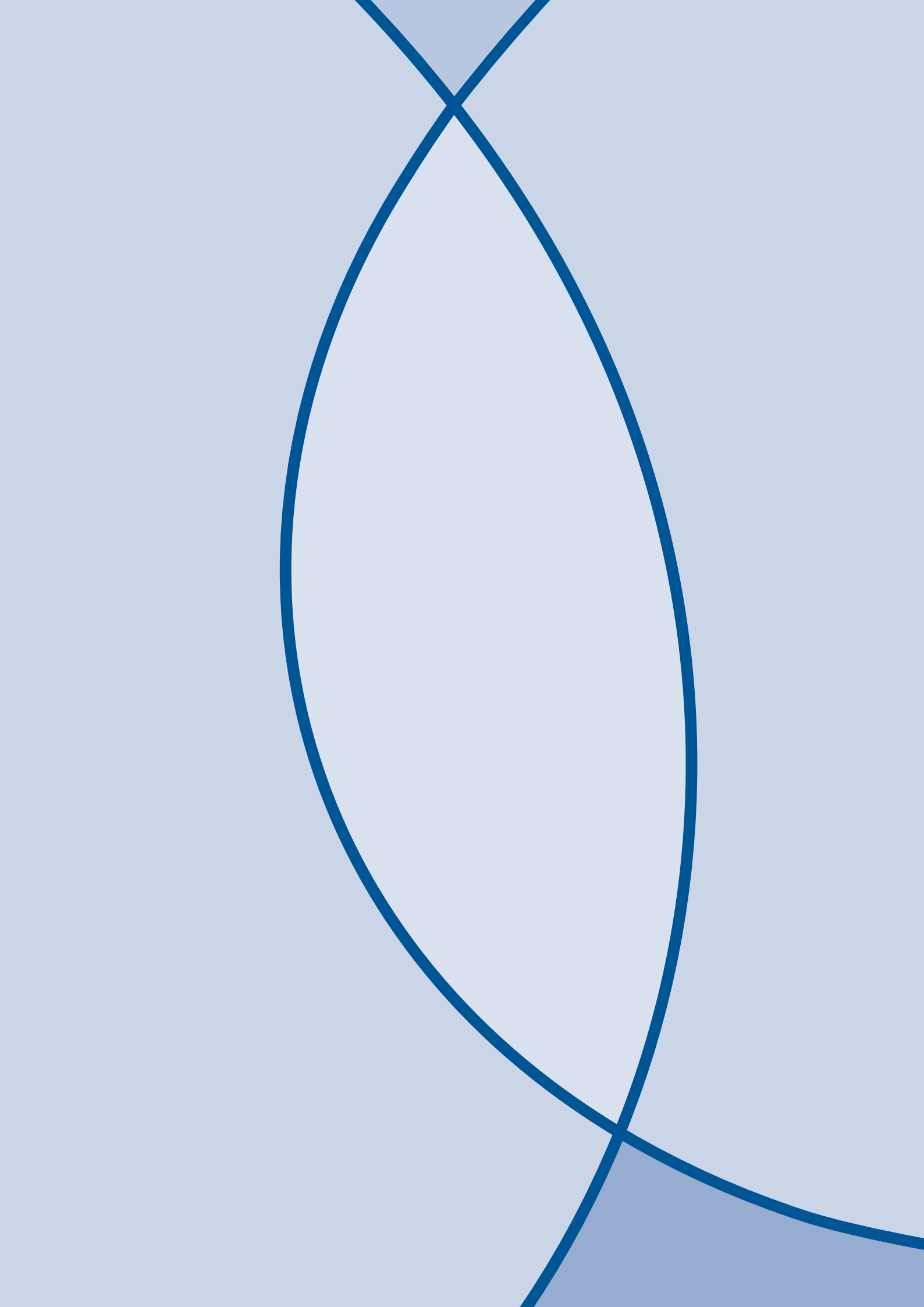


# Svensk sjukvård i internationell jämförelse

2008





# Innehåll

---

- 4 Förord
- 5 Svensk sjukvård i internationell jämförelse  
– en sammanfattning
- 6 Disposition
- 7 De jämförda ländernas sjukvårdssystem
- 8 Aktuella förändringar av sjukvårdssystemen
- 10 Tre internationella jämförelser i vilka Sverige ingår
- 10 Health Consumer Powerhouse
- 16 The Conference Board of Canada
- 18 The Fraser Institute
- 20 En jämförelse av effektiviteten i 17 länder  
– Sverige jämfört med övriga EU 15 samt  
Norge och USA
- 21 Index för resursförbrukning
- 22 Index för resultat
- 24 Index för effektivitet
- 25 Känslighetsanalys
- 30 Appendix
- 46 Diagramförteckning
- 47 Referenser

## Förord

---

Den svenska hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen solidariskt med skatter och den använder nästan en tiondel av samhällets totala resurser. För medborgarna och patienterna är det därför av central betydelse att vårdens resurser används väl och ger goda resultat. Ett effektivt utnyttjande av resurser är också viktigt med tanke på att vården står inför stora utmaningar, med snabbt förbättrade möjligheter till diagnos och behandling. Ju effektivare hälso- och sjukvårdssystemet är, desto bättre är förutsättningarna att möta demografiska utmaningar och tillvarata de nya möjligheter som den medicinska utvecklingen möjliggör.

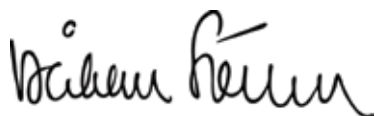
Mot bakgrund av de utmaningar som vården står inför betonar också EU-kommissionen vikten av att hälso- och sjukvårdssystemen i medlemsländerna förmår tillhandahålla vård av hög kvalitet för hela befolkningen samtidigt som de är ekonomiskt hållbara.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har som ett prioriterat område att stödja kommuner och landsting i arbetet med att förbättra kvaliteten och effektiviteten. Som en del av detta publicerar SKL årligen, i samarbete med Socialstyrelsen, Öppna Jämförelser av kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Vidare rapporterar vi löpande om produktivitetens utvecklingen i hälso- och sjukvården.

Ett av syftena med dessa olika rapporter är att sprida ljus över frågan om det svenska sjukvårdssystemets effektivitet. Ett sätt att belysa hur väl resurserna används är att jämföra den svenska vårdens effektivitet med andra länders. I denna rapport jämförs det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med sjukvårdssystemen inom övriga EU 15 plus Norge och USA.

Detta är den andra internationella jämförelsen av svensk hälso- och sjukvård från SKL. Den första publicerades år 2005. Rapporten har skrivits av Roger Molin. De olika indikatorerna i Appendix har tagits fram av Alessandra Cavaliere-Persson. Det effektivitetsindex som presenteras har tagits fram av docent Mattias Elg och docent Lars Witell, båda vid Linköpings Universitet. Underlagen om olika länders sjukvårdssystem och internationella jämförelser har tagits fram av konsult Sven-Eric Bergman.

*Stockholm i juni 2008*



Håkan Sörman  
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

# Svensk sjukvård jämförd med andra länders – en sammanfattning

När SKL år 2005 publicerade sin första internationella jämförelse var slutsatsen att svensk sjukvård presterar väl jämfört med andra länder. Det gällde såväl tillgång till vård som kvalitet och resultat. Samtidigt var kostnaderna för vården endast måttliga vilket betyder att svensk sjukvård gav god valuta för pengarna. Slutsatsen byggde dels på en egen indikatorbaserad jämförelse, dels på jämförelser gjorda åren 2003 – 2004 av institut och forskare i Kanada, Holland, Storbritannien och Frankrike.

I denna rapport upprepas jämförelsen, den här gången kompletterad med sammanfattande index, både avseende resultat, kostnader och effektivitet. Dessutom redovisas tre nya internationella jämförelser i vilka Sverige ingår, gjorda åren 2005 – 2007 av ett svenskt företag och av två olika kanadensiska institut.

Slutsatsen att den svenska sjukvården hävdar sig väl internationellt står sig. I det index på effektivitet som vi skapat utifrån indikatorer på resultat och kostnader rankas Sverige som trea bland de 17 jämförda länderna, med Finland på första plats och Spanien på andra.

Även i de tre nya internationella jämförelserna, gjorda av andra organisationer, rankas Sverige högt, som nummer 2 av 27 länder (efter Australien), som nummer 3 av 17 länder (efter Schweiz och Japan) respektive som nummer 6 av 29 länder (efter Österrike, Nederländerna, Frankrike, Schweiz och Tyskland). Urvalet av länder varierar i de olika jämförelserna, totalt ingår mer än trettio länder. Också sättet att jämföra varierar liksom de mått på kvalitet och effektivitet som används.

Det är endast i den undersökning som gjorts av det svenska företaget *Health Consumer Powerhouse (HCP)* som Sverige inte ingår bland de tre främsta. *HCP* ger svensk sjukvård toppbetyg på tre områden, "medicinsk kvalitet", "befolkningens tillgång till vård" och "introduktion av nya läkemedel", men värderar resultatet på området "väntetider" så svagt att Sverige totalt rankas som nummer 6 av 29 länder.

Oavsett variation i upplägg och vilka länder som jämförs rankas Sverige alltså genomgående relativt högt. Det beror huvudsakligen på att den svenska vården har mycket goda medicinska resultat samtidigt som kostnaderna är måttliga. Det betyder att den samlade effektiviteten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är god. Man kan säga att befolkningen i Sverige får god valuta för de pengar som satsas på vården.

Det är viktigt att observera att detta är ett relativt omdöme, att det är jämfört med andra länder som svensk sjukvård är effektiv. Sveriges relativa position utesluter alltså inte att det kan finnas avsevärd ineffektivitet inom den svenska sjukvården, och därmed utrymme för förbättringar.

Det är vidare viktigt att betona att rankingen gäller ländernas samlade hälso- och sjukvårdssystem. Att Sverige sammanvägt placerar sig högt ska alltså inte heller tolkas som att den svenska vården fungerar väl i alla avseenden. Det finns

områden, exempelvis väntetider till planerad vård, där flera andra länder presterar bättre. Inget av länderna presterar heller bäst på alla områden.

Sjukvårdssystemen i de länder som ingår i jämförelsen har olika utformning. En skillnad består i hur vården finansieras, vilket utgör basen i varje sjukvårdssystem. Länderna brukar översiktligt indelas utifrån om finansieringen huvudsakligen sker med skatter eller med olika former av försäkringar. Försäkringsfinansierade system är ofta mindre heltäckande, både när det gäller hur stor del av befolkningen som omfattas och vad som ingår i det offentliga åtagandet. Skillnaden mellan de olika systemen har dock minskat över tid genom att inslaget av offentlig finansiering ökat i försäkringssystemen och ligger överlag numera på mer än 75 procent. Inom båda grupperingarna finns en skillnad som gäller graden av lokal/regional finansiering. Bland de skattefinansierade länderna har Finland och Sverige en decentraliserad finansiering, vilket bland länderna med försäkringssystem gäller för Belgien och Österrike.

Den nationella finansieringen dominerar stort och det har ytterligare förstärkts under de senaste åren. Två av de länder som haft decentraliserade skattefinansierade system, Danmark och Norge, har övergått till nationell finansiering, fortfarande med skatter. Några av de länder som har haft en uppdelad försäkringsfinansiering som Tyskland och Holland har rört sig i riktning mot mer av enhetlighet.

I den effektivitetsranking som görs i denna rapport rankas Finland och Sverige, de två länder som har decentraliserade skattefinansierade sjukvårdssystem, som etta respektive trea. Spanien, som rankas tvåa, har nationell skattefinansiering men ansvaret för ledning och verksamhetsutformning är delegerat till den regionala nivån. USA, det land som har det mest uppdelade systemet och minst inslag av offentlig finansiering, intar sämst position.

De tre länderna i topp utmärks också av att de har relativt sett få vårdplatser. Det är uttryck för en god förmåga till strukturell omdaning och introduktion av nya medicinska teknologier. Det som skymmer bilden för Sveriges del är de långa väntetiderna till planerad vård, den vård som inte är akut. Det handlar inte om dålig tillgång till vård, tvärtom många får vård, utan om att allt för många får vänta för länge på planerade läkarbesök och behandlingar.

## *Disposition*

Rapporten är i det följande disponerad i tre huvudavsnitt. I det första diskuteras metodfrågor när det gäller att jämföra sjukvårdssystem och dessutom görs en kort karaktäristik av olika sjukvårdssystem och de förändringar som ägt rum i några av länderna de senaste åren. I avsnitt två redogörs för tre internationella jämförelser i vilka Sverige ingår, gjorda av Health Consumer Powerhouse (HCP) i Sverige, The Conference Board of Canada (CBC) och The Fraser Institute (FI) i Kanada. I det tredje och avslutande avsnittet redovisas vår egen indikatorbaserade jämförelse av Sverige och övriga EU 15 länder samt Norge och USA. Där presenteras också index på resultat, resursförbrukning och effektivitet för dessa länder. Sist följer ett appendix där indikatorerna redovisas var och en för sig.



## De jämförda ländernas sjukvårdssystem

Denna rapport fokuserar på hur det svenska sjukvårdssystemet presterar i en jämförelse med sjukvårdssystemen i andra länder. Flera av de sammanfattande mått (indikatorer) på sjukvårdens resultat som är vanliga i internationella jämförelser, exempelvis "för tidig död", "medellivslängd" och "spädbarnsdödlighet", har dock inte bara med hälso- och sjukvårdssystemen att göra utan påverkas även av ekonomiska och sociala förhållanden. För att minska inverkan av sådana andra förhållanden omfattar jämförelsen övriga EU 15 plus Norge och USA, det vill säga endast industrialiserade västländer med utvecklade ekonomier och någorlunda likartade förutsättningar som Sverige. Genom att ställa sjukvårdens resultat i dessa länder i relation till kostnaderna ges möjlighet att bedöma effektiviteten i de olika ländernas sjukvårdssystem.

Tillgången till relevanta och tillförlitliga data är alltid ett problem vid internationella jämförelser. För svenskt vidkommande vore det ideala att kunna jämföra den svenska sjukvården med andra länder utifrån samma indikatorer som Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen använder vid jämförelser inom den svenska sjukvården. I dessa så kallade *Öppna Jämförelser* används ett stort antal indikatorer på medicinska resultat, tillgänglighet och patienterfarenheter som ställs mot kostnaderna för att kunna värdera effektiviteten. Men den bristfälliga tillgången till data från de övriga länderna omöjliggör en sådan omfattande och bred ansats. Det som framförallt saknas är jämförbara uppgifter om tillgänglighet och patienterfarenheter, vilket innebär en allvarlig begränsning. Dessutom saknas mer avgränsade indikatorer på kvalitet, exempelvis hur vanligt det är att ingrepp misslyckas eller att patienter drabbas av skador eller infektioner orsakade av vården.

Här utnyttjas i stället huvudsakligen publicerat material från Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD initierade år 2001 ett projekt (OECD Health Project) som syftar till att utveckla indikatorer för att jämföra hur olika länders hälso- och sjukvårdssystem presterar. Målet är att med hjälp av jämförelser bidra till förbättringar.

Det har också, svårigheterna till trots, blivit allt vanligare att jämföra och även ranka olika länders hälso- och sjukvårdssystem, baserat på deras prestationer och resultat. Ett exempel är den uppmärksammade ranking som WHO år 2000 gjorde av 191 länder, baserad på expertvärderingar.

Det var första gången en bred jämförelse gjordes, mellan helt disparata länder med helt olika förutsättningar och sjukvårdssystem. Resultaten blev för många förvånande; länder som tidigare inte setts som särskilt framgångsrika hamnade högt upp på listan och vice versa. Bland västvärldens industriländer hamnade medelhavsländerna Frankrike (1), Italien (2) och Spanien (7) högt medan länder som Kanada (30), Sverige (23), Danmark (34) och Tyskland (25) fick en lägre ranking. USA, som har den dyraste sjukvården av alla länder kom på 37:e plats, sist av industriländerna.

WHO planerade att komma med en ny rapport 2002, men den sköts i en första omgång upp till 2003. Detta grundades på kritik framför allt mot att rankingen i för hög grad byggde på värderande bedömningar av experter. Någon ny rankingrapport har ännu inte publicerats.

I denna rapport väljer vi att ansluta till det som har blivit den allra vanligaste formen av internationell jämförelse, där länder jämförs utifrån olika indikatorer

på vilka resultat som uppnås. Och för att få en bild av effektiviteten, det vill säga vad man får för pengarna, ställs de uppnådda resultaten mot resursåtgången.

Under lång tid menade många forskare att sjukvårdens bidrag till den förbättrade hälsan var förhållandevis begränsat. I stället betonades faktorer som har att göra med allmänna standardförbättringar, exempelvis bättre mat och hygien samt rent vatten. Men i takt med framsteg inom sjukvården har vårdens bidrag till hälsoutvecklingen och även välfärdsutvecklingen kommit att omprövas.

Ett exempel på detta utgörs av en rapport från EU-kommissionen 2005 "The contribution of health to the economy". Rapporten söker besvara frågan om vilken betydelse hälso- och sjukvården har för ekonomisk tillväxt i rika länder. Att det finns ett starkt positivt samband i fattiga länder mellan hälsofrämjande insatser och ekonomisk tillväxt visades i en WHO-rapport för några år sedan. Slutsatsen i EU:s rapport är att detta samband även gäller för rika länder.

Också två brittiska forskare – Ellen Nolte och Martin McKee – har visat att förbättringar inom hälso- och sjukvården påverkat hälsoläget positivt i många länder, särskilt genom minskad spädbarnsdödlighet men även genom minskad dödlighet i medelåldern och bland de äldre, inte minst bland äldre kvinnor.

Att bygga jämförelserna på resultat- och effektindikatorer har den stora förtjänsten att endast resultaten och effekterna av hälso- och sjukvårdssystemen beaktas. Då behöver man inte analysera och värdera olikheter i ländernas sätt att finansiera, strukturera och organisera sjukvården, exempelvis huruvida det är bra eller dåligt med "få vårdplatser vid sjukhus", "korta vårdtider", "hög andel allmänläkare", "många läkarbesök per invånare", "stor andel privata vårdgivare", med mera.

