

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Icelandic

Heilbrigðismál í hnotskurn: Rit OECD 2005

Útdráttur á íslensku

Samantekt

Heilbrigðiskerfi í OECD ríkjum verða sífellt umfangsmeiri og mikilvægari. Framfarir í heilbrigðisþjónustu og þróun nýrra lyfja hafa stuðlað að þeim samfelldu breytingum til batnaðar í heilbrigðismálum sem orðið hafa í ríkjum OECD á undanförunum áratugum. Þá hafa útgjöld til heilbrigðismála aldrei verið meiri en nú og rennur sífellt stærri hlutur þjóðartekna til þeirra.

Heilbrigði ræðst af fleiru en heilbrigðisþjónustu og útgjöldum til heilbrigðismála. Margt bendir til þess að heilbrigði íbúa í þróuðum ríkjum ákvarðist meira af félagslegum og efnahagslegum aðstæðum og lífsstíl en af heilbrigðisþjónustunni sjálfri. Vel skipulagðar áætlanir á sviði lýðheilsu geta stuðlað að því að koma í veg fyrir sjúkdóma og draga úr kostnaðarþenslu heilbrigðiskerfa. Áhættuþættir tengdir heilsu eru einnig að breytast. Til dæmis má nefna að mörg OECD ríki hafa náð góðum árangri á undanförunum áratugum í að draga úr notkun tóbaks en hins vegar hefur tíðni offitu aukist í öllum OECD ríkjunum, sem endurspeglar breytingar í mataræði og aukna kyrrsetu.

Heilbrigðismál í hnotskurn – Rit OECD 2005 er safn vísa um árangur á hinum ýmsu sviðum heilbrigðismála. Byggt er á *Gagnasafni OECD um heilbrigðismál 2005 (OECD Health Data 2005)*, alhliða gagnagrunni sem inniheldur yfir 1000 tölfræðilega flokka um heilbrigði og heilbrigðiskerfi í OECD ríkjunum. Þessi þriðja útgáfa af *Heilbrigðismálum í hnotskurn* beinir ekki aðeins sjónum að aðbúnaði, mannafla og fjármagni í heilbrigðiskerfinu og starfsemi þess, heldur hefur þessi útgáfa einnig að geyma enn fleiri vísa um heilsueflingu og sjúkdómavarnir. Til dæmis inniheldur kaflinn um heilbrigðisástand nánari upplýsingar um heilbrigði barna, þar með talið tannheilsu. Vísam um næringu hefur einnig verið bætt við vísa um tóbaksnotkun, áfengisneyslu, ofþyngd og offitu í kaflanum um áhættuþætti. Umfjöllun um ónæmisaðgerðir á eldra fólki gegn influensu eru viðbót við hefðbundna vísa um ónæmisaðgerðir á börnum sem dæmi um forvarnir í heilbrigðisþjónustu sem geta dregið úr slæmu heilsufari og þörfum fyrir

heilbrigðisþjónustu þar að lútandi. Útgjöld til heilbrigðismála eru nú sundurliðuð til að sýna útgjöld til skipulagðrar heilbrigðisstarfsemi í hinum ýmsu OECD ríkjum.

Þetta rit dregur fram athyglisverðar upplýsingar um mikinn mun milli hinna 30 aðildarríkja OECD að því er varðar heilbrigðisástand, heilsutengda áhættuþætti, og hvað snertir kostnað, ráðstöfun fjármagns og afköst heilbrigðiskerfisins. Þótt nokkrir vísar séu settir fram miðað við íbúa eftir kyni og aldri þá er yfirleitt ekki sýnd ítarlegri sundurliðun eftir landssvæðum, félags- og efnahagslegum þætti eða mismunandi þjóðarbrotum/kynþáttum. Því ætti lesandinn að hafa í huga varðandi marga vísa sem sýndir eru í þessari útgáfu að það getur verið jafnmikill breytileiki *innan* ríkis eins og er *milli* ríkja.

Í eftirfarandi ágrípi eru dregnar saman nokkrar helstu niðurstöður þessarar útgáfu, sem tengjast frammistöðu heilbrigðiskerfa.

