



State of Health in the EU

Norge

Landprofil 2019

Landprofilserien

Landprofilene i serien *State of Health in the EU* gir en kortfattet og policy-relevant oversikt over helse og helsesystemer i EU/EØS. De vektlegger de spesielle kjennetegnene og utfordringene i hvert land mot et bakteppe av sammenligninger med andre land. Målet er å støtte beslutningstakere og påvirkere med et verktøy for gjensidig læring og frivillig utveksling.

Profilene er et felles arbeid mellom OECD og European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbeid med EU-kommisjonen. Teamet er takknemlig for de verdifulle kommentarene og forslagene fra Health Systems and Policy Monitor-nettverket, OECDs helsekomité og EUs ekspertgruppe om helseinformasjon.

Innhold

1. HØYDEPUNKTER	3
2. HELSE I NORGE	4
3. RISIKOFAKTORER	7
4. HELSESYSTEMET	9
5. HELSESYSTEMETS YTELSE	13
5.1. Effektivitet	13
5.2. Tilgjengelighet	17
5.3. Robusthet	19
6. HOVEDFUNN	22

Data og informasjonskilder

Dataene og informasjonen i landhelseprofilene er hovedsakelig basert på nasjonal offisiell statistikk levert til Eurostat og OECD, som ble validert for å sikre de høyeste standarder for datasammenligning. Kildene og metodene som ligger til grunn for disse dataene, er tilgjengelige i Eurostat-databasen og OECD-helsedatabasen. Noen tilleggsdata kommer også fra undersøkelser fra Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) og Verdens helseorganisasjon (WHO), så vel som andre nasjonale kilder.

De beregnede EU-gjennomsnittene er veide gjennomsnitt av de 28 medlemslandene, med mindre annet er angitt. Disse EU-gjennomsnittene inkluderer ikke Island og Norge.

Denne profilen ble fullført i august 2019, basert på tilgjengelige data i juli 2019.

For å laste ned Excel-regnearket som svarer til alle tabeller og grafer i denne profilen, skriver du bare følgende URL inn i nettleseren din: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Norway.xls>

Demografisk og sosioøkonomisk kontekst i Norge, 2017

Demografiske faktorer

	Norge	EU
Befolkningsstørrelse (estimat ved midten av året)	5 277 000	511 876 000
Andel av befolkningen over 65 år (%)	16,6	19,4
Fødselsrate ¹	1,6	1,6

Sosioøkonomiske faktorer

BNP per innbygger (EUR PPP ²)	43 900	30 000
Relativ fattigdomsrate ³ (%)	12,3	16,9
Arbeidsledighet (%)	4,2	7,6

1. Antall barn født per kvinne i alderen 15–49 år. 2. Kjøpekraftsparitet (PPP) er definert som valutakursen som veier opp for kjøpekraften i forskjellige valutaer ved å eliminere forskjellene i prisenivåer mellom land. 3. Andel personer som lever med mindre enn 60 % av den disponible medianinntekten. Kilde: Eurostat-databasen.

Ansvarsfraskrivelse: Meninger og argumenter som kommer til uttrykk i dette dokumentet, er utelukkende forfatterens og gjenspeiler ikke nødvendigvis de offisielle synspunktene til OECD eller medlemslandene, eller European Observatory on Health Systems and Policies eller noen av dets partnere. Synspunktene som uttrykkes her, kan på ingen måte tas for å gjenspeile EUs offisielle mening.

Dette dokumentet samt data og kart som er inkludert her, berører ikke statusen eller suvereniteten over noe territorium, avgrensningen av internasjonale grenser eller navnet på noe territorium, noen by eller noe område.

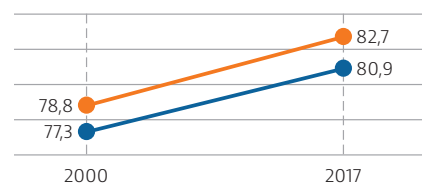
Ytterligere ansvarsfraskrivelse for WHO finnes på <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Høydepunkter

Nordmenn lever lengre og sunnere liv enn de fleste andre europeere. Siden 2000 har den forventede levealderen økt jevnlig som et resultat av både effektiv folkehelsepolitikk som har redusert forekomsten av risikofaktorer, og helsevesenets kapasitet til å levere pleie og omsorg til befolkningen av høy kvalitet. Disse positive resultatene har imidlertid kommet med en pris. Norge bruker mer på helse per innbygger enn noe EU-land, med en betydelig andel dedikert til langvarig pleie og omsorg. Befolkningsaldring forventes å legge et ekstra press på norske helsebudsjetter og krever strategier for å forbedre effektiviteten av og styrke offentlig pleie og omsorg for mennesker med kroniske lidelser.

● NO ● EU

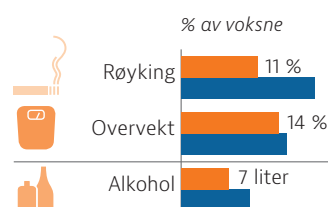


Forventet levetid ved fødsel, år

Helsetilstanden

Forventet levealder i Norge økte med nesten 4 år fra 2000 og nådde 82,7 år i 2017, nesten 2 år over EUs gjennomsnitt. Denne forbedringen var drevet av reduksjoner i dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer, noe som delvis kan tilskrives reduksjon i utbredelsen av risikofaktorer (f.eks. røyking), men også kvalitetsforbedringer innen akutt behandling av pasienter med hjerteinfarkt og slag.

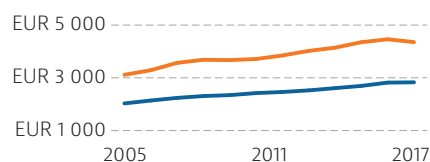
● NO ● EU



Risikofaktorer

Forekomsten av risikofaktorer er lav i Norge sammenlignet med EU-gjennomsnittet. I 2017 sa 11 % av norske voksne at de røyket på daglig basis, en nedgang fra 32 % i 2000 og blant det laveste i EU. Registrert alkoholomsetning tilsvarer nesten 7 liter per år, mot 9,9 liter konsumert i EU i gjennomsnitt. Fedmeandelen blant voksne er også fortsatt under EUs gjennomsnitt, selv om den økte fra 9 % i 2005 til 14 % i 2017.

● NO ● EU



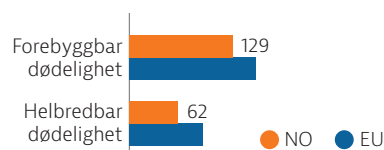
Utgifter per innbygger (EUR PPP)

Helsesystemet

Helseutgifter per innbygger i Norge har vokst det siste tiåret. Med EUR 4 459 i 2017 er det omtrent to tredjedeler høyere enn EU-gjennomsnittet. Helseutgiftene stod for 10,4 % av Norges BNP, også over EUs gjennomsnitt på 9,8 %. Offentlig finansiering utgjør 85 % av de totale helseutgiftene, som også er høyere enn EU-gjennomsnittet (79 %). Det meste av de resterende utgiftene betales direkte av husholdningene.

Effektivitet

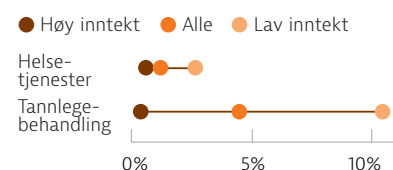
Dødeligheten fra helbredbare årsaker i Norge er svært lav sammenlignet med EU-landene, noe som indikerer at helsevesenet presterer godt når det gjelder å redde livene til mennesker med potensielt dødelige tilstander. Dødeligheten fra årsaker som er ansett som mulige å forebygge er også relativt lav.



Aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 innbyggere, 2016

Tilgjengelighet

Nordmenn rapporterer om svært lave uoppfylte behov for medisinsk behandling, men de uoppfylte behovene for tannlegebehandling er høyere, spesielt for personer med lav inntekt.



% oppgir uoppfylte behov, 2017

Robusthet

Helseutgiftene forventes å vokse raskt de kommende årene, hovedsakelig drevet av økende etterspørsel etter langvarig pleie og omsorg. Norge har allerede oppnådd betydelig fremgang med å flytte ikke-akutt pleie og omsorg bort fra sykehusene til polikliniske og samfunnsbaserte omgivelser. Med det økende behovet for pleie og omsorg i en aldrende befolkning er en av de viktigste utfordringene for å sikre bærekraftig utvikling av helsesystemet en fortsatt styrking av primær – og kommunehelsetjenestene.



2 Helse i Norge

Norge har en av de høyeste forventede levealderne i Europa

Forventet levealder ved fødselen i den norske befolkningen har økt jevnt siden 2000 og nådde 82,7 år i 2017, nesten 2 år over EUs gjennomsnitt

(figur 1). Bare Spania og Italia har høyere forventet levealder blant EU-landene. I gjennomsnitt lever norske kvinner 3,3 år lenger enn menn, men dette kjønnsgapet har blitt redusert med 2 år siden 2000 og er mye mindre enn EU-gjennomsnittet (5,2 år).

Figur 1. Norge har den høyeste forventede levalderen blant nord-europeiske land

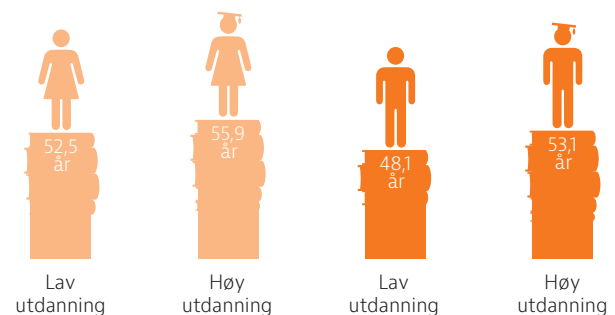


Kilde: Eurostat-databasen.

Sosiale ulikheter i forventet levealder er mer utpreget blant menn enn kvinner

Ulikheter i forventet levealder blant nordmenn følger en sosioøkonomisk kurve, selv om den er mer moderat enn i de fleste andre europeiske land. Ved 30 års alder forventes norske menn med lavest utdanningsnivå å leve i gjennomsnitt 5,0 år kortere enn de med høyest utdanningsnivå, sammenlignet med 7,6 år i EU. Denne forskjellen i forventet levealder er litt mindre blant kvinner – 3,4 år – noe som også er mindre enn EUs gjennomsnitt på 4,1 år (figur 2). Forskjeller i forventet levealder etter utdanning kan delvis forklares med forskjellige nivåer av eksponering for ulike risikofaktorer og usunn livsstil, inkludert en høyere andel røykere og mindre fysisk aktivitet blant den minst utdannede delen av befolkningen.

Figur 2. Forskjell i forventet levealder på tvers av utdanningsnivå er 5 år for menn og 3,4 år for kvinner



Norge: 3,4 år
EU21: 4,1 år

Norge: 5 år
EU21: 7,6 år

Merk: Dataene refererer til forventet levealder ved 30 år. Høy utdanning er definert som personer som har fullført videregående utdanning (ISCED 5-8), mens lav utdanning er definert som personer som ikke har fullført videregående utdanning (ISCED 0-2).

Kilde: Eurostat-databasen (dataene er for 2016).

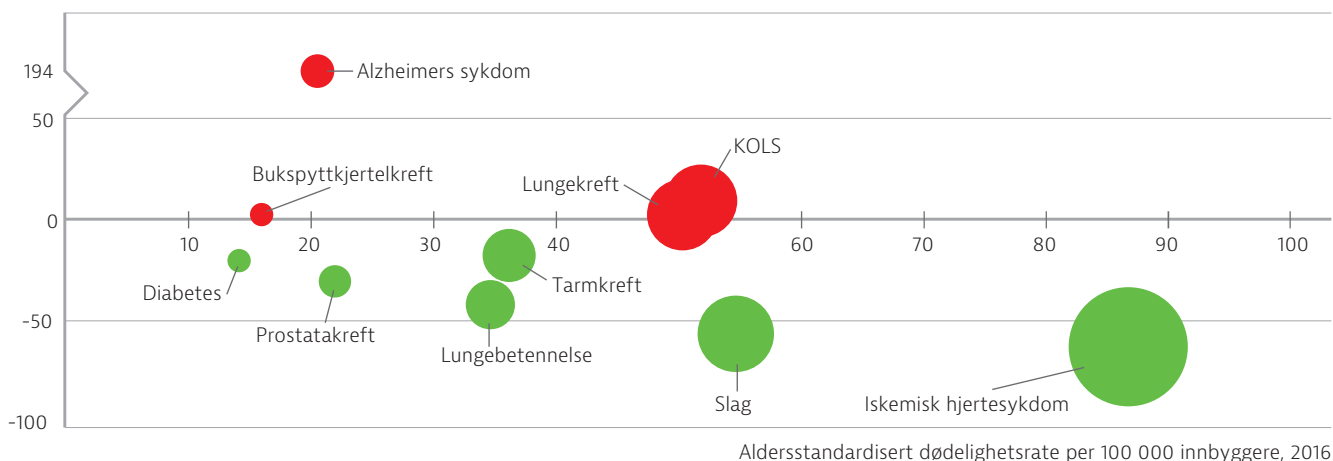
Iskemisk hjertesykdom er fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge

Norges stadige vekst i forventet levealder har hovedsakelig vært drevet av reduksjon i dødelighetsraten fra hjerte- og karsykdommer – særlig iskemisk hjertesykdom og slag (figur 3). Likevel utgjorde iskemisk hjertesykdom fortsatt en tidel av alle dødsfall i Norge i 2016, noe lavere enn i EU som helhet (12 %). Tobakksrelaterte dødsfall spiller også

fortsatt en viktig rolle. Dødelighetsraten fra kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) økte svakt fra 2000 til 2016, og utgjorde 51,7 per 100 000 innbyggere sammenlignet med EU-gjennomsnittet på 34,4 per 100 000. Lungekreft er fremdeles den hyppigste kreftrelaterte dødsårsaken. Dødelighetsraten fra Alzheimers sykdom har økt kraftig siden 2000, men denne bratte økningen forklares delvis av forbedringer i diagnostiske prosedyrer og endringer i dødsregistreringspraksis.