### *Aktuella förändringar av sjukvårdssystemen*

I hela västvärlden blir befolkningarna allt äldre. Det ökar behovet av insatser från hälso- och sjukvården, såväl behandlande och omvårdande som förebyggande åtgärder. Också den medicinska utvecklingen med utvidgade diagnos- och behandlingsmöjligheter innebär förändrade förutsättningar.

Så ser det ut för alla de länder som ingår i vår jämförelse och alla står inför påtagliga utmaningar. Starkast har utmaningen hittills varit i Sverige där andelen äldre i befolkningen ökat mest. Samtidigt visar hälsoekonomisk forskning att resultaten och kostnaderna inte bara hänger samman med demografin och den medicinska utvecklingen utan att även hälso- och sjukvårdssystemens utformning har stor betydelse för effektiviteten, det vill säga för vilka resultat som nås och till vilken kostnad.

För att möta utmaningarna har flera länder sett över och förändrat sina sjukvårdssystem. I Sverige har Ansvarskommittén, bland annat för att öka utvecklingskraften i hälso- och sjukvården, föreslagit att dagens landsting ersätts av 6 – 9 regionkommuner, med egen beskattningsrätt, och med ansvar för både hälso- och sjukvård och regionala utvecklingsfrågor. Enligt förslaget skulle Sverige stå kvar vid sitt decentraliserade sjukvårdssystem, men med färre regionala enheter. Det är dock fortfarande en öppen fråga i vilken utsträckning som Ansvarskommitténs förslag kommer att realiseras.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är jämförelsevis decentraliserat. I huvudsak är det de 20 landstingen och de 290 kommunerna med direktvalda politiker och egen beskattningsrätt, som finansierar och tillhandahåller sjukvård inom sina respektive ansvarsområden. Den nationella nivån har, genom regering och riksdag, det övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska ansvaret.



Också de övriga nordiska länderna har länge haft likartade sjukvårdssystem med hög grad av decentralisering och huvudsakligen regional skattefinansiering. Men nu har de valt olika vägar. Både i Norge och i Danmark har finansieringen av sjukvården övertagits av staten. I Norge har även driften av sjukhusen förstatligats. Sverige och Finland har däremot kvar sina decentraliserade sjukvårdssystem.

År 2006 ändrade även Nederländerna sitt sjukvårdssystem. Tidigare fanns ett uppdelat försäkringssystem, där ungefär två tredjedelar av befolkningen omfattades av en obligatorisk sjukvårdsförsäkring, medan en tredjedel, i huvudsak personer över en viss inkomstgräns, hade privata sjukvårdsförsäkringar. Detta system har ersatts av en mer heltäckande obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Därutöver har alla rätt att köpa kompletterande frivillig försäkring. Innehållet i den obligatoriska delen bestäms av staten. Staten står för en mindre del av finansieringen, ca 5 procent.

Även i Tyskland pågår en reformering av sjukvårdssystemet. En av förändringarna är att alla medborgare garanteras rätt till sjukvårdsförsäkring. För de omkring 200 000 personer som idag står utanför systemet kommer alltså att finnas en skyldighet för försäkringsgivarna att erbjuda åtminstone en grundläggande försäkring. Från 2009 kommer avgifterna till försäkringen att fastläggas nationellt och delar av finansieringen växlas över till skatt.

I England kan man knappast tala om någon egentlig systemförändring. Likafullt har inriktningen i ett antal viktiga avseenden förändrats de senaste åren. Hälso- och sjukvården har bedömts som underutvecklad jämfört med europeisk standard i övrigt och tillförts resurser. Sjukvårdens andel av BNP har gått från ca 7 procent år 2000 till drygt 9 procent år 2007. Samtidigt har den centrala styrningen förstärkts. Flera nationella oberoende institut har fått ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering.

I USA kretsar diskussionen huvudsakligen kring två sammanhängande frågor, dels de höga kostnaderna för sjukvården sett i relation till de hälsomässigt dåliga resultaten, dels de mer än 40 miljoner invånare som står utanför försäkringssystemet och de grupper som har ett lågt och osäkert skydd. Hälso- och sjukvårdens finansiering är mot denna bakgrund inte oväntat en viktig inrikespolitiska fråga i presidentvalet 2008. De båda stora partiernas kandidater har utformat olika förslag för att öka försäkringstäckningen.

Den tendens som kan skönjas bland de jämförda länderna är ökade ambitioner att centralt hålla samman finansieringen. Antingen genom att som i Danmark och Norge staten tar över finansieringen eller som i Nederländerna och Tyskland att den obligatoriska delen av försäkringarna växer. I Sverige går Ansvarskommitténs förslag i samma riktning, även om inte finansieringen föreslås ändras. I Finland diskuteras en minskning av antalet sjukvårdsdistrikt (ansvariga för specialistsjukvården) liksom en förändring på den kommunala sidan (ansvariga för primärvården), antingen genom en minskning av antalet kommuner eller genom att kommuner sluter sig samman i kommunalförbund för att driva primärvården. Det finns också en tendens till att man söker öka integrationen mellan vårdens olika delar. Brister i koordinering och kontinuitet, särskilt för de äldre, har under lång tid upplevts som problem oavsett övergripande modell för sjukvården. En strategi för att möta dessa problem har varit att stärka primärvårdsläkarens roll gentemot specialistsjukvården, i en del fall genom att husläkaren fått ett större ansvar för helheten som i Storbritannien. Motsvarande rörelse kan ses i Sverige genom exempelvis Vårdval Halland.

## Tre internationella jämförelser i vilka Sverige ingår

I detta avsnitt beskrivs resultaten från tre internationella jämförelser i vilka Sverige ingår, i övrigt varierar de länder som jämförs. De är alla tre breda jämförelser som värderar effektiviteten i de ingående ländernas sjukvårdssystem, i någon mening svarar de alla på frågan om vad medborgarna får för pengarna.

### *Health Consumer Powerhouse*

*Health Consumer Powerhouse (HCP)* har publicerat tre jämförelser av länderna inom EU. Den senaste jämförelsen, *Euro Health Consumer Index (EHCI) 2007*, där 29 länder jämförs, har fått stor uppmärksamhet i den svenska debatten, bland annat därför att Sveriges placering försämrats från fjärde till sjätte plats sedan den första jämförelsen. Vi har därför valt att ge en utförlig presentation av denna jämförelse.

HCP beskriver sig själv som det ledande europeiska företaget när det gäller jämförelser och analyser av sjukvårdssystem. En målgrupp är allmänheten, som genom jämförelser ska få hjälp att välja men också makt att förändra sjukvårdssystemen. En annan målgrupp är regeringar och andra beslutsfattare.

I 2007 års totalranking rankas Österrike som nummer ett med 806 poäng av 1000 möjliga, sedan följer Holland, Frankrike, Schweiz och Tyskland. Sverige rankas på sjätte plats med sina 740 poäng.

Det sammanfattande totala indexet är en sammanvägning av index på fem delområden (se nedan). Sverige är det enda land som har högsta betyg på alla indikatorer inom delområdet "medicinska resultat" och Sverige delar första plats för områdena hur "generöst sjukvårdssystemet är (hur många som omfattas och hur många som får vård)" och "läkemedel". Det som drar ned Sveriges samlade ranking till sjätte plats är området "väntetider" där Sverige rankas sist av de 29 länderna. När det gäller "patientens rättigheter och information" ligger Sverige på sjunde plats.

Det kan vara värt att veta att indikatorerna på området tillgänglighet inte är de som ingår i den svenska vårdgarantin. Den svenska sjukvården skulle alltså kunna leva upp till vårdgarantins samtliga punkter utan att det skulle påverka HCP:s värdering av tillgängligheten i den svenska vården.

### Nedan listas de olika indikatorer som ingår inom respektive delområde.

- *Patientens rättigheter och information: 9 indikatorer.*  
Finns patienträttighetslag; patientorganisationernas medverkan i beslutsfattandet; förekomst av patientförsäkring; rätt till second opinion; åtkomst av egen journal; lättillgänglig åtkomst till register över legitimerade läkare; täckning av datajournaler i primärvården; katalog över utförare med kvalitetsranking; information om hälso- och sjukvård på webben eller dygnetruntelefon.
- *Väntetider: 5 indikatorer.*  
Besök hos familjeläkare samma dag; direkt åtgång till specialistvård utan remiss; väntetid till vissa icke-akuta operationer; strålning och kemoterapi vid cancer; MRI-undersökning inom en vecka.
- *Medicinska resultat: 5 indikatorer.*  
Dödlighet i hjärtinfarkt efter sjukhusvård; dödlighet hos nyfödda; femårsöverlevnad vid cancer; undvikbar död (potentiellt antal förlorade levnadsår per 100 000 innevånare); MRSA-infektioner).
- *Sjukvårdssystemets generositet: 5 indikatorer.*  
Kataraktoperationer per 100 000 invånare; vaccination av barn mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio; njurtransplantationer per en miljon invånare; ingår tandvård i den offentliga vården.
- *Läkemedel: 4 indikatorer.*  
Subventionsgrad; lekmannaanpassad farmakopé; tid för introducering av nya cancerläkemedel; åtkomst till nya läkemedel.)

### För var och en av de 28 indikatorerna anges poäng i en tregradig skala:

- Tre poäng: Bra utfall.
- Två poäng: Utfall som varken är bra eller dåligt.
- En poäng: Dåligt utfall.

Hur gränserna satts mellan de tre poänggrupperna framgår inte, annat än att värdet satts efter eget fritt bedömande, beroende på spridningen för varje indikator. Informationen är överlag knapphändig om hur värderingen gjorts och för flera av indikatorerna är det svårt att få ett grepp om hur de olika länderna bedömts, exempelvis då det gäller patientorganisationers deltagande i beslutsfattande eller patientens rättsliga ställning. De egna enkäter som refereras till är också knapphändigt beskrivna, liksom de intervjuer med 'healthcare officials' som används för att modifiera officiellt publika uppgifter mot uppgifter i egna enkäter och intervjuer.

I det totalindex som skapas utifrån de olika delområdena har de olika områdena tilldelats olika vikt enligt följande.

Område	Relativ vikt
Patientens rättigheter och information	1,5
Väntetider	2,0
Medicinska resultat	2,0
"Generositet"	1,0
Läkemedel	1,0

Dessa vikter har enligt rapporten tillkommit efter noggranna överväganden och i dialog med en expertpanel. Men vilka dessa överväganden är redovisas inte, exempelvis varför generositeten i hälso- och sjukvårdssystemen, det vill säga hur stor andel av befolkningen som omfattas av sjukvårdssystemet och hur många som får vård, endast ges hälften så stor tyngd som väntetider.

Nedan presenteras för vart och ett av de fem områdena vilka indikatorer som ingår och hur de operationaliserats. För att tydliggöra hur Sverige ligger till presenteras indikatorerna var för sig, med Sveriges resultat i en separat kolumn.

## Patientens rättigheter och information

	Indikator	Operationalisering	3 poäng	2 poäng	1 poäng	Sverige
1	Finns patienträttighetslag?	Är den nationella hälso- och sjukvårdslagstiftningen explicit uttryckt i termer av patienträttigheter?	Ja	Olika former av patientgarantier och liknande förordningar	Nej	1
2	Är patientorganisationer involverade i beslutsfattandet?		Ja, författningsenligt	Ja, sedvanemässigt i en rådgivande ställning	Nej, inte obligatoriskt eller vanligt i praktiken	2
3	Finns patientförsäkring?	Kan patienten få kompensation utan hjälp av domstolsväsendet för att bevisa att medicinsk personal begått fel?	Ja	Någorlunda. > 25 % invaliditet ersätts av staten	Nej	3
4	Ges rätt till second opinion?		Ja	Ja, men svårt få åtkomst till p.g.a. dålig information, byråkrati eller negativ inställning hos doktorn	Nej	2
5	Finns åtkomst av egen journal?	Kan patienten läsa sin egen journal?	Ja	Ja, men i begränsad omfattning eller genom ombud	Nej	3
6	Finns lättillgänglig åtkomst till register över legitimerade läkare?	Kan allmänheten lättillgängligt få åtkomst till följande information: "Är doktor X specialist?"	Ja	Ja, men besvärligt, kostsamt eller sällan uppdaterat	Nej	1
7	Finns täckning av datajournaler i primärvården?	Hur många procent av allmänläkarna använder datajournaler?	> 80 %	80 %–50 %	< 50 %	3
8	Finns katalog över utförare med kvalitetsranking?	"Dr. Foster i U.K." är den standardmässiga europeiska kvalifikationen för "Ja" (tre poäng). "750 bästa kliniker" publicerade av LaPointe i Frankrike kan aspirera på 2 poäng	Ja	"Inte riktigt", men försök på gång	Nej	1
9	Finns information om hälso- och sjukvård på webben eller dygnet-runttelefon?	Information som kan hjälpa en patient ta beslut av följande natur: "Efter att ha konsulterat informationstjänsten skall jag ta en smärtstillande tablett och vänta och se" eller "skall jag i hast uppsöka akutmottagningen på närmaste sjukhus"	Ja	Ja, men inte allmänt tillgänglig	Nej	2

## Tillgänglighet

	Indikator	Operationalisering	3 poäng	2 poäng	1 poäng	Sverige
1	Besök hos familjeläkare samma dag	Kan jag räkna med att få en tid hos min allmänläkare idag?	Ja	Ja, men inte helt och hållet uppfyllt	Nej	1
2	Direkt åtgång till specialistvård	Utan remiss från familjeläkare	Ja	Nej, egentligen inte men ofta i praktiken	Nej	1
3	Större icke-akuta operationer	En "korg" med bypass/PTCA och höft/knä plastik (värden för alla typer av operationer måste verifieras)	90 % < 90 dagar	50–90 % < 90 dagar	> 50 % > 90 dagar	1
4	Strålning och kemoterapi vid cancer	Tid för att få strålning eller kemoterapi efter beslut om behandling	90 % < 21 dagar	50–90 % < 21 dagar	> 50 % > 21 dagar	2
5	MRI-undersökningar	Tid för att få MRI-undersökning	I allmänhet < 7 dagar	I allmänhet < 21 dagar	I allmänhet > 21 dagar	1

## Medicinska resultat

	Indikator	Operationalisering	3 poäng	2 poäng	1 poäng	Sverige
1	Dödlighet i hjärtinfarkt < 28 dagar efter ankomst till sjukhuset		< 18 %	< 25 %	> 25 %	3
2	Barnadödlighet per 1 000 levande födda		< 4	< 6	> 6	3
3	Femårsöverlevnad vid cancer	All slags cancer utom hudcancer	> 60 %	50–60 %	< 50 %	3
4	Undvikbar död – potentiellt antal förlorade levnadsår per 100 000		< 3 500	3 500–4 500	> 4500	3
5	MRSA-infektioner		< 5 %	< 20 %	> 20 %	3



## ”Generositet” hos det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet

	Indikator	Operationalisering	3 poäng	2 poäng	1 poäng	Sverige
1	Katarakt operationer per 100 000 innevånare (åldersjusterat)		> 700	400–700	< 400	3
2	Vaccination av barn i procent	Difteri, stelkramp, kikhosta och polio	> 97 %	92–97 %	< 92 %	3
3	Njurtransplantationer per miljon innevånare	Levande och döda donatorer	> 40	40–30	< 30	3
4	Inkludering av tandvård i den offentliga vården	Offentliga utgifter gör tandvård som procent av de totala offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård	> 9 %	9–5 %	< 5 %	2

## Läkemedel

	Indikator	Operationalisering	3 poäng	2 poäng	1 poäng	Sverige
1	Subventionsgrad i procent		> 90 %	60–90 %	< 60 %	2
2	Lekmannanpassad farmakopé	Finns det en lätt åtkomlig farmakopé, anpassad till personer som inte är experter inom hälso- och sjukvård (på nätet eller brett tillgänglig)?	Ja	Ja, men i själva verket inte lätt åtkomlig eller särskilt ofta konsulterad	Nej	3
3	Tid för introduktion av nya cancerläkemedel	Hur snabbt blir nya läkemedel för cancer tillgängliga i den offentliga vården?	Snabbare än snittet i EU	Nära snittet i EU	Långsammare än snittet i EU	2
4	Åtkomst till nya läkemedel	Perioden mellan registrering och inkludering av läkemedel i subventionssystemet	< 150 dagar	< 300 dagar	> 300 dagar	3

### The Conference Board of Canada

The Conference Board of Canada (CBC) är en oberoende så kallad *non-profit organisation*, som arbetar med uppdrag från såväl offentlig som privat sektor. Organisationen vill skapa ökad kunskap om ekonomiska utvecklingstendenser, policyutveckling inom olika områden samt organisationsutveckling. Hälso- och sjukvård är ett av kunskapsområdena.

CBC publicerade 2004 en jämförelse där sjukvården i 24 länder rankades utifrån 24 indikatorer. Schweiz rankades som etta och Sverige som tvåa. Spanien, Frankrike, Italien och Tyskland delade tredje plats medan USA intog näst sista plats följt av Grekland.

Rapporten för 2007 omfattar inte bara sjukvård utan även ett antal andra områden som ekonomi, innovation, miljö och utbildning. Som framgår av följande tabell, där rangordning och betyg avseende hälso- och sjukvård anges, är även urvalet av länder något annorlunda jämfört med 2004. Schweiz rankas fortfarande som nummer 1, medan Japan, ett av de nya länderna i jämförelsen rankas som nr 2. Sverige rankas som nummer 3. USA är fortfarande näst sist, nu följt av Irland.

CBC använder traditionella indikatorer av resultat- och effektkaraktär.

