5	-	-	38,1
2007	49,4	-	-	40,3	54,4	23,6	50,5	-	-	39,5
2008	49,5	-	-	39,1	57,6	25,0	-	-	-	40,2

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ikke nok data til beregning af OECD-gennemsnit. Ingen data for Sverige, Norge og Frankrig.

Udskrivninger pr. 100.000 indbyggere (Figur 4.6)										
<i>OECD definition: Discharges</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	17.190	16.255	15.984	21.349	13.090	20.035	9.125	26.104	15.330	16.635
Seneste år	15.932	16.481	17.179	18.857	13.592	23.242	11.292	26.441	15.877	17.033
Ændring, absolut	-1.258	226	1.195	-2.492	502	3.207	2.167	337	547	398
Ændring, pct.	-7,3	1,4	7,5	-11,7	3,8	16,0	23,7	1,3	3,6	2,4

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Data seneste år: Sverige 2007. Resten af landene: 2008.

Udskrivninger 2001-2008, pr. 100.000 indbyggere (Tabel 4.1)										
<i>OECD definition: Discharges</i>										
	Dan- mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tysk- land	Neder- landene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	17.190	16.255	15.984	21.349	13.090	20.035	9.125	26.104	15.330	16.635
2002	17.266	16.009	16.263	21.047	13.035	20.146	9.388	25.930	14.961	16.622
2003	17.107	15.956	17.092	20.817	13.263	21.907	9.706	26.009	15.332	16.749
2004	17.030	16.003	17.345	20.483	13.435	21.899	10.169	26.385	15.724	16.850
2005	17.013	16.053	17.519	20.130	13.370	21.826	10.414	27.134	15.982	16.847
2006	17.074	16.249	17.689	19.624	13.253	22.038	10.689	27.596	16.031	16.978
2007	16.975	16.481	17.235	19.008	13.366	22.690	10.931	26.552	15.630	16.928
2008	15.932	-	17.179	18.857	13.592	23.242	11.292	26.441	15.877	17.033
Kilde: OECD Health Data 2010										

11.4 Kapitel 5 – Ressourceanvendelse og produktivitet på sygehuse

Gennemsnitlig liggetid for somatiske hospitalspatienter, antal dage (Figur 5.1)										
<i>OECD definition: Average length of stay</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	3,8	5,0	5,8	5,8	8,6	9,0	8,6	5,7	7,4	6,9
Seneste år	3,5	4,5	4,8	5,5	7,1	7,6	5,9	5,2	6,6	6,2
Ændring, absolut	-0,3	-0,5	-1,0	-0,3	-1,5	-1,4	-2,7	-0,5	-0,8	-0,7
Ændring, pct.	-7,9	-10,0	-17,2	-5,2	-17,4	-15,6	-31,4	-8,8	-11,0	-10,2
Kilde: OECD Health Data 2010										
Anm.: Data seneste år: Danmark 2005 og Sverige 2007. Resten af landene: 2008.										

Gennemsnitlig liggetid for hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske), antal dage (Figur 5.2)										
<i>OECD definition: Average length of stay</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	6,1	6,4	8,7	10,4	10,3	11,2	12,5	13,3	10,5	9,2
Seneste år	5,1	5,8	7,3	9,7	8,1	9,9	-	12,9	9,7	9,0
Ændring, absolut	-1,0	-0,6	-1,4	-0,7	-2,2	-1,3	-	-0,4	-0,8	-0,1
Ændring, pct.	-16,4	-9,4	-16,1	-6,7	-21,4	-11,6	-	-3,0	-7,4	-1,5
Kilde: OECD Health Data 2010										
Anm.: Data seneste år: Sverige 2007. Resten af landene: 2008. Kun data for 2001 for Nederlandene.										