Figur 3. Til tross for reduksjoner er iskemisk hjertesykdom og slag fortsatt de viktigste dødsårsakene

% endring 2000-16 (eller nærmeste år)



Altersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 innbyggere, 2016

Merk: Størrelsen på boblene er proporsjonal med dødelighetsratene i 2016. Økningen i dødelighetsrater fra Alzheimers sykdom skyldes i stor grad endringer i diagnostikk og dødsregistreringspraksis.

Kilde: Eurostat-databasen.

De fleste nordmenn oppgir at de er ved god helse, men med enkelte forskjeller mellom inntektsgruppe

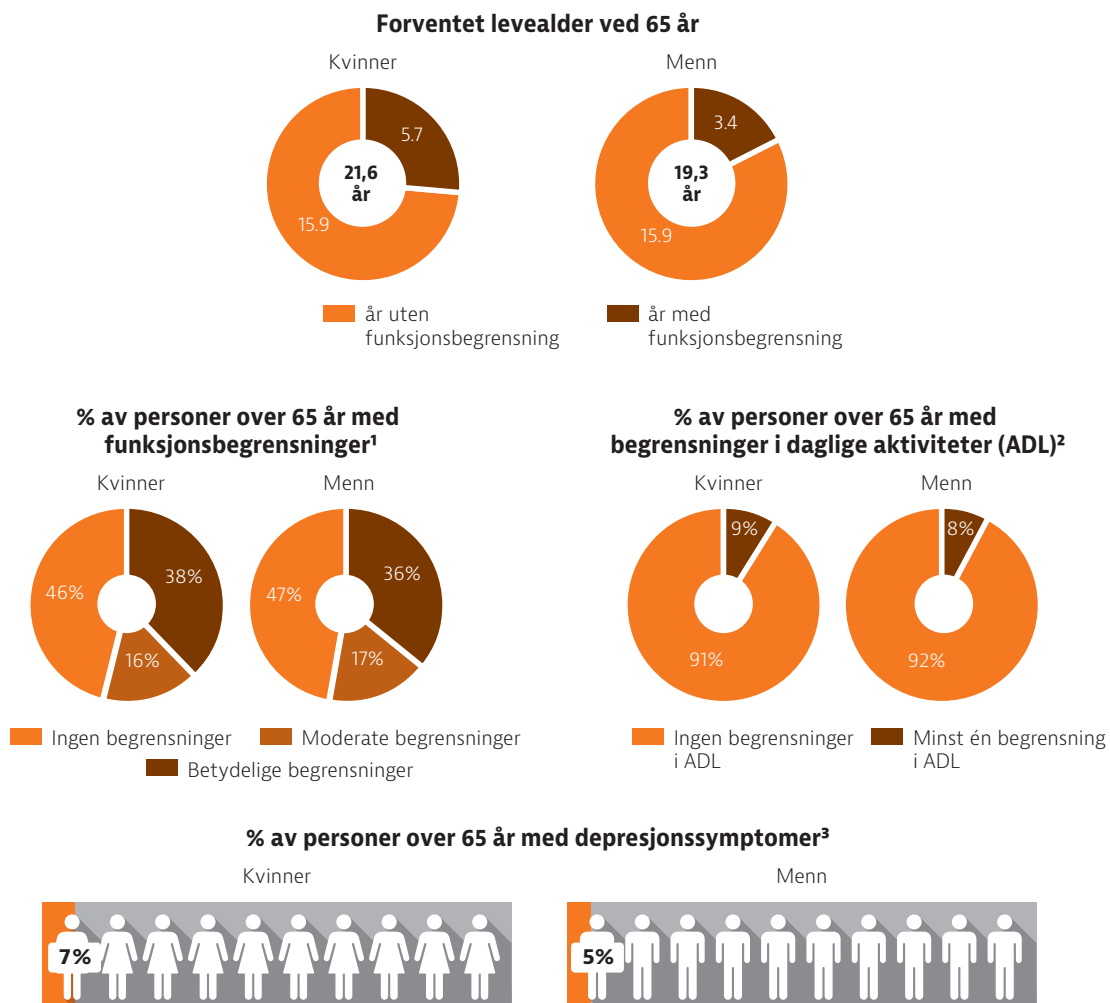
I 2017 oppga over tre fjerdedeler av nordmenn at de hadde god helse, en andel som er høyere enn i EU som helhet (77 % mot 70 %). Som i andre land er det imidlertid mindre sannsynlig at personer med lavere inntekt oppgir å være ved god helse: 70 % i den laveste inntektsgruppen mot 86 % i den høyeste inntektsgruppen. Dette gapet mellom ulike inntektsnivåer tilsvare EU's gjennomsnitt.

Nordmenn lever omtrent tre fjerdedeler av livet etter 65 år uten funksjonsbegrensninger

I 2017 kunne nordmenn på 65 år forvente å leve ytterligere 20,5 år, omtrent 6 måneder lenger enn EU-gjennomsnittet og en økning på nesten 2,5 år siden 2000. Kjønnsgapet i forventet levealder ved 65 års alder var 2,3 år i kvinners favør (21,6 år for kvinner mot 19,3 år for menn) (figur 4). Det er imidlertid ingen kjønnsforskjell i antall sunne leveår, da kvinner har en tendens til å leve en større andel av livet etter 65 år med enkelte helseproblemer og funksjonshemninger.

I 2015 rapporterte litt over halvparten av norske kvinner og menn over 65 år at de hadde funksjonsbegrensninger som syns-, hørsels- eller gåvansker. Selv om de fleste mennesker er i stand til å fortsette å leve selvstendige liv, oppga omtrent 1 av 11 personer på 65 år og over at de opplevde begrensninger i grunnleggende aktiviteter i dagliglivet, for eksempel ved påkledning og spising. Disse begrensningene er hovedsakelig å finne blant personer over 80 år.

Figur 4. Ved 65 års alder kan nordmenn forvente å leve et friskt liv i ytterligere 16 år



Merk: 1. Funksjonsbegrensninger omfatter fysiske og sensoriske begrensninger (syn, hørsel og gange). 2. Grunnleggende aktiviteter i dagliglivet omfatter påkledning, å kunne gå gjennom et rom, bading eller dusjing, spising, komme seg inn og ut av sengen, og bruke toalettet. 3. Basert på PHQ-8-indeksen anses personer å ha depresjonssymptomer hvis de oppgir å ha to eller flere depresjonsrelaterte problemer (av åtte variabler).

Kilder: Eurostat-databasen for forventet levealder med og uten funksjonshemming (data for 2017); European Health Interview Survey for andre indikatorer (data for 2015).



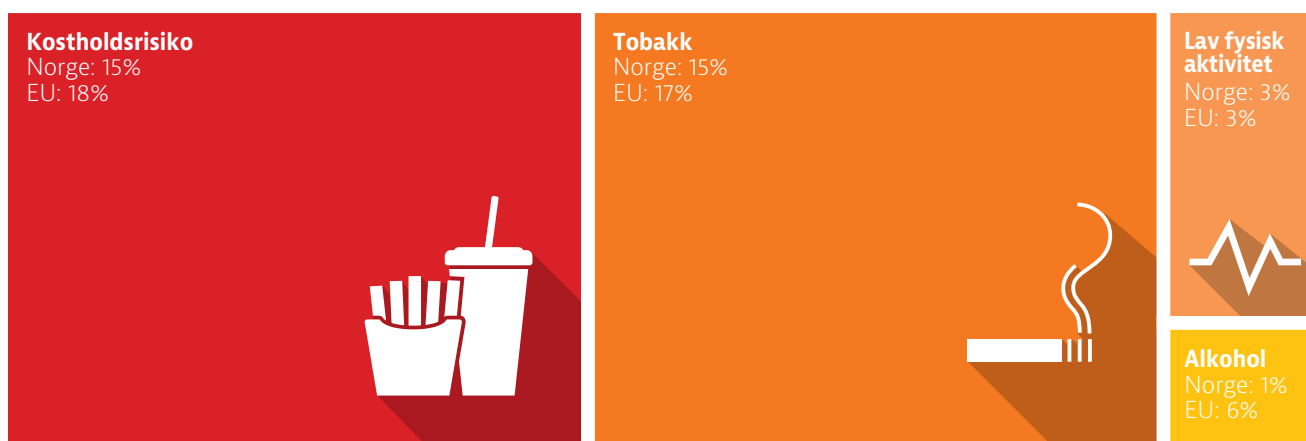
3 Risikofaktorer

Risikofaktorer knyttet til atferd utgjør en tredjedel av alle dødsfall, lavere enn i de fleste EU-land

En tredjedel av alle dødsfall i Norge kan tilskrives atferdsmessige risikofaktorer, sammenlignet med fire av ti dødsfall i EU. Risikofaktorer knyttet til atferd inkluderer usunt kosthold, tobakksrøyking,

alkoholforbruk og lav fysisk aktivitet (figur 5). Omtrent ett av seks dødsfall i 2017 kan tilskrives usunt kosthold, inkludert lavt inntak av frukt og grønnsaker, og høyt sukker- og saltinntak. Tobakksrøyking, inkludert passiv røyking, er ansvarlig for en tilsvarende andel av dødsfallene hvert år. Rundt 3 % av dødsfallene er relatert til lave nivåer av fysisk aktivitet, og omtrent 1 % kan tilskrives for høyt alkoholforbruk.

Figur 5. Usunt kosthold og tobakksrøyking er de ledende risiko knyttet til atferd som bidrar til dødsfall



Merk: Det totale antallet dødsfall relatert til disse risikofaktorene (13 500) er lavere enn summen av hver enkelt (14 200), fordi et og samme dødsfall kan tilskrives mer enn én risikofaktor. Risiko relatert til usunt kosthold inkluderer 14 komponenter, som lavt frukt- og grønnsaksinntak, høyt inntak av sukkerholdig drikke og høyt saltinntak.

Kilde: IHME (2018), Global Health Data Exchange (estimer for 2017).

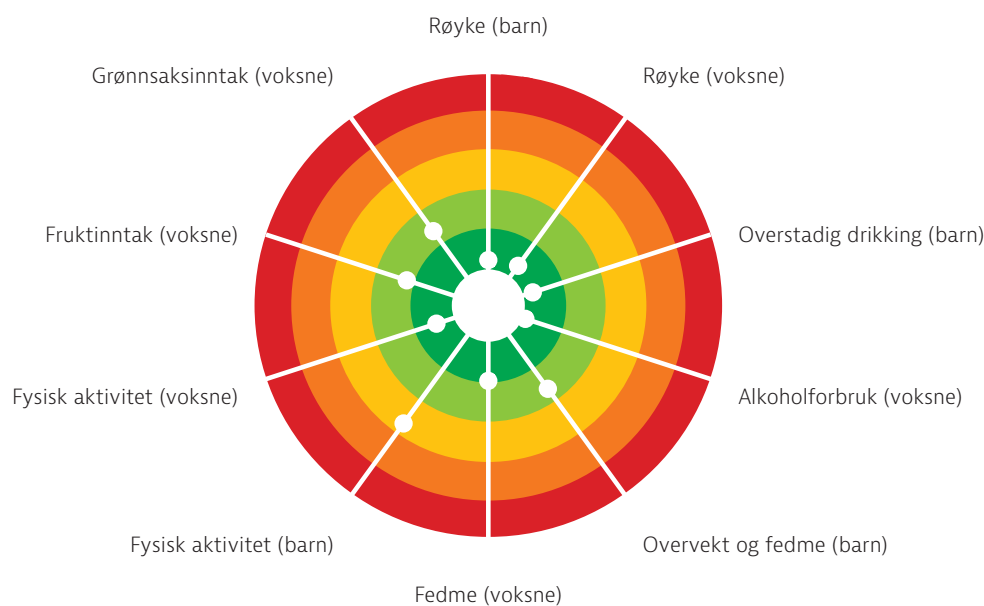
Overvektnivået i Norge er relativt lavt, men overvekt blant barn gir økende grunn til bekymring

Nesten en av syv (14 %) voksne i Norge var overvektige i 2017, en andel som er doblet de siste to tiårene, men som fremdeles er lavere enn i de fleste andre europeiske land. Regelmessig fysisk aktivitet og relativt sunne kostholdsvaner blant voksne kan forklare dette positive resultatet (figur 6).

