
OECD Health at a Glance 2009



2009. december

2009. december 23.

OECD Health at a Glance 2009

Összefoglaló	2
A kiadvány néhány fejezetének ismertetése	3
Egészségi állapot.....	3
Egészségügyi ellátás	8
Orvosokkal való konzultációk	9
Orvosi technológiák	10
Kórházi ágyak.....	11
Kórházból való távozások.....	12
Átlagos kórházi tartózkodási idő	12
Kardiológiai eljárások.....	12
A veseelégtelenség kezelése	13
Császármetszések	13
Szürkehályog-műtétek	13
Gyógyszerfogyasztás	14
Az ellátás minősége	14
Krónikus betegségek ellátása	14
Aktív ellátás	15
Mentális problémák ellátása	15
Onkológiai ellátás	16
Fertőző betegségek ellátása.....	20
Az ellátás elérhetősége.....	21
Az ellátás elérhetőségében jelentkező problémák.....	21
Egészségügyi fedezet.....	22
Közvetlen lakossági kifizetések	22
Orvosellátottság földrajzi területek szerint	22
Egyenlőtlenségek az orvosi konzultációk számában	22
Egyenlőtlenségek a fogorvosi konzultációkban	22
Egyenlőtlenségek a rákszűrésben	23
Egészségügyi kiadások és finanszírozás.....	24
Egy főre jutó egészségügyi kiadások, USD PPP	24
Egészségügyi kiadások a GDP százalékában.....	26
Állami és magánfinanszírozás az egészségügyben	28
Egészségügyi szolgáltatások kereskedelme, gyógyturizmus.....	30

Összefoglaló

A drága egészségügyi rendszer nem feltétlenül biztosítja a legjobb minőségű ellátást, állapítja meg az OECD Health at a Glance 2009-es tanulmánya.

Az új, nemzetközi összehasonlításra szolgáló minőségi indikátorok fejlődést jeleznek az olyan súlyos betegségek kezelése terén, mint pl. a daganatos megbetegedések. Mindazonáltal az olyan krónikus betegségek, mint pl. az asztma vagy diabétesz növekvő arányának ellenére, az ilyen betegségek ellátása sok országban elmarad a jó gyakorlattól, rosszabb egészségi állapotot és magasabb egészségügyi kiadásokat eredményezve.

Az Egyesült Államok és Kanada jó rákellátással rendelkeznek, többen vesznek részt a szűrővizsgálaton, mint más országokban, megmentve számos daganatos beteget. Japánban szintén magasabb a rák túlélési aránya, mint a legtöbb országban. Hollandia, Olaszország, Svájc és Németország jó alapellátást biztosít, csökkentve a krónikus betegek (pl. asztma vagy diabétesz betegek) költséges kórházi ellátását. Ugyanakkor egyetlen OECD-ország sem nyújt magas minőségű ellátást minden területen.

„Vannak lehetőségek minden ország számára, hogy fejlesszék az egészségügyi rendszerük teljesítményét, és ezek a fejlesztések nem szükségszerűen jelentenek magasabb kiadásokat” – nyilatkozta az OECD főtitkára, Angel Gurría.

A Health at a Glance 2009 áttekinti az olyan problémák, mint a szívroham vagy a stroke akut ellátását, és rámutat arra, hogy a szívinfarktusos kórházba szállított betegek kevesebb, mint 5%-a hal meg a betegfelvételt követő 30 napon belül. Izland, Dánia, Svédország és Norvégia teljesít a legjobban, mintegy 3% körüli halálozási rátákkal. Az egészségügyi ellátás elképesztő gyorsasággal fejlődik néhány területen: az elmúlt 5 évben például sokkal többen élnek túl a stroke-ot.

