

# OECD *Multilingual Summaries*



## **Health at a Glance: Europe 2010**

*Summary in Hungarian*

*Összefoglalás magyarul*

## Összefoglaló

Az utóbbi néhány évtized során az európai országokban a lakosság egészségi állapota jelentős mértékben javult. Az Európai Unió (EU) országaiban a születéskor várható élettartam 1980 óta hat évvel emelkedett, az idő előtti elhalálozások száma pedig jelentősen csökkent. Az élet- és munkakörülményekben, illetve néhány egészséggel kapcsolatos viselkedésben végbement kedvező változás nagymértékben hozzájárult az élethossz megnövekedéséhez, de az orvosi ellátás fejlődésének is jelentős szerepe van ebben. Az európai országok egészségügyi rendszerei egyre nagyobbak és összetettebbek, az egészségügyi ellátásra pedig még soha nem fordítottak ennyit; ez a ráfordítás a nemzeti jövedelem egyre nagyobb hányadát teszi ki.

*A Pillanatkép az egészségügyről: Európa* első kiadása, amely a Európai Bizottság és az OECD régóta folyó hathatós együttműködésének eredményeképpen jött létre, 31 európai ország – az Európai Unió 27 tagállama mellett Izland, Norvégia, Svájc és Törökország – egészségi állapotának és egészségügyi rendszerének legfontosabb indikátorait mutatja be. Az indikátorokat az európai közösségi egészségügyi mutatók (ECHI) listájáról választották ki, amely listát az Európai Bizottság azért készítette el, hogy az egészségügyi statisztikákhoz és jelentések készítéséhez útmutatást adjon (Európai Bizottság, 2010a). A jelentésben azonban számos indikátor eltér az ECHI meghatározásától, egyrészt az adatok minősége vagy elérhetősége miatt, másrészt néhány esetben az ECHI indikátorok még az alkalmazásra nem állnak készen. Az OECD megbízható adatgyűjtésére és a területen szerzett tapasztalatára építve a kiadvány részletes képet ad az egészségügyi kiadásokról és azok finanszírozásáról. A kiadványban elsősorban a hivatalos nemzeti statisztikák adatai jelennek meg, amelyeket az *OECD egészségügyi adatok (OECD Health Data)*, valamint az *Eurostat statisztikai adatbázisa (Eurostat Statistics Database)*, továbbá a *WHO – Európa egészségi állapotáról mindenkinek (WHO Europe's Health for All Database)* elnevezésű adatbázisa gyűjtött össze.

*A Pillanatkép az egészségügyről: Európa 2010* jelentésből is látható, hogy az európai országok között jelentősek az eltérések a népesség egészségügyi állapota, az egészségügyi kockázati tényezők, az egészségügyi rendszerek bemeneti és kimeneti pontjai és mutatói, valamint az egészségügyi kiadások mértéke, továbbá a finanszírozási források terén.

A jelentés bizonyos mértékben megmagyarázza az eltérések okát, háttér információt nyújt az okok megértéséhez, és ezzel hozzájárul az országok közötti különbségek csökkentését célzó szabályozási lehetőségek kialakításához. Hangsúlyozzuk, hogy bár a népesség felosztása nem és kor szerint megtörténik, a kiadványban általában az országokon belüli régiókra, társadalmi-gazdasági csoportokra, illetve etnikai/faji csoportokra vonatkozóan részletes adat nem szerepel. Kérjük, hogy vegyék figyelembe azt is, hogy számos indikátor esetében egy országon *belül* is lehet annyi eltérés, mint az egyes országok *között*.

---

*Az európai status országok egészségi állapota látványosan javult, bár továbbra is jelentős eltérések mutatkoznak*

---

- Az uniós országokban a születéskor várható élettartam 1980-hoz képest hat évvel megemelkedett, 2007-ben elérte a 78 évet. A 27 uniós tagállam átlagában a születéskor várható élettartam a 2005-2007 közötti hároméves időszakban férfiak esetében 74,3 év, míg nők esetében 80,8 év volt. Franciaországban volt a legmagasabb a nők születéskor várható élettartama (84,4 év), míg a férfiak esetében ugyanez Svédországban volt a legmagasabb

(78,8 év). A születéskor várható élettartam az Európai Unióban nők esetében Romániában volt a legalacsonyabb (76,2 év), férfiak esetében pedig Litvániában (65,1 év). A legalacsonyabb és a legmagasabb születéskor várható élettartam között körülbelül nyolc év különbség van a nők és tizennégy év a férfiak esetében.