Heilbrigðisástand hefur batnað mjög mikið í OECD ríkjum

- **Lífslíkur við fæðingu hafa aukist mikið í ríkjum OECD á undanförnum áratugum.** Þetta má rekja til betri lífskjara, lífsstíls og menntunar, ásamt auknu aðgengi að þjónustu og gagnsemi lyfja. Að meðaltali voru lífslíkur við fæðingu í OECD ríkjunum 77,8 ár árið 2003, samanborið við 68,5 ár árið 1960. Árið 2003 voru lífslíkur Japana mestar, þ.e. 81,8 ár fyrir íbúa í heild, og í kjölfarið fylgdu Íslendingar, Spánverjar, Svisslendingar, Ástralir og Svíar (Mynd 1.1).
- Erfitt er að meta hlutfallslegan skerf þeirra fjölmörgu lækisfræðilegu þátta, og annarra þátta, sem áhrif kunna að hafa á breytilegar lífslíkur eftir ríkjum og yfir tíma. **Fylgni er venjulega á milli hárra þjóðartekna og hárra lífslíkna við fæðingu í OECD ríkjum** þó svo að tengslin séu ekki eins áberandi eftir að ákveðnu tekjustigi er náð. Það er einnig athyglisverður munur á lífslíkum milli OECD ríkja með svipaðar tekjur á íbúa. Til dæmis eru lífslíkur meiri í Japan og á Spáni en reikna mætti með ef aðeins væri miðað við verga landsframleiðslu á íbúa, en lífslíkur í Bandaríkjunum og Ungverjalandi eru minni en tekjur gætu bent til (Mynd 1.3).
- **Lífslíkur við 65 ára aldur hafa einnig aukist umtalsvert á undanförnum áratugum í OECD ríkjum.** Árið 2003 voru lífslíkur við 65 ára aldur í OECD ríkjunum að meðaltali 19,3 ár hjá konum og 15,9 ár hjá körlum. Þetta er aukning um meira en þrjú ár frá 1970 hjá bæði konum og körlum. Á sama hátt og lífslíkur við fæðingu eru mestar meðal Japana á það einnig við um lífslíkur við 65 ára aldur árið 2003 (Mynd 1.5). **Búist er við að lífslíkur við 65 ára aldur haldi áfram að aukast á komandi áratugum.** Áætlanir OECD sýna að árið 2040 muni lífslíkur við 65 ára aldur í OECD ríkjunum að meðaltali vera 21,6 ár hjá konum og 18,1 ár hjá körlum.
- Öll OECD ríki hafa náð **miklum árangri við að draga úr ungbarnadauða** á undanförunum áratugum. Þetta má þakka almennum efnahags- og félagslegum framförum, ásamt umbótum við ungbarnavernd, þar með talið aðgengi að ónæmisáðgerðum á börnum. Dregið hefur úr ungbarnadauða í Portúgal um meira en 90% frá 1970. Portúgal hefur þannig breyst frá því að vera það ríki sem hafði hæst hlutfall ungbarnadauða í Evrópu til þess að vera meðal þeirra með hvað lægst hlutfall árið 2003.

Einnig hefur dregið verulega úr ungbarnadauða í Mexíkó, Tyrklandi og í nokkrum öðrum Suður-Evrópuríkjum eins og Ítalíu, Spáni og Grikklandi. Árið 2003 var hlutfall ungbarnadauða í OECD ríkjum lægst á Íslandi, í Japan og nokkrum Norðurlandanna (Mynd 1.20).