Økende overvekt og fedme blant barn er også et viktig folkehelseproblem. Nesten en av seks norske 15-åringer var overvektige eller svært overvektige i 2013-14, en andel nær EU-gjennomsnittet (17 %). Ekstrem overvekt har økt med over 50 % det siste tiåret blant unge mellom 5 og 19 år. Det er en tydelig sosial gradient med hensyn til hvordan overvekt og ekstrem overvekt, sunt kosthold og fysisk aktivitet er fordelt på tvers av Norges yngre befolkning. Barn som bor i mindre tettbygde strøk med mødre med lavere utdanningsnivå, har for eksempel større problemer med overvekt enn barn som bor i mer urbane områder med mødre med høyere utdanning

(Biel m.fl. 2013). Foreldrenes utdanningsnivå er også forbundet med en økt forekomst av sunn livsstil og sunt kosthold; barn av foreldre med høyere utdanning har en tendens til å være mer fysisk aktive, spise mer frukt og grønnsaker, og drikke færre sukkerholdige drikker (Finansdepartementet 2018).

Figur 6. Overvekt og fysisk inaktivitet hos barn er et økende folkehelseproblem



Merk: Jo nærmere prikken er sentrum, desto bedre presterer landet sammenlignet med EU-land. Ingen land er i det hvite "målområdet", da det er rom for fremgang i alle land i alle områder.

Kilde: OECD-beregninger basert på ESPAD-undersøkelsen fra 2015 og HBSC-undersøkelsen fra 2013-14 for barneindikatorer; EU-SILC 2017, EHIS 2014 og OECD-helsestatistikk fra 2019 for voksenindikatorer.

Tobakksrøyking har gått ned, men bruken av andre tobakksprodukter øker

Nordmenn oppgir å ha en av de laveste andelen røykere i Europa, nest etter Sverige; i 2017 oppga drøyt 10 % av voksne at de røyket på daglig basis, ned fra 32 % i 2000. Et lignende mønster observeres blant ungdommer, der andelen røykere har falt jevnlig de siste 20 årene og er lavere enn nesten alle EU-land – under 10 % i 2015.

Blant voksne oppga en av fire personer som rapporterte å ha sluttet å røyke i 2017, at de gjorde dette ved å erstatte sigaretter med snus, en fuktig pulvertobakk som har blitt stadig mer vanlig i Norge de siste to tiårene. Siden 2000 har forbruket av snus per innbygger tredoblet seg, og flertallet av snusbrukere er unge voksne (16–24 år). I 2017 oppga en av fire menn og en av seks kvinner at de brukte snus på daglig basis. Selv om flertallet av snusbrukere er tidligere eller nåværende røykere, økte også snusforbruket betydelig blant menn som aldri har røkt tidligere (Lund, Vedøy og Bauld 2016). Bruk av snus er ikke risikofritt, men estimatene for negative helseeffekter som kan henføres til snusbruk, varierer betydelig.

Et forholdsvis lavt alkoholforbruk rapporteres av både voksne og ungdommer

Alkoholforbruket i Norge er blant de laveste i Europa. Salgsanslag viser at i 2017 konsumerte nordmenn i alderen fra 15 år og oppover nesten 7 liter ren alkohol per person, omtrent 30 % mindre enn EU-gjennomsnittet (9,9 liter). Tilsvarende rapporterer norske ungdommer om fallende forekomst av overstadig drikking¹. Under en femtedel av 15 og 16 år gamle gutter og jenter rapporterte om minst en episode av overstadig drikking den siste måneden i 2015 – den nest laveste andelen i Europa etter Island og halvparten av EU-gjennomsnittet.

Forskjeller i alkoholforbruk eksisterer på tvers av sosioøkonomiske grupper. Mens 15-åringene i høyere sosioøkonomiske grupper drikker oftere, begynner ungdom i lavere sosioøkonomiske grupper å drikke alkohol i yngre alder og viser seg å lettere få skadelige drikkevaner (Helsedirektoratet 2016).

1: Overstadig drikking er definert som å konsumere seks eller flere alkoholholdige drikker ved en enkelt anledning for voksne, og fem eller flere alkoholholdige drikker for ungdom.

4 Helsesystemet

Det norske helsesystemet er semi-desentralisert

Helsesystemet i Norge er semi-desentralisert; staten er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten og kommunene for primærhelsetjeneste, eldreomsorg og sosiale tjenester. Tannlegebehandling for voksne gis av private tilbydere. Fylkene har ansvaret for å tilby tannlegebehandling for alle som er 20 år eller yngre, og for voksne som lider av spesifikke lidelser. Kommunene har spilt en økende rolle i å koordinere pleie og omsorg (Box 1). I 2020 skal de 18 fylkene erstattes av 11 regioner og antallet kommuner reduseres fra 422 til rundt 350.

Finansiering og levering har historisk blitt integrert for de fleste typer pleie og omsorg. Staten eier de fire regionale helsemyndighetene, som igjen eier sykehusforetak. Sykehusarbeidere er offentlig ansatte. Flertallet av fastlegene er selvstendig næringsdrivende, men er fullt integrert i det offentlige systemet gjennom kontrakter med kommunene.

Norske helsetjenester er hovedsakelig finansiert av offentlige midler

I 2017 brukte Norge 10,4 % av BNP på helse, som er over EU-gjennomsnittet på 9,8 %, men på linje med andre skandinaviske land. Helseutgifter per innbygger i 2017 var det høyeste i Europa, EUR 4 545, mot EU-gjennomsnittet på EUR 2 884 (justert for forskjeller i kjøpekraft) (figur 7). Helseutgiftene per innbygger i Norge vokste med 3,3 % mellom 2009 og 2017 (i reelle termer), som er det dobbelte av veksten i EU sett under ett (1,5 %).

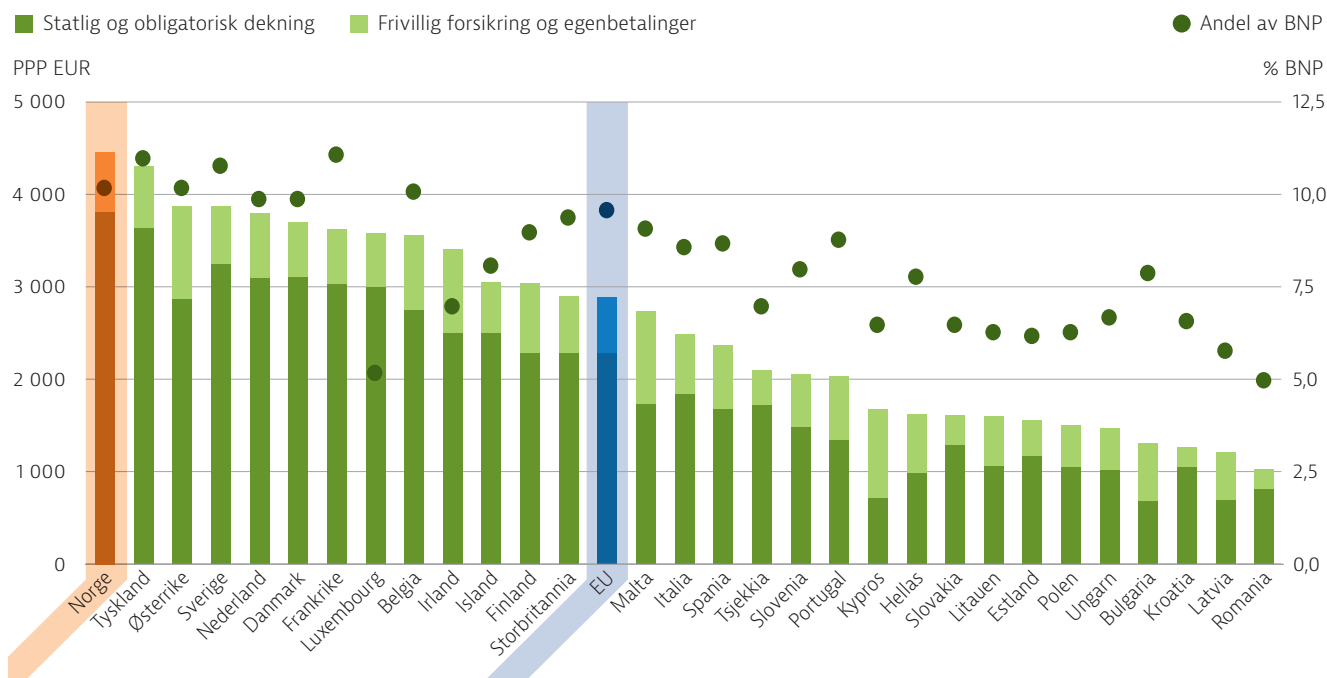
Boks 1. Nyere reformer og nasjonale planer har som mål å forbedre pleie- og omsorgskoordineringen

Å sikre kontinuitet i pleie og omsorg og konsekvente informasjonsstrømmer har historisk sett vært utfordrende i Norge, siden ansvaret for pleie- og omsorgstilbudene er delt mellom forskjellige administrative nivåer. Nyere tiltak for å forbedre pleie- og omsorgskoordineringen er blant annet samhandlingsreformen fra 2012 (mellom sykehus og kommunal omsorg), den nasjonale helse- og sykehusplanen for 2016-19 (mellom sykehus) og Stortingsmelding 26 om Fremtidens primærhelsetjeneste fra 2015.

Etter samhandlingsreformen ble kommunene ansvarlige for å tilby lokale akuttseingsplasser 24 timer i døgnet for pasienter med behov for sykehustjenester, men disse sengene kan ikke brukes i leveringen av eldreomsorg.

Et sentralt mål i den nasjonale helse- og sykehusplanen er å forbedre omsorgskoordineringen ved å organisere sykehus i regionale nettverk. Hvert nettverk forventes å omfatte et regionalt sykehus (ett i hver regionale helsemyndighet), større akuttisykehus (som gir spesialisert akuttomsorg til en befolkning på rundt 60 000 til 80 000 mennesker) og sykehus som gir akutt omsorg og valgfri kirurgi.

Figur 7. Norge bruker mer på helse per innbygger enn noe annet EU-land



Kilde: OECDs helsestatistikk 2019 (data for 2017).

Det norske helsesystemet har tre hovedinntektskilder: generelle skatteinntekter (som utgjør 74 % av totalen), forsikringsbidrag til folketrygden (11 %) og private utgifter (15 %), som i Norge hovedsakelig består av egenbetalinger² fra husholdningene. Privat helseforsikring spiller bare en marginal rolle. Samlet utgjør de to offentlige kildene 85 % av helseutgiftene, en høyere andel enn i noe annet EU-land.

I 2017 brukte Norge omtrent like mye på helseutgifter til spesialisthelsetjenesten, polikliniske konsultasjoner og eldreomsorg – rett i underkant av 30 % av totalen for hver utgiftskategori. Andelen brukt på eldreomsorg var høyere enn i noe annet EU-land (figur 8), noe som gjenspeiler regjeringens prioritering av å tilrettelegge for at pårørende kan forbli i arbeidslivet. På den annen side var andelen av de totale helseutgiftene brukt på legemidler og medisinsk utstyr på litt over 10 % den nest laveste og har gått ned det siste tiåret. Dette tallet inkluderer ikke utgifter til legemidler og medisinsk utstyr på sykehus, som rapporteres under sykehusbehandling eller poliklinisk behandling. Utgifter til folkehelseiltak sto for omtrent 3 % av alle helseutgifter, nær EU-gjennomsnittet.