Gennemsnitlig liggetid for hospitalspatienter (somatiske og psykiatriske) 2001-2008, indeks 2001=100 (Figur 5.3)

OECD definition: Average length of stay

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	12,5	100,0	100,0	100,0
2002	98,4	96,9	96,6	101,0	96,1	97,3	-	100,0	97,2	96,0
2003	95,1	95,3	92,0	98,1	94,2	94,6	-	100,0	96,2	95,4
2004	91,8	93,8	94,3	96,2	91,3	92,9	-	100,0	95,5	93,5
2005	88,5	95,3	92,0	95,2	88,3	91,1	-	100,0	94,2	92,8
2006	86,9	95,3	88,5	96,2	85,4	90,2	-	97,7	93,3	91,1
2007	85,2	90,6	87,4	97,1	79,6	90,2	-	97,7	90,0	90,3
2008	83,6	-	83,9	93,3	78,6	88,4	-	97,0	-	-

Kilde: OECD Health Data 2010

Anm.: Kun data for 2001 for Nederlandene. Ikke tilstrækkelig data i 2008 til udregning af gennemsnit for OECD og EU-15.

11.5 Kapitel 6 – Kvalitet i behandlingen

5-års relativ overlevelsesrater for brystkræft, pct. (Figur 6.1)										
<i>OECD definition: Breast cancer, five-year relative survival rate</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
1997-2002	76,2	83,8	80,5	82,0	75,4	-	80,0	82,6	-	78,9
2002-2007	82,4	86,1	81,9	86,0	78,5	-	85,2	-	81,2	82,4
Ændring, absolut	6,2	2,3	1,4	4,0	3,1	-	5,2	-	-	3,6
Ændring, pct.	8,2	2,8	1,7	4,9	4,1	-	6,5	-	-	4,5

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
 Anm.: Ingen data for Tyskland. Kun data for 1997-2002 for Frankrig og 2002-2007 for OECD. EU-15 gennemsnit er beregnet på baggrund af 7 lande.

5-års relativ overlevelsesrater for livmoderhalskræft, pct. (Figur 6.2)										
<i>OECD definition: Cervical cancer, five-year relative survival rate</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
1997-2002	65,5	62,9	67,8	66,0	57,6	-	63,3	67,3	-	62,4
2002-2007	61,3	65,8	65,9	69,0	59,4	-	69,0	-	65,7	65,0
Ændring, absolut	-4,2	3,0	-1,9	3,0	1,8	-	5,7	-	-	2,6
Ændring, pct.	-6,3	4,7	-2,8	4,5	3,1	-	8,9	-	-	4,2

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
 Anm.: 1997-2002: Finland 1998-2003 og Storbritannien 1999-2004. 2002-2007: Sverige 2003-2008 samt Norge og Nederlandene 2001-2006. Ingen data for Tyskland. Kun data for 1997-2002 for Frankrig og 2002-2007 for OECD. EU-15 gennemsnit er beregnet på baggrund af 7 lande.

5-års relativ overlevelsesrater for tyk/endetarmskræft, pct. (Figur 6.3)										
<i>OECD definition: Colorectal cancer, five-year relative survival rate</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
1997-2002	50,2	57,4	55,0	60,0	48,8	-	56,9	57,1	54,1	54,2
2002-2007	54,4	59,8	57,8	62,0	51,6	-	58,1	-	57,3	56,5
Ændring, absolut	4,2	2,4	2,8	2,0	2,8	-	1,2	-	3,2	2,3
Ændring, pct.	8,4	4,2	5,0	3,3	5,7	-	2,2	-	5,9	4,2

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
 Anm.: 2002-2007: Sverige 2003-2008 samt Norge og Nederlandene 2001-2006. Ingen data for Tyskland. Kun data for 1997-2002 for Frankrig. EU-15 gennemsnit er beregnet på baggrund af 7 lande.

Screeningsrater for livmoderhalskræft, pct. (Figur 6.4)										
<i>OECD definition: Cervical cancer screening</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2006	69,4	78,6	75,6	70,5	79,4	-	69,6	72,4	64,0	64,8
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
Anm.: Kun data for 2006. Ingen data for Tyskland. Data viser andelen af kvinder i alderen 20-69 år, der er screenet.

30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjernen, pct. (Figur 6.5)										
<i>OECD definition: In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for ischemic stroke</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	3,1	3,9	3,3	3,2	9,0	3,8	5,9	-	5,0	5,0
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
Anm.: Kun data for 2007. Ingen data for Frankrig. Data for Nederlandene er for 2005.