- Jelentős kihatása van az európai egészségügyi, illetve hosszú távú ellátást nyújtó rendszerekre, hogy a születéskor várható élettartam növekedésével az egészségben eltöltött élettartam növekedik-e meg. A születéskor várható egészségben eltöltött életek száma jelöli azon életek számát, amelyek során az adott személy mindennapi tevékenységét nem korlátozza valamilyen körülmény vagy egészségügyi probléma. A 2005-2007-es időszakban a születéskor várható egészségben eltöltött életek száma nőknél 61,3 év, férfiaknál pedig 60,1 év volt átlagban az Európai Unióban. A nemek közötti eltérés itt sokkal kisebb, mint a születéskor várható élettartam esetében, ebből levonhatjuk azt a következtetést, hogy a nők életének nagyobb részében van jelen valamilyen tevékenységet korlátozó tényező. A születéskor várható egészségben eltöltött életek száma 2005-2007 között a legmagasabb Máltán volt, mind a férfiak, mind a nők esetében, a legalacsonyabb pedig nők esetében Lettorszában, férfiaknál pedig Észtorszában.

- A 65 éves korban várható élettartam az utóbbi évtizedekben szintén jelentősen megnövekedett az európai országokban. A 2005-2007 közötti időszakban az unió 27 országában az átlag 15,9 év volt a férfiaknál és 19,5 a nőknél. Ahogy a születéskor várható élettartam esetében is, a 65 éves korban várható élettartam esetében is Franciaország áll a lista élén, 22,6 év a nőknél, 18,1 év pedig a férfiaknál. A 65 éves korban várható élettartam Kelet-Európában volt a legalacsonyabb – Lettorszában a férfiak (12,7 év), Bulgáriában a nők (16,3 év) számára.

- A 65 éves korban várható egészségben eltöltött életek száma esetében – csakúgy, mint a születéskor várható élettartamnál – a nemek közötti eltérés sokkal kisebb, mint a várható élettartam esetében. A 2005 és 2007 közötti időszak a férfiaknak jobban kedvezett, esetükben 8,4 év, a nők esetében pedig 8,1 év volt ez a tartam.

- A számos – a várható (egészséges) élettartam egyes variációit valószínűleg befolyásoló – orvosi, illetve nem orvosi jellegű tényező hozzáadott értékét nehéz megbecsülni. Az európai országokban általános az a nézet, hogy magasabb nemzeti jövedelem esetén magasabb a várható élettartam is, bár ez az összefüggés már nem annyira egyértelműen látszik a magasabb nemzeti jövedelmek esetében; egy bizonyos szint felett már „csökkenő megtérülésről” árulkodik. Más egészséget befolyásoló tényezők is fontos szerepet játszanak.

---

#### *Az egészségre ható kockázati tényezők változnak*

---

- Sok uniós tagállam igen jelentős fejlődést ért el a dohányfogyasztás csökkentése terén, ami azonban még mindig az idő előtti elhalálozás vezető okozója. E fogyasztásbeli csökkenés jelentős részben olyan uniós, illetve a nemzeti szintű szabályozások eredménye, amelyek a társadalmi tudatosság fokozására irányuló kampányokat, a reklámozási tilalmat és a nagyobb adókat támogatják. Az 1980-as 30 %-ról kevesebb mint 18 %-ra csökkent Svédországban és Izlandon a naponta dohányzó felnőttek aránya. Görögországban azonban a felnőttek majdnem 40 %-a továbbra is naponta dohányzik. A dohányzók aránya relatíve magas Bulgáriában, Írorszában és Hollandiában is.

- Az elmúlt három évtizedben az alkoholfogyasztás is visszaszorult sok európai országban. A reklámozás korlátozása, az értékesítés terén alkalmazott megszorítások és az adóztatás az alkoholfogyasztás mérséklésében hatékony eszköznek bizonyultak. A hagyományos bortermelő országokban – például Olaszország, Franciaország vagy Spanyolország – azt tapasztalták, hogy 1980 óta az egy főre jutó alkoholfogyasztás jelentős mértékben csökkent. Másrészt viszont több más országban a fogyasztás jelentős mértékben megnövekedett, például Írorszában, az Egyesült Királyságban és néhány északi-európai országban.