Helsedekningen er universell, men kostnadsdelingskravene er høye for enkelte tjenester

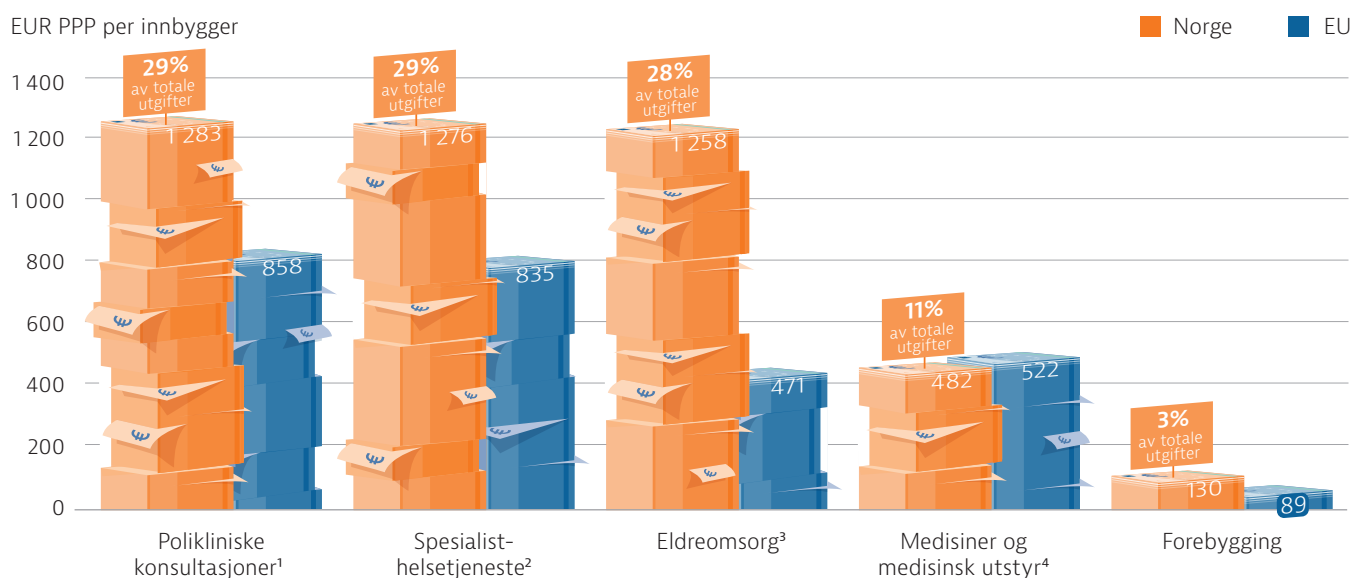
Helsedekningen blant norske innbyggere er universell og dekker hele befolkningen. Fordelene dekker et bredt spekter av tjenester, men alle tjenester unntatt sykehusbehandling og hjemmebasert sykepleie krever et visst nivå av kostnadsdeling. Ettersom voksne stort sett er ekskludert fra dekningen for tannlegebehandling, utgjorde tannlegebehandling den største andelen av kostnadsdelingen, tilsvarende 26 % av de totale egenbetalingsutgiftene i 2017. Polikliniske legemidler sto for den nest største andelen, med 24 % av egenbetalingsutgiftene i 2017. Barn under 16 år, personer som mottar lav pensjon, og personer skadet i arbeidsulykker er fritatt for egenandel.

2: Egenbetalinger omfatter direkte betalinger, kostnadsdeling for tjenester utenfor fordelspakken og uformelle betalinger.

To separate tak, avhengig av hva slags tjenester pasienten mottar, definerer egenandelskravene. Det første gjelder egenandeler for legekonsultasjoner, polikliniske spesialistkonsultasjoner, legemidler, laborietester og medisinsk bildebehandling. Dette var satt til NOK 2 369 (EUR 236) i 2019. Når pasienter har nådd det årlige taket, er de fritatt for å betale

ytterligere egenandeler i det aktuelle året. Tilsvarende ordning er på plass for helsetjenestene som er definert for det andre taket – fysioterapi, tannpleie for spesifikke kroniske tannlidelser, behandling i utlandet og enkelte rehabiliteringsbehandlinger. I 2019 tilsvarte dette egenandelskravet NOK 2 085 (EUR 208), hvoretter behandlingen er gratis.

Figur 8. Norge bruker mer på eldreomsorg enn andre europeiske land



Merk: Administrasjonskostnader er ikke inkludert. 1. Inkluderer hjemmesykepleie; 2. Inkluderer rehabiliterende behandling på sykehus og i andre omgivelser; 3. Inkluderer bare helsekomponenten; 4. Inkluderer bare det polikliniske markedet.
Kilde: OECDs helsestatistikk 2019; Eurostat-databasen (data for 2017).

Til tross for et høyt antall sykepleiere er det bekymring for fremtidig mangel på arbeidskraft

Antallet leger og sykepleiere per 1 000 innbyggere i Norge er begge godt over EU-gjennomsnittet (figur 9). Anslagene for helsearbeidskraften tyder likevel på at en mangel kan oppstå innen 2035 på grunn av økende behov for helsetjenester og eldreomsorg i en aldrende befolkning, kombinert med at mange leger og sykepleiere kommer til å pensjonere seg. Denne mangelen kan reduseres ved å styrke utdanning og opplæring av nye sykepleiere, og redusere frafallet både fra sykepleierstudier og sykepleieryrket (Statistisk sentralbyrå 2019). Frafallet blant sykepleiere og hjelpepleiere er spesielt høyt for de som jobber innen eldreomsorgen.

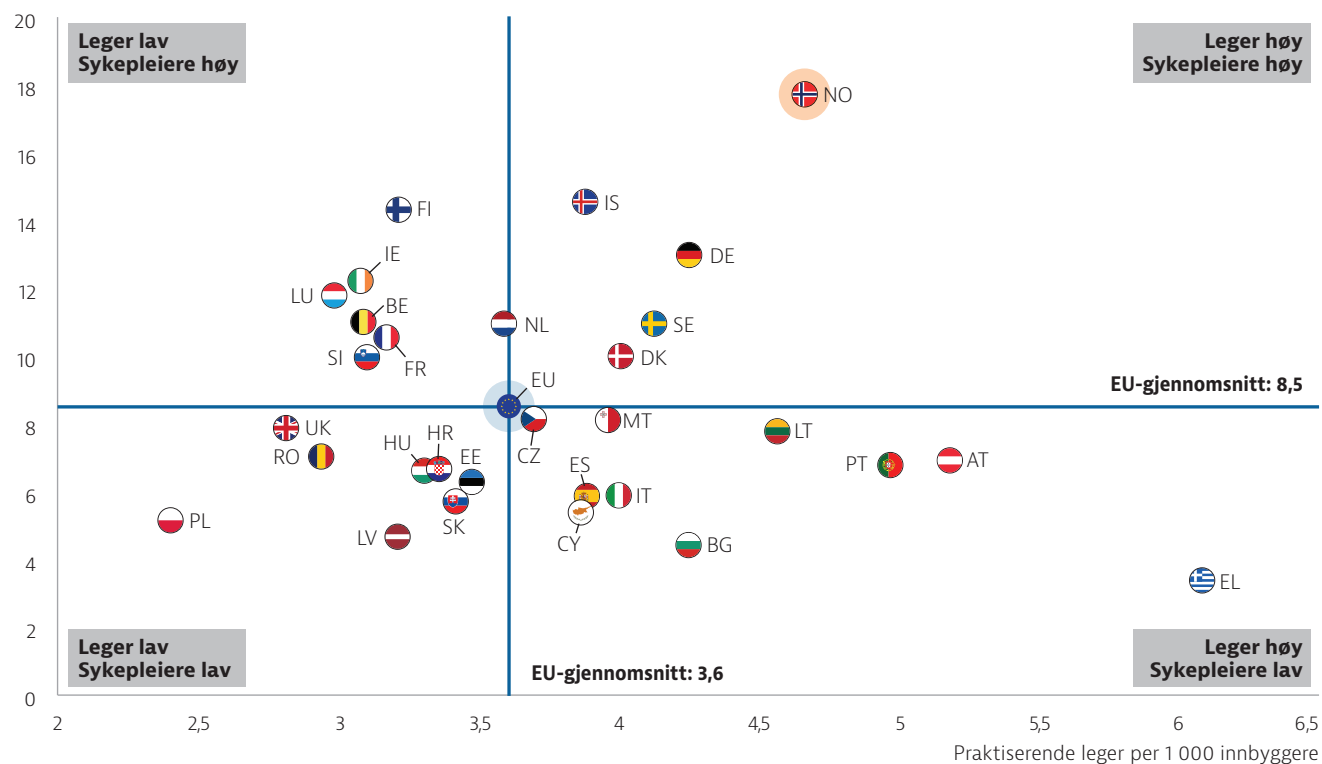
Fastlegene fungerer som portvakter for spesialistbehandling, og pasienter står fritt til å velge helseleverandør

Norske fastleger jobber typisk i fellespraksiser med to til seks leger sammen med sykepleiere og annet helsepersonell. En ny modell for tverrfaglige ledelede team for allment og kronisk syke pasienter er for tiden under utprøving (se avsnitt 5.1). Fastlegene fungerer som portvakter for sykehusbehandling og har ansvar for å levere behandling utenfor vanlig arbeidstid. Pasienter står fritt til å velge mellom offentlige og godkjente private tilbydere, og generelle og spesialiserte sykehus. I 2015 ble fritt sykehusvalg utvidet til alle sykehus i EU/EØS³, selv om transportkostnadene ikke dekkes.

3: EØS-området

Figur 9. Det norske helsesystemet har blant de høyeste andelene helsepersonell i EU

Praktiserende sykepleiere per 1 000 innbyggere



Merk: I Portugal og Hellas viser data til alle leger som er lisensiert til å praktisere, noe som resulterer i en stor overvurdering av antall praktiserende leger (f.eks. rundt 30 % i Portugal). I Østerrike og Hellas er antallet sykepleiere undervurdert, da tallene bare inkluderer de som jobber på sykehus. Kilde: Eurostat-databasen (dataene er for 2017 eller nærmeste år).



5 Helsen systemets ytelse

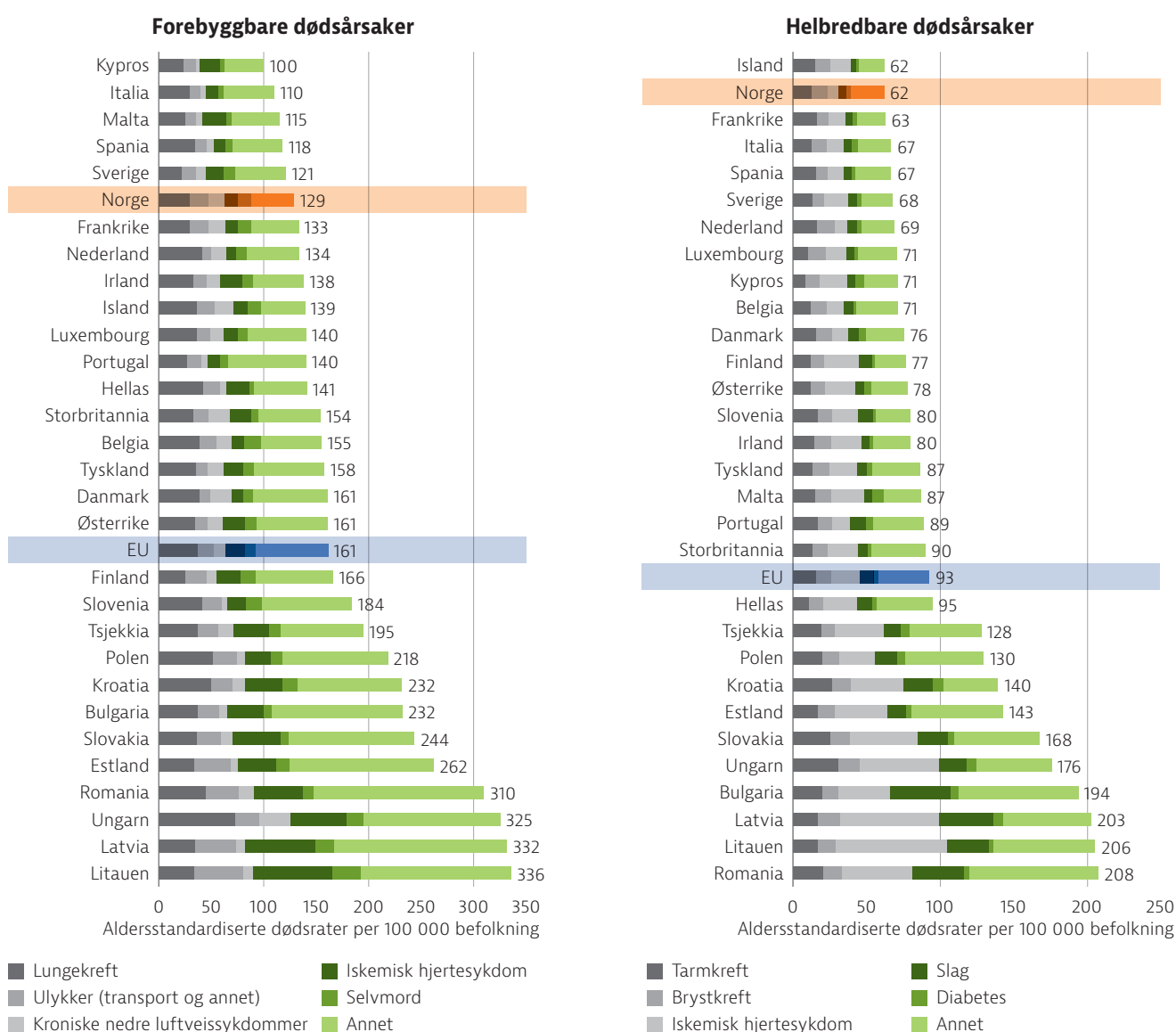
5.1 Effektivitet

Forebyggbare og helbredbare årsaker til dødelighet er blant de laveste i Europa

Dødsfall fra årsaker som er ansett som mulige å forebygge i Norge ligger godt under EU-gjennomsnittet og har falt med over 10 % fra 2011 til 2016 (figur 10). Norge har enda bedre tall når det gjelder dødelighet

fra helbredbare årsaker, med et fall i dødelighetsraten på over 15 % fra 2011 og 2016. I 2016 hadde Norge, sammen med Island og Frankrike, den laveste dødeligheten fra helbredbare årsaker, noe som indikerer at helsevesenet gir effektive og rettidige diagnoser og behandling av en rekke livstruende tilstander.