30-dages dødelighed efter indlæggelse for hjerneblødning, pct. (Figur 6.6)										
<i>OECD definition: In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for hemorrhagic stroke</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	16,7	12,8	13,7	9,5	26,3	14,5	25,2	-	19,8	18,8
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.
Anm.: Kun data for 2007. Ingen data for Frankrig. Data for Nederlandene er for 2005.

30-dages dødelighed efter indlæggelse for blodprop i hjertet (AMI), pct. (Figur 6.7)										
<i>OECD definition: In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for Acute myocardial infarction (AMI)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	2,9	2,9	3,2	4,9	6,3	-	6,6	-	4,9	5,0
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.										
Anm.: Kun data for 2007. Ingen data for Tyskland og Frankrig. Data for Nederlandene er for 2005.										

Astmaindlæggelser, pr. 100.000 indbyggere i alderen 15+ (Figur 6.8)										
<i>OECD definition: Asthma admission rates</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	43,0	24,6	42,0	92,5	75,5	21,1	25,9	43,4	54,6	45,4
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.										
Anm.: Kun data for 2007. Data for Nederlandene er for 2005.										

Astmadødelighed, pr. 100.000 indbyggere i alderen 5-39 (Figur 6.9)										
<i>OECD definition: Asthma mortality rates</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seneste år	0,2	0,1	0,1	0,0	0,5	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Ændring, absolut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ændring, pct.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kilde: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009.										
Anm.: Kun data for seneste år. For Finland, Norge og Storbritannien er data for 2004. For Sverige og Tyskland er data for 2003, mens data for Frankrig er for 2001. Data for Danmark og Nederlandene er for 2005.										

Andelen af ældre i alderen 65+ vaccineret mod influenza, pct. (Figur 6.10)										
<i>OECD definition: Prevention (Immunisation)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	7,0	-	-	25,0	68,0	55,8	76,0	65,0	51,2	51,6
Seneste år	62,5	57,0	-	51,0	75,1	56,0	77,0	70,0	59,4	61,1
Ændring, absolut	55,5	-	-	26,0	7,1	0,2	1,0	5,0	8,1	9,6
Ændring, pct.	792,9	-	-	104,0	10,4	0,4	1,3	7,7	15,9	18,6

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: 2001: Danmark 2002. Seneste år: Sverige, Tyskland og Nederlandene 2007. Resten af landene 2008. Ingen data for Norge. Kun data for 2007 for Sverige. For Tyskland er det andelen af ældre i alderen 60+.

Andelen af børn vaccineret imod kighoste i alderen to år, pct. (Figur 6.11)										
<i>OECD definition: Prevention (Immunisation)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	97,0	98,0	95,0	96,0	91,3	96,5	95,3	98,1	93,8	93,9
Seneste år	75,0	98,0	94,0	97,4	94,6	97,3	94,5	98,0	93,9	93,7
Ændring, absolut	-22,0	0,0	-1,0	1,4	3,3	0,8	-0,8	-0,1	0,1	-0,2
Ændring, pct.	-22,7	0,0	-1,1	1,5	3,6	0,8	-0,8	-0,1	0,1	-0,2

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: 2001: Finland 2002. Seneste år: Danmark og Tyskland 2007. Resten af landene 2008.

Andelen af børn vaccineret mod mæslinger i alderen to år, pct. (Figur 6.12)										
<i>OECD definition: Prevention (Immunisation)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	94,0	94,0	93,0	97,0	84,7	91,4	95,6	84,6	90,6	87,9
Seneste år	89,0	96,0	93,0	98,7	85,9	95,4	96,0	87,0	93,6	92,8
Ændring, absolut	-5,0	2,0	0,0	1,7	1,2	4,0	0,4	2,4	3,0	4,9
Ændring, pct.	-5,3	2,1	0,0	1,8	1,4	4,4	0,4	2,8	3,3	5,6

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: 2001: Finland 2002. Seneste år: Danmark og Tyskland 2007. Resten af landene 2008.