OECD ríki standa frammi fyrir auknum kostnaði vegna heilbrigðismála

- Á sama tíma og langlífi hefur aukist á undanförunum áratugum í OECD ríkjum, hefur kostnaður við heilbrigðisþjónustu einnig aukist og í flestum ríkjum hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist umfram almennan hagvöxt. **Árið 2003 vörðu OECD ríki að meðaltali 8,8% af vergri landsframleiðslu til heilbrigðismála, samanborið við 7,1% árið 1990 og rúmlega 5% árið 1970.** Hlutur vergrar landsframleiðslu sem ráðstafað er til útgjalda heilbrigðismála er samt sem áður mjög breytilegur eftir ríkjum, og er hann frá 15% í Bandaríkjunum til innan við 6% í Slóvakíu og Kóreu. Þau lönd sem vörðu hlutfallslega mestum útgjöldum til heilbrigðismála árið 2003, á eftir Bandaríkjunum, eru Sviss og Þýskaland sem vörðu 11,5% og 11,1% af vergri landsframleiðslu sinni til heilbrigðismála (Mynd 3.7).
- **Aukningu á útgjöldum til heilbrigðismála má rekja til nokkurra þátta. Almennt virðist kostnaður til heilbrigðismála á íbúa í ríkjum OECD vera hærri því hærri sem verg landsframleiðsla er á íbúa** (Mynd 3.10). Aftur á móti er mikill munur milli ríkja, sem e.t.v. endurspeglar að hluta stefnumótandi ákvarðanir um viðeigandi útgjaldastig, ólíka fjárhagslega og skipulagslega uppbyggingu heilbrigðiskerfa, og forgangsroðun útgjalda. **Nýjungar í læknisfræði, sem lúta að forvörnum, greiningu og meðhöndlun heilbrigðisástands, eiga stóran þátt í að knýja fram kostnaðaraukningu í heilbrigðismálum.** Ýmsir þættir hafa áhrif á þróun og útbreiðslu nýrrar tækni við lækningar og lyfjagjöf þar á meðal ákvarðanir um fjármögnun. **Öldrun íbúanna stuðlar einnig að auknum útgjöldum til heilbrigðismála.** Hlutfall íbúa, 65 ára eða eldri, hefur aukist í öllum OECD ríkjum (Mynd 5.3) og búist er við að sú þróun haldi áfram á næstu árum og áratugum, sérstaklega þegar hinir fjölmennu árgangar eftirstríðsáranna fara að nálgast eftirlaunaaldur. Þá er átt við fólk sem nær 65 ára aldri árið 2010 og þar á eftir. Þar sem eldri íbúar þarfnast meiri heilbrigðisþjónustu og langtímahjúkrunar má búast við að öldrun íbúanna auki opinber útgjöld á þessum sviðum.

Kostnaður við heilbrigðisþjónustu setur þrýsting á fjárlög hins opinbera

- Sú staðreynd að sjúkratryggingar eru fjármagnaðar af hinu opinbera eða að heilbrigðisþjónusta er fjármögnuð með beinum opinberum framlögum í flestum ríkjum OECD veldur því að mikill meirihluti útgjalda til heilbrigðismála fellur undir opinber útgjöld í öllum löndum OECD nema Bandaríkjunum, Mexíkó og Kóreu (Mynd 3.17). Jafnvel í Bandaríkjunum, þar sem einkageirinn gegnir veigamiklu hlutverki í fjármögnun, eru opinber útgjöld til heilbrigðismála 6,6% af vergri landsframleiðslu, sambærilegt við meðaltal OECD.
- Síðasta áratug má í grófum dráttum skipta í tvö tímabil hvað varðar aukningu opinberra útgjalda til heilbrigðismála í OECD ríkjum. Tímabilið 1992-1997 jukust opinber útgjöld

til heilbrigðismála svipað eða heldur hægar en hagvöxtur. Á undanförunum árum hafa **opinber útgjöld til heilbrigðismála** aftur á móti **aukist hraðar en hagvöxtur í öllum OECD ríkjum**. Í sumum ríkjum, eins og Bretlandi og Kanada, hefur nýleg aukning í opinberum útgjöldum til heilbrigðismála endurspeglad þá meðvituðu stefnu að draga úr því aðhaldi í útgjöldum sem fylgt var á miðjum 10. áratugnum (Mynd 3.6).

- Ör aukning lyfjaútgjalda á undanförunum árum – meira en 5% hækkun á ári að meðaltali frá 1997 – hefur átt mikinn þátt í almennri aukningu heildarútgjalda til heilbrigðismála. Reyndar hafa **lyfjaútgjöld í flestum OECD ríkjum vaxið hlutfallslega meira en heildarútgjöld til heilbrigðismála** á þessu tímabili. Í Bandaríkjunum og Ástralíu hafa lyfjaútgjöld aukist með meira en tvöföldum vaxtarhraða heildarútgjalda til heilbrigðismála á þessu tímabili. Verulegur vöxtur lyfjaútgjalda hefur einnig orðið á Írlandi og í Kóreu þrátt fyrir tiltölulega lágan grunn miðað við höfðatölu í upphafi tímabilsins. Í Japan var vaxtarhraðinn miklum mun hægari (Mynd 3.16).
- Í OECD ríkjunum **eru að meðaltali 60% lyfjaútgjalda greidd af opinberu fé, því sem eftir stendur er einkum mætt með greiðslum einstaklinga og í minna mæli með einkatryggingum**. Innan þessa meðaltals eru þó veruleg frávik, á bilinu frá lágu hlutfalli eða 11% í Mexíkó og 21% í Bandaríkjunum, til allt að 86% á Írlandi. Ein ástæða fyrir þessu er hvernig og jafnvel hvort lyf falla undir almenna heilbrigðisþjónustu í landinu og tryggingar fjármagnaðar af hinu opinbera (Tafla 3.11).
- Árið 2003 voru **lyfjaútgjöld á mann hæst í Bandaríkjunum (meira en 700 Bandaríkjadollarar á mann) en þar á eftir fylgdu Frakkland (rétt rúmlega 600 Bandaríkjadollarar), Kanada og Ítalía (um 500 Bandaríkjadollarar)**. Lægstu útgjöldin voru rétt rúmlega 100 Bandaríkjadollarar í Mexíkó og Tyrklandi. Mismunur á lyfjakostnaði milli ríkja endurspeglar mismun í magni, samsetningu neyslu og verðlagi. Mismunandi tekjustig í ríkjum hefur einnig áhrif á útgjöld til lyfja (Mynd 3.14).