Figur 10. Dødelighet fra forebyggbare og helbredbare tilstander er blant de laveste i Europa



Merk: Forebyggbar dødelighet er definert som dødsfall som hovedsakelig kan unngås gjennom forebyggende inngripen fra helsevesenet. Dødelighet fra helbredbare årsaker er definert som dødsfall som hovedsakelig kan unngås gjennom inngripen i form av helsetjenester, inkludert screening og behandling. Begge indikatorene viser til for tidlig dødelighet (under 75 år). Dataene er basert på reviderte OECD/Eurostat-lister. Kilde: Eurostat-databasen (dataene er for 2016).

Færre røykere, men fortsatt rom for å redusere tobakksbruk

Norge kunne rapportere den bratteste nedgangen i andelen røykere siden 2000 og hadde en veldig lav andel av voksne daglige røykere sammenlignet med EU-land i 2017. Potensialet for å redusere andelen røykere blant voksne ytterligere har uansett ennå ikke blitt utnyttet fullt og helt, ettersom nesten halvparten av daglige røykere i 2017 oppga at de hadde til hensikt å slutte å røyke (Folkehelseinstituttet 2018).

Den norske tobakksskadeloven ble innført i 1975 og anses for å være en av de strengeste lovene for tobakksbekjempelse i verden. Sammen med høye avgifter på tobakksprodukter har lovgivningen bidratt til å redusere forekomsten av tobakksforbruk blant unge og gitt røykere insentiv til å slutte og hindre ikke-røykere fra å begynne.

Samtidig som andelen røykere i Norge har gått ned, har andre typer tobakksprodukter blitt mer populære. De siste årene har forskjellige varianter av snus blitt introdusert på markedet i raskt tempo, særlig rettet mot yngre forbrukere. Selv om Norge har forbud mot reklame og markedsføring av alle tobakksprodukter, har forbruket av snus blant unge mellom 16 og 24 år gått i været. For å begrense tobakksprodukters appell og øke effektiviteten av helseadvarsler innførte Norge standardemballasje for alle tobakksprodukter i 2017. Effekten av dette tiltaket er for tiden under evaluering.

Streng alkoholpolitikk begrenser tilgangen og reduserer forbruket

Norge rapporterer et av de laveste nivåene av alkoholforbruk og -salg i Europa. Håndhevelsen av strenge reguleringer og retningslinjer for salg av alkoholholdige drikker har bidratt til dette målet, som ble oppnådd ved hjelp av høye skatter, forbud mot reklame for alkoholholdige drikker, strengt håndhevede aldersgrenser for kjøp og begrensede tidspunkter for salg og servering av alkohol. En ikke-kommersiell modell for distribusjon av drikkevarer med alkoholinnhold over 4,75 % ble også opprettet; slike drikkevarer selges utelukkende på det statseide Vinmonopolet.

Kommuner og fastleger er kjernen i det helsefremmende arbeidet

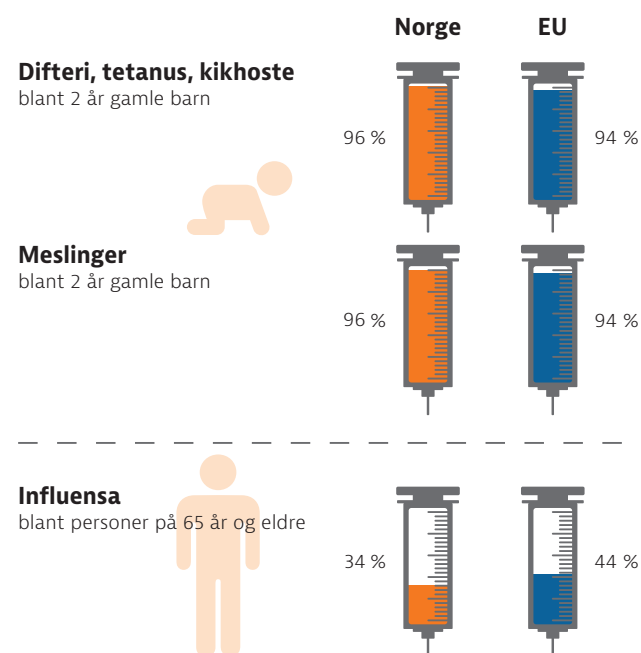
Folkehelse og helsefremmende arbeid faller under kommunenes ansvarsoppgaver. KS (Kommunenes Sentralforbund) utvikler strategiske programmer og verktøy som støtter kommunene i å gjennomføre folkehelseiltak på lokalt nivå.

Fastlegene spiller en sentral rolle i å oppmuntre til en sunn livsstil. I tillegg til å foreskrive medisinsk behandling som hjelper folk med å slutte å røyke, kan fastlegene foreskrive fysisk aktivitet som behandling for mennesker som ønsker en sunnere livsstil. Såkalte Frisklivssentraler tilbyr en rekke helsefremmende programmer rettet mot mennesker med eller med høy risiko for å utvikle helseproblemer eller kronisk sykdom.

Vaksinasjonsratene for barn er høye, men influensavaksinasjonsraten blant eldre er derimot lav

Vaksinasjon er fortsatt et av de mest effektive virkemidlene for å redusere spredningen av flere smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet har ansvar for å utvikle og føre tilsyn med gjennomføringen av barnevaksinasjonsprogrammet, der vaksiner mot 20 sykdommer tilbys gratis til alle barn. Vaksinasjonsraten blant norske barn mot meslinger, difteri, stivkrampe og kikhoste er høy og omfatter over 96 % av barna (figur 11). Barnevaksinasjonsprogrammet ble utvidet til å omfatte hepatitt B i 2016, og fra høsten 2018 tilbys HPV-vaksinasjoner også til 12 år gamle gutter, 9 år etter at de ble introdusert for 12 år gamle jenter.

Figur 11. Influensavaksinasjonsdekningen for eldre er under EUs gjennomsnitt



Merk: Dataene refererer til den tredje dosen for difteri, stivkrampe, kikhoste og den første dosen for meslinger.

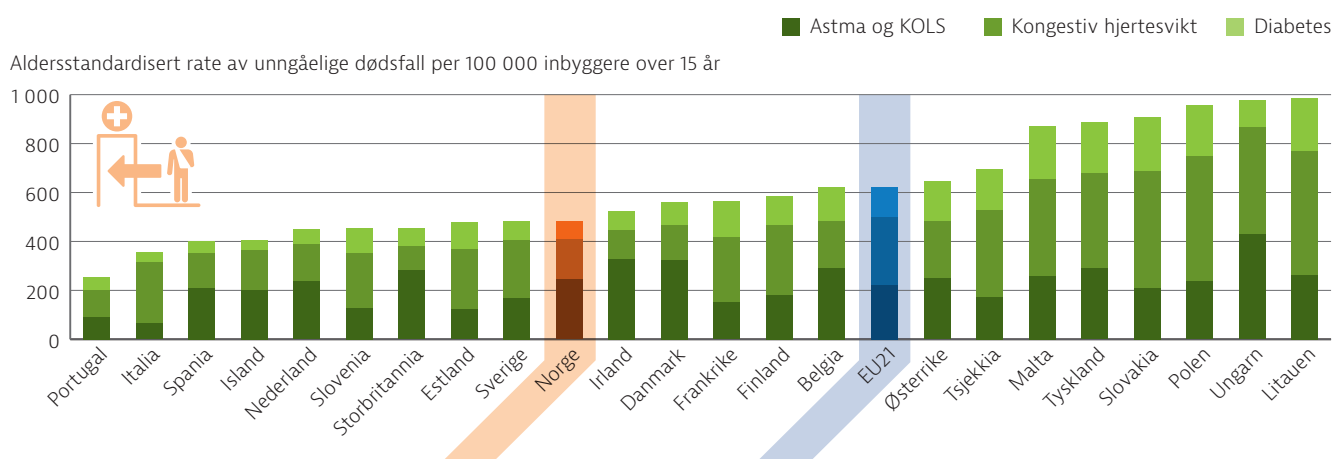
Kilde: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository (for barn); OECD-helsestatistikk 2019 og Eurostat-databasen (for personer over 65 år). Dataene er for 2017 eller nærmeste år.

Vaksinasjonsraten blant eldre er derimot relativt dårlig på 34 %, 10 prosentpoeng lavere enn EU-gjennomsnittet. I motsetning til situasjonen i flere land i EU må influensavaksiner i Norge delvis dekkes gjennom egenbetaling. For å øke influensavaksinasjonsraten blant eldre mennesker og andre høyrisikogrupper foreslo en rapport fra Folkehelseinstituttet i 2018 å tilby vaksinen gratis til eldre og andre høyrisikogrupper som et virkemiddel for å nå målet om 75 % dekning som anbefales av Verdens Helseorganisasjon.

Å styrke primærhelsetjenesten er fortsatt en prioritert, spesielt for mennesker med sammensatte pleiebehov

Kroniske tilstander som astma, KOLS, diabetes og kongestiv hjertesvikt kan normalt håndteres effektivt utenfor sykehus. Selv om Norge rapporterer om relativt lave sykehusinnleggelsesnivåer for noen av disse kroniske sykdommene, er innleggelsesnivået for astma og KOLS over EU-gjennomsnittet (figur 12). Blant de nordiske landene er det bare Danmark som rapporterer om høyere potensielt unngåelige innleggelsesrater for kroniske luftveissykdommer.

Figur 12. Nivået av unngåelige innleggelser for kroniske luftveissykdommer er relativt høyt



Kilde: OECDs helsestatistikk 2019 (data for 2017 og nærmeste år).

Med utgangspunkt i målene og resultatene fra samhandlingsreformen fra 2012 og påfølgende reformer (se boks 1 i avsnitt 4) fortsetter Norge å styrke primærhelsetjenesten for mennesker med sammensatte pleiebehov (boks 2). Et nylig tiltak er å styrke teambasert, tverrfaglig omsorgstilbud for

å gjøre primæromsorgen mer menneskesentrert. Det ultimate målet er å forbedre håndteringen og oppfølgingen av pasienter med kroniske tilstander som fortsatt kan bo hjemme, for å redusere sykehusinnleggelser eller opphold på pleiehjem så mye som mulig.

Boks 2. Arbeidet med å forbedre koordineringen av pleie og omsorg endrer tjenestelevering og opplæringsprogrammer

Som et ledd i arbeidet med å forbedre pleie- og omsorgskoordineringen innførte Norge i 2018 en ny tilnærming til fastlegetede team med fokus på pasienter med komplekst og sammensatt sykdomsbilde, inkludert de med kroniske sykdommer og avhengighetsproblemer. Den nye modellen, som for øyeblikket er under utprøving (2018-21), bringer sykepleiere inn på disse primæromsorgsteamene (en heltidssykepleier per tre fastleger i gruppepraksisen), som har ansvaret for å koordinere omsorg under ledelse av en fastlege.

Nye opplæringsprogrammer har også lagt til rette for større koordinering av omsorgen. Disse

omfatter et nytt masterprogram i ledelse for ledere av helseinstitusjoner i kommunene. Siden 2017 har koordinering av omsorg vært en del av spesialistutdanningen som tilbys alle leger, uavhengig av spesialitet. Dette skal forbedre integrering og omfattende pleie og omsorg, inkludert kommunikasjon mellom spesialister, sykehus og fagpersoner som arbeider i primæromsorgen.

Norge oppretter også et masterprogram for avansert sykepleie som er skreddersydd for å møte den økende etterspørselen innen primæromsorg levert av kommuner. Koordinering av omsorg og samarbeid på tvers av omsorgsnivåer er inkludert i pensum.