11.6 Kapitel 7 - Livsstil: Rygning, alkohol og svær overvægt

Andel daglige rygere af samlet befolkning, pct. (Figur 7.1)										
<i>OECD definition: Life styles and behaviour – daily smokers</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	29,5	18,9	30,0	23,8	18,7	24,3	34,0	27,0	26,6	24,0
Seneste år	23,0	14,5	21,0	20,4	16,5	23,2	28,0	26,2	23,7	23,8
Ændring, absolut	-6,5	-4,4	-9,0	-3,4	-2,2	-1,1	-6,0	-0,8	-2,9	-0,2
Ændring, pct.	-22,0	-23,3	-30,0	-14,3	-11,8	-4,5	-17,6	-3,0	-11,0	-0,6

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: 2001: Tyskland 2003. Seneste år: 2008. Tyskland 2005, Sverige 2006. Data viser andelen af daglige rygere på 15 år og derover.

Andel daglige rygere af samlet befolkning 2001-2008, pct. (Figur 7.2)										
<i>OECD definition: Life styles and behaviour – daily smokers</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	29,5	18,9	30,0	23,8	27,0	-	34,0	27,0	26,6	27,0
2002	28,0	17,8	29,0	23,4	26,0	-	34,0	26,0	-	29,0
2003	28,0	17,5	26,0	22,2	26,0	24,3	32,0	-	-	25,7
2004	26,0	16,2	26,0	23,0	25,0	-	31,0	23,4	-	26,0
2005	26,0	15,9	25,0	21,8	24,0	23,2	31,0	-	-	23,1
2006	25,0	14,5	24,0	21,4	22,0	-	31,0	25,9	-	24,2
2007	24,0	-	22,0	20,6	21,0	-	29,0	-	-	23,6
2008	23,0	-	21,0	20,4	22,0	-	28,0	26,2	23,7	23,8

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Ikke tilstrækkelig data til udregning af OECD gennemsnit. Dette er derfor kun udregnet for 2001 eller nærmeste år omkring og for 2008 eller seneste år. Data viser andelen af daglige rygere på 15 år og derover.

Årligt alkoholforbrug, liter pr. indbygger i alderen 15+ (Figur 7.3)										
<i>OECD definition: Life styles and behaviour - alcohol consumption in liters per capita (age 15 +)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	13,1	6,5	5,5	9,0	10,7	10,4	10,0	14,2	9,7	11,2
Seneste år	10,9	6,9	6,8	10,3	10,8	9,9	9,6	12,6	9,6	10,8
Ændring, absolut	-2,2	0,4	1,3	1,3	0,1	-0,5	-0,4	-1,6	-0,1	-0,4
Ændring, pct.	-16,8	6,2	23,6	14,4	0,9	-4,8	-4,0	-11,3	-0,7	-3,7

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Seneste år: Sverige, Nederlandene og Frankrig 2007. Resten af landene 2008.

Årligt alkoholforbrug 2001-2008, liter pr. indbygger i alderen 15+ (Figur 7.4)										
<i>OECD definition: Life styles and behaviour – alcohol consumption in liters per capita (age 15 +)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	13,1	6,5	5,5	9,0	10,7	10,4	10,0	14,2	9,7	11,2
2002	13,1	6,9	5,9	9,2	11,0	10,4	9,8	13,9	9,7	11,2
2003	13,0	6,9	6,0	9,3	11,2	10,2	9,7	13,4	9,5	11,1
2004	12,8	6,5	6,2	9,9	11,5	10,1	9,6	13,1	9,5	11,1
2005	12,7	6,6	6,4	10,0	11,4	10,0	9,6	12,7	9,5	11,0
2006	12,2	6,9	6,5	10,1	11,0	10,1	9,6	13,0	9,6	11,0
2007	12,1	6,9	6,6	10,5	11,2	9,9	9,6	12,6	9,6	11,0
2008	10,9	-	6,8	10,3	10,8	9,9	-	-	-	-

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ikke tilstrækkelig med data til udregning af gennemsnit for OECD og EU-15 for udelukkende 2008.