Takmarkað bolmagn heilbrigðisþjónustu gæti orðið vandamál í ákveðnum ríkjum

- **Fyrirsjáanlegur skortur á læknum er mikið áhyggjuefni í mörgum ríkjum**. Margt hefur áhrif á fjölda, dreifingu og skiptingu starfandi lækna eftir sérhæfingu, þar með talið inntökuskilyrði í læknaþétt, val á sérfrædisviði, laun, önnur starfskilyrði og fólksflutningar. **Árið 2003 var mikill munur á fjölda starfandi lækna á íbúa í OECD ríkjunum. Fjöldi lækna var á bilinu frá rúmum fjórum læknum á hverja 1000 íbúa á Ítalíu og í Grikklandi til innan við tveggja á hverja 1000 íbúa í Tyrklandi, Mexíkó og Kóreu**. Fjöldi starfandi lækna á íbúa var einnig tiltölulega lítill í Japan, Kanada, Bretlandi og Nýja-Sjálandi en þessi ríki hafa um árabíl beitt inntökustýringu í læknaþétt.
- **Læknar sem menntaðir eru erlendis eru umtalsverður hluti starfandi lækna í vissum ríkjum**. Árið 2000 var hlutur lækna sem menntaðir voru erlendis yfir 20% af öllum starfandi læknum í enskumælandi ríkjum eins og Nýja-Sjálandi, Bretlandi, Bandaríkjunum og Kanada. Á hinn bóginn var hlutfall lækna sem menntaðir voru erlendis, miklu minni í Japan, Austurríki og Frakklandi (Mynd 2.4). Flutningar fólks milli landa geta aukið sveigjanleika vinnumarkaðarins hvað snertir lækna og aðrar heilbrigðisstéttir í þeim löndum sem flutt er til en þegar um langvarandi flæði starfsfólks

frá lágtekjuríkjum til hátekjuríkja er að ræða vekur það alvarlegar áhyggjur um atgervisflóttu.