A Health at a Glance rávilágít arra, hogy az USA többet költ az egészségügyre, mint bármely más ország (2007-ben 7290 USD-t egy főre). Ez majdnem két és félszer annyi, mint az OECD-átlag (2984 USD), vásárlóerőparitással kiigazítva. Luxemburg, Norvégia és Svájc szintén sokkal többet költenek, mint az OECD-átlag. A skála másik végén Törökország és Mexikó helyezkedik el, ahol az egészségügyi kiadások az OECD-átlag kevesebb, mint harmadát tették ki.

A Health at a Glance-ben bemutatott kulcsfontosságú indikátorok információt biztosítanak az egészségi állapotra és az egészséget meghatározó tényezőkre vonatkozóan, beleértve a gyermek és felnőtt obezitást is, amelyek nagy valószínűséggel magasabb egészségügyi kiadásokhoz vezetnek az elkövetkezendő évtizedekben. Az új kiadás az ellátáshoz való hozzáférésre vonatkozóan is tartalmaz adatokat, bemutatva, hogy az összes OECD-ország univerzális vagy közel univerzális lefedettséget biztosít az egészségügyi szolgáltatások nagy részére vonatkozóan, az Egyesült Államok, Mexikó és Törökország kivételével.

Forrás: http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en_2649_34631_44216846_1_1_1_1,00.html

A továbbiakban a kiadvány néhány fejezetét ismertetjük. Törekedtünk a magyar adatokat tartalmazó ábrák bemutatására. Ahol magyar adatsor szerepelt, de az ábrán Magyarország nem, ott a magyar adat ábrázolását (OECD adatsorból, OECD átlaggal való összehasonlításban) mi végeztük el.

ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

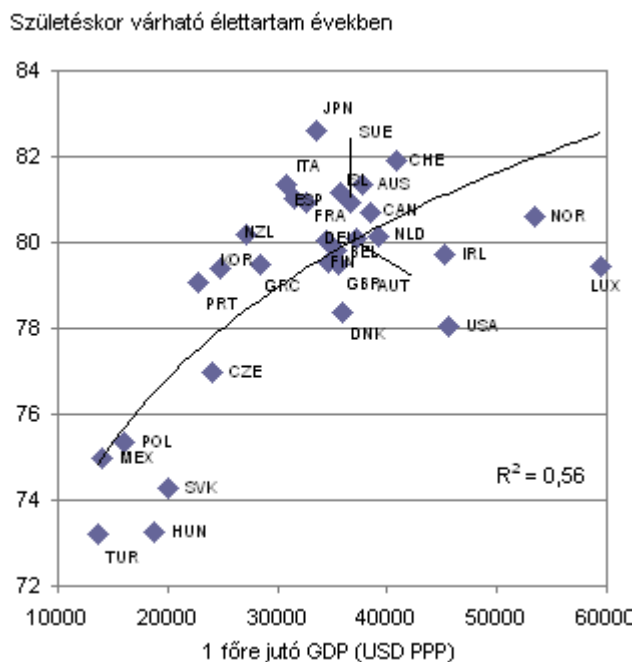
A kiadvány néhány fejezetének ismertetése

Egészségi állapot

Az OECD-országokban az átlagos születéskor várható élettartam a teljes lakosságra nézve 79,1 év volt 2007-ben, ami több mint 10 éves nyereséget jelent 1960 óta. Az OECD-országok közel felében a születéskor várható élettartam 2007-ben meghaladta a 80 évet. Japánban volt a legmagasabb a várható élettartam, 82,6 év. A skála másik végén Törökország áll (73,2 év), és Magyarországon pedig a második legalacsonyabb a születéskor várható élettartam (73,3 év). Közben Magyarországon a várható élettartam mérsékelten növekedett 1960 óta, Törökországban jelentősen növekedett, így gyorsan fel fog zárkózni az OECD-átlaghoz.