Rangordning	Land	Betyg
1	Schweiz	A
2	Japan	A
3	Sverige	A
4	Frankrike	A
5	Australien	A
6	Norge	A
7	Italien	A
8	Kanada	B
9	Nederländerna	B
10	Tyskland	B
11	Finland	C
12	Österrike	C
13	Storbritannien	C
14	Belgien	D
15	Danmark	D
16	USA	D
17	Irland	D

Nedan beskrivs de indikatorer som ingår.

		Indikatorer				
Output	Förväntad livslängd för kvinnor					
	Förväntad livslängd för män					
	Upplevd hälsostatus					
	Prematur dödlighet					
	Dödlighet till följd av cancer					
	Dödlighet till följd av sjukdomar i cirkulationssystemet					
	Dödlighet till följd av sjukdomar i andningssystemet					
	Dödlighet till följd av hjärtsjukdomar					
	Dödlighet till följd av diabetes					
	Dödlighet till följd av influensa och lunginflammation					
	Barnadödlighet					
	Självordsfrekvens					
	<b>Hälsostatus</b>	<b>Resurser</b>	<b>Användning</b>	<b>Icke-medicinska determinanter</b>		
Input	Skador till följd av trafikolyckor	Verksamma läkare	Vaccinering för difteri, stelkramp och kikhosta.	Alkoholkonsumtion		
	Låg födelsevikt	Verksamma allmänläkare	Vaccinering för mässling	Tobakskonsumtion		
		Verksamma specialister		Vaccinering av 65+ för influensa	Överviktiga eller feta	
		Verksamma sjuksköterskor		Mammografi-screening		
		Verksamma apotekare		Screening för livmodershalscancer		
		MR-enheter				
	Strålterapienheter					
Policy	Andel av befolkningen som har full tillgång till vård					
	Ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård – offentligt					
	Ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård – privat					

Sveriges betyg på de olika resultatindikatorerna framgår av följande tablå:

Indikatorer	Betyg
Förväntad livslängd för kvinnor	C
Förväntad livslängd för män	A
Upplevd hälsostatus	B
Prematur dödlighet	A
Dödlighet till följd av cancer	A
Dödlighet till följd av sjukdomar i cirkulationssystemet	C
Dödlighet till följd av sjukdomar i andningssystemet	A
Dödlighet till följd av hjärtsjukdomar	D
Dödlighet till följd av diabetes	B
Dödlighet till följd av influensa och lunginflammation	B
Barnadödlighet	A
Självordsfrekvens	B

### *The Fraser Institute*

The Fraser Institute (FI) har som motto på sin hemsida "en fri och välmående värld genom valfrihet, marknad och ansvar". Det är ett fristående, kanadensiskt forskningsinstitut, finansierat av bidrag från enskilda, företag och stiftelser. Institutet mäter och studerar vilken påverkan konkurrens respektive statliga ingrepp har på individer och samhälle.

FI publicerade 2005 en internationell jämförelse av 27 länder. Ansatsen är att helhetsmässigt bedöma ländernas sjukvårdssystem och värdera hur effektiva de olika sjukvårdssystemen är. I den totala rankingen kommer Australien på första plats och Sverige på andra plats.

I rapporten fokuseras på hur Kanada ligger till jämfört med andra länder:

- Hur mycket pengar lägger Kanada ut på sjukvård jämfört med andra länder?
- Vilka fler länder än Kanada har inte patientavgifter eller andra former av delfinansiering från patienten?
- Har Kanada för många läkare och borde de ersättas med lön?
- Följer andra länder Kanadas modell med en obligatorisk monopolistisk försäkring?
- Får kanadensarna "value for money" och god vård inom ramen för ett offentligt finansierat system?

Merparten av rapporten är ett inlägg i den kanadensiska debatten kring Kanadas sjukvårdssystem och ansatsen är kritisk i förhållande till Kanadas nuvarande sjukvårdssystem. Nedan återges några av de indikatorer som ingår, med Sveriges ranking inom parantes.

- År med hälsa / förväntad livslängd (2)
- Barnadödlighet (2)
- Perinatal dödlighet (8)

Dödlighet nära relaterad till hälso- och sjukvårdens effektivitet:

- Dödlighet som kan påverkas av hälso- och sjukvården (5)
- Potentiellt antal förlorade livsår (2)
- Bröstcancermortalitet (1)
- Kolorectal cancer, dödlighet relaterad till incidens (9)
- Total ranking (2)

## En jämförelse av effektiviteten i 17 länder – Sverige jämfört med övriga EU 15 samt Norge och USA

---

Här jämförs olika länders sjukvårdssystem utifrån indikatorer på resultat och resurser. Indikatorer på tillgänglighet och patienterfarenheter ingår inte eftersom sådana uppgifter bara finns tillgängliga för några få länder. Till skillnad mot vår tidigare rapport från 2005 har vi denna gång skapat sammanfattande index både för resultat och för resursförbrukning. Genom att väga samman dessa två index skapas ett effektivitetsindex som syftar till att ge en bild av effektiviteten i de olika ländernas sjukvårdssystem, vad man får för pengarna.

Som framgått av de övriga internationella jämförelser som presenterats tidigare i denna rapport är det vanligt med sammanfattande index. Fördelen med att skapa index är att det ger en helhetsbild. Index används också generellt sett för att skapa överblick när många olika indikatorer används. Det är ett sätt att översiktligt sammanfatta och beskriva komplexa fenomen och samband. Det finns också nackdelar med index, främst att de kan dölja komplexiteten i resultaten. Det gör att den totala rankingen kan komma att fokuseras för mycket och dölja komplexiteten i de underliggande resultaten och att även den som rankas som nummer ett kan ha svaga resultat på vissa områden.

Index är också känsliga för metodval, exempelvis vilken metod som väljs för ”skalning” av indikatorerna och hur saknade värden hanteras. Vidare påverkas resultatet av hur de olika indikatorerna viktas. Det är därför viktigt att göra olika slags känslighetsanalyser för att värdera hur alternativ viktning påverkar resultatet. Detta avsnitt avslutas med en sådan känslighetsanalys.

De index som presenteras i detta avsnitt utgår från de enskilda indikatorer som presenteras i appendix. De indikatorer som ingår i respektive index är markerade med asterisk. I princip bygger indexen på medelvärdet (efter standardisering) av de enskilda indikatorernas värden. Om ett land når ett bra resultat på ett flertal indikatorer inom ett område så får det landet med andra ord genomslag i indexet för det området. Metodiken bakom respektive index redovisas i en separat not. För en djupare beskrivning av hur index kan skapas och vilka möjligheter och risker som finns hänvisas till Witell och Elg (2008).

De länder som ingår i jämförelsen är Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Holland, Irland, Italien, Luxemburg, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, USA och Österrike. För indexet för resursförbrukning redovisas alla länder ovan, medan Belgien inte finns med i indexet för resultat eftersom inte tillräckligt bra statistik finns tillgänglig.



## Index för resursförbrukning

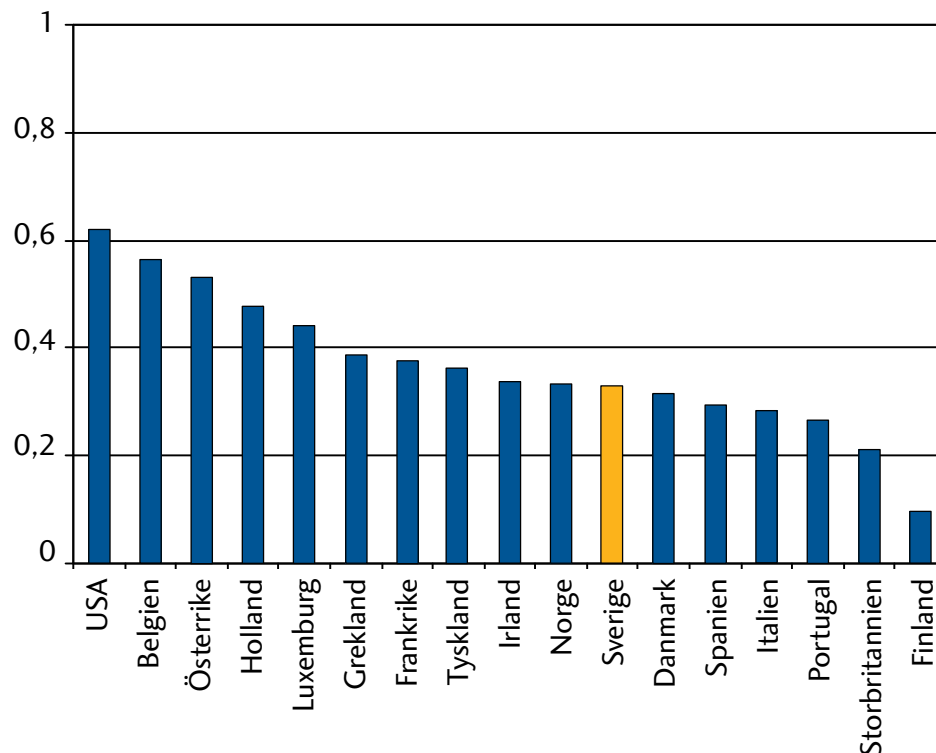
I index för resursförbrukning ingår fyra indikatorer, enligt nedan.

### Indikatorer för index resursförbrukning

Indikatorer	Måttenhet	Källa	Önskvärd riktning
Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2005, hänsyn tagen till köpkraften. US-dollar	Kostnad	OECD 2007	Minimera
Andel av BNP till hälso- och sjukvården, 2005	Procent	OECD 2007	Minimera
Läkare per 1 000 invånare 2005	Antal	OECD 2007	Minimera
Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2005	Antal	OECD 2007	Minimera

Index för resursförbrukning visas nedan. Metodiken för skapande av indexet bygger på att samtliga ingående indikatorer först skalas om [0, 1] och sedan beräknas medelvärdet. De ingående indikatorerna viktas alltså lika.<sup>1</sup>

### Index för resursförbrukning



1. Metodiken för konstruktion av indexet bygger på rescaling-metodik. Metoden innebär att samtliga variabler hamnar på en [0,1]-skala där maxvärdet blir ett och minvärdet blir noll. Vidare har vi ett fullständigt dataset – det vill säga inga saknade observationer för något land.

Det land där sjukvården drar mest resurser är USA, följt av Belgien, Österrike och Holland. Det är framförallt indikatorerna "kostnad för hälso- och sjukvård" samt "andel av BNP" som gör att USA har den största resursförbrukningen. Belgien har höga värden på samtliga ingående indikatorer, medan Österrike och Holland har relativt stor variation mellan de olika indikatorerna.

De länder där vården förbrukar minst resurser är Finland, Storbritannien, Portugal, Italien och Spanien. Samtliga indikatorer för Finland förutom "sjuksköterskor per 1 000 invånare" visar mycket låg resursförbrukning. Sverige har relativt låga kostnader för vården.

## Index för resultat

I index för resultat ingår 18 indikatorer.

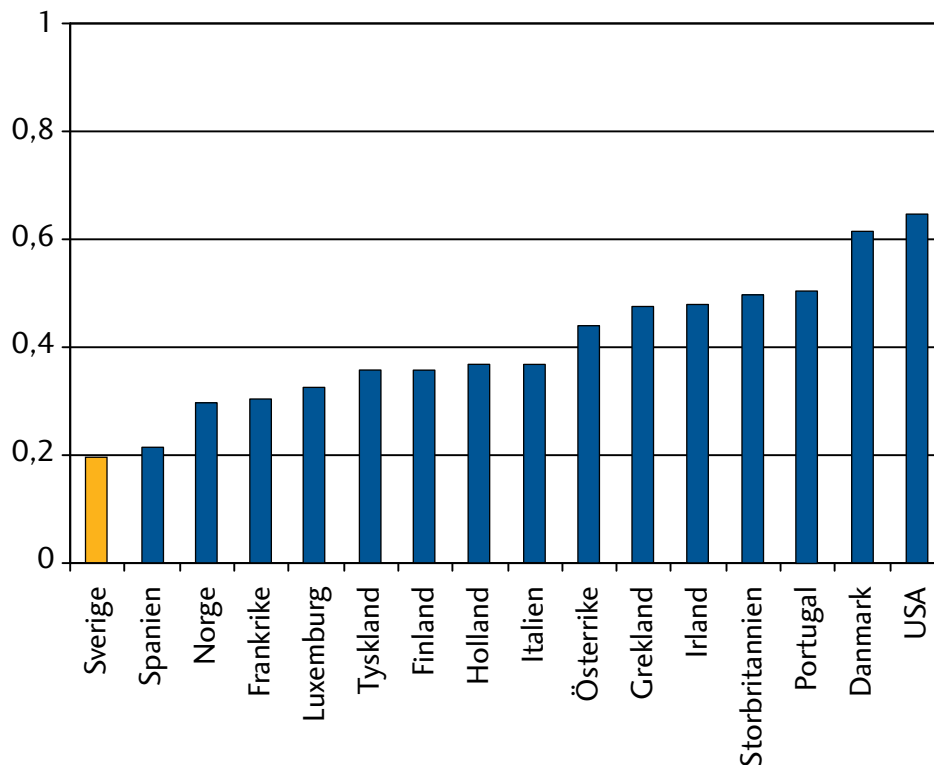
### Indikatorer för index resultat

Indikator	Mått-enhet	Källa	Önskvärd riktning
Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2005	År	OECD 2007	Maximera
Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2005	År	OECD 2007	Maximera
För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, kvinnor	Antal	OECD 2007	Minimera
För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, män	Antal	OECD 2007	Minimera
Åtgärdbar dödlighet 2004, åldersstandardiserat	Andel	OECD 2007	Minimera
Spädbarnsdödlighet 2005. Döda per 1 000 levande-födda	Andel	OECD 2007	Minimera
Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, män	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, män	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av bröstcancer per 100 000 invånare 2004	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, kvinnor	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, män	Antal	OECD 2007	Minimera
Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, kvinnor	Antal	OECD; Health at Glance 2007	Minimera
Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, män	Antal	OECD; Health at Glance 2007	Minimera
Andel barn vaccinerade mot mässlingen 2005	Andel	OECD 2007	Maximera
Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp eller kikhosta 2005	Andel	OECD 2007	Maximera
Försäljning av antibiotika i öppen vård 2003	Antal	ESAC*	Minimera

\* European Surveillance of Antimicrobial Consumption

Index för resultat visas nedan. Metodiken för skapande av indexet bygger på samma procedur som för indexet för resursförbrukning. Först skalas samtliga ingående indikatorer om  $[0, 1]$  och sedan beräknas deras medelvärde. För vissa av indikatorerna finns ett flertal saknade värden. Beroende på vad det är för slags värde som saknas och om det är slumpmässigt eller systematiskt saknade värden har olika tekniker för ersättning (imputation och medelvärdesersättning) tillämpats (se också Witell och Elg, 2008). För Belgien saknas så många uppgifter att något index inte kunnat beräknas.

#### Index för resultat



I index för resultat har Sverige, Spanien, Norge och Frankrike bäst resultat. Sämst resultat har USA, Danmark, Portugal och Storbritannien. Sverige har bra resultat på flertalet av de ingående indikatorerna. Viktiga områden där Sverige i jämförelse har mindre bra resultat är dels för kvinnor och antal döda i cancer per 100 000 samt också för kvinnor; antal döda i lungcancer per 100 000. Det gäller också för dödlighet i stroke och ischemisk hjärtsjukdom. Trots detta når Sverige ett bra sammantaget resultat. Spanien som placerar sig på andra plats har till skillnad från Sverige relativt svaga resultat vad gäller dödlighet i cancer respektive lungcancer för män.

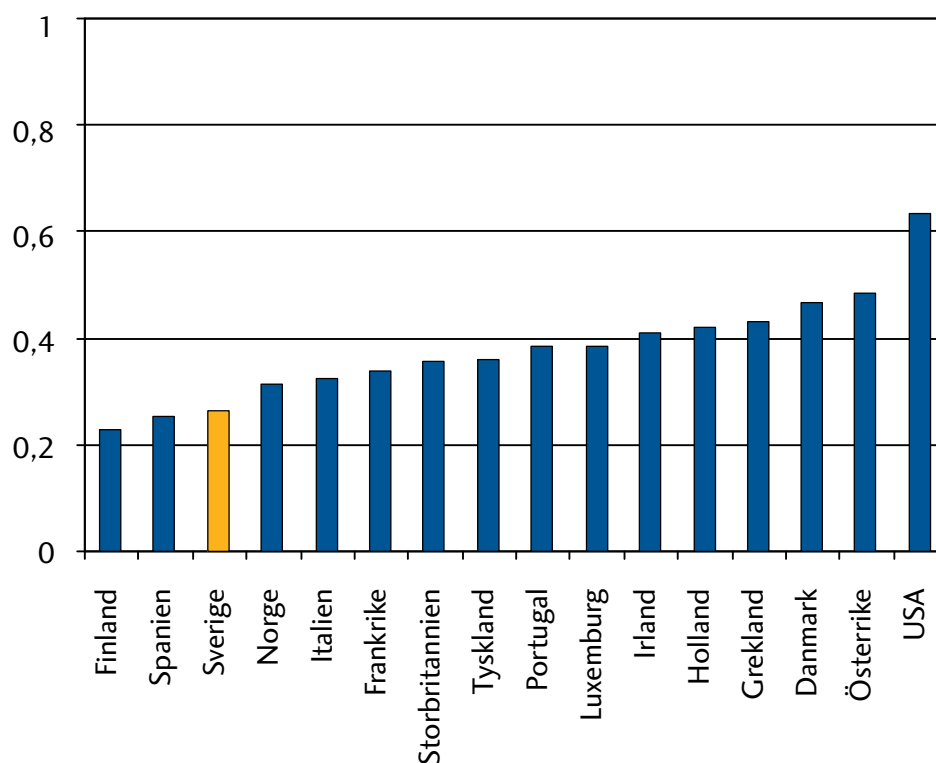
### Index för effektivitet

För att på ett övergripande plan kunna värdera effektiviteten har ett särskilt effektivitetsindex skapats. Detta index beräknas utifrån indexen för resursförbrukning och resultat. I detta index vägs resultaten mot resursförbrukningen och bäst rankas det land som har bra resultat till låg resursförbrukning, se nedan. Det land som enligt detta index har den mest effektiva sjukvården är Finland. Spanien rankas tvåa och Sverige intar tredje plats. USA är det land som sammantaget har den minst effektiva sjukvården.