Andel svært overvægtige (BMI > 30) fordelt på køn, pct. (Figur 7.5)											
<i>OECD definition: Life styles and behaviour – obese population</i>											
		Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	Kvinder	9,1	9,2	8,0	10,3	23,5	12,3	10,3	9,1	14,3	11,2
	Mænd	9,8	9,3	8,0	12,8	21,0	13,6	8,3	9,7	13,2	11,0
Seneste år	Kvinder	11,8	10,1	8,0	16,0	24,9	15,7	12,2	11,5	16,4	14,7
	Mænd	11,0	10,3	11,0	15,4	24,1	16,3	10,1	10,9	15,7	14,8
Ændring, absolut	Kvinder	2,7	0,9	0,0	5,7	1,4	3,4	1,9	2,4	2,1	3,5
	Mænd	1,2	1,0	3,0	2,6	3,1	2,7	1,8	1,2	2,5	3,8
Ændring, pct.	Kvinder	29,7	9,8	0,0	55,3	6,0	27,6	18,4	26,4	14,6	31,6
	Mænd	12,2	10,8	37,5	20,3	14,8	19,9	21,7	12,4	19,3	35,0

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: 2001: Danmark 2000, Norge og Frankrig 2002 samt Tyskland 2003. Seneste år: Danmark 2005, Sverige 2007 og Tyskland 2009. Resten af landene 2008.

Udvikling i andel svært overvægtige (BMI > 30), pct. (Figur 7.6)									
<i>OECD definition: Life styles and behaviour - obese population</i>									
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	
1998	7,6	8,1	6,0	9,5	19,0	11,5	8,4	8,2	
2003	9,5	9,7	8,0	12,8	23,0	12,9	10,7	9,4	
2008	11,4	10,2	10,0	15,7	24,5	16,0	11,1	11,2	

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: 1998: Danmark 1994 og Tyskland 1999. 2003: Danmark 2000, samt Norge og Frankrig 2002. 2008: Danmark 2005, Sverige 2007 og Tyskland 2009. Resten af landene 2008. Ikke tilstrækkelig data til at lave gennemsnit for OECD og EU-15.

11.7 Kapitel 8 - Middellevetid

Middellevetid for samlet befolkning, antal år (Figur 8.1 og 8.2)										
<i>OECD definition: Life expectancy at birth</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	77,0	79,9	78,9	78,1	78,2	78,5	78,3	79,2	77,6	78,4
Seneste år	78,8	81,2	80,6	79,9	79,7	80,2	80,2	81,0	79,4	80,3
Ændring, absolut	1,8	1,3	1,7	1,8	1,5	1,7	1,9	1,8	1,7	1,8
Ændring, pct.	2,3	1,6	2,2	2,3	1,9	2,2	2,4	2,3	2,2	2,3

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: 2008.

Middellevetid for kvinder, antal år (Figur 8.3 og 8.4)										
<i>OECD definition: Life expectancy at birth</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	79,3	82,1	81,5	81,7	80,5	81,5	80,7	82,9	80,6	81,3
Seneste år	81,0	83,2	83,0	83,3	81,8	82,7	82,3	84,3	82,1	82,9
Ændring, absolut	1,7	1,1	1,5	1,6	1,3	1,2	1,6	1,4	1,5	1,6
Ændring, pct.	2,1	1,3	1,8	2,0	1,6	1,5	2,0	1,7	1,9	1,9

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: 2008.

Middellevetid for mænd, antal år (Figur 8.5 og 8.6)										
<i>OECD definition: Life expectancy at birth</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	74,7	77,6	76,2	74,6	75,8	75,6	75,8	75,4	74,7	75,5
Seneste år	76,5	79,1	78,3	76,5	77,6	77,6	78,0	77,6	76,6	77,6
Ændring, absolut	1,8	1,5	2,1	1,9	1,8	2,0	2,2	2,2	1,9	2,1
Ændring, pct.	2,4	1,9	2,8	2,5	2,4	2,6	2,9	2,9	2,6	2,8

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: 2008.

