OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Hungarian

Olvassa el a teljes könyvet az alábbi témában: 10.1787/9789264183896-en

Összefoglalás magyarul

ÖSSZEFOGLALÓ

Az európai országok az elmúlt évtizedekben nagy előrelépést tettek a népesség egészsége terén. A születéskor várható élettartam az Európai Unió (EU) tagállamaiban 1980 óta több mint 6 évvel nőtt, 2010-ben elérte a 79-et, miközben a korai halálozás jelentős mértékben csökkent. Ezen évek több mint háromnegyede várhatóan az aktivitás korlátozása nélkül élhető le. A várható élettartam növekedése a jobb élet- és munkakörülményekkel, valamint bizonyos, az egészségre kiható magatartásformákkal magyarázható, de köszönhető még az ellátásokhoz való könnyebb hozzáférésnek és az ellátás minőségének, ezt mutatja például a szívroham vagy agyvérzés utáni halálozási arány jelentős csökkenése.

Az egészségügyben elért számos javulás jelentős költségvonzattal járt. 2009-ig Európa országaiban a kiadások az egészségügyben nagyobb ütemben növekedtek, mint a gazdaság egyéb területein, és az egészségügyi ágazat a bruttó hazai termék (GDP) egyre növekvő hányadát kötötte le. 2008-ban a pénzügyi és gazdasági válság kibontakozását követően sok európai országban csökkentették az egészségügyi kiadásokat azon széles körű erőfeszítések részeként, hogy a nagy költségvetési hiány és növekvő GDP-arányos államadósság mellett is lehetséges legyen az ország irányítása. Habár ezek a csökkentések elkerülhetetlenek voltak, néhány intézkedés hatással lehet az egészségügyi rendszerek alapvető céljainak megvalósítására. Ezért fontos az egészség, valamint az egészségügyi rendszerek mutatóinak folyamatos figyelemmel kísérése; jelzi a változó gazdasági körülményeknek és az egészségügyi szakpolitikai intézkedéseknek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre, a minőségre és egészségügyi eredményekre gyakorolt lehetséges rövid és hosszú távú hatásait.

A "Health at a Glance: Europe" ("Egészségügyi pillanatkép Európában") második kiadása: ismerteti Európa 35 országában az egészségügy és az egészségügyi rendszerek kiválasztott mutatóinak legfrissebb összehasonlító adatait – az Európai Unió 27 tagállamában, öt tagjelölt országban és három EFTA országban – 2010-ig bezárólag. A mutatók kiválasztásának alapjául az európai közösségi egészségügyi mutatók (ECHI) szolgáltak, amelyeket az Európai Bizottság fejlesztett ki támpontként az egészségügyi statisztikák fejlesztéséhez és a kapcsolódó jelentéstételhez. Ezenfelül a kiadvány részletes információkat nyújt az egészségügyi kiadások és a finanszírozás terén jelentkező tendenciákról az OECD, az Eurostat és a WHO éves közös egészségügyi számlák kérdőívének eredményeinek felhasználásával. Tartalmaz egy új, az egészségügyi ellátás minőségéről szóló fejezetet is, amely tükrözi az OECD egészségügyi ellátás minőségi mutatói nevű projekt keretén belül tett előrelépést. Az ebben ismertetett adatok nagyrészt a hivatalos nemzeti statisztikákból származnak, amelyeket vagy külön-külön, vagy az OECD-vel, az Eurostattal vagy a WHO európai szervezetével együttműködve gyűjtöttek, valamint több országra kiterjedő felmérésekből, mint például az iskoláskorú gyermekek életmódjának egészséges vagy egészségtelen voltáról szóló tanulmányból.