Två av de tre länder som intar de tre bästa positionerna, Finland och Sverige, har regionalt skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem. Det tredje landet, Spanien, har nationell skattefinansiering i kombination med regionalt ansvar för styrning och organisation.

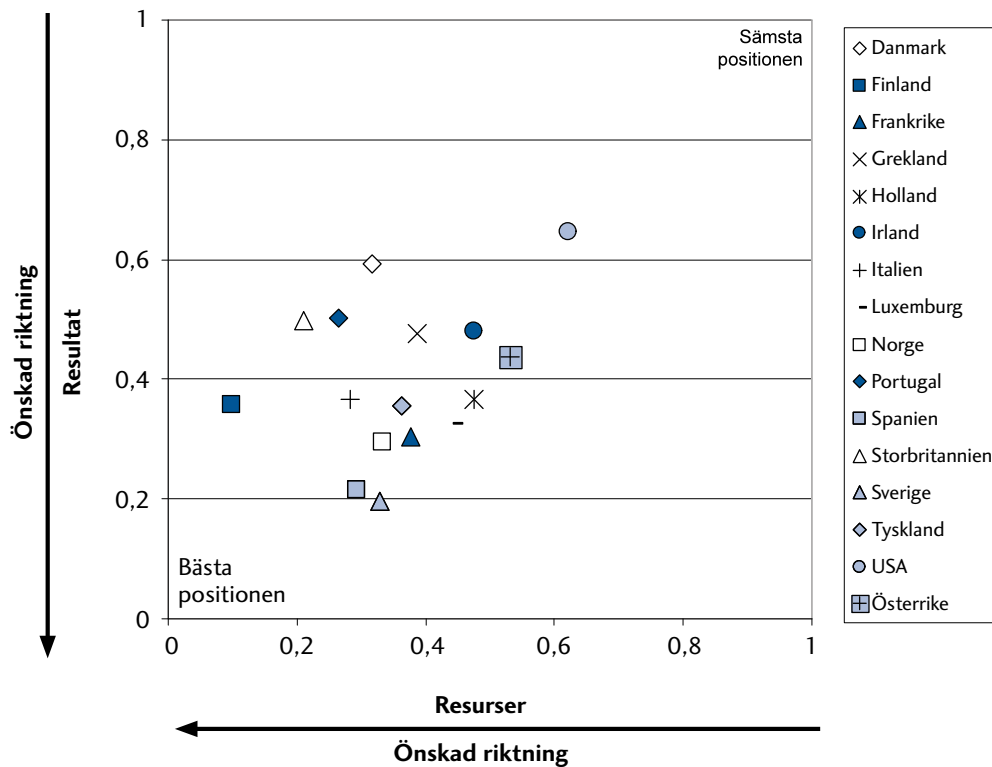
Alla dessa tre länder har också relativt sett få vårdplatser per invånare. Sverige och Spanien ligger allra lägst. Det är ett uttryck för förmåga till strukturell omvandling och introduktion av nya medicinska teknologier och läkemedel, vilket påverkar effektiviteten.

### Index för effektivitet



För att illustrera sambanden relateras indexen för resursförbrukning och resultat till varandra i en tvådimensionell matris. Det ideala resultatet är att ha låg förbrukning av resurser och bra resultat, alltså att hamna nära punkten  $[0, 0]$ . På motsvarande sätt är den sämsta positionen att ha dåliga resultat och hög resursförbrukning, alltså hamna nära punkten  $[1, 1]$ , se nästa sida.

## Effektivitetsmatris



Matrisen visar att USA är det land som hamnar närmast den sämsta positionen, det vill säga har hög resursförbrukning och svaga resultat. Finland utgör den andra extremen med den absolut lägsta resursförbrukningen i kombination med relativt bra resultat. Sverige och Spanien hamnar nära varandra med bra resultat och måttlig resursförbrukning. Norge, Frankrike, Tyskland och Italien har också bra relativa positioner i effektivitetsmatrisen.

## Känslighetsanalys

Nedan redovisas de olika känslighetsanalyser som gjorts genom att vi dels varierat vikterna för de indikatorer som ingår i resultatindexet, dels varierat viktningen av resultat respektive förbrukningsresurser i effektivitetsindexet.

I resultatindexet har vi valt att studera effekten av att förändra viktningen av allmänna mer övergripande indikatorer och snävare mer avgränsade indikatorer enligt nedan.

### Övergripande:

- Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2005
- Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2005
- För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, kvinnor
- För tidigt död per 100 000 invånare 2004 under 70 år, män
- Åtgärdbar dödlighet 2004, åldersstandardiserat
- Spädbarnsdödlighet 2005. Döda per 1 000 levandefödda

### Avgränsade:

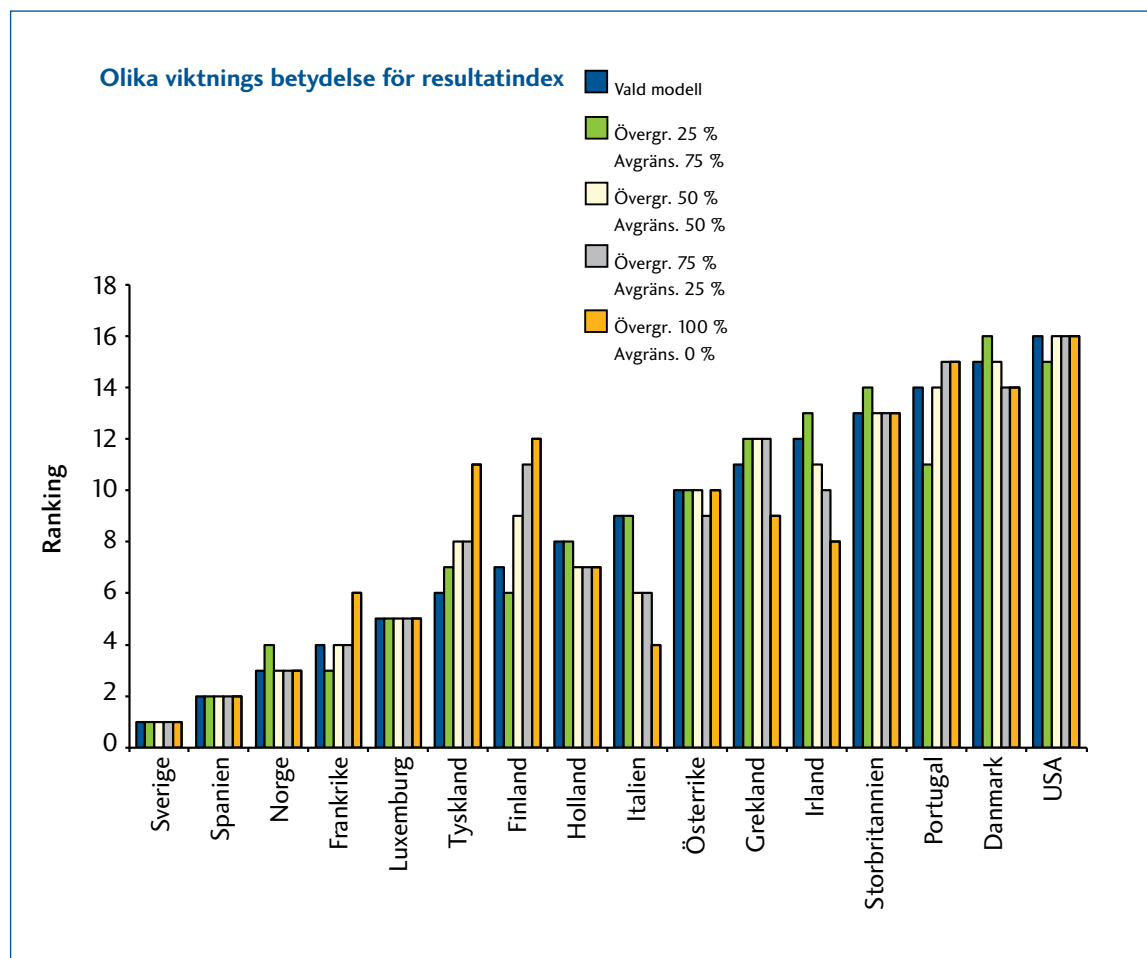
- Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, män
- Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, män
- Antal döda av bröstcancer per 100 000 invånare 2004
- Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, män
- Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, män
- Andel barn vaccinerade mot mässlingen 2005
- Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp eller kikhosta 2005
- Försäljning av antibiotika i öppen vård 2003

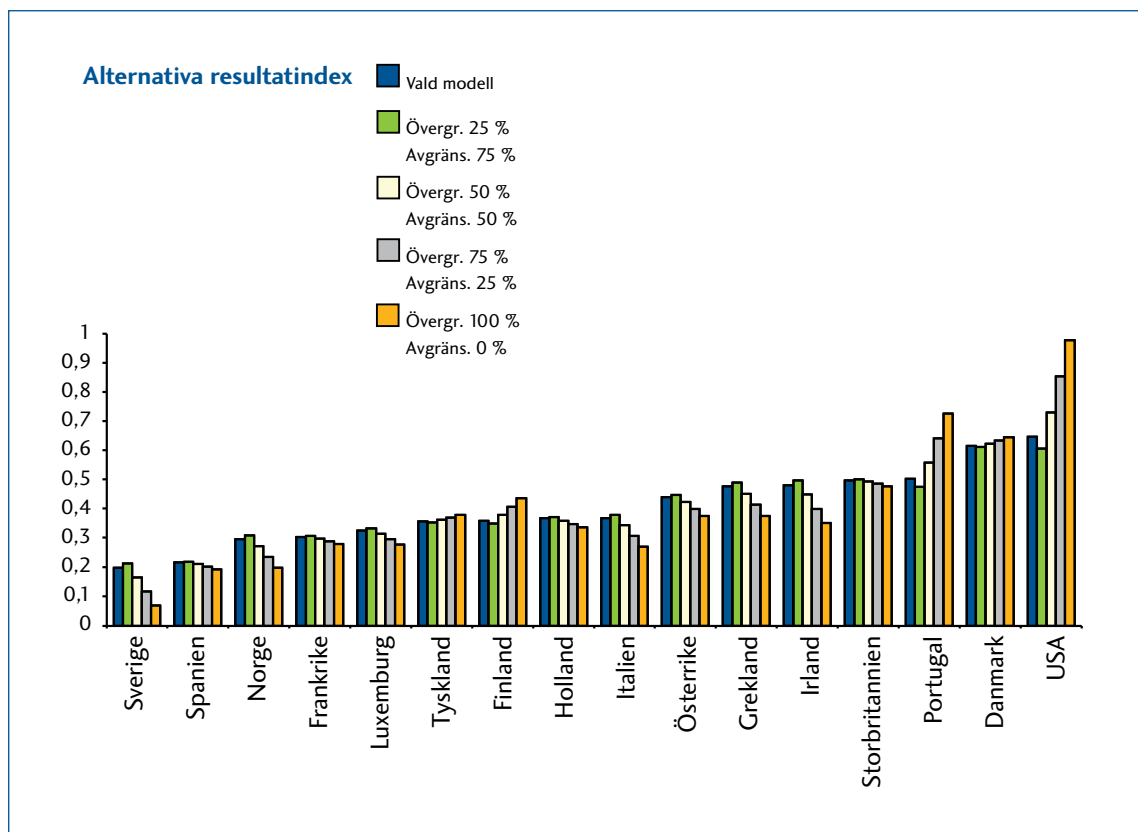


### Följande viktningsalternativ har studerats:

- 1) övergripande 25 % avgränsade 75 %
- 2) övergripande 50 % avgränsade 50 %
- 3) övergripande 75 % avgränsade 25 %
- 4) övergripande 100 % avgränsade 0 %

De olika viktningarna för de övergripande respektive avgränsade indikatorerna innebär inte så stora skillnader för den stora merparten av länder (exempelvis Frankrike, Luxemburg, Sverige, Spanien, Holland, Österrike och Danmark). Däremot erhåller Italien och Irland bättre placering när de övergripande indikatorerna viktas upp, medan länder som Tyskland och Finland försämrar sina positioner. Oberoende hur vi väljer att vikta resultaten hamnar Sverige i täten – vad gäller index för resultat.





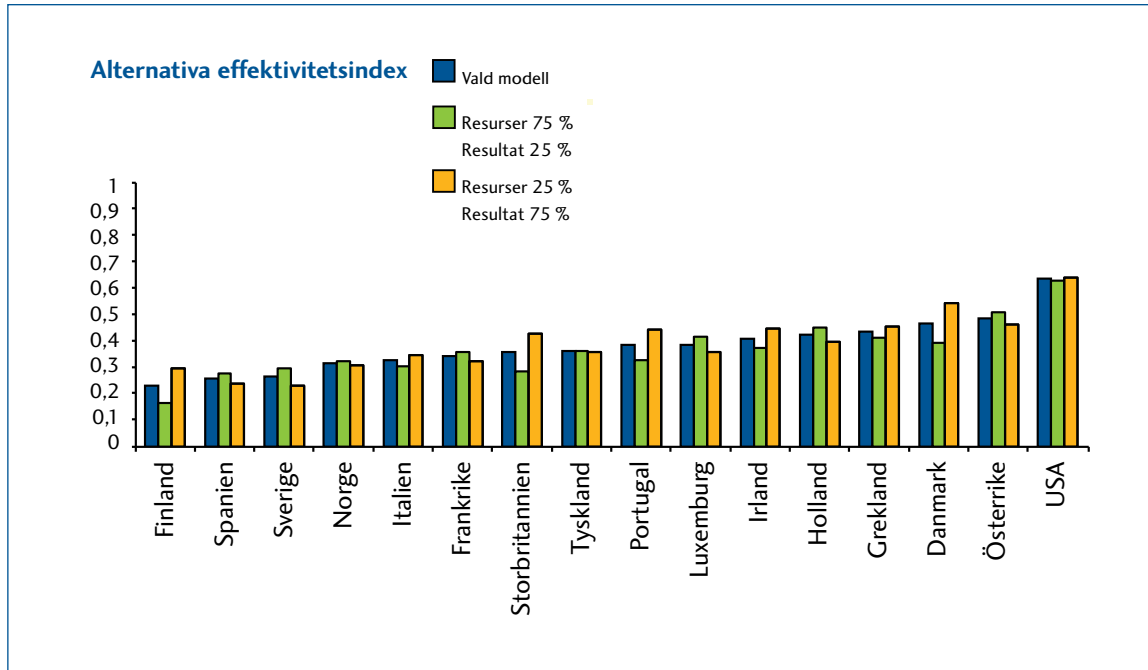
I stort visar känslighetsanalysen att för de länder med bäst respektive sämst resultat så behåller de sin placering oavsett hur de olika indikatorerna viktas.

Bilden visar att Tysklands placering påverkas negativt då de övergripande indikatorerna viktas upp, liksom Finlands. Tvärtom så påverkas Italien positivt av en uppviktning av de övergripande indikatorerna. Liknande mönster ser vi för Irland.

## Effektivitesindex

I effektivitetsindexet har vi valt att studera effekten av att förändra viktningen av resultat respektive resurser/kostnader enligt nedan.

- 1) 25 % resultat och 75 % resurser
- 2) 75 % resultat och 25 % resurser



Figuren visar att några länders placering påverkas av viktningen. Till exempel får Finland en något sämre placering när resultatindikatorerna viktas upp. Trots det behåller man sin position bland de tre främsta. Storbritannien påverkas också negativt av att resultaten viktas upp, liksom Portugal och Danmark. Sveriges position förbättras däremot när resultatindikatorerna ges större vikt.

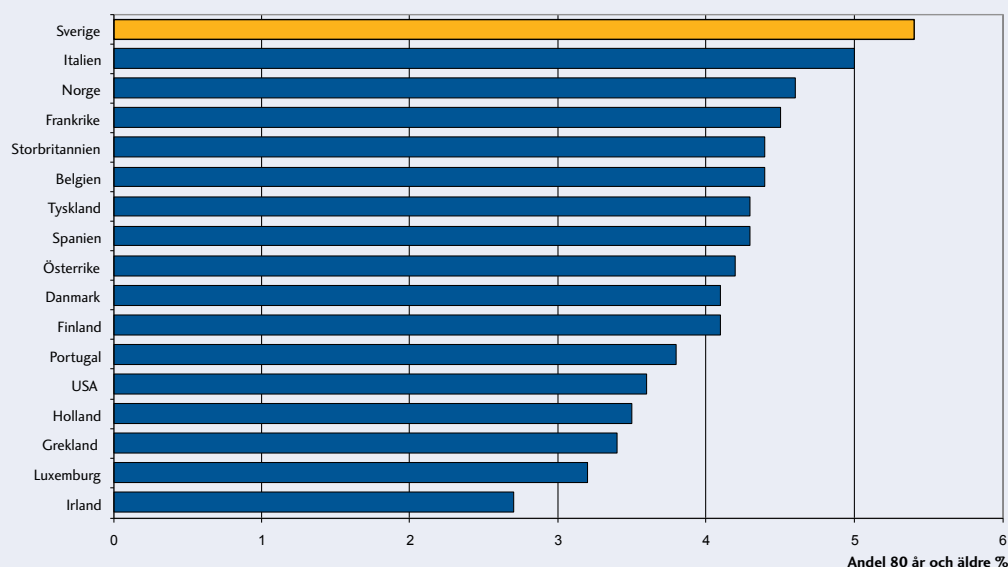
Då effektivitet också kan ses som resultat dividerat med mängden resurser beräknade vi som en del av känslighetsanalysen också ett index baserat på detta synsätt. Detta synsätt visar i stort samma resultat som ovan, Finland har den mest effektiva vården följt av Spanien och Sverige. Den minst effektiva vården finns i Danmark, Österrike och USA.