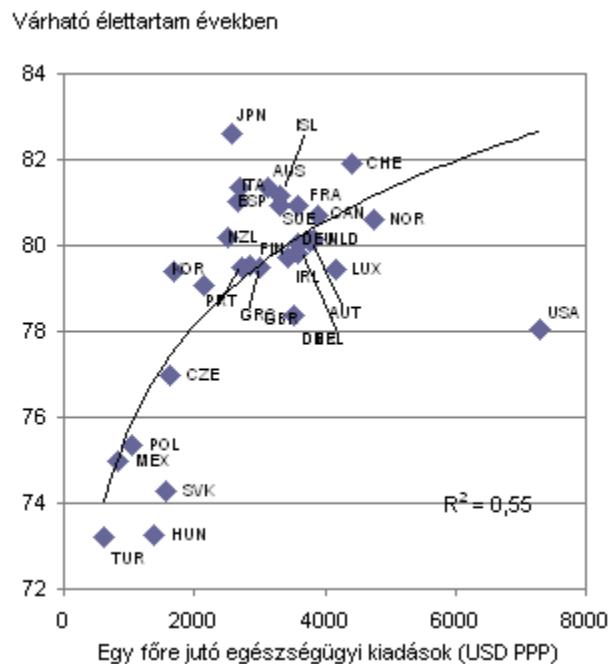
A magasabb nemzeti jövedelmet (amelyet egy főre jutó GDP-ben mérnek) általában magasabb születéskor várható élettartammal társítják, habár az összefüggés kevésbé hangsúlyos a nemzeti jövedelem magasabb szintjein. A hasonló egy főre jutó jövedelemmel rendelkező OECD-országokban is jelentős különbségek lehetnek a várható élettartamban. Pl. Japán és Spanyolország magasabb, az USA, Dánia és Magyarország pedig alacsonyabb várható élettartammal rendelkezik, mint amelyet az egy főre jutó GDP indokolna.

1. ábra: Születéskor várható élettartam és egy főre jutó GDP, 2007 (vagy a legutolsó rendelkezésre álló év)



A magasabb egészségügyi költségeket általában magasabb születéskor várható élettartammal társítják, habár ez az összefüggés kevésbé hangsúlyos a magas egy főre jutó egészségügyi kiadásokkal rendelkező országokban. Japán és Spanyolország kivételt képez a viszonylag magas várható élettartam miatt, az USA, Dánia és Magyarország viszont magas egészségügyi kiadásai ellenére alacsonyabb várható élettartamot mondhat magáénak.

2. ábra: Születéskor várható élettartam és az egy főre jutó egészségügyi kiadások 2007-ben (vagy az utolsó rendelkezésre álló évben)