"A Health at a Glance: Europe 2012" ("Egészségügyi pillanatkép Európában ¬2012"): Európa országaiban öt átfogó témakörben ismerteti a tendenciák időbeli alakulását és a felmerülő különbségeket: 1) a népesség egészségi állapota; 2) az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők; 3) az egészségügyi ellátás rendszereinek erőforrásai és tevékenységei; 4) a krónikus és akut állapotok

ellátásának minősége; valamint 5) egészségügyi kiadások és finanszírozási források. A különbségeket valamelyest meg is indokolja a jelentés, háttér-információkat szolgáltatva ezzel a további kutatások és elemzések számára az ilyen eltérések mögöttes okainak jobb megértése érdekében, és szakpolitikai lehetőségeket dolgoz ki a jobb eredményeket elérő országoktól való különbségek csökkentése céljából. Sok mutató biztosít országonkénti lebontást nemek és életkor szerint, és néhány tovább van bontva bevétel vagy végzettségi szint szerint. E mutatók szerint ugyanannyi eltérés lehetséges egy országon belül a nemzeti szintnél alacsonyabb régiók, a társadalmi-gazdasági csoportok vagy etnikai/faji csoportok szintjén, mint országok közötti szinten.

Az egészségi állapot jelentős mértékben javult Európa országaiban annak ellenére, hogy a különbségek továbbra is megmaradtak.

- A születéskor várható élettartam az Unió tagállamaiban 1980 és 2010 között több mint 6 évvel nőtt. Az Európai Unióban a születéskor várható átlagos élettartam a 2008 és 2010 közötti három éves időszakban férfiak esetében 75,3 év, nők esetében 81,7 év volt. A várható élettartam a nők esetében Franciaországban volt a legnagyobb (85 év), a férfiak esetében pedig Svédországban (79,4 év). A nők születéskor várható élettartama az Unióban Bulgáriában és Romániában volt a legalacsonyabb (77,3 év), a férfiaké pedig Litvániában (67,3 év). Az Unió tagállamai között a születéskor várható legmagasabb és legalacsonyabb várható élettartam közötti eltérés nők esetében közel 8 év, férfiak esetében 12 év (1.1.1 ábra).
- Az Európai Unióban a születéskor várható, egészségben eltöltött életévek, azaz az aktivitás korlátozása nélkül leélt évek száma 2008 és 2010 között nők esetében 62,2, férfiak esetében 61 év volt. A nemek közötti eltérés itt sokkal kisebb, mint a várható élettartam esetében, ami azt mutatja, hogy a nők életének nagyobb hányada telik aktivitásuk valamiféle korlátozása mellett. A születéskor várható, egészségben eltöltött életévek száma a nők esetében Máltán, a férfiak esetében pedig Svédországban volt a legtöbb, és a Szlovák Köztársaságban volt a legkevesebb mind a nők, mind a férfiak esetében. (1.1.1. ábra).
- Európa országaiban a 65 éves korban várható élettartam is lényegesen megnőtt: ez az Európai Unióban 2008 és 2010 között a férfiak esetében átlagosan 16,5 év, a nők esetében 20,1 év. A születéskor várható élettartamhoz hasonlóan a 65 éves korban várható élettartam szintén Franciaországban volt a leghosszabb a nők esetében (23,2 év), de a férfiak esetében is (18,7 év). A 65 éves korban várható élettartam az Európai Unióban a nők esetében Bulgáriában volt a legrövidebb (16,9 év), a férfiak esetében pedig Lettországban (13,2 év) (1.2.1. ábra)
- A várható élettartam továbbra is nagyon egyenlőtlenül oszlik meg az egyes társadalmi-gazdasági csoportok között. A magasan képzett személyek nemüktől függetlenül valószínűleg tovább élnek; a Cseh Köztársaságban például egy 65 éves, magasan képzett férfi várhatóan hét évvel tovább él, mint egy vele azonos korú alacsonyan képzett férfi (1.2.3. ábra).
- A várható élettartam országok közötti eltéréseit befolyásoló, számos egészségügyi és nem egészségügyi tényező szerepét nehéz felbecsülni. A magasabb nemzeti jövedelem általában összefüggésben van a hosszabb (egészséges) várható élettartammal, bár ez az összefüggés a magasabb jövedelmi kategóriákban kevésbé kifejezett, azaz kevésbé „térül meg” (1.1.2. ábra).
- Egyre elterjedtebbek az olyan krónikus betegségek, mint a cukorbetegség, az asztma és a demencia, aminek oka vagy a jobb diagnózisban, vagy pedig az alapbetegségek gyakoribb előfordulásában keresendő. Az Európai Unióban 2011-ben a 20 és 79 év közöttiek több mint 6%-a, vagyis 30 millió ember volt cukorbeteg (1.14.1. ábra). A krónikus betegségek jobb kezelése sok uniós országban már az egészségpolitika prioritásai közé tartozik.