# Appendix

## DEMOGRAFI

Befolkningen inom EU blir allt äldre och den kraftigaste ökningen har skett bland personer över 80 år. Andelen personer som är 80 år eller äldre är högst i Sverige, 5,4 procent, följt av Italien med 5 procent. Lägst andel 80 år eller äldre i befolkningen har Irland med 2,7 procent.

Befolkning 80 år och äldre i procent av totalbefolkningen 2005

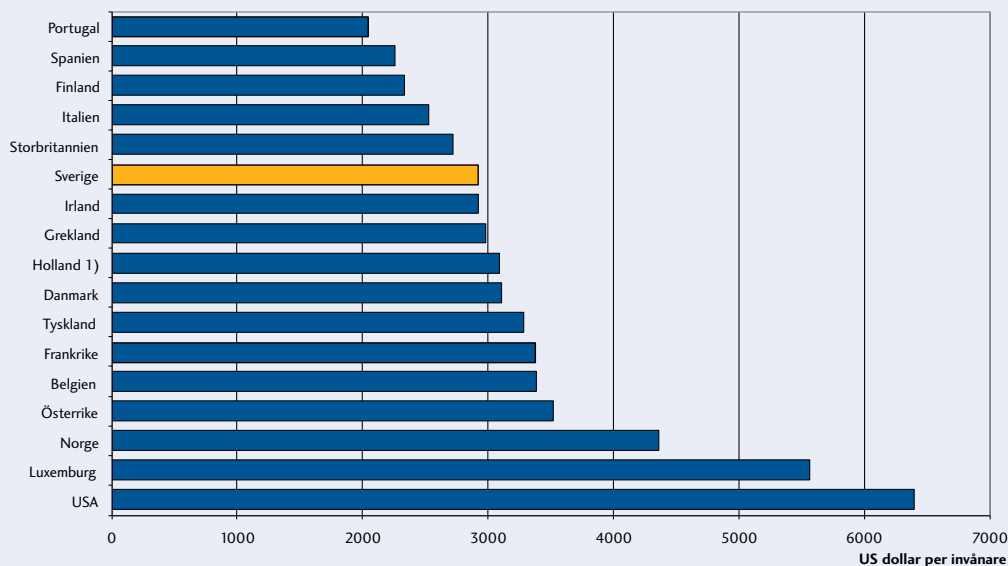


Källa: Eurostat och U.S Census Bureau 2007

## KOSTNADER OCH KOSTNADSUTVECKLING

Det vanligaste sättet att i internationella jämförelser jämföra kostnader är att utgå från kostnaden per invånare uttryckt i dollar och med hänsyn tagen till köpkraften i respektive land. Utifrån den beräkningsgrunden var kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare år 2005 mer än tre gånger högre i USA (6 401 dollar) jämfört med Portugal (2 041 dollar). Bland de nordiska länderna var hälso- och sjukvårdkostnaderna per invånare högst i Norge (4 364 dollar) följt av Danmark (3 108 dollar) och Sverige (2 918 dollar) medan Finland har lägst kostnad (2 331 dollar). Av de sutton redovisade länderna har elva länder en högre kostnad än Sverige.

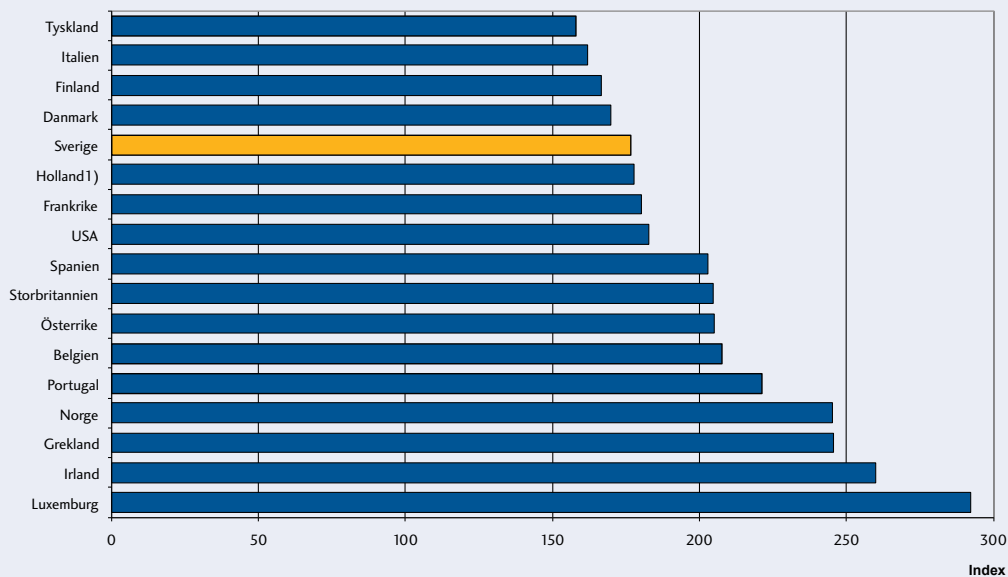
### Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2005 Hänsyn tagen till köpkraften. US-dollar\*



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup> = 2004

\* = indikatorn ingår i index resursförbrukning

### Kostnadsökning för hälso- och sjukvård per invånare 1995–2005 Hänsyn tagen till köpkraften. Index 1995 = 100



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup> = 1994-2004

Kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat i alla redovisade länder. I Sverige ökade kostnaderna med 77 procent. Den största ökningen mellan 1995 och 2005 uppvisar Luxemburg med 192 procent medan Tysklands kostnader för hälso- och sjukvård endast ökat med 58 procent under samma period.

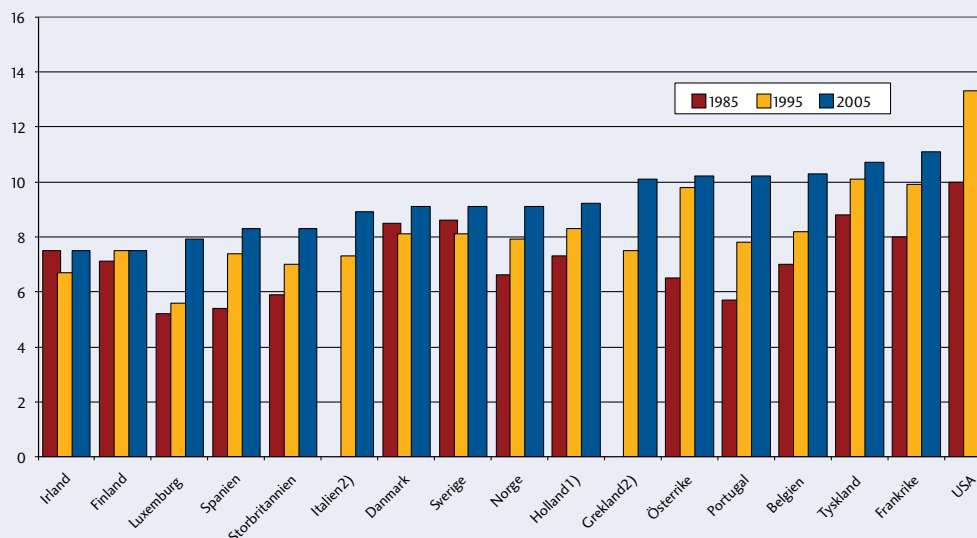
Sjukvårdskostnadernas andel av BNP är ett sätt att beskriva utvecklingen.

I alla länder har sjukvårdens andel av BNP ökat mellan 2000 och 2005. Störst har ökningarna varit för Luxemburg (+ 2,5 procentenheter) och USA (+2,0 procentenheter) medan lägst ökning återfinns i Grekland med +0,2 procentenheter.

Sveriges BNP-andel ökade med 0,7 procentenheter från 8,4 procent år 2000 till 9,1 procent år 2005.

Sjukvårdskostnadernas andel av BNP år 2005 är lägst i Irland och Finland (7,5 procent) och högst i USA med 15,3 procent. Av de sjutton redovisade länderna har sju länder en lägre andel av BNP än Sverige.

Andel av BNP till hälso- och sjukvården 1985, 1995 och 2005\*



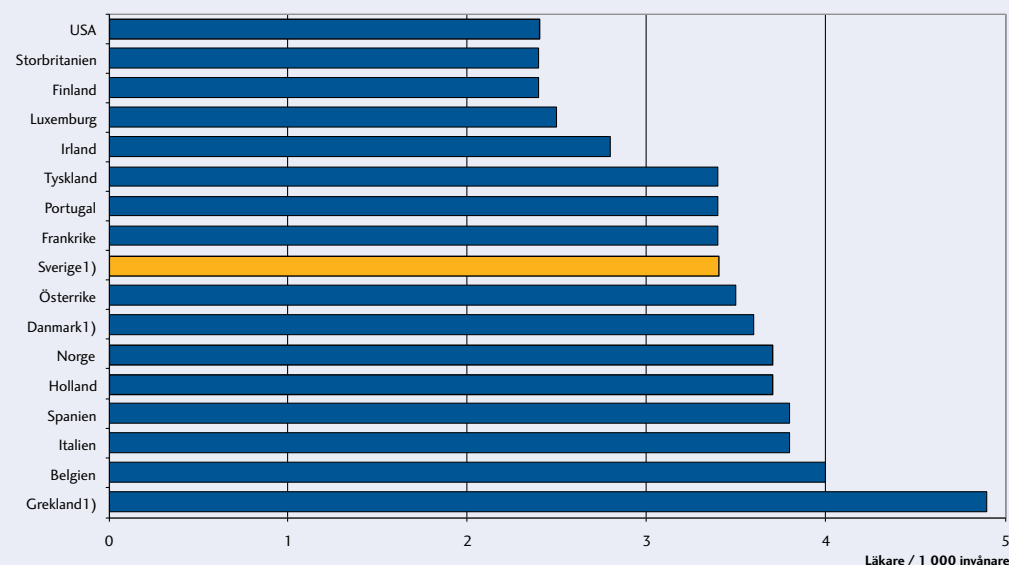
Källa OECD 2007 <sup>1)</sup> = 2004 <sup>2)</sup> = uppgifter saknas för 1985

\* = indikatorn ingår i index resursförbrukning

## PERSONALRESURSER

I Sverige finns 3,4 läkare per 1 000 invånare, vilket placerar Sverige strax under genomsnittet. USA ligger lägst med 2,4 läkare per 1 000 invånare och Grekland och Belgien högst med nästan 4,9 respektive 4 läkare.

Läkare per 1 000 invånare 2005\*

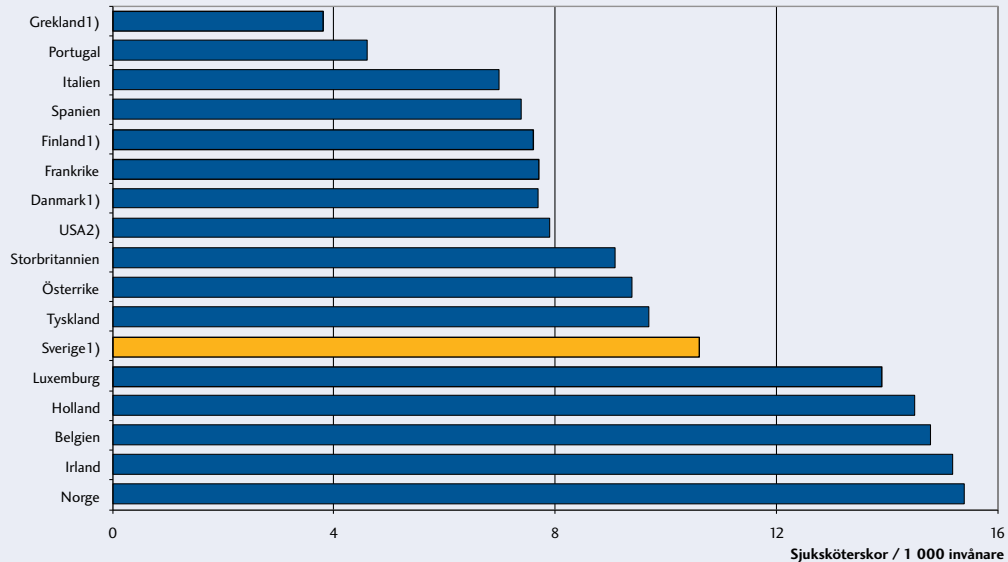


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup> = 2004

\* = indikatorn ingår i index resursförbrukning

Vid en rangordning efter antal sjuksköterskor per 1 000 invånare kommer Sverige på sjätte plats med 10,6 sjuksköterskor per 1 000 invånare. Fem länder har fler och elva länder har färre sjuksköterskor per 1 000 invånare.

Sjuksköterskor per 1000 invånare 2005\*



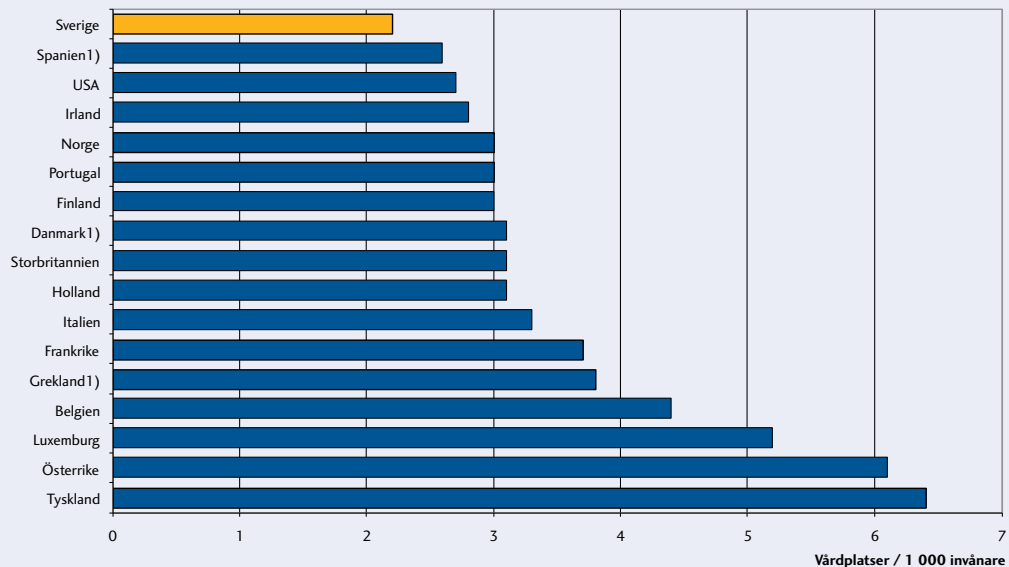
Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004 <sup>2)</sup>=2002

\* = indikatorn ingår i index för resursförbrukning

## VÅRDSTRUKTUR

Sverige och Spanien har lägst antal vårdplatser per 1 000 invånare inom korttidsvården med 2,2 respektive 2,6 vårdplatser per 1 000 invånare. Antalet vårdplatser per 1 000 invånare i Tyskland är 6,4.

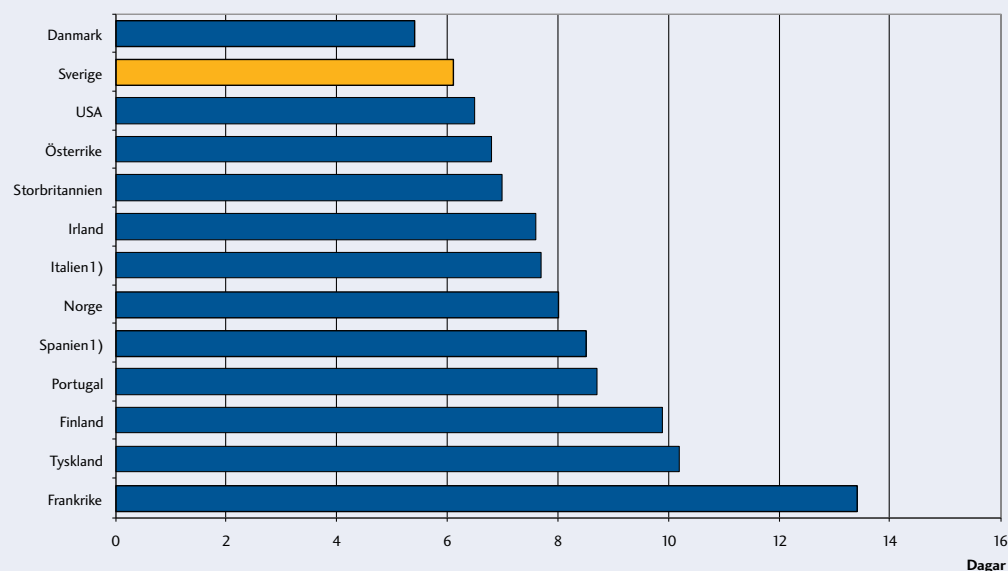
Vårdplatser per 1000 invånare 2005



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

Antalet vårdplatser har reduceras med allt kortare vårdtider. Danmark och Sverige hade de kortaste vårdtiderna 2005 som framgår av nedanstående diagram.