Potential Years of Life lost (Pyl), år tabt pr. 100.000 indbyggere (Figur 8.7)										
<i>OECD definition: Potential Years of Life lost (Pyl)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	3.909,0	2.938,0	3.500,0	3.917,0	3.811,0	3.666,0	3.486,0	4.097,0	4.172,0	3.800,9
Seneste år	3.410,0	2.541,0	2.799,0	3.686,0	3.391,0	3.134,0	2.767,0	3.344,0	3.635,7	3.266,5
Ændring, absolut	-499,0	-397,0	-701,0	-231,0	-420,0	-532,0	-719,0	-753,0	-536,3	-534,4
Ændring, pct.	-12,8	-13,5	-20,0	-5,9	-11,0	-14,5	-20,6	-18,4	-12,9	-14,1

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: Danmark og Tyskland 2006. Resten af landene 2007.

Udvikling i Pyl 2001-2007, indeks 2001=100 (Figur 8.8)										
<i>OECD definition: Potential Years of Life lost (Pyl)</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2002	100,3	96,2	96,9	96,8	98,1	98,1	98,1	96,4	97,9	96,9
2003	96,8	94,5	93,4	96,2	97,1	96,7	95,5	93,7	95,0	93,9
2004	95,1	99,7	91,6	101,5	93,2	91,7	89,0	88,1	92,7	91,0
2005	89,0	89,0	85,0	96,0	91,4	88,9	87,5	86,4	91,3	86,7
2006	87,2	88,8	83,6	92,6	90,8	85,5	83,0	84,2	84,7	83,3
2007	-	86,5	80,0	94,1	89,0	-	79,4	81,6	-	81,8

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Ikke tilstrækkelig med data til udregning af gennemsnit for OECD for udelukkende 2007.

11.8 Kapitel 9 - Dødelighed

Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.1)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	106,4	114,6	105,7	157,3	129,7	116,6	76,9	45,1	109,2	96,9
Seneste år	67,8	87,6	68,9	126,0	88,6	92,5	48,0	33,1	90,0	75,3
Ændring, absolut	-38,6	-27,0	-36,8	-31,3	-41,1	-24,1	-28,9	-12,0	-19,2	-21,6
Ændring, pct.	-36,3	-23,6	-34,8	-19,9	-31,7	-20,7	-37,6	-26,6	-17,6	-22,3

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: Danmark og Tyskland 2006. Resten af landene 2007.

Dødelighedsrater for iskæmisk hjertesygdom 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.2)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	106,4	114,6	105,7	157,3	129,7	116,6	76,9	45,1	109,2	96,9
2002	93,7	112,0	102,2	156,5	123,9	114,9	72,6	43,4	106,6	94,4
2003	87,9	107,6	93,0	148,1	118,3	113,0	69,4	42,5	104,4	92,1
2004	80,4	99,4	84,6	137,2	108,8	104,2	61,5	39,1	100,1	87,4
2005	73,9	95,6	74,9	133,3	101,8	98,3	57,1	37,9	99,1	83,4
2006	67,8	93,1	70,9	128,7	93,5	92,5	51,9	35,0	87,5	80,5
2007	-	87,6	68,9	126,0	88,6	-	48,0	33,1	90,1	79,7

Kilde: OECD Health Data 2010

Dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI), dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.3)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	55,1	68,1	69,9	85,7	61,4	53,9	55,4	26,8	55,0	54,0
Seneste år	33,9	48,0	44,9	55,5	37,6	44,2	33,2	18,4	40,4	39,8
Ændring, absolut	-21,2	-20,1	-25,0	-30,2	-23,8	-9,7	-22,2	-8,4	-14,6	-14,1
Ændring, pct.	-38,5	-29,5	-35,8	-35,2	-38,8	-18,0	-40,1	-31,3	-26,5	-26,2

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: Danmark og Tyskland 2006. Resten af landene 2007.