Változnak az egészségre ható kockázati tényezők

- A legtöbb európai országban csökkent a dohányáruk fogyasztása, ami a figyelemfelkeltő kampányoknak, a reklámtilalmaknak és a magasabb adóztatásnak tulajdonítható. Svédországban és Izlandon a napi rendszerességgel dohányzó felnőttek aránya 15% alatt van, szemben az 1980-as 30%-os adattal. A skála túlsó végén Görögország található, ahol 30% feletti a napi rendszerességgel dohányzó felnőttek aránya. Bulgáriában, Írországban és Lettországban továbbra is magas a dohányzók aránya (2.5.1. ábra).

- Sok európai országban az alkoholfogyasztás is csökkent. A reklámozás visszaszorítása, az értékesítés korlátozása és az adóztatás mind hatékony módszernek bizonyultak. A hagyományosan bortermelő országok, mint Franciaország, Olaszország és Spanyolország esetében az egy főre jutó fogyasztás 1980 óta jelentősen csökkent. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás több országban – beleértve Ciprust, Finnországot és Írországot – jelentősen emelkedett (2.6.1. ábra).
- Az Európai Unió országaiban a felnőtt lakosságnak már 52%-a túlsúlyos, ebből 17% elhízottnak tekinthető. A 27 tagú Unió tagországai közül a túlsúlyosak aránya országos szinten 18 országban 50% felett van. Ezek az arányok Franciaországban, Olaszországban és Svájcban alacsonyabbak, habár ezekben az országokban is emelkedés tapasztalható. Az elhízás gyakorisága – amely az egészségre nagyobb kockázatot jelent, mint a túlsúly – 8%-tól (Románia és Svájc) 25%-ig (Magyarország és az Egyesült Királyság) terjed. Több európai országban 1990 óta duplájára nőtt az elhízottság aránya (2.7.2. ábra). Az elhízottság növekedése váltakozó mértékben minden népességi csoportot érint. Az elhízottság gyakoribb a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok és különösen nők esetében.

Az egy főre jutó orvosok és nővérek száma majdnem minden országban magasabb, mint valaha, de a jelenlegi és a jövőben várható orvos- és nővérhiány aggodalomra ad okot

- Az egészségügyi ellátáshoz való megfelelő hozzáférés biztosítása minden uniós tagország alapvető politikai célja. Ez többek között azt követeli meg, hogy megfelelő számú egészségügyi szolgáltató legyen a megfelelő helyeken, akik el tudják látni a népesség szükségleteit. Sok országban aggodalomra ad okot az orvosok és nővérek számának csökkenése annak ellenére, hogy az egészségügyi közkiadások jelenlegi csökkentése miatt – legalábbis időszakosan – a kereslet is csökkent.
- 2000 óta az egy főre jutó orvosok és nővérek száma majdnem minden uniós tagállamban növekedett. Az orvosok száma az Európai Unióban átlagosan a 2000-es 1 000 főre eső 2,9-ről 2010-ben 3,4-re emelkedett. A növekedés különösen gyors volt Görögország és az Egyesült Királyság esetében (3.1.1. ábra).
- Az általános orvosok és a szakorvosok aránya majd minden országban olyan irányban változott, hogy jelenleg több a szakorvos (3.1.2. ábra) Ennek magyarázata a hagyományos „családi orvoslási” gyakorlat iránti érdeklődés csökkenése lehet, és ehhez járul még az általános és a szakorvosok között a díjazás tekintetében tapasztalható eltérés. Az általános orvosok számának lassú növekedése, illetve csökkenése több országban aggodalomra ad okot bizonyos népességi csoportoknak az alapellátáshoz való hozzáférése tekintetében.
- Szintén aggasztó a nővérek számának lehetséges csökkenése, amely a jövőben fokozódni fog, mivel egyre nő a nővérek iránti igény, és ahogyan idősödik a „baby boom” generáció, a nővérek körében valóságos nyugdíjazási hullámok tapasztalhatók. Az elmúlt évtized során az egy főre jutó nővérszám majdnem minden uniós országban emelkedett (3.3.1. ábra). A növekedés különösen nagy volt Dániában, Franciaországban, Portugáliában és Spanyolországban. Néhány, a gazdasági válság által leginkább érintett országban azonban csökkent az alkalmazott nővérek száma. Észtországban 2008-ig nőtt a nővérek száma, azóta viszont csökkent, 2008-ban az 1 000 főre jutó nővérszám 6,4 volt, míg 2010-ben csak 6,1.