- Nýjar upplýsingar um **laun lækna** eru kynntar í þessari þriðju útgáfu af *Heilbrigðismálum í hnotskurn*. Í samanburði við verga landsframleiðslu á íbúa eru tekjur lækna talsvert breytilegar milli ríkja. **Til dæmis eru tekjur sjálfstætt starfandi sérfræðinga tiltölulega háar í Hollandi, Bandaríkjunum, Belgíu og Kanada.** Á hinn bóginn afla sérfræðingar í Ungverjalandi og Tékklandi (án tillits til þess hvort þeir eru launaðir eða sjálfstætt starfandi) tiltölulega minni tekna, miðað við verga landsframleiðslu á íbúa, en sérfræðingar í öðrum ríkjum (Mynd 2.9).
- Um þessar mundir er skortur á hjúkrunarfræðingum í langflestum OECD ríkjum. **Eins og með lækna er umtalsverður munur á fjölda hjúkrunarfræðinga milli OECD ríkja** en samanburður er annmörkum háður vegna þess hve mismunandi er hvaða stéttir hjúkrunarfólks eru meðtaldar. Á Írlandi, Íslandi og í Hollandi er fjöldi hjúkrunarfræðinga á íbúa mestur, eða yfir 13 hjúkrunarfræðingar á hverja 1000 íbúa árið 2003. Í Tyrklandi, Kóreu, Mexíkó og Grikklandi (Mynd 2.5) eru hins vegar innan við 4 hjúkrunarfræðingar á hverja 1000 íbúa. Á tímabilinu 1990 til 2003 óx tala hjúkrunarfræðinga á íbúa í flestum ríkjum OECD, þó ekki í Ástralíu, Kanada, Nýja-Sjálandi og Póllandi en þar fækkaði hjúkrunarfræðingum á íbúa (Mynd 2.6).
- Upplýsingar um **laun hjúkrunarfræðinga** eru aðeins tiltækar fyrir launaða hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum. Miðað við upplýsingar frá tylft ríkja eru hlutfallslegar tekjur hjúkrunarfræðinga, í samanburði við verga landsframleiðslu á íbúa, hæstar í Portúgal, og því næst í Ástralíu og Nýja-Sjálandi. Hlutfallslegar tekjur þeirra eru lægstar í Tékklandi og Ungverjalandi, ásamt Noregi (Mynd 2.11).
- Í sumum ríkjum hefur fólk látið í ljós áhyggjur af skorti á greiningar- eða meðferðarbúnaði þannig að unnt sé að tryggja aðgengi að nýjustu tækni tímanlega. **Tilvist greiningartækni, eins og tölvusneiðmynda- og segulómtækja hefur aukist á síðasta áratug í öllum OECD ríkjum.** Segulómtækjum, sem eru nýrri tæki en tölvusneiðmyndataeki, hefur fjölgað sérstaklega hratt frá 1990 (Tafla 2.8). Engu að síður er enn mikill munur á útbreiðslu þessarar lækningatækni og er fjöldi tölvusneiðmynda- og segulómtækja á íbúa langmestur í Japan. Fjöldi segulómtækja á íbúa er minnstur í Mexíkó, og þar á eftir í Póllandi, Slóvakíu og Tékklandi sem er ekki að undra miðað við hátt verð þessa búnaðar (Myndir 2.13 og 2.14).

Aukin áhersla á forvarnir gæti aukið möguleika á enn betri heilsu og jafnframt dregið úr álagi á heilbrigðiskerfið

- Gagnrýnt hefur verið hve heilbrigðiskerfi leggja mikla áherslu á meðferð sjúkra og sinni ekki nægjanlega forvörnum. Í reynd **eru aðeins um 3% af núverandi útgjöldum til heilbrigðismála í OECD ríkjunum varið að meðaltali til forvarna og opinberra lýðheilsuáætlana** (Mynd 3.12).
- Sýnt hefur verið fram á að ónæmisáðgerðir í æsku sé ein áhrifaríkasta og besta forvörnin til að draga úr barnasjúkdómum og dánartíðni barna. **Um tvö af hverjum þremur OECD ríkjum hafa náð að bólusetja um eða yfir 95% barna á hverjum tíma við**

barnaveiki, stífkrampa og kíghósta en það hlutfall er nauðsynlegt til að mynda almennt ónæmi íbúanna. Í um helmingi OECD ríkja er hlutfallið sambærilegt hvað varðar mislinga. Í sumum auðugri OECD ríkjum, miðað við verga landsframleiðslu á íbúa, svo sem Írlandi, Noregi og Austurríki er umfang bólusetningar gegn bæði barnaveiki og mislingum undir meðallagi (Mynd 2.21).

- Bólusetning gegn influensu hjá eldra fólki hefur orðið æ útbreiddari í OECD ríkjum á síðasta áratug sem leið til að koma í veg fyrir veikindi, innlagningu á sjúkrahús og aukna dánartíðni hjá þessum hópi íbúa sem er í meiri hættu á að fá alvarlega fylgikvilla influensu. **Árið 2003 var hlutfall bólusetningar eldra fólks gegn influensu á bilinu frá innan við 40% í Tékklandi, Slóvakíu og Ungverjalandi, til meira en 75% í Ástralíu, Kóreu og Hollandi.** Hlutfall bólusettra gegn influensu var einnig yfir 60% í flestum G7 ríkjum, að Japan og Þýskalandi undanskildum, þar sem innan við 50% aldraðra sögðust hafa verið bólusettir gegn influensu árið 2003 (Mynd 2.23).