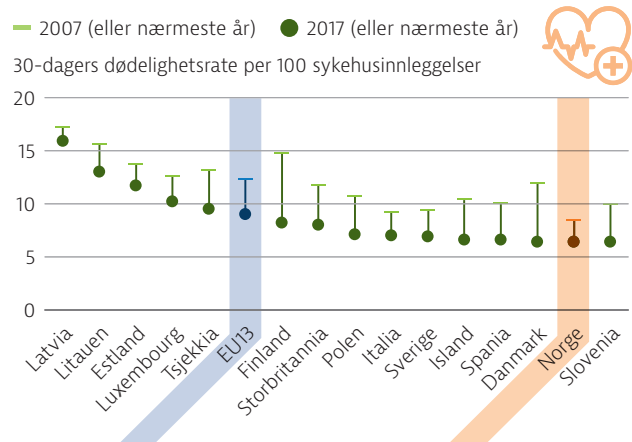
Kvaliteten på akutt behandling ved hjerteinfarkt og slag er blant de beste i Europa

Norske sykehus gir effektiv behandling for personer som trenger akutt behandling for livstruende tilstander. Dette er spesielt tilfellet for hjerte- og karsykdommer. I 2017 rapporterte Norge blant de laveste dødelighetsratene for akutt hjerteinfarkt (AMI) og slag blant gruppen av europeiske land med tilgjengelige data (figur 13). Reduksjoner rapportert siden 2007, på toppen av allerede lave rater, indikerer ytterligere forbedringer i rettidigheten og kvaliteten på akutt behandling.

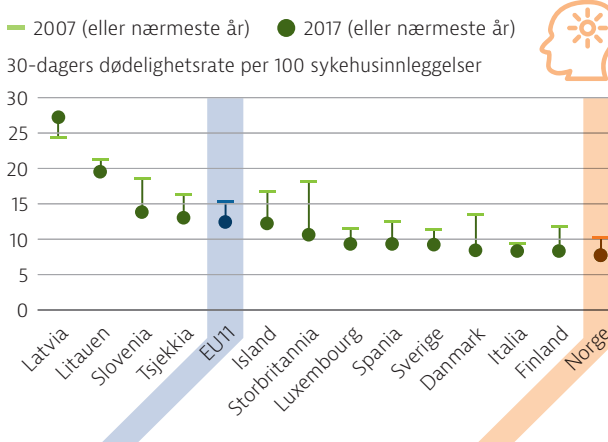
Forbedring av kvaliteten på pleien for slagpasienter har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Et pasientbehandlingsforløp ved slag er utviklet, sammen med en kampanje som heter "Smile, Prate, Løfte", som har som mål å øke bevisstheten rundt tidlige symptomer og tegn på hjerneslag. Den økte graden av overlevelse som er observert for hjerneslag, skyldes hovedsakelig raskere og rettidig tilgang til behandling når symptomer først oppstår. Den nylig lanserte nasjonale strategien for hjernehelse (2018-24) har som mål å forbedre akutt behandling for hjerneslagpasienter ytterligere og å redusere geografiske forskjeller i tilgangen til rehabiliteringstjenester etter hjerneslag.

Figur 13. Norge rapporterer om det laveste nivået av dødsfall etter akutt hjerteinfarkt og hjerneslag

Akutt myokardinfarkt (AMI)



Slag



Merk: Tallene er basert på pasientdata og er standardisert med hensyn til alder og kjønn for OECD-befolkningen i 2010 på over 45 år innlagt på sykehus for akutt hjerteinfarkt og iskemisk slag.

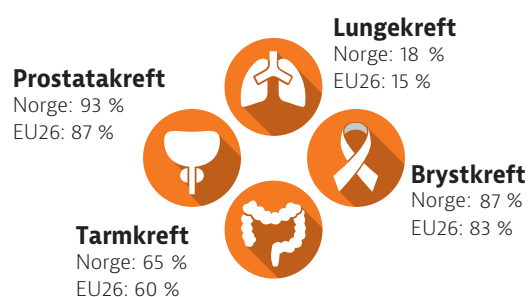
Kilde: OECDs helsestatistikk 2019.

Kreftoverlevelsensratene er blant de høyeste i Europa

Norges kreftoverlevelserate er vesentlig høyere enn EU-gjennomsnittet, noe som reflekterer tidligere diagnose og effektiv kreftbehandling når diagnosen først foreligger (figur 14). Dette kan delvis tilskrives det sterke fokuset på landsdekkende screeningprogrammer, spesielt for bryst- og livmorhalskreft, som har økt det siste tiåret og er relativt høyt sammenlignet med andre EU-land. Norge planlegger innføring av nasjonal program for tarmscreening fra 2020.

Norge har satt i gang en rekke initiativer de siste årene for å forbedre kvaliteten på kreftbehandlingen ytterligere. Et pakkeforløp for kreftpasienter 28 forskjellige typer kreft ble introdusert i 2015 for å redusere unødvendig ventetid og forbedre samordningen av behandlingen. Gjennom hele behandlingsforløpet og i oppfølgingsperioden tildeles pasienten en egen forløpskoordinator som er ansvarlig for å sikre kontinuitet i behandlingen.

Figur 14. Kreftoverlevelsen i Norge er blant de høyeste i Europa



Merk: Data viser til personer som har fått diagnose mellom 2010 og 2014.
Kilde: CONCORD-programmet, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

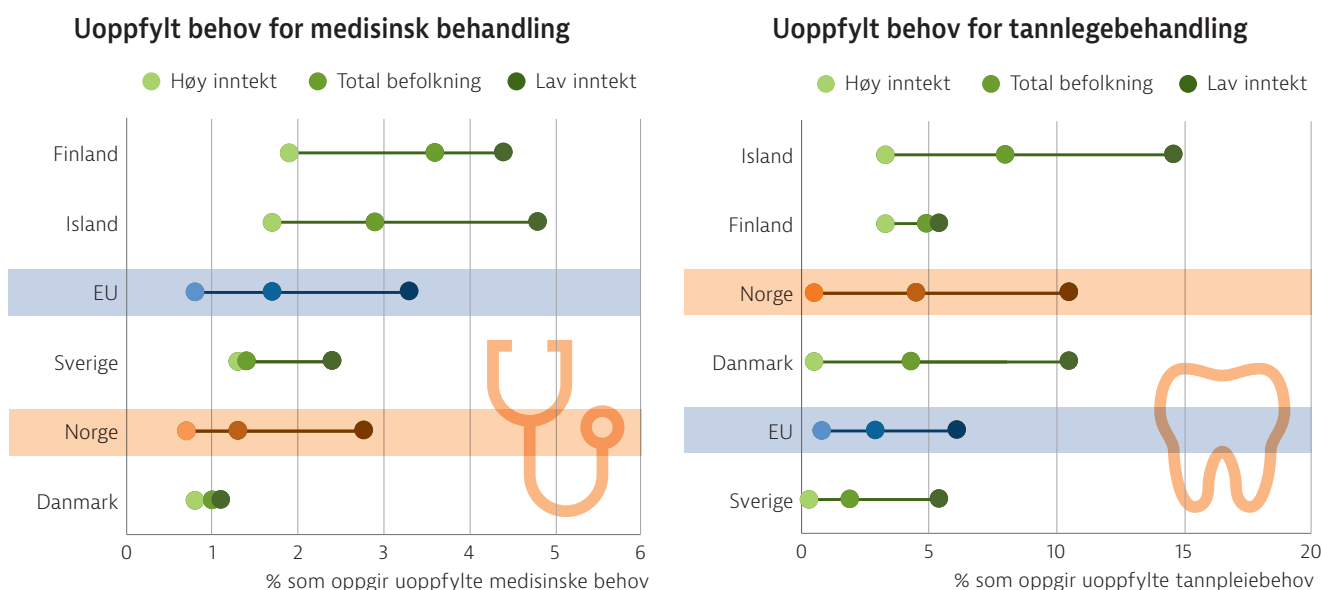
5.2. Tilgjengelighet

Uoppfylte behov for medisinsk behandling er generelt lave, men er høyere for tannlegebehandling

Selv om helsedekningen er universell, rapporterte litt over 1 % av norske innbyggere at de hadde opplevd uoppfylte omsorgsbehov på grunn av økonomiske årsaker, lang avstand eller ventetid i 2017 – en andel som er under EU-gjennomsnittet. Uoppfylte behov for medisinsk behandling er imidlertid betydelig høyere blant personer i den laveste inntektsgruppen enn i den høyeste (figur 15).

Uoppfylte behandlingsbehov er mer fremtredende for tjenester som ikke dekkes eller bare delvis dekkes under den nasjonale helsedekningsordningen, for eksempel tannpleie. Tannlegebehandling dekkes bare for barn, personer som lider av kroniske tannsykdommer, og personer som mottar sosialhjelp. Totalt sett rapporterte nær 5 % av befolkningen om uoppfylte behov for tannlegebehandling i 2017, hovedsakelig av økonomiske årsaker, men denne andelen er over 10 % blant personer i den laveste inntektsgruppen.

Figur 15. Uoppfylte behov for medisinsk behandling og tannlegebehandling er høyere for personer med lav inntekt



Merk: Dataene refererer til uoppfylte behov for medisinsk behandling eller tannlegeundersøkelse eller -behandling på grunn av kostnader, reiseavstand eller ventetid. Sammenligning av data på tvers av land kan være vanskelig, da det er enkelte variasjoner i undersøkelsesinstrumentet som brukes.
Kilde: Eurostat-databasen basert på EU-SILC (data for 2017).

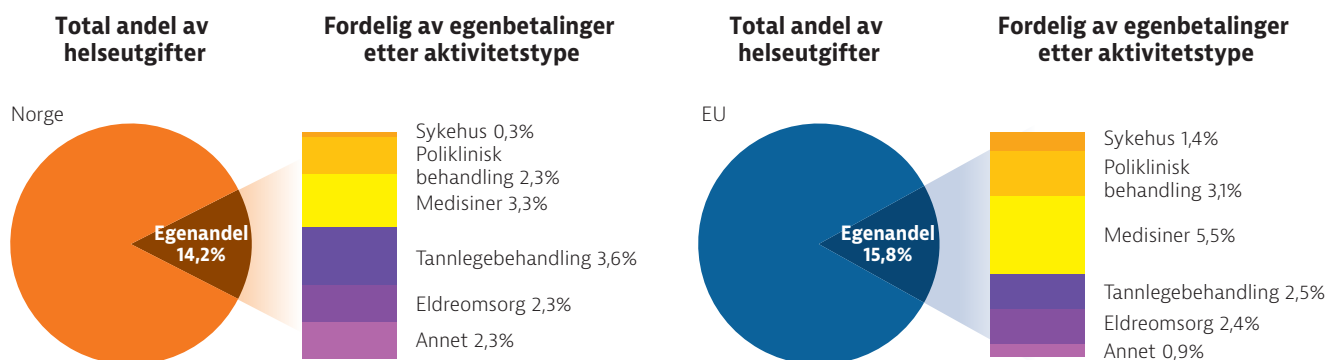
Egenandeler dekker hovedsakelig medisiner og tannlegebehandling

Mens de fleste helseutgifter kommer fra offentlige kilder, betaler nordmenn omtrent 14,5 % i egenbetalinger (figur 16). Denne andelen av egenbetalinger er sammenlignbar med nivåene i Danmark og Sverige, og har holdt seg ganske stabil det siste tiåret. Det er ingen kostnadsdeling for sykehus tjenester og hjemmebasert sykepleie, men andre helsetjenester krever en moderat egenandel. Den største delen av egenbetalinger går til polikliniske medisiner og tannlegebehandling – henholdsvis 3,3 % og 3,6 %.

Fremtidig mangel på sykepleiere forventes

Til tross for det relativt høye antallet sykepleiere i dag, er det som beskrevet i avsnitt 4 bekymring for at tilbudet av sykepleiere ikke kan dekke den økende etterspørselen etter pleie og omsorg, noe som dermed kan føre til mangler i fremtiden (Statistisk sentralbyrå 2019). Antall studenter opptatt ved og uteksaminert fra sykepleierutdanninger har vokst jevnt siden 2010, og antallet nye sykepleierutdannede i 2017 var nesten 30 % høyere enn i 2010, noe som skulle bidra til å øke tilførselen av sykepleiere. Imidlertid jobber så mange som 1 av 5 nyutdannede sykepleiere utenfor helsesektoren. Norge har iverksatt en rekke tiltak de siste årene for å rekruttere flere studenter til sykepleierutdanningen og forbedre arbeidsforholdene for sykepleiere, med sikte på å øke andelen som forblir i yrket og tiltrekke sykepleierutdannede i andre sektorer tilbake til helsesektoren.

Figur 16. Tannlegebehandling og medisiner står for den høyeste andelen av egenbetalinger



Kilde: OECDs helsestatistikk 2019 (data for 2017).