Az ellátás minősége a legtöbb európai országban javult, habár minden ország javíthat a krónikus betegségekben szenvedők elkerülhető kórházi beutalásának terén

- Minden jelentéstevő európai országban előrelépés tapasztalható az olyan életveszélyes betegségek kezelésében, mint a szívroham, az agyvérzés és a rák. A szívinfarktusos (heveny szívizomelhalás) betegek kórházi felvételét követő halálozási aránya 2000 és 2009 között majdnem 50%-al (4.3.3. ábra), az agyvérzéses betegek esetében több mint 20%-al (4.4.3. ábra) csökkent. Ez

a javulás az akut ellátás javulását, és egyes országokban, mint Dánia és Svédország esetében a speciális, agyvérzés-ellátásra szakosodott egységekhez való jobb hozzáférést tükrözi.

- A rákos megbetegedések különféle típusainak a túlélési aránya a legtöbb országban szintén javult, ami a korábbi felismerésre és a kezelés nagyobb hatékonyságára vezethető vissza (4.7.2. és 4.8.2. ábra) Míg a mellrák túlélési aránya a Cseh Köztársaságban és Szlovéniában 80% alatt marad, az 1997 és 2002 közötti és a 2004 és 2009 közötti időszakban több mint 10 százalékponttal nőtt. Ebben a két országban a vastagbélrák túlélési arányának terén is lényeges előrelépés tapasztalható (4.9.2. ábra).
- Az egészségügyi alapellátás minősége nehezebben kísérhető figyelemmel, mert ezen a területen a legtöbb országban kevesebb adat áll rendelkezésre, mint kórházi szektorban. Az elkerülhető kórházi beutalás gyakran használt mutató az alapellátáshoz való hozzáférés problémája vagy az ellátás minősége és folytonossága esetén. Általános egyetértés uralkodik a tekintetben, hogy az asztma és a cukorbetegség a súlyosbodás és a költséges kórházi ellátás elkerülése érdekében nagyrészt ellátható megfelelő alapellátási beavatkozások által. Míg az asztma miatti kórházi beutalások száma bizonyos országokban alacsony, más országokban, mint a Szlovák Köztársaságban, magas (4.1.1. ábra). Minden európai országban túl sok a kontrollálatlan cukorbetegség miatti kórházi beutalás (4.2.1. ábra).