Medelvårdtid 2005. Korttidsvård

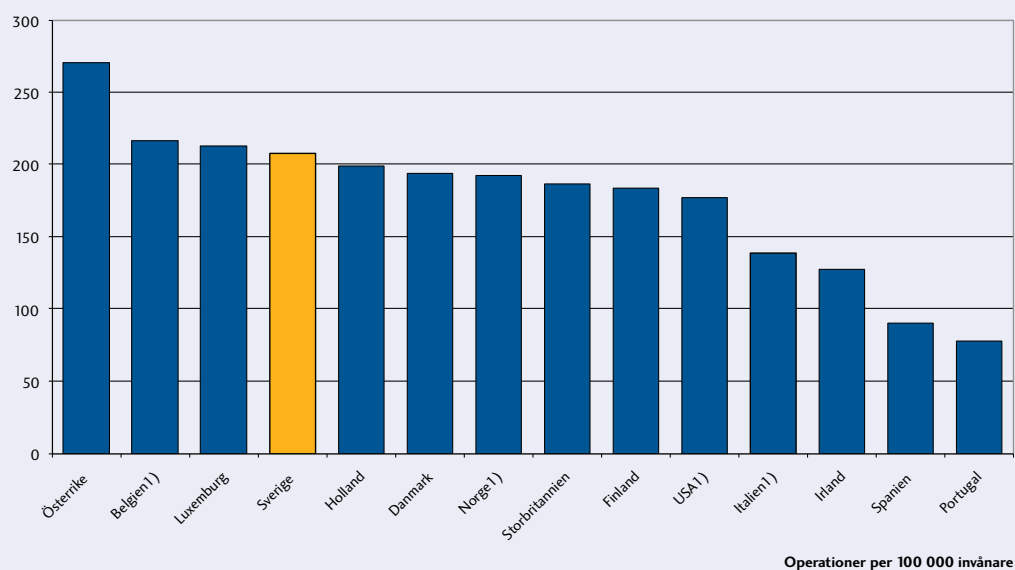


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

## TILLGÅNG TILL OLIKA MEDICINSKA INSATSER

I Sverige gjordes drygt 200 höftledsoperationer per 100 000 invånare år 2005, vilket placerar Sverige på fjärde plats efter Österrike, Belgien och Luxemburg. Portugal och Spanien låg lägst med färre än 100 operationer per 100 000 invånare.

Antal höftledsoperationer per 100 000 invånare 2005



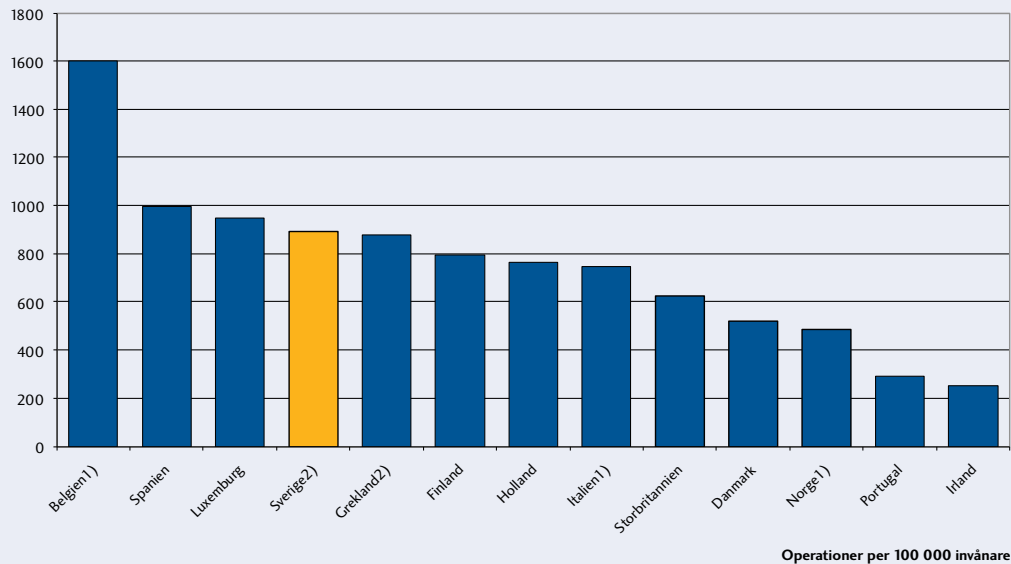
Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

Operationer per 100 000 invånare



I Sverige gjordes drygt 895 gråstaroperationer per 100 000 invånare under år 2005, vilket placerar Sverige på fjärde plats efter Belgien, Spanien och Luxemburg. Irland och Portugal ligger på en väsentligt lägre nivå med drygt 250 respektive 288 operationer per 100 000 invånare.

Antal gråstaroperationer per 100 000 invånare 2005

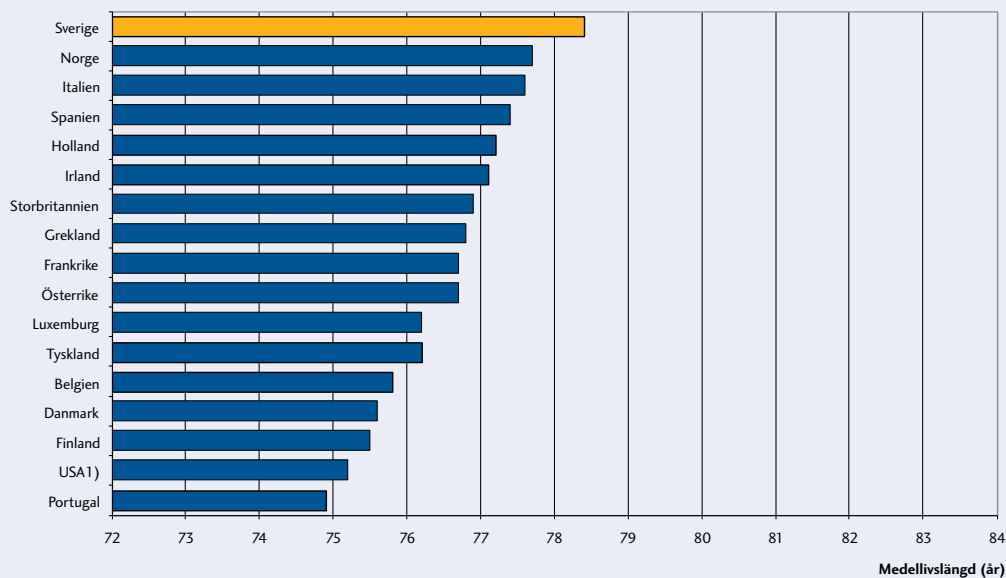


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004 <sup>2)</sup>=2003

## RESULTAT

År 2005 levde svenska män längst med 78,4 år. Medellivslängden för kvinnor var längst i Spanien och Frankrike med knappt 84 år jämfört med Sveriges 82,8 år. Skillnaden i livslängd mellan kvinnor och män var minst i Storbritannien med 4,2 år, därefter i Sverige och Holland med 4,4 år. Stört skillnad i livslängd hade Frankrike med 7,1 år.

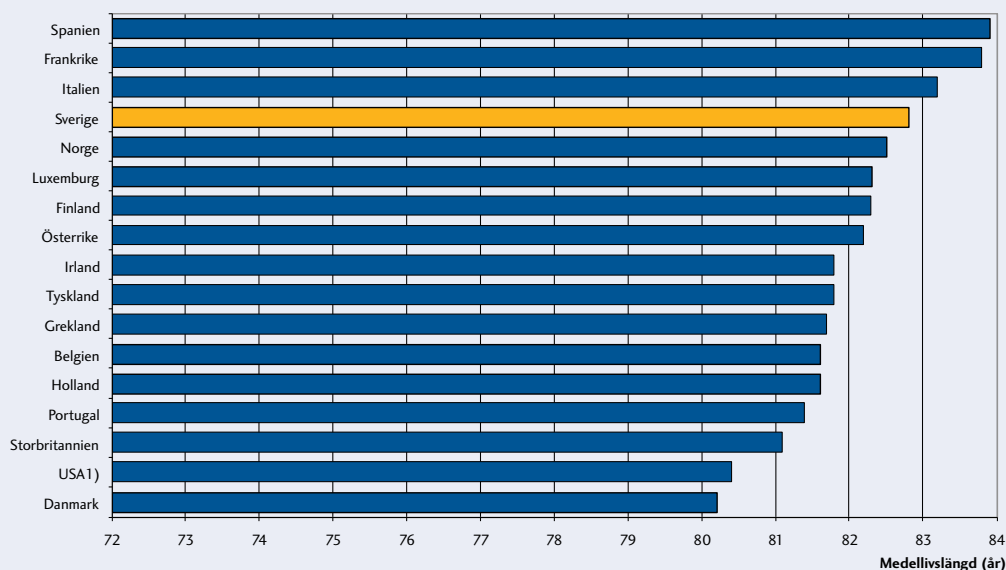
Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2005\*



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

\* = indikatorn ingår i index resultat

## Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2005\*

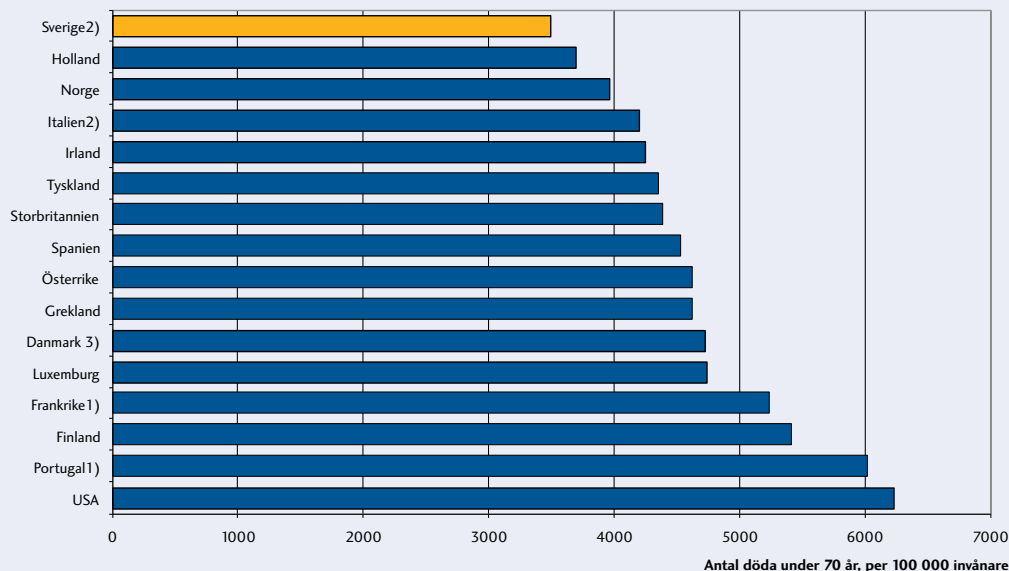


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

\*= indikatorn ingår i index resultat

En annan ofta använd indikator på ohälsa är "för tidig död". Alla som dör före 70 års ålder antas dö i förtid. Detta mått är inte helt korrelerat med den återstående medellivslängden. Svenska män har det lägsta antalet döda under 70 år per 100 000 invånare medan svenska kvinnor hamnar på en tredje plats bland de 16 länder som redovisat uppgiften till OECD.

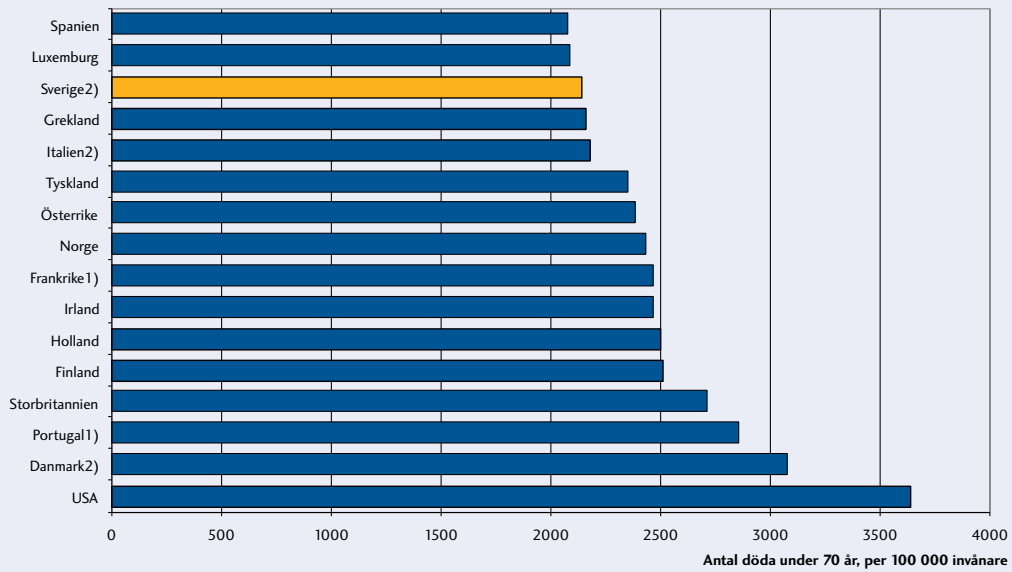
## För tidigt död under 70 år 2004, män\*



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002

\*= indikatorn ingår i index resultat

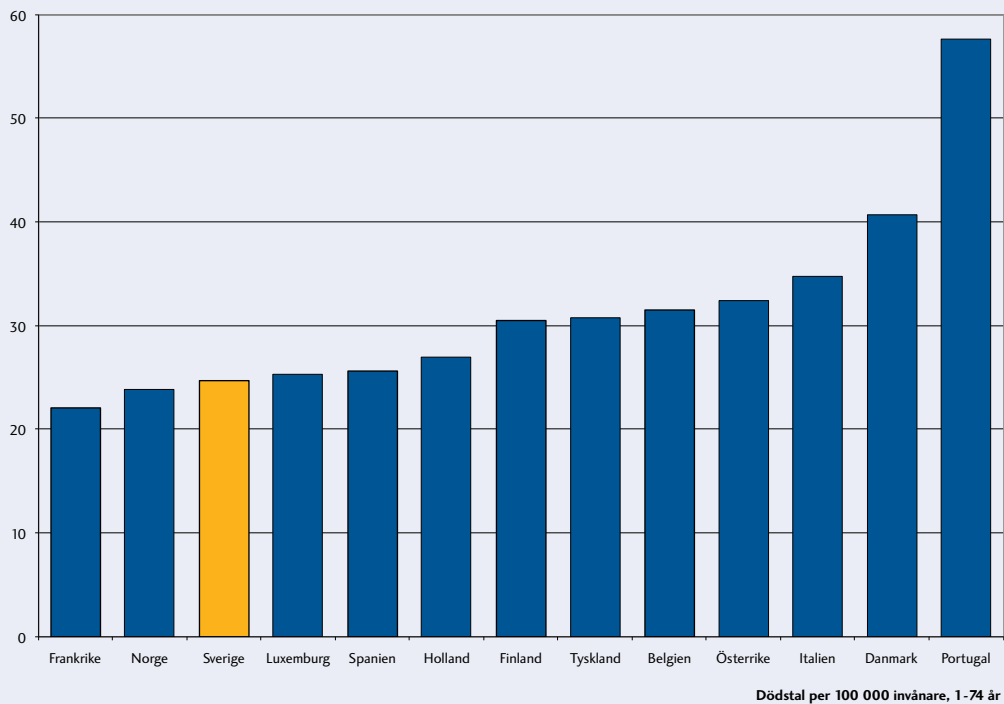
## För tidigt död under 70 år 2004, kvinnor\*



Åtgärdbar dödlighet är en indikator som är mer inriktad på att visa vad hälso- och sjukvården åstadkommer genom förebyggande och direkta hälso- och sjukvårdsinsatser.

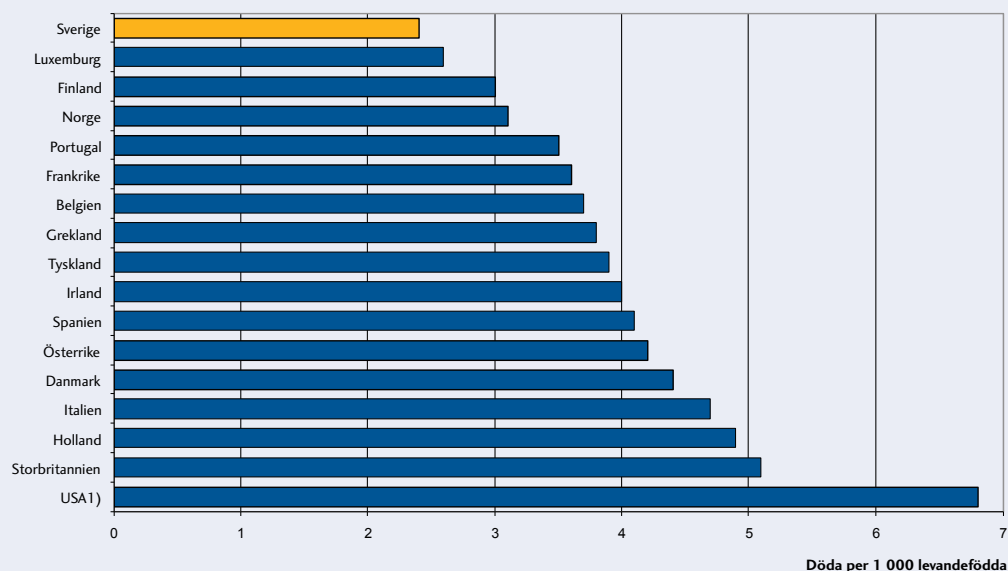
I diagrammen nedan redovisas en ålderstandardiserad åtgärdbar dödlighet där Sverige hamnar på tredje plats efter Frankrike och Norge.

## Åtgärdbar dödlighet 2004, ålderstandardiserat \*



Sverige har den lägsta barnadödligheten. Under år 2005 dog i Sverige under första levnadsåret 2,4 barn per 1 000 levande födda. Den genomsnittliga spädbarnsdödligheten inom EU var 3,8 barn per 1 000 levande födda. USA hade den högsta barnadödligheten med nästan 6,8 döda barn per 1 000 levande födda.