Dødelighedsrater for blodprop i hjertet (AMI) 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.4)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	55,1	68,1	69,9	85,7	61,4	53,9	55,4	26,8	55,0	54,0
2002	46,3	65,8	69,1	83,6	58,9	51,6	52,5	25,7	53,2	51,9
2003	43,8	63,0	61,7	76,5	55,1	50,9	50,8	25,0	50,8	49,7
2004	41,8	56,1	57,0	69,2	49,3	48,3	43,9	22,5	47,8	47,2
2005	37,1	54,5	49,0	65,2	45,3	46,3	41,0	21,4	45,2	44,4
2006	33,9	52,2	46,0	59,3	40,5	44,2	36,6	19,5	43,2	41,7
2007	-	48,0	44,9	55,5	37,6	-	33,2	18,4	42,0	40,4

Kilde: OECD Health Data 2010

Dødelighedsrater for kræft, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.5)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	209,3	151,6	166,6	143,5	183,4	167,3	185,9	173,7	172,6	170,0
Seneste år	199,4	143,6	156,9	132,6	170,7	156,6	175,6	158,2	161,1	159,0
Ændring, absolut	-9,9	-8,0	-9,7	-10,9	-12,7	-10,7	-10,3	-15,5	-11,5	-11,0
Ændring, pct.	-4,7	-5,3	-5,8	-7,6	-6,9	-6,4	-5,5	-8,9	-6,7	-6,5

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: Danmark og Tyskland 2006. Resten af landene 2007.

Dødelighedsrater for kræft 2001-2007, indeks 2001=100 (Figur 9.6)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2002	96,2	98,2	100,2	97,6	99,2	99,6	99,5	99,4	98,7	98,1
2003	95,2	98,7	97,8	97,4	97,4	98,0	98,1	98,0	97,8	97,8
2004	95,4	98,7	96,8	96,0	95,8	96,4	98,0	95,7	97,1	97,1
2005	94,8	98,0	95,7	94,9	94,5	95,2	97,3	95,3	95,2	95,6
2006	95,3	96,8	92,9	93,9	93,8	93,6	95,8	93,6	93,0	94,9
2007	-	94,7	94,2	92,4	93,1	-	94,5	91,1	92,4	92,2

Kilde: OECD Health Data 2010

Incidensrater for kræft samlet set 2000-2008, pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.7)										
<i>OECD definition: Cancer</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2000	287,8	256,1	-	241,0	247,3	273,8	276,5	281,5		254,6
2002	281,4	264,7	286,0	246,0	273,6	283,3	283,0	289,5	266,2	267,0
2008	321,1	259,7	297,9	250,1	269,4	282,1	289,9	300,4	260,9	269,0
Ændring, absolut	33,3	3,6	11,9	9,1	22,1	8,3	13,4	18,9	-5,4	14,4
Ændring, pct.	11,6	1,4	4,2	3,8	8,9	3,0	4,8	6,7	-2,0	5,6

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Ingen data for Norge i 2000. Ikke tilstrækkelig data til udregning af OECD gennemsnit i 2000. Ændring - absolut som procentvis - er fra 2000 til 2008 med undtagelse af Norge og OECD som er fra 2002 til 2008.

Dødelighedsrater for selvmord, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.8)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	9,8	11,3	11,5	20,7	6,4	11,0	8,0	15,0	10,7	11,3
Seneste år	9,7	10,6	9,6	16,7	5,8	9,1	7,1	13,5	11,0	9,9
Ændring, absolut	-0,1	-0,7	-1,9	-4,0	-0,6	-1,9	-0,9	-1,5	0,3	-1,4
Ændring, pct.	-1,0	-6,2	-16,5	-19,3	-9,4	-17,3	-11,3	-10,0	2,7	-12,4

Kilde: OECD Health Data 2010
 Anm.: Seneste år: Danmark og Tyskland 2006. Resten af landene 2007.

Dødelighedsrater for selvmord 2001-2007, dødsfald pr. 100.000 indbyggere (Figur 9.9)										
<i>OECD definition: Causes of mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	11,3	11,3	11,5	20,7	6,4	11,0	8,0	15,0	11,9	10,5
2002	10,8	11,4	10,2	18,8	6,4	10,8	8,4	15,1	11,9	10,7
2003	9,7	10,7	10,5	18,4	6,1	10,8	8,0	15,3	11,6	9,9
2004	10,4	11,1	10,9	18,4	6,3	10,3	7,9	15,0	12,2	11,0
2005	9,6	11,5	10,9	16,5	6,0	9,7	8,3	14,6	11,8	9,8
2006	9,9	11,3	10,8	18,0	6,1	9,1	8,1	14,2	11,4	9,8
2007	-	10,6	9,6	16,7	5,8	-	7,1	13,5	10,9	9,3