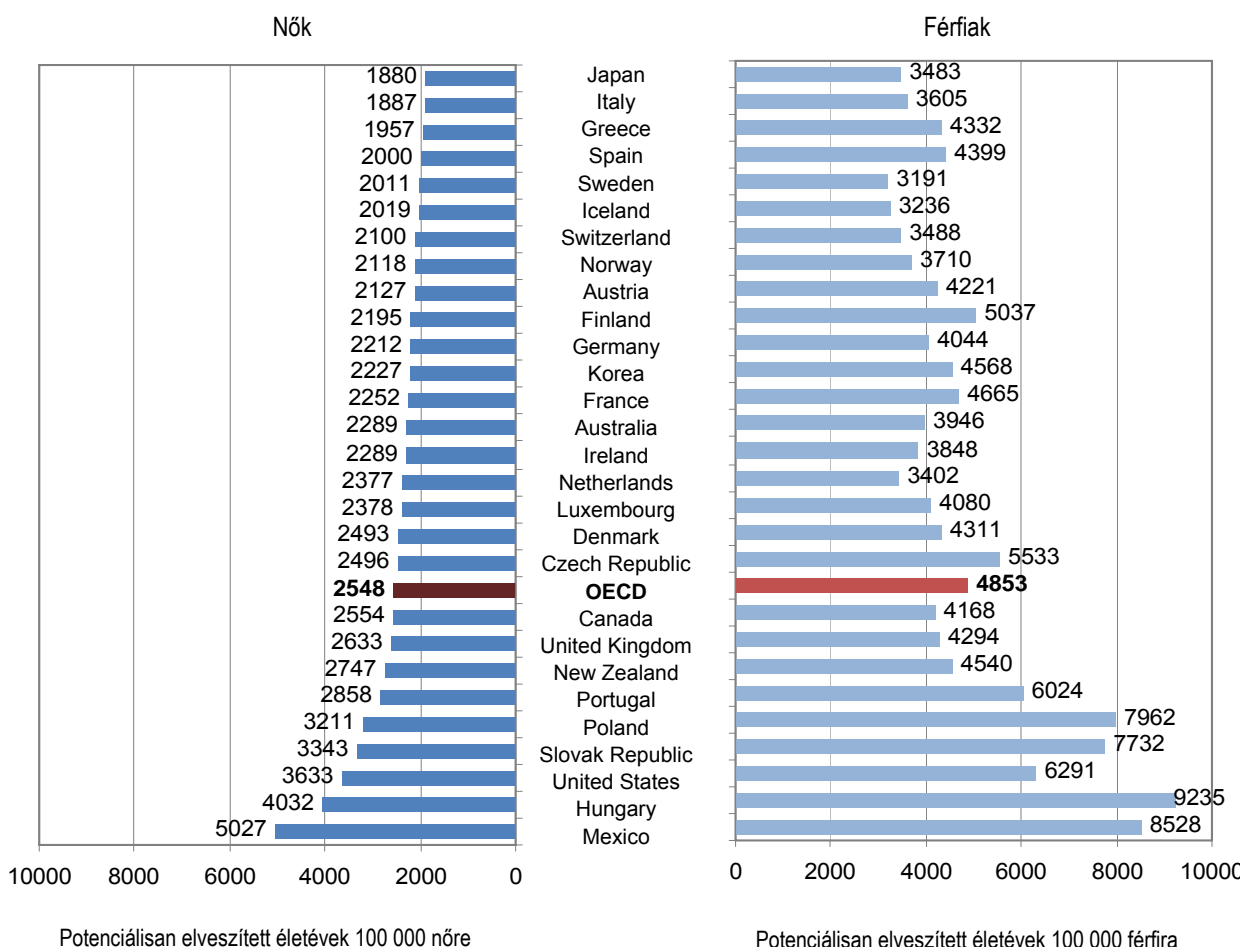


Az egy főre jutó GDP eltérései befolyásolhatják mind a várható élettartamot, mind az egy főre jutó egészségügyi kiadásokat. A nemzeti jövedelem és az egészségügyi összkidadások mellett számos egyéb tényező is magyarázhatja a várható élettartamban megmutatkozó eltéréseket az országok között.

A korai halálozás minden országban magasabb a férfiak körében, az OECD átlag a férfiaknál 2006-ban majdnem kétszerese volt, mint a nőknél (4853 elveszített életév 100 ezer férfira, vö. 2548 elveszített életév 100 ezer nőre). A 70 éves kor előtt elveszített potenciális életévek fő okai a férfiak esetében elsősorban külső okok, beleértve a baleseteket és erőszakot (29%), a rákot (20%) és a keringési betegségeket (16%). A nőknél a fő okot a rák (31%), a külső okok (17%) és a keringési betegségek (12%) képezik.

A férfiak körében Svédországban és Izlandon volt a legalacsonyabb a korai halálozás 2006-ban, a nők esetében pedig Japánban és Olaszországban. Mexikóban és Magyarországon volt a legmagasabb a korai halálozás mind a férfiak, mind a nők esetében, 2-2,5 szerese a legalacsonyabb korai halálozással rendelkező ország szintjének. Az USA-ban szintén magas a korai halálozás rátája – 30%-kal az OECD-átlag fölött van a férfiak, 43%-kal a nők esetében.