#### Spädbarnsdödlighet 2005\*

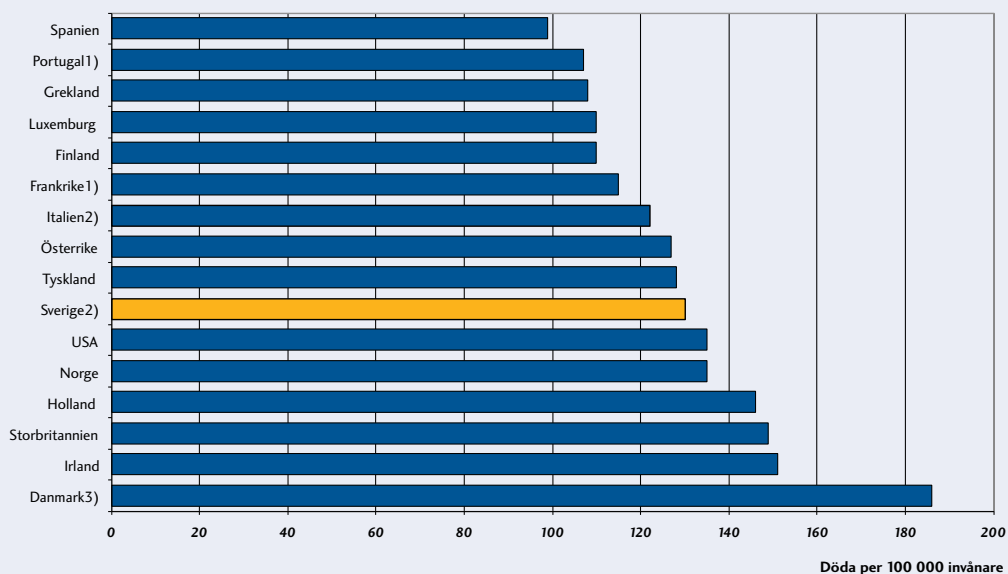


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

\*= indikatorn ingår i index resultat

Sverige har de lägsta dödstalerna per 100 000 invånare i cancer bland män. För kvinnor har Spanien lägst dödlighet medan Sverige ligger på tionde plats.

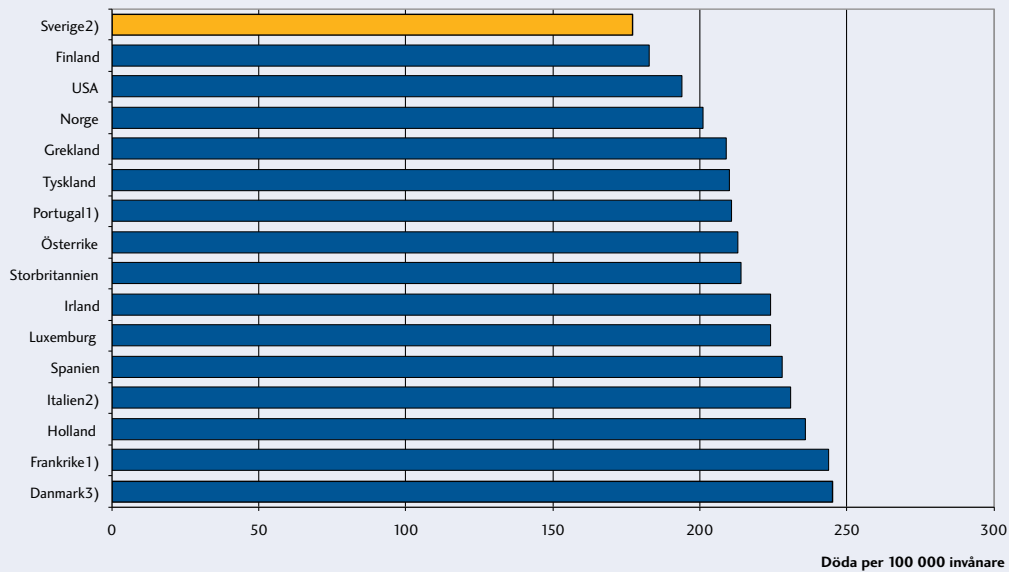
#### Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor\*



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

\*= indikatorn ingår i index resultat

Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, män\*

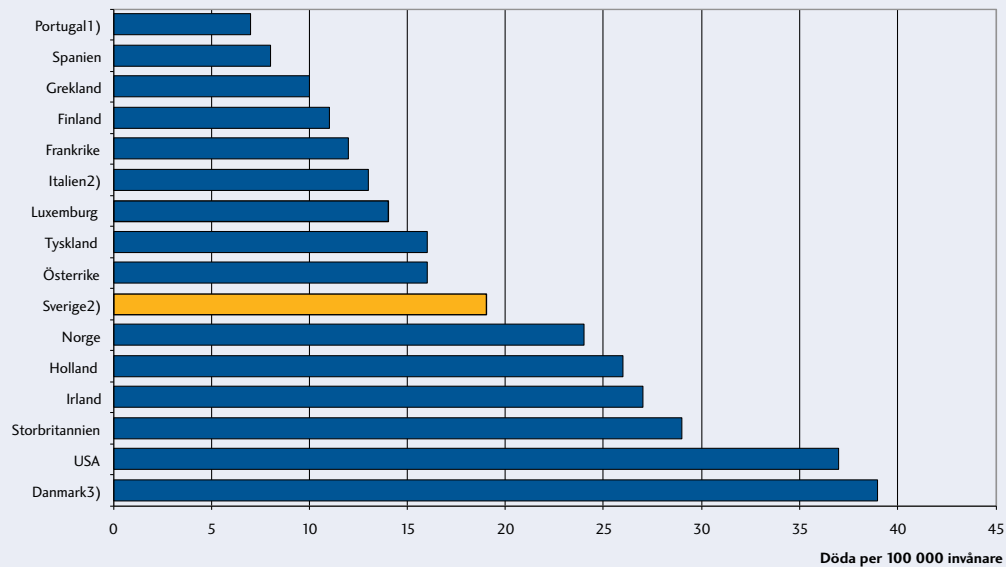


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

\*= indikatorn ingår i index resultat

Dödligheten i lungcancer är högre bland män än bland kvinnor i samtliga länder. Sverige har den lägsta dödligheten bland män, 30 döda per 100 000 invånare att jämföras med Hollands 72 döda per 100 000 invånare. För kvinnor har Portugal lägst dödlighet, 7 döda per 100 000 invånare. Sverige ligger här på tionde plats med 19 döda per 100 000 invånare.

Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor\*

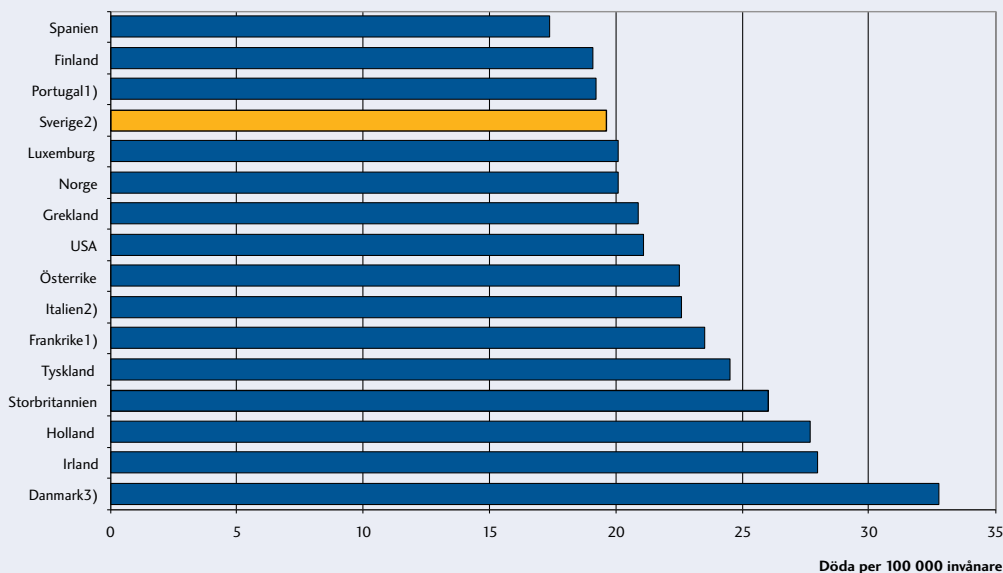


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

\*= indikatorn ingår i index resultat

Antal döda i bröstcancer varierar mellan 17 och 33 per 100 000 invånare och år. Lägst ligger Spanien med 17, Sverige ligger på fjärde plats med 20 döda per 100 000 invånare.

Antal döda av bröstcancer per 100 000 invånare 2004\*

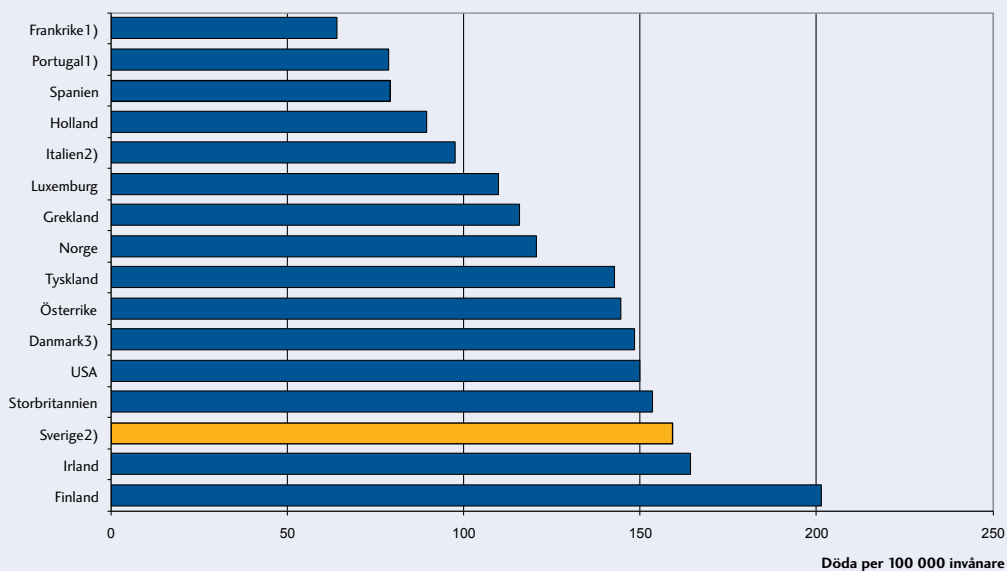


Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

\*= indikatorn ingår i index resultat

Ischemisk hjärtsjukdom är ett allvarligt tillstånd med risk för utveckling av hjärtinfarkt och åtföljande hjärtsvikt. Antal döda är betydligt högre bland män än bland kvinnor i samtliga länder. Dödligheten är högst i Finland både för män och för kvinnor. År 2004 dog 159 män och 76 kvinnor per 100 000 invånare i ischemisk hjärtsjukdom i Sverige. Det gör att Sverige hamnar högt både bland män och bland kvinnor vid en rangordning med högst dödlighet för ischemisk hjärtsjukdom bland de redovisade länderna. Frankrike har lägst dödlighet både bland män och bland kvinnor.

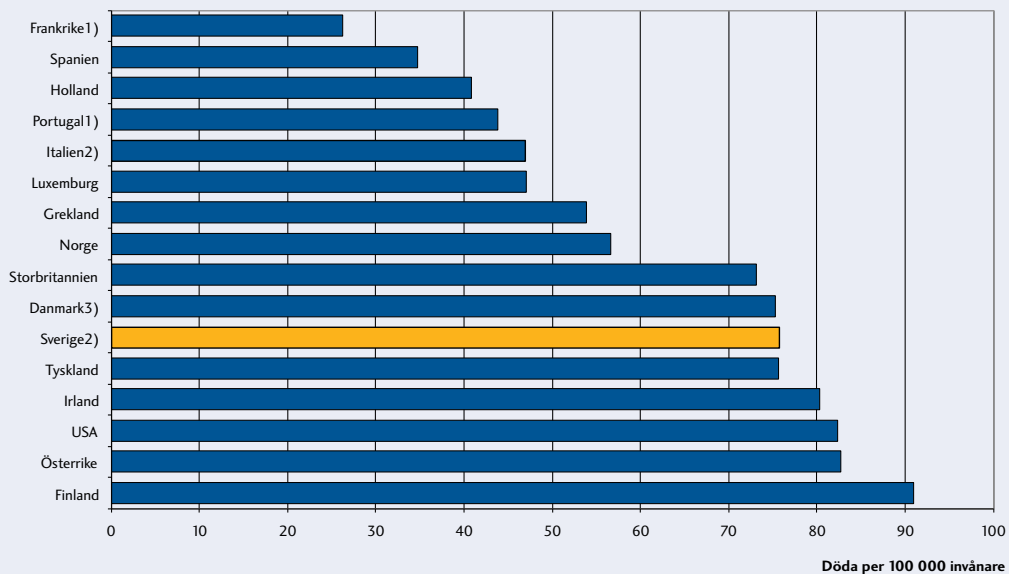
Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, män\*



Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

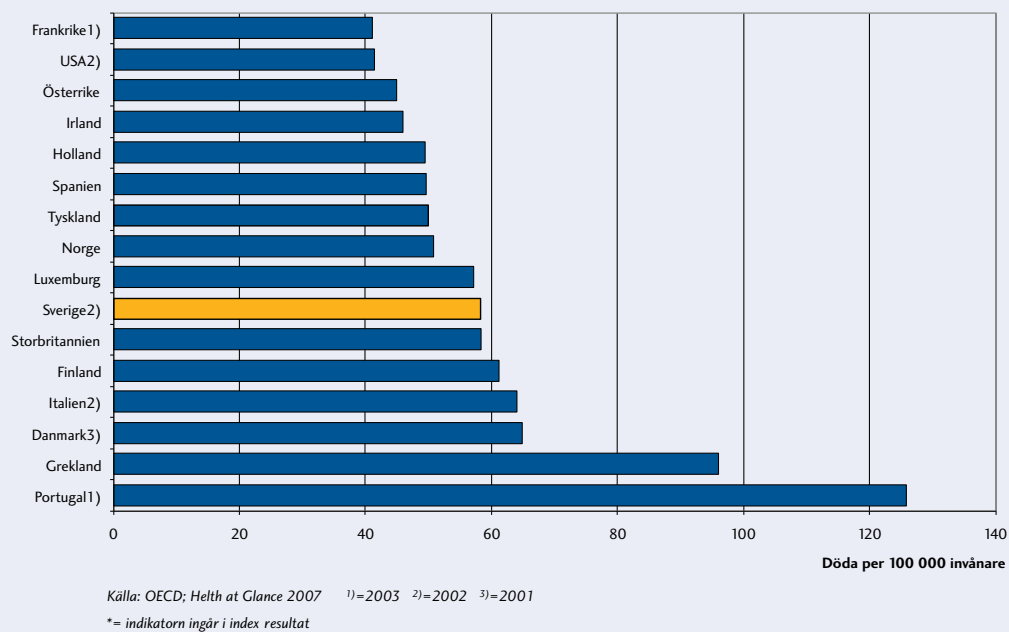
\*= indikatorn ingår i index resultat

Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, kvinnor\*

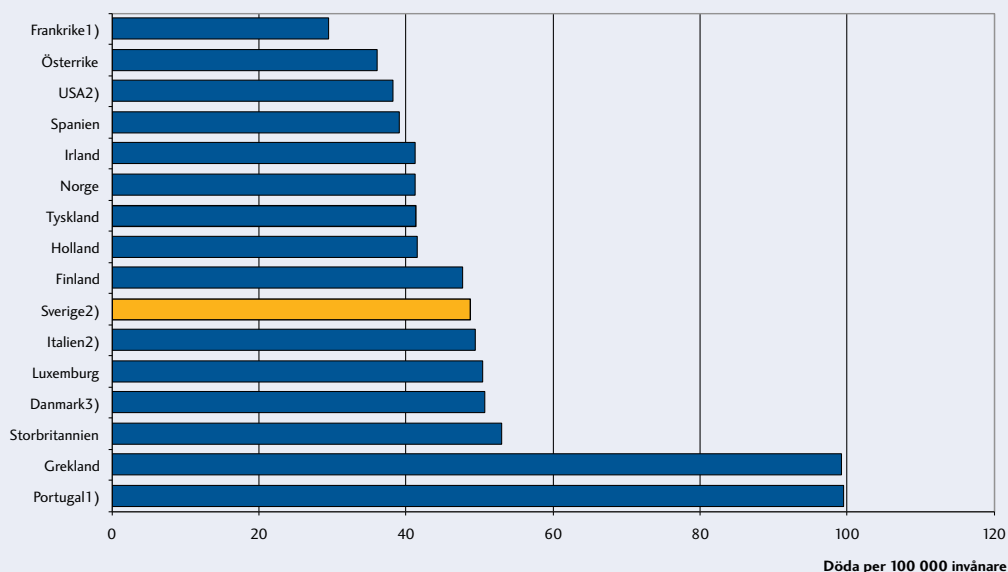


Stroke är en av de stora folksjukdomarna, med 700 000 nya fall inom EU och 30 000 nya fall i Sverige varje år. Nästan varannan person som behöver sjukhusvård för en neurologisk sjukdom är drabbad av stroke. Vid en rangordning efter lägst dödlighet hamnar Sverige på tionde plats både bland män och bland kvinnor. Högst dödlighet har Portugal och lägst Frankrike, detta gäller såväl för män som för kvinnor.

Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, män\*



Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, kvinnor\*



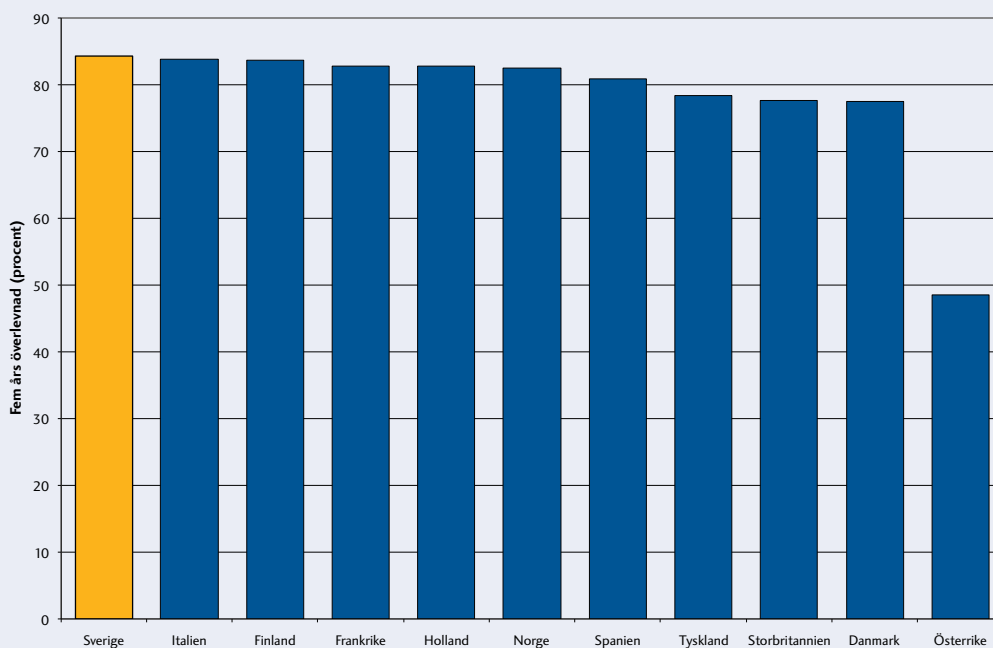
Källa: OECD; Health at Glance 2007 <sup>1)</sup>=2003 <sup>2)</sup>=2002 <sup>3)</sup>=2001

\*= indikatorn ingår i index resultat

De två vanligaste cancerformerna i Sverige – bröstcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män – utgör en tredjedel av all cancer. The Lancet (augusti 2007) har sammanställt och publicerat material med femårsöverlevnad för några cancer-typer först diagnostiserade mellan 1995 och 1999.