Kortere ventetider på elektive inngrep er fortsatt et mål

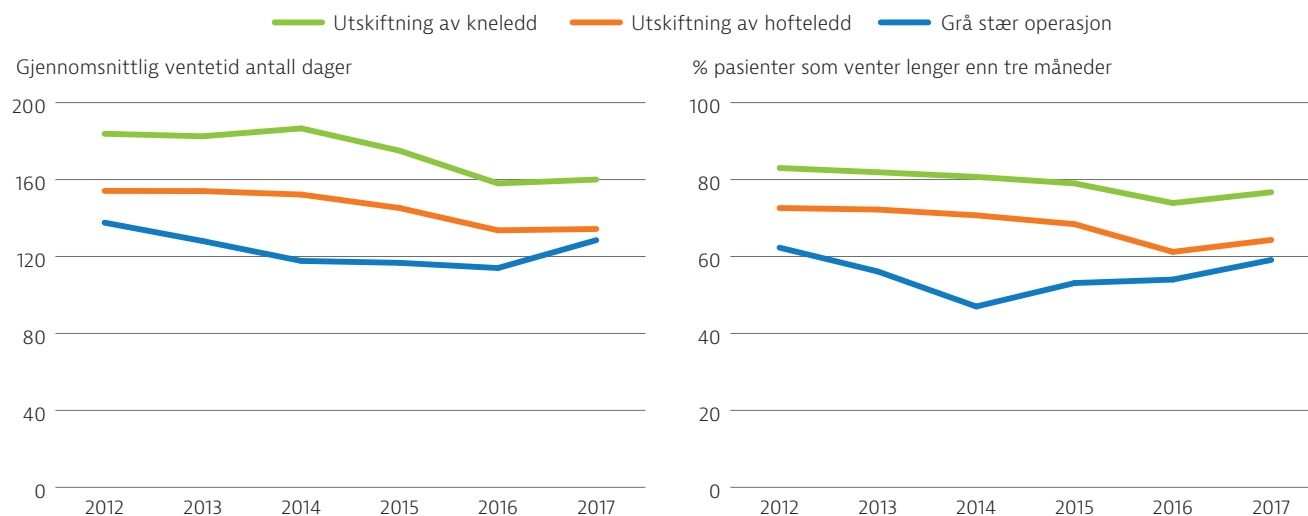
Ventetider har vært et hett emne i norske helsedebatter i flere årtier. Pasienters rett til tidfestet behandling er nedfelt i Pasientrettighetsloven, som trådte i kraft i 1999. Ti dager etter henvisning fra fastlege er mottatt av spesialisthelsetjenesten har pasienten rett til å få tilbakemelding på behandlingsvedtak og tidspunkt for videre behandling. Ved brudd på denne fristen, har pasienter rett til behandling fra en annen behandlingsinstitusjon. Det er en nasjonal prioritet å sørge for at ventetider blir ytterligere redusert for alle elektive inngrep.

Gjennomsnittlig ventetid på ulike inngrep, for eksempel operasjon for grå stær og utskifting av hoft- eller kneledd, har gått ned mellom 2012 og 2017, men forblir relativt høy. Pasienter i Norge ventet i gjennomsnitt 130 dager fra henvisning var sendt fra

fastlege til operasjonsdag, mens gjennomsnittet var 160 dager for en utskifting av kneledd. Omkring 60% av pasienter ventet lenger enn tre måneder på å bli operert for grå stær eller hoftutskifting, mens så mange som 80% av alle med innvilget operasjon for hoftledd ventet lenger enn tre måneder (Figur 17).

Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom regioner og sykehus i ventetidene for planlagte operasjoner; for grå stær operasjon varierer ventetidene fra 3 til 70 uker avhengig av sykehus, mens pasienter må vente fra 2 til 36 uker på kneutskifting. Ventetider ved hvert enkelt behandlingssted er oppdatert på månedlig basis. Antallet behandlingsinstitusjoner som brøt tidsfristen og ikke satt i gang behandling i henhold til behandlingsvedtaket, har gått ned de siste årene, fra 5,3 % av sykehusene i 2014 til 2,0 % i 2018 (Helsedirektoratet 2018a).

Figur 17. Pasienter i Norge venter fortsatt lenge på enkelte elektive kirurgiske inngrep



Kilde: Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet)

5.3. Robusthet⁴

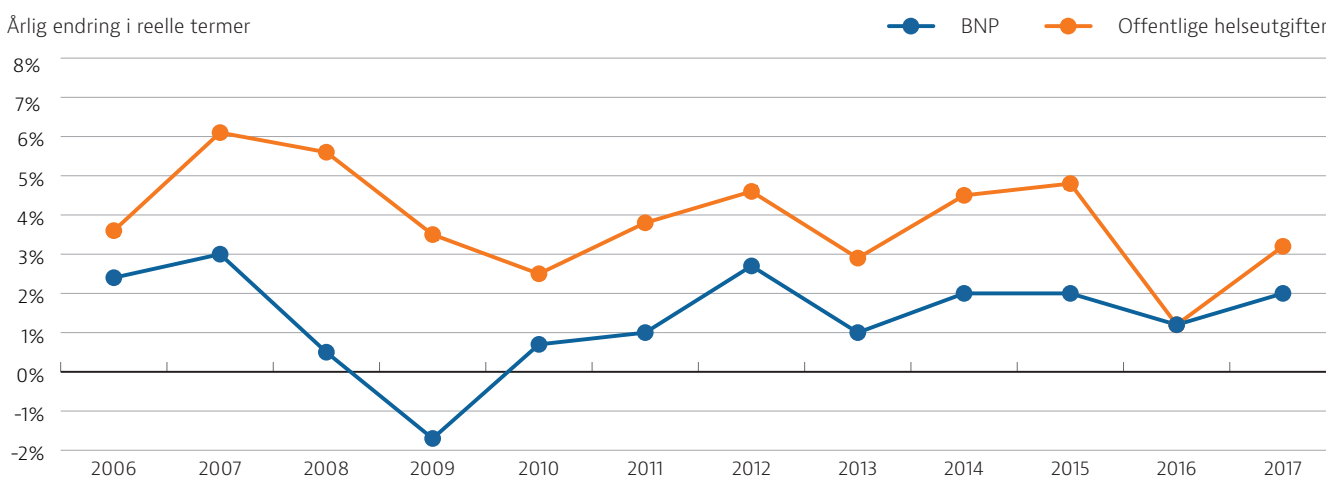
Statsbudsjettens bærekraft på lang sikt utfordres av økende press på langsiktig pleie- og omsorgsutgifter

Som nevnt i avsnitt 4 er både det totale beløpet per innbygger og den offentlige andelen av helseutgiftene i Norge høyest i Europa. Offentlige helseutgifter har vokst raskere enn BNP det siste tiåret, og andelen av BNP som ble avsatt til helseutgifter, økte fra 8,0 % i 2007 til 10,4 % i 2017 (figur 18).

I årene fremover forventes demografiske, teknologiske og andre faktorer å legge press på helse- og omsorgsutgiftene på mellomlang og lang sikt.

Offentlige helseutgifter som andel av BNP forventes å vokse med 1,2 prosentpoeng mellom 2016 og 2070, som er over den gjennomsnittlige veksten på 0,9 prosentpoeng som forventes for EU som helhet. Den økende utbredelsen av kroniske tilstander assosiert med en aldrende befolkning forventes å utøve ytterligere press på offentlige budsjetter; anslag indikerer at offentlige utgifter til langvarig pleie og omsorg i Norge kan vokse med 3,4 prosentpoeng av BNP mellom 2016 og 2070, en høyere vekstrate enn i noe annet EU-land (EU-kommisjonen – EPC 2018). Å ha midler til å respondere effektivt på de økende behovene for helsetjenester og langsiktig pleie og omsorg i årene fremover, samtidig som systemet er budsjettmessig bærekraftig på lang sikt, er derfor en politisk prioritet.

Figur 18. Veksten i helseutgifter har overgått BNP det siste tiåret



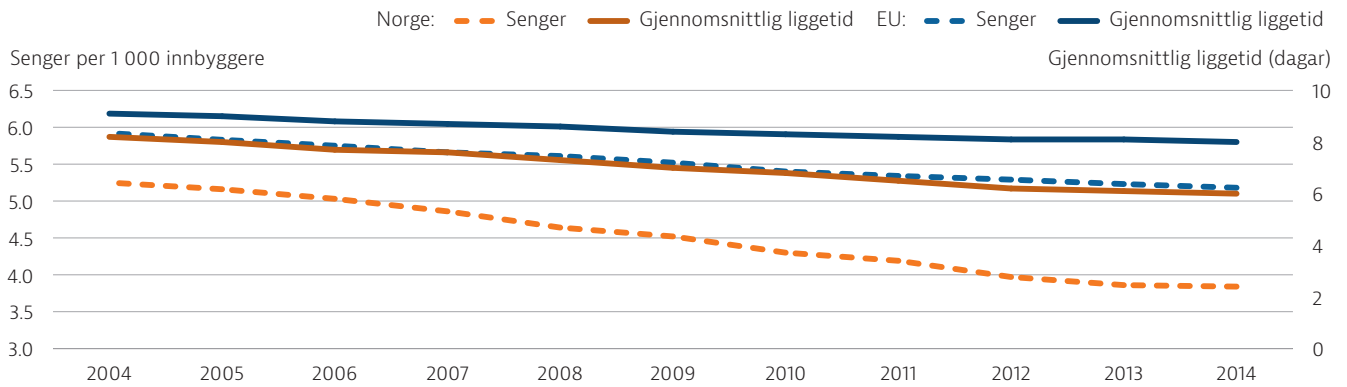
Kilde: OECDs helsestatistikk 2019; Eurostat-databasen.

Spesialisthelsetjenesten har blitt mer effektivt, men koordinering mellom sykehus og kommuner er fortsatt en utfordring mange steder

Norge har fulgt den overordnede vesteuropeiske trenden med å rasjonalisere bruken av sykehusopphold ved å flytte behandlinger og aktiviteter til polikliniske omgivelser. Dette har blitt gjort for å forbedre helse-systemets effektivitet på. Den påfølgende reduksjonen i antall sykehussenger har vært ledsaget av en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid, og flyttingen av døgn fra sykehus til poliklinisk behandling har vært ledsaget av større bruk av dagkirurgi (figur 19).

Ytterligere styrking av samordningen mellom sykehus og kommuner kan føre til flere effektivitetsgevinster i det norske helsevesen. Utskrivningsklare pasienters liggedager på sykehus er fremdeles en utfordring i noen deler av helsevesenet og reinnleggelse av nylig utskrevne pasienter økte frem til 2016. En av årsakene til dette er at kommuner har ulik kapasitet til å yte hensiktsmessig pleie til sårbare pasienter og postoperativ pleie for utskrevne pasienter i polikliniske omgivelser. Nyere statistikk indikerer imidlertid at trendene har snudd, og at antallet gjeninnlagte pasienter er stabilt (Helsedirektoratet 2018b).

⁴ Robusthet refererer til helse-systemers kapasitet til å tilpasse seg skiftende omgivelser, plutselige sjokk eller kriser på en effektiv måte.

Figur 19. Antall sykehussenger og gjennomsnittlig liggetid er begge betydelig under EU-gjennomsnittet

Merk: Dataene om gjennomsnittlig liggetid for Norge stopper i 2014, ettersom det er et brudd i tidsserien i 2015.

Kilde: Eurostat-databasen.

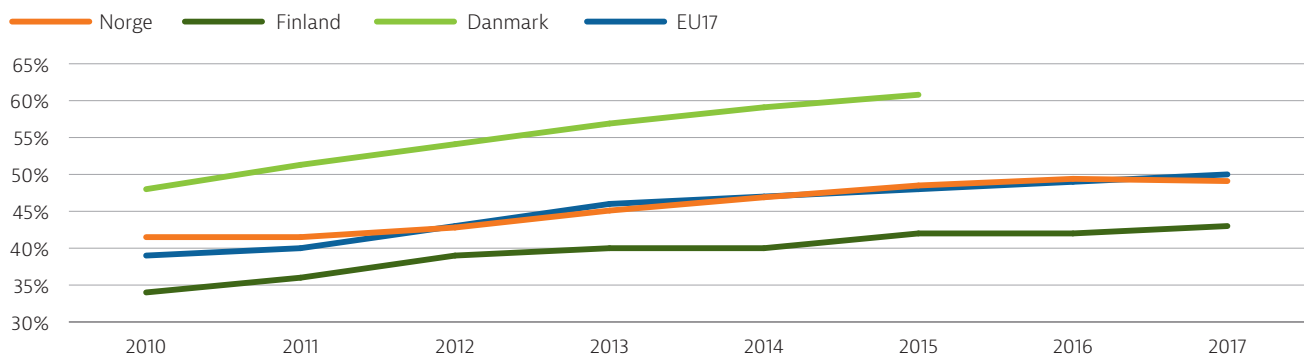
Pasienter har uttrykt misnøye med utskrivningsprosessen fra sykehus. Som respons utviklet norske helsemyndigheter en ny modell som krever at sykehusene skal kontakte kommuner innen 24 timer etter innleggelse dersom de mener at pasienten vil kreve oppfølging fra helse- eller sosialtjenester når han/hun skrives ut (OECD/ EU 2018). Sykehus legger også til rette for en utskrivningssamtale med pasienter og pårørende, og lager en utskrivningssjekkliste for å sikre en smidig overføring av pleie/omsorg tilbake til lokale myndigheter.