- Az Európai Unióban a felnőtt népességnek több mint a fele túlsúlyos, illetve elhízott. Ez az arány mind az EU-15-ök, mind pedig az EU-27-ek esetében érvényes. Az elhízottság – amely nagyobb egészségügyi kockázattal jár, mint a túlsúly – előfordulási gyakorisága változó, a kevesebb mint 10 %-os romániai, svájci és olasz értéktől az Egyesült Királyságban, Írországban, Máltán és Izlandon előforduló 20 % feletti arányig terjed. Átlagosan az uniós országok felnőtt lakosságának 15,5 % -a elhízott.
- Az elhízottak aránya az elmúlt húsz évben több mint a kétszeresére nőtt a legtöbb olyan uniós országban, ahol erre vonatkozóan adatok állnak rendelkezésre. E gyors növekedésben egyáltalán nem játszik szerepet, hogy az elhízottak aránya két évtizeddel ezelőtt mekkora volt. Hollandiában és az Egyesült Királyságban az elhízottak száma több mint kétszeresére nőtt 1998 és 2008 között, mégha Hollandiában az elhízottak aránya jelenleg kevesebb is, mint a fele az egyesült királyságbelinek.
- Mivel az az általános vélekedés, hogy az elhízottság révén a krónikus betegségek kialakulásának a kockázata is megnő, ezért az elhízottsághoz jelentős többlet egészségügyi kiadások társulnak. Egy a közelmúltban Angliában készült tanulmány becslése szerint a túlsúly és az elhízottság miatt jelentkező kiadások 2007 és 2015 között 70 %-kal is növekedhetnek, és ez 2025-re 2,4-szeres értéket jelent (Foresight, 2007).

---

*Az egészségügyben dolgozók  
terén jelentkező hiány sok  
országban problémákat okoz*

---

- Sok európai ország küzd orvoshiánnyal. Az egy főre jutó orvosok száma területenként eltérő, Törökországban a legkisebb, majd Lengyelország és Románia következik. Az Egyesült Királyságban és Finnországban is relatíve kevés az orvos.
- Az egy főre jutó orvosok száma a Szlovák Köztársaságot kivéve minden európai országban nőtt 2000 óta. Az 1 000 főre jutó orvosok száma 2000-ben 3,0 volt, és ez átlagban 3,3-re emelkedett 2008-ra. Különösen gyorsan emelkedett ez a szám Írországban, körülbelül 50 %-os növekedést mutat. E növekedés nagy részben külföldön végzett orvosok felvételének volt köszönhető, ebben az időszakban a külföldön végzett orvosok aránya háromszorosára nőtt. Ehhez hasonló módon az Egyesült Királyságban 2000 és 2008 között az 1 000 főre jutó orvosok aránya 30 %-kal nőtt, 2,0-ről 2,6-re.
- Ezzel ellentétben Franciaországban és Olaszországban lényegében 2000 óta nem nőtt az egy főre jutó orvosok száma. Olaszországban az 1980-as és '90-es években csökkentették az orvosi egyetemre felvehető hallgatók számát, ennek következtében az egy főre jutó orvosok száma 2002-ben volt a legtöbb, azóta azonban csökken. Franciaországban 2005-ben érte el ez a szám a csúcspontot, a csökkenés pedig várhatóan még az elkövetkező tíz évben is tartani fog.
- Az elmúlt években szinte mindegyik országban megváltozott a házi orvosok és a szakorvosok aránya, a szakorvosok száma sokkal gyorsabban nő; ennek következtében a legtöbb országban – Románia és Portugália kivételével – több a szakorvos, mint a házi orvos. Ezt részben a házi orvosi tevékenység végzésének csökkent vonzereje, részben pedig a bérezésben jelentkező, egyre növekvő különbségek magyarázzák. Az egy főre jutó házi orvosok számának lassú növekedése, illetve csökkenése az alapellátáshoz jutás területén okozhat problémákat. Több országban igyekeznek módot találni arra, hogy a házi orvosi pályát ismét vonzóvá tegyék, megpróbálkoznak továbbá a többi egészségügyi szolgáltató – például az ápolók – feladatkörének bővítésével.

- Sok európai országban probléma az ápolóhiány is. Az ápolók hagyományos szerepköre megváltozott, hiszen nemcsak kórházakban, tartós ápolás-gondozást biztosító intézményekben nyújtanak egészségügyi ellátást, hanem egyre növekvő arányban az alapellátásban is, különösen a krónikus megbetegedésben szenvedőkről való gondoskodás, illetve az otthoni betegápolás területén. 2008-ban Finnországban, Izlandon, Írországban és Svájcban 1 000 főre 15 ápoló jutott, és ez a szám nem sokkal volt kisebb Dániában, illetve Norvégiában. Legkevesebb ápolója Törökországnak volt, őt követte Görögország, Bulgária majd Ciprus – itt kevesebb mint öt ápoló jutott 1 000 főre.
- Az egy főre jutó ápolók száma Litvániát és a Szlovák Köztársaságot kivéve minden európai országban nőtt 2000 óta. A növekedés különösen jelentős volt Portugáliában, Spanyolországban, Franciaországban és Svájcban.