Sverige ligger i topp när det gäller överlevnad i bröstcancer och hamnar på sjunde plats när det gäller överlevnad i prostatacancer.

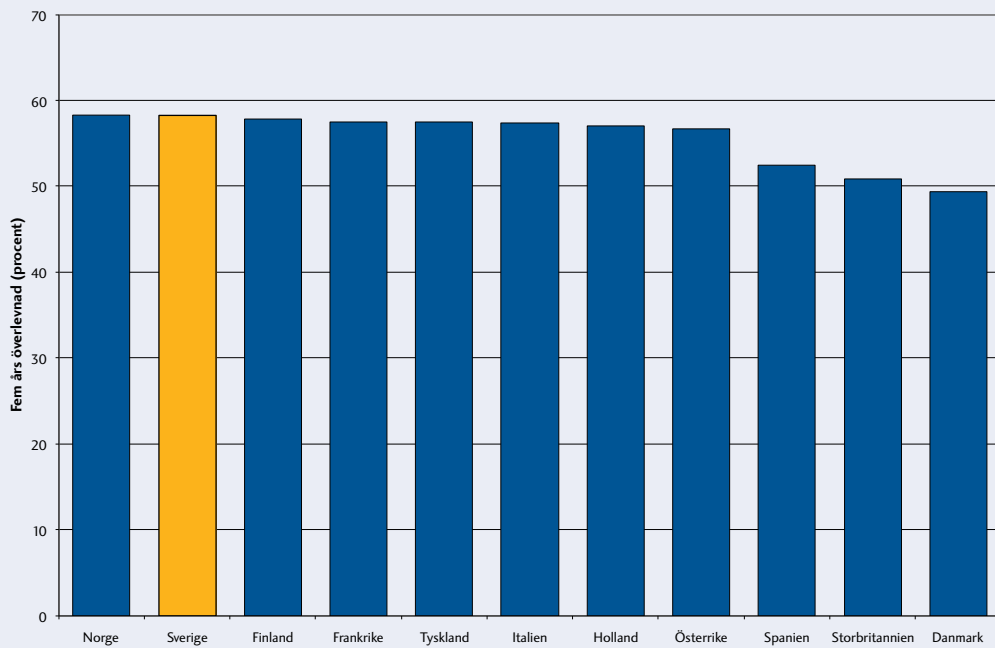
Fem års överlevnad för bröstcancer, åldersstandardiserat (diagnostiserade mellan 1995 och 1999)



Källa: The Lancet, Augusti 2007



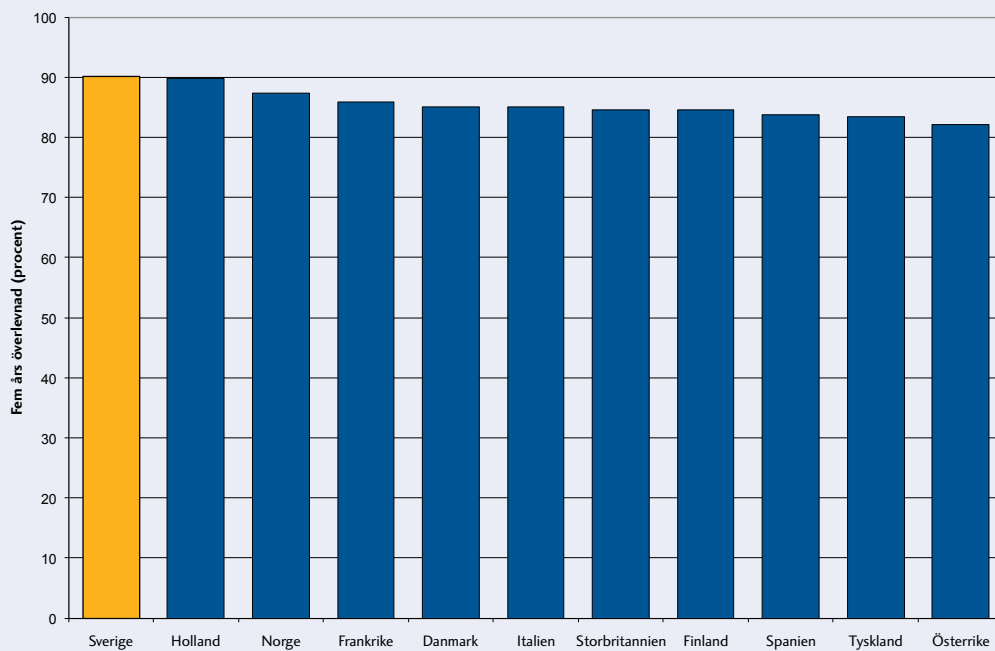
Fem års överlevnad för grovtarmscancer, åldersstandardiserat (diagnostiserade mellan 1995 och 1999)



Källa: The Lancet, Augusti 2007

Sverige hamnar först när gäller överlevnad för hudcancer samt på delad förstaplats när gäller överlevnad i grovtarmscancer.

Fem års överlevnad för hudcancer, åldersstandardiserat (diagnostiserade mellan 1995 och 1999)

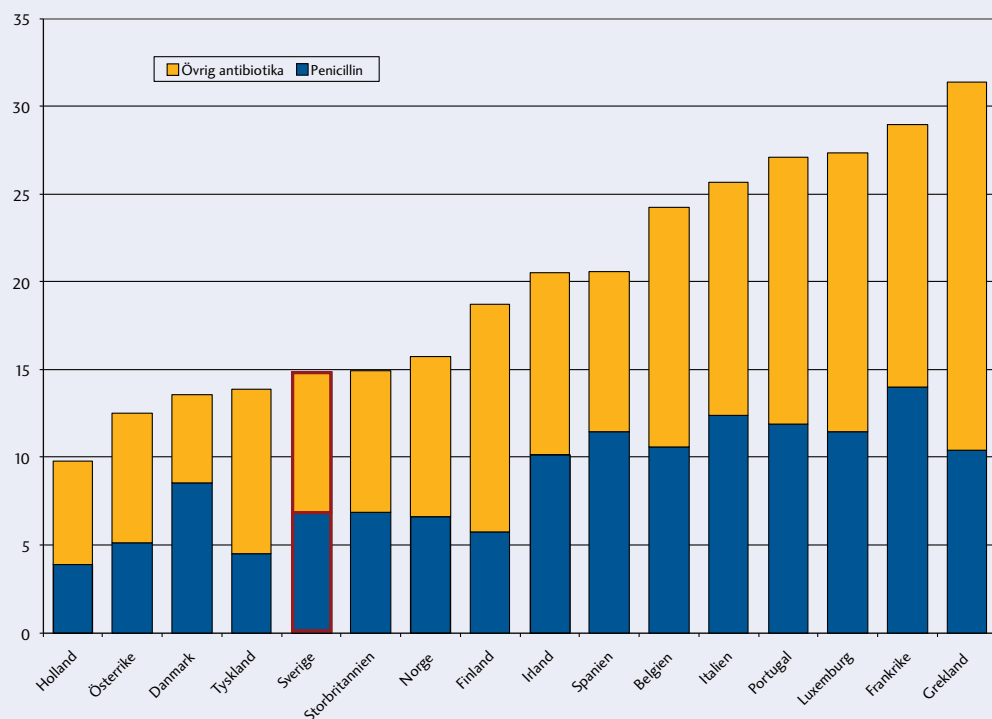


Källa: The Lancet, Augusti 2007

## VISSA FÖREBYGGANDE INSATSER

Antibiotika är läkemedel som bör hanteras varsamt bland annat för att undvika resistensutveckling. Sverige har ganska låg användning i detta avseende av antibiotika och en förhållandevis gynnsam resistenssituation.

Försäljning av antibiotika i öppen vård 2003\*



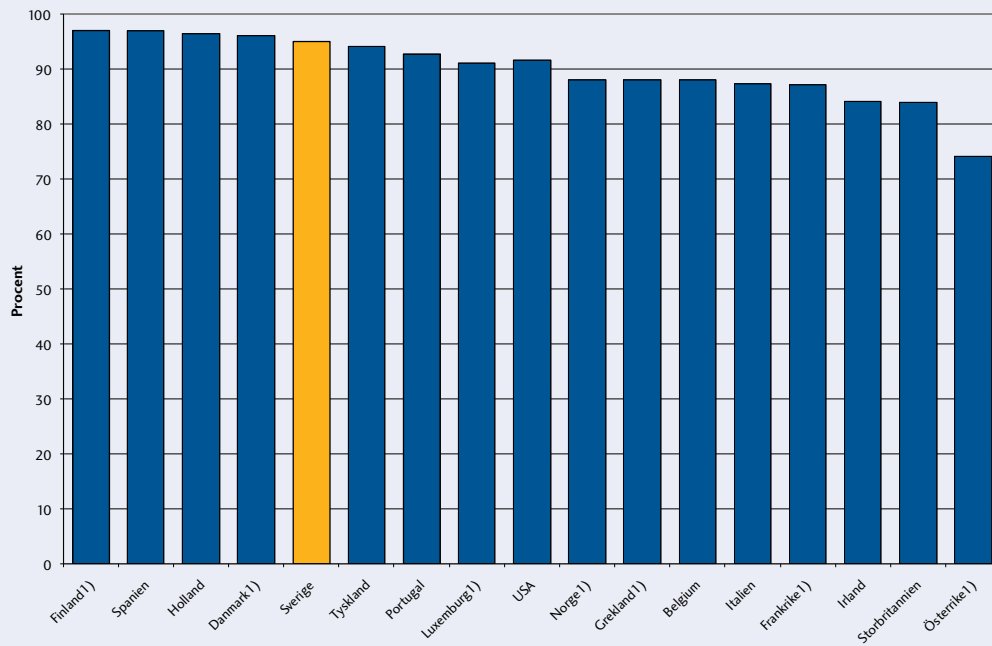
Källa: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)

DDD per 1 000 invånare/dag

\* = indikatorn ingår i index resultat

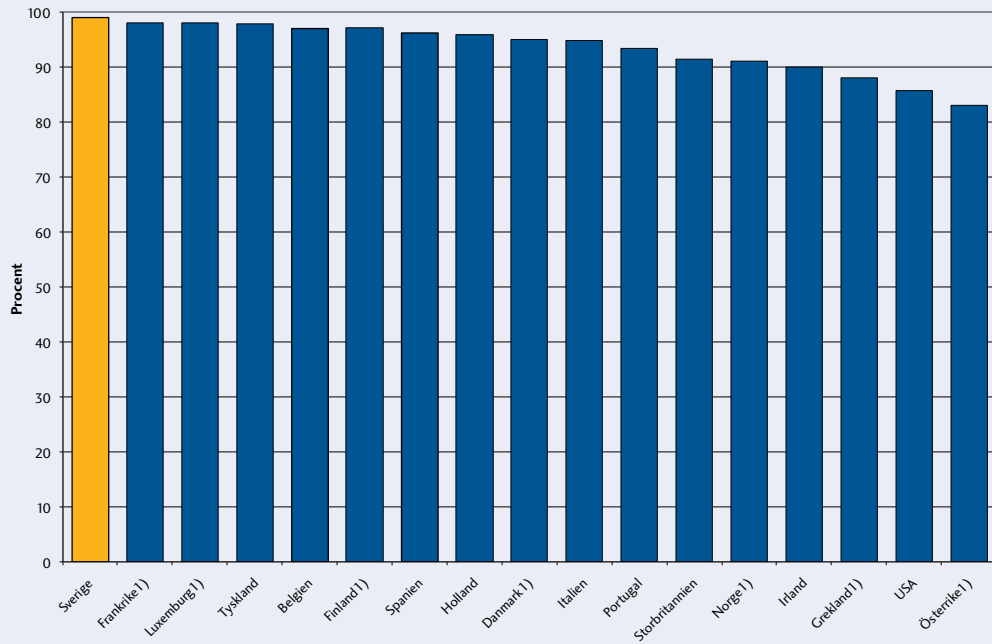
Alla barn i Sverige erbjuds vaccination mot åtta allvarliga sjukdomar, bland annat difteri, stelkramp, kikhosta, och mässling. År 2005 var 95 procent av de svenska barnen vaccinerade mot mässling och därmed hamnar Sverige på femte plats bland de redovisade länderna. Sverige placerar sig i toppen när det gäller vaccination av barn för difteri, stelkramp och kikhosta.

Andel barn vaccinerade mot mässling 2005\*

Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

\* = indikator ingår i index resultat

Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp och kikhosta 2005\*

Källa: OECD 2007 <sup>1)</sup>=2004

\* = indikator ingår i index resultat

# Diagramförteckning

---

- 21 Index för resursförbrukning
- 23 Index för resultat
- 25 Index för effektivitet
- 25 Effektivitetsmatris
- 27 Olika viktnings betydelse för resultatindex
- 28 Alternativa resultatindex
- 29 Alternativa effektivitetsindex
- 30 Befolkning 80 år och äldre i procent av totalbefolkningen 2005
- 31 Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2005
- 31 Kostnadsökning för hälso- och sjukvård per invånare 1995–2005
- 32 Andel av BNP till hälso- och sjukvården 1985, 1995 och 2005
- 32 Läkare per 1 000 invånare 2005
- 33 Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2005
- 33 Vårdplatser per 1 000 invånare 2005
- 34 Medelvårdtid 2005. Korttidsvård
- 34 Antal höftledsoperationer per 100 000 invånare 2005
- 35 Antal gråstaroperationer per 100 000 invånare 2005
- 35 Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2005
- 36 Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2005
- 36 För tidigt död under 70 år 2004, män
- 37 För tidigt död under 70 år 2004, kvinnor
- 37 Åtgärdbar dödlighet 2004, åldersstandardiserat
- 38 Spädbarnsdödlighet 2005
- 38 Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- 39 Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2004, män
- 39 Antal döda av lungcancer per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- 40 Antal döda av bröstcancer per 100 000 invånare 2004
- 40 Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, män
- 41 Antal döda av ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- 41 Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, män
- 42 Antal döda av stroke per 100 000 invånare 2004, kvinnor
- 42 Fem års överlevnad för bröstcancer, åldersstandardiserat
- 43 Fem års överlevnad för grovtarmscancer, åldersstandardiserat
- 43 Fem års överlevnad för hudcancer
- 44 Försäljning av antibiotika i öppen vård 2003
- 45 Andel barn vaccinerade mot mässling 2005
- 45 Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp och kikhosta 2005

## Referenser

---

- Conference Board of Canada (The). 2007. *How Canada Performs. A Report Card on Canada*.
- Esmail, N. and Walker, M. 2005. *How Good is Canadian Health Care. 2005 Report. An International Comparison of Health Care Systems*. The Fraser Institute.
- Exeter, B.P. 2002. WHO to revise its method for ranking health systems. *BMJ* 324:7331:190.
- European Commission. 2005. *The contribution of health to the economy in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Health Consumer Powerhouse. 2007. Euro Health Consumer Index 2006.
- WHO. 2000. *The World Health Report 2000*.
- Nolte E. and McKee, M. 2005. *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London: The Nuffield Trust
- Netherlands. n.a. *The new care system in the Netherlands: durability, solidarity, choice, quality, efficiency*. Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Rehnberg, C. 2007. Jämförelse av förutsättningar för idéburna vårdgivare inom EU/EES-området: En redogörelse av finansiering, former för prissättning och konkurrensupphandling. I: SOU 2007:37. *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*. Betänkande från Delegationen för mångfald inom vård och omsorg.
- Saltman, R.B. 2008. Decentralization, re-centralization and future European health policy. *The European Journal of Public Health* 18:2:104–106; doi:10.1093/eurpub/ckn013
- Vuorenkoski, L. 2008. Restructuring municipalities and municipal health services in Finland. *Eurohealth* 13:4.
- Witell, Elg (2008) *Att skapa index – Metodutveckling och test baserat på öppna jämförelser 2006*, Sveriges Kommuner och Landsting (i tryck).



Upplysningar om rapportens innehåll:  
Roger Molin, tel 08-452 7665  
Alessandra Cavalieri Persson, tel 08-452 78 73

Beställning av rapporten:  
tel 020-31 32 30, fax 020-31 32 40 eller  
[www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer)

ISBN: 978-91-7164-363-6

Layout: forsbergvonessen

Tryck: Åtta.45

Foto, omslag: Jonas Ekströmer/Scanpix

# Svensk sjukvård i internationell jämförelse

*Juni 2008*

Sveriges Kommuner och Landsting publicerar regelbundet underlag för att värdera effektiviteten i sektorer som kommuner och landsting ansvarar för. I denna rapport jämförs hälso- och sjukvården i olika länder. Syftet är att beskriva vad den svenska sjukvården presterar i en jämförelse med sjukvården i andra industrialiserade västländer.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50

[www.skl.se](http://www.skl.se)