3. ábra: Potenciálisan elveszített életévek, nők és férfiak, 2006 (vagy a legutolsó elérhető év)



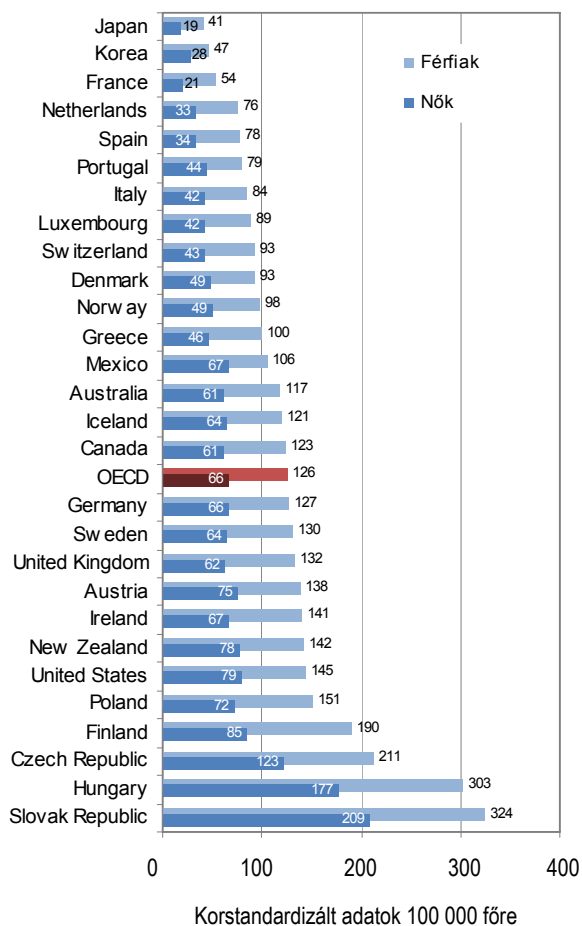
Az OECD-országokban átlagosan felére csökkent a korai halálozás 1970 óta. A korai halálozásban tapasztalható csökkenés sokkal gyorsabb volt a nők, mint a férfiak esetében 1970 és az 1990-es évek eleje között, de azóta az elveszített életévek átlagos rátája hasonló mértékben csökken a férfiak és nők esetében. Korábban a gyermekhalandóság az egyik fő tényező, ami hozzájárult a korai halálozás csökkenő trendjéhez. Mostanában a szívbetegségekből eredő halálozás csökkenése a felnőttek körében jelentősen hozzájárult a korai halálozás csökkenéséhez számos országban.

2006-ban a mortalitás legjelentősebb oka az OECD országokban a kardiovaszkuláris megbetegedések voltak, az összes haláleset 36%-áért tehető felelőssé. A keringési rendszer számos megbetegedését tartalmazzák, így az ischémias szívbetegségeket és a stroke-ot. Az ischémias szívbetegség az összes halálozás 16%-át okozta. Ugyanakkor az ischémias szívbetegségből származó halálozások jelentősen változnak az OECD-országok között. Közép-Kelet-Európában a legmagasabb az ischémias szívbetegségből eredő mortalitás, Szlovákiában mind a nők, mind a férfiak esetében, amelyet Magyarország és Csehország követ. Az ischémias mortalitás aránya szintén magas Finnországban, Lengyelországban és az USA-ban, sokkal magasabb, mint Japánban és Koreában, ahol a legalacsonyabb az ilyen típusú halálozások aránya. A két ázsiai országot 4 európai ország követi: Franciaország, Spanyolország, Portugália és Olaszország.