Áhættuþættir varðandi heilsu eru að breytast

- **Mörg OECD ríki hafa náð eftirtektarverðum árangri á síðustu tveimur áratugum við að draga úr notkun tóbaks,** þrátt fyrir að hún sé enn aðalástæðan fyrir ótímabærum dauðsföllum. Minni notkun tóbaks má að stórum hluta rekja til stefnumótandi ákvarðana sem miða að því að draga úr notkun tóbaks með vitundarvakningu hjá almenningi, auglýsingabanni og aukinni skattlagningu. Hlutfall fullorðinna sem reykja daglega er nú innan við 20% í Ástralíu, Bandaríkjunum, Kanada og Svíþjóð, og hefur lækkað úr yfir 33% seint á áttunda áratugnum. Hins vegar reykja enn 33% fullorðinna daglega í Grikklandi, Lúxemborg og Ungverjalandi (Mynd 4.1).
- **Meðaláfengisneysla á hvern fullorðinn hefur einnig farið smám saman minnkandi í mörgum OECD ríkjum á síðustu tveimur áratugum.** Hömlur á auglýsingar, sölutakmarkanir og skattlagning hafa reynst árangursríkar aðferðir til að draga úr áfengisneyslu. Áfengisneysla á íbúa hefur minnkað umtalsvert frá árinu 1980 í hefðbundnum vínframleiðsluríkjum, eins og Ítalíu og Frakklandi, Á hinn bóginn jókst áfengisneysla á íbúa um meira en 40% á Írlandi (Myndir 4.6 og 4.7).
- Í mörgum OECD ríkjum **vex tíðni ofþyngdar og offitu barna og fullorðinna stórlega og er það að verða alvarlegt áhyggjuefni á sviði lýðheilsu.** Offita er þekktur áhættuþáttur meðal annars fyrir háþrýsting, hátt kólesteról, sykursýki, hjarta- og æðasjúkdóma, asma, liðagigt og nokkrar gerðir krabbameina. **Í eftirfarandi tíu OECD ríkjum eru meira en 50% fullorðinna nú skilgreind yfir kjörþyngd eða of feitir þ.e. í Bandaríkjunum, Mexíkó, Bretlandi, Ástralíu, Slóvakíu, Grikklandi, Nýja-Sjálandi, Ungverjalandi, Lúxemborg og Tékklandi (Tafla 4.6).**
- **Tíðni offitu hjá fullorðnum er frá 3% í Japan og Kóreu til 31% í Bandaríkjunum en offita felur í sér meiri áhættu heilsufarslega en að vera einfaldlega yfir kjörþyngd.** Þess skal þó getið að mat á tíðni ofþyngdar og offitu er í flestum ríkjum byggt á upplýsingum einstaklinganna sjálfra (sjálfgefnum) sem er ekki tilfellið í Bandaríkjunum, Ástralíu, Nýja-Sjálandi og Bretlandi þar sem matið er byggt á raunverulegum mælingum á hæð og þyngd fólks. Sjálfgefnar upplýsingar um hæð og þyngd eru ekki eins áreiðanlegar og raunverulegar mælingar, venjulega vegna vanmats á þyngd. Þetta þýðir

að í núverandi mati á tíðni offitu í flestum OECD ríkjum er raunveruleg tíðni offitu vanmetin vegna hlutdrægni aðferðarinnar við upplýsingaöflun (Myndir 4.12 og 4.13).

- **Offitu fylgir meiri hætta á langvinnum veikindum. Hún hefur því í för með sér verulegan viðbótarkostnað í heilbrigðisþjónustu.** Áætlanir frá Bandaríkjunum gefa til kynna að kostnaður við heilbrigðisþjónustu sé 36% hærri og lyfjakostnaður sé 77% hærri fyrir of feita einstaklinga en fyrir fólk af eðlilegri þyngd (Sturm, 2002). Það líða nokkur ár frá fyrstu merkjum um offitu þar til tengd heilsufarsvandamál koma í ljós, og það gefur til kynna að sú aukning offitu sem orðið hefur í flestum OECD ríkjum á síðustu tveimur áratugum leiði til aukins kostnaðar við heilbrigðisþjónustu í framtíðinni.

© OECD 2005

Þessi útdráttur er ekki opinber OECD þýðing.

Eftirprentun þessa útdráttar er leyfileg, að því tilskildu að getið sé höfundarréttar OECD og titils upprunalegu útgáfunnar.

Fjölmörg útdrættir eru þýdd ágríp af útgáfum OECD sem upphaflega voru gefnar út á ensku og frönsku.

Þeir eru fáanlegir án endurgjalds í netbókaverslun OECD
www.oecd.org/bookshop//

Hafið samband við Réttinda- og þýðingareiningu OECD, framkvæmdanefnd fjölmiðlunar og almannamálefna ef frekari upplýsinga er þörf.

rights@oecd.org

Bréfsími: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

Heimsækið vefsíðu okkar www.oecd.org/rights/