Sok európai országban lassult vagy csökkent az egészségügyi kiadások növekedése

- Az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedése – visszafordítva a folyamatos növekedés irányvonalát – 2010-ben majdnem minden európai országban reálértéken lassult vagy csökkent. A gazdasági válság által leginkább érintett országokban (pl. Észtországban, Izlandon) már 2009-ben elkezdték csökkenteni a kiadásokat, amit 2010-ben a növekvő költségvetési nyomás és a GDP-arányos államadósság növekedésének hatására nagyobb mértékű csökkenés követett. Az Unióban az egy főre jutó egészségügyi kiadások 2000 és 2009 között reálértéken átlagosan évi 4,6%-al nőttek, ezt 2010-ben 0,6%-os csökkenés követte (5.2.2. ábra).
- Az egészségügyi közkiadások csökkenését olyan intézkedések sorával sikerült elérni, mint a munkabérek és/vagy a foglalkoztatás szintjének csökkentése, bizonyos szolgáltatások és gyógyszerek háztartások általi közvetlen megfizettetése és a kórházak költségvetésének súlyos megszorítása. A hatékonyság terén előrelépést jelentett a kórházak összevonása illetve a fekvőbeteg-ellátás helyett a járóbeteg-ellátásra és az ambuláns sebészetre történő gyorsított áttérés.
- Az egészségügyi kiadások negatív növekedése 2010-ben sok uniós tagországban az egészségügy GDP-ben betöltött részarányának állandósulását vagy kismértékű csökkenését eredményezte. Az Unió tagállamaiban az egészségügyi kiadások GDP-ben betöltött részaránya 2010-ben átlagosan 9% (nem súlyozott) volt (5.3.1. ábra), ami a 2000-es 7,3%-hoz képest növekedést, de a 2009-es 9,2%-os csúcshoz képest enyhe csökkenést jelent.
- Az egészségügyi kiadások GDP-ben betöltött részaránya 2010-ben Hollandiában volt a legnagyobb (12%), ezt követte Franciaország és Németország (mindkettő 11,6%-kal). Az egy főre eső egészségügyi kiadások tekintetében az Unió tagállamai közül Hollandia (3 890 euró), Luxemburg (3 607 euró) és Dánia (3 439 euró) költötték a legtöbbet. Őket Ausztria, Franciaország és Németország követte több mint 3 000 euró/fő értékkel. E célra Bulgária és Románia költötte a legkevesebbet, körülbelül 700 eurót.
- Ciprus kivételével minden európai országban az állami szektor képviseli az egészségügyi ellátás fő forrását (5.6.1. ábra). 2010-ben az uniós tagállamokban az egészségügyi kiadásoknak átlagosan majdnem háromnegyede (73%) volt államilag finanszírozott. Az állami finanszírozás aránya Hollandiában, a skandináv országokban (Finnország kivételével), Luxemburgban, a Cseh Köztársaságban, az Egyesült Királyságban és Romániában több mint 80%-os. Ez az arány Cipruson (43%), valamint Bulgáriában, Görögországban és Lettországban volt a legalacsonyabb (55–60%).
- A gazdasági válság néhány országban kihatással volt az állami és a magánfinanszírozás arányára. Néhány áru és szolgáltatás esetében csökkentették az állami kiadásokat, és emellett gyakran növelték a háztartások által közvetlenül kifizetett hányadot. Írországban 2008 és 2010 között az egészségügyi kiadások állami finanszírozása majdnem 6 százalékponttal csökkent, jelenleg

70%-on áll, miközben a háztartások közvetlen kifizetései nőttek. Bulgáriában és a Szlovák Köztársaságban is jelentős megszorítások voltak.

- Az állami finanszírozás után a legtöbb országban az egészségügyi kiadások finanszírozásának fő forrása a közvetlen kifizetés. A magánbiztosítókon keresztül történő finanszírozás csak kevés országban játszik jelentős szerepet. 2010-ben a közvetlen kifizetések aránya Cipruson (49%), Bulgáriában (43%) és Görögországban (38%) volt a legmagasabb. A legalacsonyabb Hollandiában (6%), Franciaországban (7%) és az Egyesült Királyságban (9%) volt. Ez az arány az elmúlt évtizedben körülbelül az uniós tagállamok felében emelkedett, leginkább Bulgáriában, Cipruson, Máltán és a Szlovák Köztársaságban (5.6.3. ábra).
- A gazdasági válság és a növekvő költségvetési korlátok sok európai ország egészségügyi rendszerére újabb nyomást gyakoroltak. Néhány, a válság által leginkább érintett ország az egészségügyi közkiadásokat csökkentő intézkedéssorozatot vezetett be. Fontos lesz közvetlen figyelemmel kísérni az intézkedéseknek az európai országok egészségügyi rendszereinek alapvető céljaira mint az ellátáshoz való megfelelő hozzáférésre és a minőségi ellátásra gyakorolt rövid és hosszú távú hatását.

This translation was undertaken by the European Commission.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

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

Visit our website www.oecd.org/rights

Olvassa el a teljes angol nyelvű verziót az OECD online könyvtárában, az OECD iLibrary-n!!

© OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en