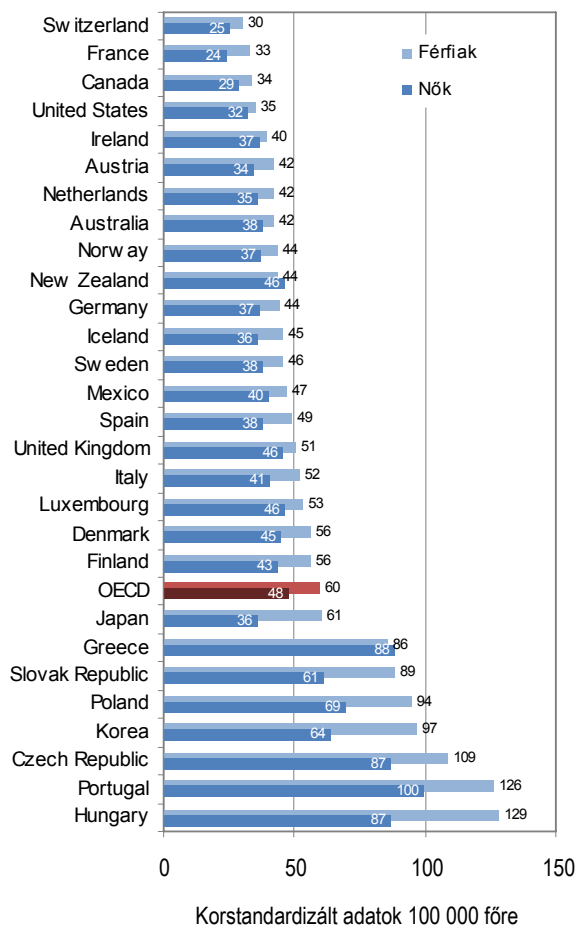
1980 óta az ischémias szívbetegegek mortalitása csaknem minden OECD-országban csökkent. A legnagyobb mértékű csökkenés Dániában, Hollandiában, Svédországban, Norvégiában és Ausztráliában következett be. Számos tényezőnek köszönhető ez a változás, így pl. a dohányzás csökkenésének, valamint az ischémias szívbetegegek fejlettebb orvosi kezelésének. Ugyanakkor Magyarországon és Lengyelországban nőttek az ischémias szívbetegekből eredő halálozási ráták.

A stroke az összes halálozás 9%-át okozta az OECD-országokban 2006-ban. A stroke mortalitási ráták Magyarországon, Portugáliában, Csehországban a legmagasabbak. A legalacsonyabb a stroke mortalitás Svájcban, Franciaországban, Kanadában és az USA-ban.

4. ábra: Ischémias szívbetegekből eredő mortalitás, 2006 (vagy a legutóbbi elérhető év)



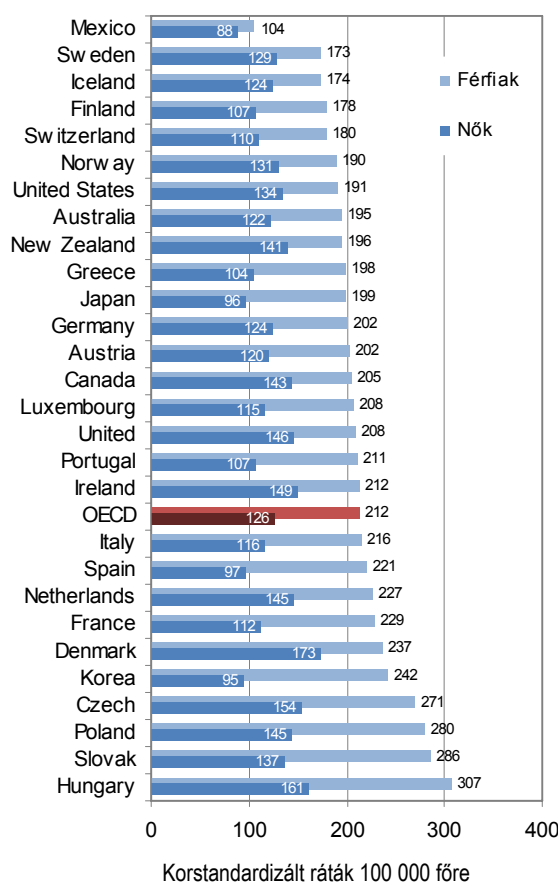
5. ábra: Stroke mortalitási ráták, 2006 (vagy a legutolsó elérhető év)