Det er fremdeles kapasitet for å øke opptaket av mer kostnadseffektive legemidler

Takket være en rekke tiltak som har hatt som mål å moderere utgiftsveksten innen legemidler, har Norge hatt en gradvis nedgang i andelen helseutgifter brukt

på legemidler i løpet av det siste tiåret, som nå er det nest laveste i Europa etter Danmark og litt lavere enn EU-gjennomsnittet per innbygger (se figur 8 i avsnitt 4).

Å fremme utviklingen av konkurransepregede markeder for generika og biosimilare (biotilsvarende legemidler) er et viktig skritt mot å oppnå større effektivitet med hensyn til legemiddelutgiftene. Andelen av markedet for generiske legemidler i Norge har fulgt EU-gjennomsnittet det siste tiåret, da generiske stoffer utgjorde omtrent halvparten av alle legemidler som ble solgt i Norge i 2017. Ikke desto mindre forblir denne andelen omtrent 10 prosentpoeng under Danmarks (figur 20).

Figur 20. Andelen av generiske legemidler i Norge har vokst i samme tempo som EU-gjennomsnittet

Merk: Dataene gjelder andelen generiske stoffer i volum.

Kilde: OECDs helsestatistikk 2019.

Andelen biosimilarer i Norge har økt ganske raskt for enkelte kategorier av legemidler, men mindre for andre. I 2015 var 82 % av enkelte medisiner foreskrevet for leddgikt biosimilarer, sammenlignet med et EU-gjennomsnitt på 24 %. Biosimilar-andelen for medisiner brukt til behandling av nyresvikt var imidlertid bare nær EU-gjennomsnittet på 45 % (OECD 2018).

I et forsøk på å øke markedsandelen for biosimilarer slo Norge og Danmark seg sammen for å fremme tilgang til nye og innovative medisiner. Den norske regjeringen kunngjorde en ny avtale med den danske regjeringen om å legge til rette for felles anbud på sykehusmedisiner og deling av informasjon om nye legemidler i september 2018. Samarbeidet har også som mål å øke tilgangen på generiske legemidler i de to markedene.

Norge deltar i et nordisk samarbeid om metodevurdering

De finske, norske og svenske teknologivurderingsbyråene ble i 2018 enige om å styrke samarbeidet om vurdering av nye farmasøytiske produkter under FINOSE-initiativet. Det overordnede målet er å forene ressurser for sammen å vurdere nye legemidlers relative effektivitet og å utføre økonomiske analyser. I praksis betyr dette samarbeidet at selskaper bare må sende inn én rapport til de tre landene på samme tid og samtykker i å signere en dispensasjon for deling av data. Etter disse felles vurderingene har hvert land fortsatt fleksibilitet til å ta sine egne endelige beslutninger om refusjon og priser på de nye legemidlene i samsvar med nasjonal kontekst og gjeldende forskrifter.

Økt bruk av e-helse har som mål å forbedre pasientfokus og helsesystemets effektivitet

Norske helsemyndigheter opprettet i 2016 Direktoratet for E-helse, et organ under Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med direktoratet er å utvikle nasjonal politikk for e-helse, koordinere nasjonale e-helsetiltak mellom regionale helsemyndigheter, kommuner og andre aktører innen e-helse, og å initiere tjenester for å forbedre helsevesenets effektivitet.

Via en nettplattform kan pasientene få tilgang til et bredt spekter av personlig helseinformasjon, inkludert e-resepter, henvisninger og planlagte timer. Pasienter eldre enn 16 år og foreldre til barn yngre enn 12 år har rett til å få tilgang til og lese innholdet i den elektroniske helsejournalen og behandlingsloggen. Førstnevnte inneholder samme informasjon som sykehusets elektroniske medisinske journal, med

noen variasjoner mellom de forskjellige regionale helsemyndighetene. Sistnevnte er først og fremst ment for bruk av helsetilbydere i akutte medisinske situasjoner, og tilgang gis bare til helsetjenester som er autorisert av NDE og pasientene selv.

e-helse spiller en sentral rolle i arbeidet med å styrke folkehelsen

Norge har tatt i bruk innovative måter å fremme folkehelse på. Direktoratet for e-helse fremmer bruken av mobilapper for personer som søker en sunnere livsstil og mental velvære. Via nettstedet *Bare du*⁵ kan folk få tilgang til og fritt laste ned apper for håndtering av fysisk inaktivitet, sunnere kosthold, bedre søvnkvalitet, røykeslutt og reduksjon av alkoholinntak. Under parolen "Bare Du" tilbyr nettstedet temasider med informasjon om risikoene ved usunne vaner med lenker til forskjellige programmer og tips til hvordan man kan få sunnere vaner.

Norge utvider overvåkingen av kvaliteten på helsetjenester til også å omfatte pasientrapporterte mål

Kvaliteten på helsetjenester og pleie og omsorg overvåkes nøye i Norge. Den årlige innsamlingen av rundt 174 indikatorer på tvers av forskjellige pleie- og omsorgsnivåer gir verdifull informasjon om hvordan kvaliteten på pleie og omsorg utvikler seg over tid.

Norge har til sammen 53 nasjonale kvalitetsregistre. I 2016 inkluderte Helse- og omsorgsdepartementet pasientrapporterte opplevelsesmål og pasientrapporterte resultatmål i disse registrene. For tiden samler 26 registre data om pasientrapporterte resultatmål og 13 registre data om pasientrapporterte opplevelsesmål.

Norge var et av de første landene som satte i gang initiativer for å fremme menneskesentrert pleie og omsorg. Landsdekkende studier har fokusert på å fremme meningsfull dialog mellom pasienter og helsetilbydere siden begynnelsen av 2000-tallet. Etter den internasjonale kampanjen som først ble startet opp av Institute of Healthcare Improvement, introduserte Norge 6. juni som Hva er viktig for deg?-dagen i 2014.⁶ Helsetilbyderne oppfordres til å spørre pasientene om hva som virkelig betyr noe for dem. Dette spørsmålet bidrar til å endre samhandlingen fra et tradisjonelt klinisk fokus til å fokusere på resultater som betyr noe for pasientene.

5: <https://helsenorge.no/baredu>

6: En slik Hva er viktig for deg?-dag har også blitt implementert i mange andre land.

6 Hovedfunn

- Forventet levealder i Norge har økt med nesten 4 år fra 2000 og er nå en av de høyeste i Europa – 82,7 år. Forbedringen i forventet levealder skyldes i stor grad reduksjon i dødelighet fra hjerte- og karsykdommer, i det minste delvis et resultat av effektiv folkehelsepolitikk for å redusere risikofaktorer, som røyking. Antallet dødsfall som er ansett som mulige å forebygge er blant de laveste i Europa og har falt med 10 % fra 2011 til 2016.
- Nordmenn lever sunnere enn de fleste andre europeere. Det relativt lave alkoholforbruket og den lave andelen overvektige bidrar til en generell god helsetilstand og høy levealder for den norske befolkningen. Siden 2000 har Norge sett en reduksjon på 30 % i andelen voksne røykere. Nordmenns forbruk av snus har imidlertid mer enn tredoblet seg i samme periode, og flertallet av brukerne er unge voksne i alderen 16 til 24 år. Selv om de skadelige helsevirkningene fra snus er mindre alvorlige enn røyking, kan dette utgjøre en folkehelseutfordring i fremtiden.
- Det norske helsesystemet er relativt tilgjengelig, og befolkningen nyter en bred fordelspakke. Behovsprøvde tak beskytter utsatte grupper fra høye direkte helseutgifter, og det uoppfylte behovet for medisinsk behandling er lavt. Imidlertid rapporterer personer med lav inntekt oftere om uoppfylte behov for tannlegebehandling, da dette ikke dekkes for voksne under den nasjonale helsedekningsordningen.
- Norge brukte 10,4 % av BNP på helse i 2017, den fjerde høyeste andelen i EU, hvorav 85 % er offentlig finansiert (den høyeste andelen i Europa). En stor andel av de offentlige helseutgiftene går til langtidspleie og -omsorg, noe som gjenspeiler myndighetenes mål om å gjøre det mulig for omsorgspersoner i familien å forbli i arbeidslivet. De nyeste anslagene indikerer at budsjettpresset de kommende tiårene trolig hovedsakelig vil komme fra økende utgifter til langtidspleie og -omsorg som følge av en aldrende befolkning.
- De økte behovene i en aldrende befolkning har ført til flere reformer for å øke verdien av hver krone som brukes. Det har skjedd en gradvis overgang til pleie og omsorg tilbudt i lokalsamfunnet, slik at folk kan fortsette å bo selvstendig så lenge som mulig. Nyere reformer har også hatt som mål å styrke kommunenes kapasitet til å yte kronisk pleie og omsorg til utsatte grupper og eldre, for å redusere sene utskrivninger fra sykehus og gjeninnleggelser. Resultatene fra disse reformene har imidlertid ikke oppfylt de opprinnelige forventningene til fulle, og mange kommuner har ikke kapasitet til å yte passende pleie og omsorg utenfor sykehusene.
- Kreftbehandlingen er generelt god i Norge. Overlevelsesraten er langt over EU-gjennomsnittet for mange typer kreft, noe som indikerer god tilgang på tidlig diagnostikk og høy behandlingskvalitet. I 2015 implementerte Norge kreftpasientforløp som fokuserer på å forbedre koordinering, kontinuitet og pasientinvolvering gjennom hele kreftbehandlingsprosessen.
- Menneskefokus er et viktig element i det norske helsevesenet. Siden 1990-tallet har pasientrapportert informasjon blitt brukt som et mål på helsevesenets kvalitet ved siden av mer tradisjonelle kliniske mål. Nyere initiativer fra Helse- og omsorgsdepartementet har fokusert på å inkludere pasientrapporterte opplevelsese- og resultatmål i de forskjellige kvalitetsregistrene som brukes for evaluering av resultater.



Hovedkilder

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK (2013), *Norway: Health System Review. Health Systems in Transition*, 15(8):1-162.

Saunes IS, Sagan A, Karanikolos M (forthcoming), *Norway: Health System Review. Health Systems in Transition*.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Referanser

Biel A et al (2013), *Adiposity among Children in Norway by Urbanity and Maternal Education: a Nationally Representative Study*. BMC Health, 13:842.

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Lund KE, Vedøy TF, Bauld L (2016), *Do Never Smokers Make Up an Increasing Share of Snus Users as Cigarette Smoking Declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003-15*, *Addiction*, 112:340-8.

Norwegian Directorate for Health (2016), *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. Oslo.

Norwegian Directorate for Health (2018a). *Kvalitetsindikatorer sykehusopphold*. Oslo.

Norwegian Directorate for Health (2018b). *Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter*. Oslo.

Ministry of Finance (2018), *Ulikhet i helse*. Governmental White Paper, Oslo.

Statistics Norway (2019), *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Oslo.

Forkortelser

Belgia	BE	Hellas	EL	Latvia	LV	Østerrike	AT	Spania	ES
Bulgaria	BG	Irland	IE	Litauen	LT	Polen	PL	Storbritannia	UK
Danmark	DK	Island	IS	Luxembourg	LU	Portugal	PT	Sverige	SE
Estland	EE	Italia	IT	Malta	MT	Romania	RO	Tsjekkia	CZ
Finland	FI	Kroatia	HR	Nederland	NL	Slovakia	SK	Tyskland	DE
Frankrike	FR	Kypros	CY	Norge	NO	Slovenia	SI	Ungarn	HU

State of Health in the EU

Landprofil 2019

Landprofilene er en viktig del av EU-kommisjonens pågående kunnskapsformidling i serien *State of Health in the EU*, som er produsert med økonomisk støtte fra EU. Profilene er et resultat av et felles arbeid mellom OECD og European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbeid med EU-kommisjonen.

De kortfattede, policy-relevante profilene er basert på en transparent og konsistent metodikk basert på både kvantitative og kvalitative data, men likevel fleksibelt tilpasset konteksten i hvert EU/EØS-land. Målet er å skape et verktøy for gjensidig læring og frivillig utveksling som kan brukes av både beslutningstakere og policy-interessenter.

Hver landprofil gir en kort oversikt over:

- helsetilstanden i landet
- viktige faktorer for helse, med fokus på atferdsmessige risikofaktorer
- helsesystemets organisering
- helsesystemets effektivitet, tilgjengelighet og robusthet

EU-kommisjonen kompletterer de viktigste funnene i disse profilene med en ledsagende rapport.

Mer informasjon på: ec.europa.eu/health/state

Siter denne utgivelsen som: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norge: Landshelseprofil 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264669321 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)