Kilde: OECD Health Data 2010

Dødelighedsrater for børnedødelighed, dødsfald i alderen < 1 år pr. 1.000 levendefødte (Figur 9.10)										
<i>OECD definition: Maternal and infant mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	4,9	3,7	3,9	3,2	5,5	4,3	5,4	4,6	6,3	4,8
Seneste år	4,0	2,5	2,7	2,6	4,7	3,5	3,8	3,8	4,7	3,3
Ændring, absolut	-0,9	-1,2	-1,2	-0,6	-0,8	-0,8	-1,6	-0,8	-1,6	-1,4
Ændring, pct.	-18,4	-32,4	-30,8	-18,8	-14,5	-18,6	-29,6	-17,4	-24,9	-29,7

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: Seneste år: 2008.

Dødelighedsrater for børnedødelighed 2001-2008, dødsfald i alderen < 1 år pr. 1.000 levendefødte (Figur 9.11)										
<i>OECD definition: Maternal and infant mortality</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	4,9	3,7	3,9	3,2	5,5	4,3	5,4	4,6	6,2	4,8
2002	4,4	3,3	3,5	3,0	5,2	4,2	5,0	4,2	6,1	4,4
2003	4,4	3,1	3,4	3,1	5,2	4,2	4,8	4,2	6,0	4,2
2004	4,4	3,1	3,2	3,3	5,1	4,1	4,4	4,0	5,7	4,1
2005	4,4	2,4	3,1	3,0	5,1	3,9	4,9	3,8	5,4	3,8
2006	3,8	2,8	3,2	2,8	5,0	3,8	4,4	3,8	5,1	3,6
2007	4,0	2,5	3,1	2,7	4,8	3,9	4,1	3,8	5,0	3,5
2008	4,0	2,5	2,7	2,6	4,7	3,5	3,8	3,8	4,7	3,4

Kilde: OECD Health Data 2010

Andel af befolkningen som opfatter deres helbred som værende "godt", pct. (Figur 9.12)										
<i>OECD definition: Perceived health status</i>										
	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Storbritannien	Tyskland	Nederlandene	Frankrig	OECD	EU-15
2001	77,9	73,5	79,9	67,1	74,3	72,6	77,9	73,6	68,2	70,5
Seneste år	79,4	75,9	80,0	67,7	76,0	64,7	80,6	72,4	69,5	71,8
Ændring, absolut	1,5	2,4	0,1	0,6	1,7	-7,9	2,7	-1,2	1,4	1,3
Ændring, pct.	1,9	3,3	0,1	0,9	2,3	-10,9	3,5	-1,6	2,0	1,9

Kilde: OECD Health Data 2010
Anm.: 2001: Danmark 2000, Norge og Frankrig 2002 samt Tyskland 2003. Seneste år: Danmark 2005 og Sverige 2007. Resten af landene 2008.

Andel af befolkningen som opfatter deres helbred som værende ”godt” 1991-2005, pct. (Tabel 9.1)										
<i>OECD definition: Perceived health status</i>										
	Dan- mark	Sverige	Norge	Finland	Storbri- tannien	Tysk- land	Neder- landene	Frankrig	OECD	EU-15
1991	80,4	76,2	-	67,2	76,3	-	78,4	-	-	-
1994	79,1	76,5	79,6	74,6	76,1	-	78,0	-	-	-
2000	77,9	75,5	79,6	67,1	74,3	66,1	77,6	73,6	-	-
2005	79,4	74,4	81,0	66,4	75,0	60,1	76,6	75,7	-	-
Kilde: OECD Health Data 2010										
Anm.: 1994: Norge 1995. 2000: Norge og Tyskland 1998 samt Frankrig 2002. 2005: Frankrig 2006. Der er ikke udregnet gennemsnit for EU-15 og OECD, da data for de forskellige lande er spredt ud over forskellige år.										