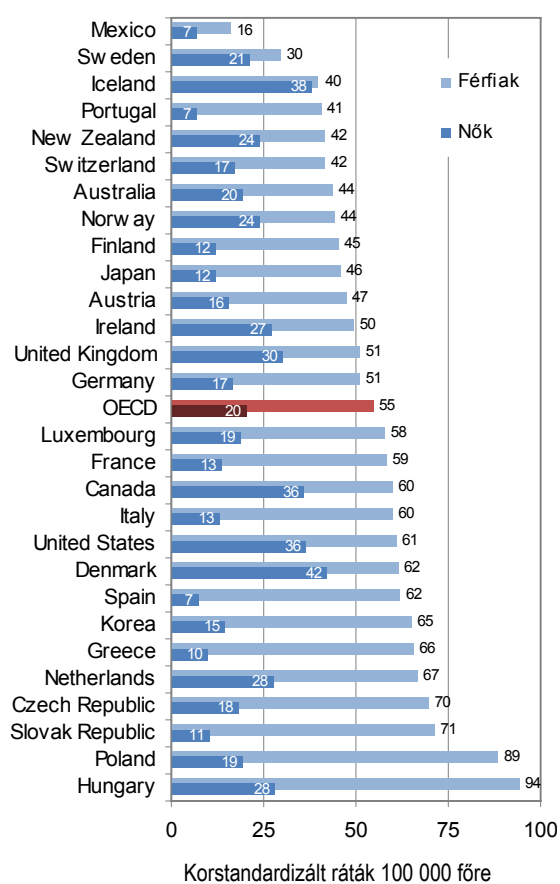
A daganatos megbetegedések a második fő halálokozót képezik az OECD-országokban a keringési rendszer megbetegedései után. 2006-ban átlagosan az összes halálozás 27%-át okozták. 2006-ban a rák mortalitási arányok Mexikóban, Svédországban, Izlandon és Finnországban voltak a legalacsonyabbak, Magyarországon, Szlovákiában, Lengyelországban és Csehországban pedig a legmagasabbak.

A tüdőrák még mindig a leggyakoribb halálokot képező ráktípus a férfiak között az összes OECD-országban (kivéve Mexikóban és Svédországban), és a nők körében is az egyik leggyakoribb daganatos halálokot jelenti. 2006-ban a tüdőrákból eredő halálozások a férfiak körében Magyarországon, Lengyelországban, Szlovákiában, Csehországban, Hollandiában, Görögországban és Koreában voltak a legmagasabbak. Ezen országok mindegyikében relatíve magas a dohányzó férfiak aránya. A férfiak körében a tüdőrákból eredő halálozás Mexikóban és Svédországban alacsony.

6. ábra: Az összes daganatos megbetegedés mortalitási rátái, férfiak és nők, 2006 (vagy a legutolsó elérhető év)



7. ábra: Tüdőrák mortalitási ráták, férfiak és nők, 2006 (vagy a legutolsó elérhető év)