---

*A növekvő egészségügyi kiadások  
túlzottan megterhelik az állami  
költségvetést*

---

- Az egészségügyi kiadások minden európai országban megnövekedtek, gyakran ez a növekedés gyorsabb volt, mint a gazdaság növekedése, ennek eredményeképpen a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások aránya megnőtt. Az uniós országok az 1998-as 7,3 % helyett 2008-ban átlagosan már a GDP-jük 8,3 %-át költötték az egészségügyre. A GDP-nek az egészségügyi kiadásokra fordított aránya igen eltérő az egyes országokban, Ciprus és Románia kevesebb mint 6 %-ot, míg Franciaország, Svájc, Németország és Ausztria több mint 10 %-ot áldoz e célra.
- Néhány országban az utóbbi időben tapasztalható gazdasági visszaesés miatt az egészségügyi kiadások aránya jelentős mértékben megnőtt a GDP-hez viszonyítva. Írországban a 2007-es 7,5 %-ról 2008-ra 8,7 %-ra nőtt a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások aránya; Spanyolországban pedig 8,4 %-ról 9,0 %-ra emelkedett.
- Az európai országok közül 2008-ban körülbelül 4 300 euróval Norvégia költötte egy főre vetítve a legtöbbet az egészségügyre. Svájc, Luxemburg és Ausztria volt a következő legtöbbet költő ország. A legtöbb észak- és nyugat-európai ország fejenként 2 500-3 500.- eurót (vásárlóerő-paritáson számolva) fordít az egészségügyre, amely 10-60 %-kal meghaladja az uniós átlagot. Az uniós átlagnál kevesebbet pedig kelet-, illetve dél-európai országok költenek, mint például Törökország, Románia, Bulgária, Lengyelország és Magyarország.
- Az egy főre jutó egészségügyi kiadás pozitív korrelációt mutat az egy főre jutó GDP összegével, bár ez az összefüggés az alacsony egy főre jutó GDP-vel rendelkező európai országokban jobban megfigyelhető. Még a hasonló mértékű egy főre jutó GDP-vel rendelkező országok esetében is alapvetőek az eltérések az egészségügyi kiadások terén. Spanyolország és Franciaország egy főre jutó GDP-je hasonló, Spanyolország mégis a francia ráfordítás 80 %-ánál kevesebbet költ az egészségügyre.
- Az egészségügyi rendszereket sokszor bírálják azért, mert túlzottan a „betegellátást” állítják a középpontba: a betegek kezelését végzik, de nem tesznek eleget a betegségek megelőzése terén. Az uniós országokban átlagosan a jelenlegi egészségügyi kiadásoknak hozzávetőleg csak 3 %-át fordítják megelőzésre és közegészségügyi programokra.
- Ciprus kivételével az európai országokban az egészségügyi finanszírozás fő forrása az állami szféra. 2008-ban átlagosan az összes egészségügyi kiadás majdnem háromnegyed részét az állam finanszírozta általános adóbevételekből, illetve társadalombiztosítási hozzájárulásokból. Luxemburgban, a Cseh Köztársaságban, az észak-európai országokban (Finnországot kivéve), az Egyesült Királyságban és Romániában az egészségügyi

kiadások 80 %-át állami forrásból finanszírozták.

- A magánfinanszírozás mértéke és összetétele országonként változó. A legtöbb országban a betegek saját forrásból járulnak hozzá. Az uniós országokban az összes egészségügyi kiadás fedezetének átlagosan csak a 3-4 %-a származik magán-egészségbiztosításból; néhány országban azonban e forma mégis jelentős szerephez jut. Németországban egyes népességcsoportok egészségügyi kiadásait elsősorban a magán-egészségbiztosítás fedezi. Franciaországban a magán-egészségbiztosítás az összes kiadás 13 %-át finanszírozza, de az általános állami egészségbiztosítás mellé járulékos, illetve kiegészítő biztosításokat is kínál.
- A kormányok rövid távon nehéz szabályozási kérdésekkel fognak szembesülni, hiszen sok országnak jelenleg csökkentenie kell a költségvetési deficitjét. Így vagy az egészségügyre fordított állami kiadások növekedését kell korlátozniuk, vagy más területeken kell visszafogni a kiadásokat, vagy az államháztartási deficit csökkentése érdekében az adókat, illetve a társadalombiztosítási járulékokat kell emelniük. Az egészségügyben a termelékenység javítása segíthet ezeken a nehézségeken, például az egészségügyi technológiák sokkal szigorúbb értékelésével, vagy az információs, illetve a kommunikációs technológiák növekvő alkalmazásával („e-egészségügy”). E kezdeményezések járulékos haszna lehet, hogy az ellátás minőségét javítják, amely területen az OECD és az Európai Bizottság szintén együttműködik.

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/](http://www.oecd.org/bookshop/)**

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: [rights@oecd.org](mailto: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/](http://www.oecd.org/rights/)