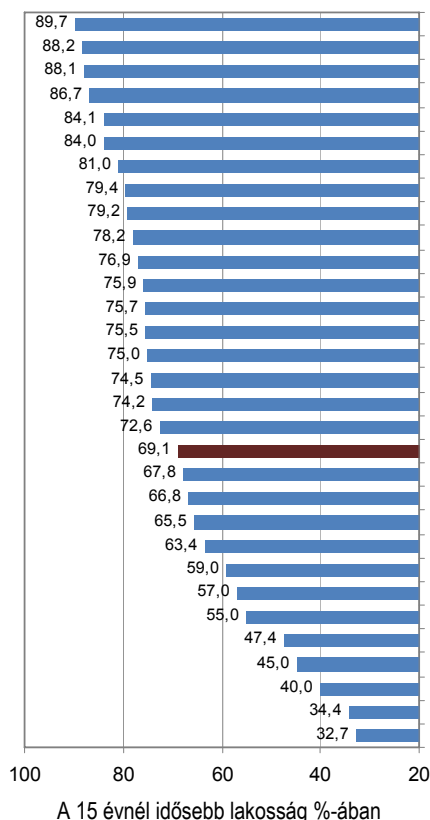
A 30 OECD-ország felében, a felnőtt lakosság legalább 3/4-e saját egészségi állapotát jónak, nagyon jónak vagy kiválóan értékelte. Új-Zélandon, Kanadában és az Egyesült Államokban a legmagasabb azoknak az embereknek az aránya, akik egészségi állapotukat jónak vagy nagyon jónak értékelték.

Spanyolországban és Finnországban a felnőtt lakosság mintegy kétharmada értékeli jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. A skála másik végén Japán, Szlovákia, Portugália, Magyarország és Korea állnak, ahol a lakosság kevesebb, mint fele értékelt jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát.

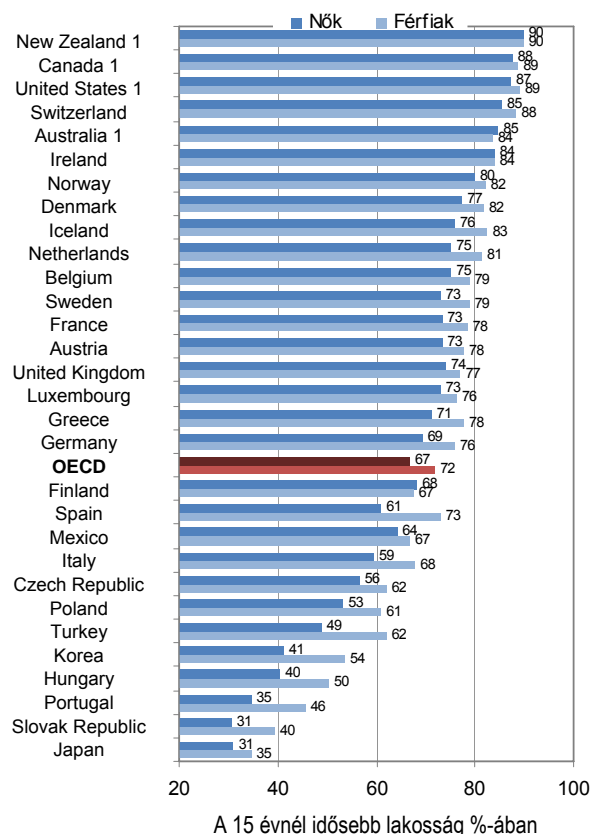
Az országokon belüli különbségeket vizsgálva megállapítható, hogy a férfiak sokkal inkább értékelik egészségi állapotukat jónak vagy jobbnak, mint a nők, és különösen igaz ez Magyarországra, Koreára, Portugáliára, Spanyolországra és Törökországra. Csak Ausztráliában, Új-Zélandon és Finnországban értékelték a nők nagyobb arányban jónak az egészségi állapotukat, mint a férfiak. Nem meglepő, hogy

az egészségi állapot minősítése a kor növekedésével romló tendenciát mutat. Sok országban a pozitív értékelés 45 éves kor után mutat markáns csökkenést, majd egy újabb csökkenés figyelhető meg 65 éves kor után. Az alacsonyabb képzettséggel vagy jövedelmi szinttel rendelkező egyének kevésbé pozitívan nyilatkoznak egészségi állapotukról, mint a magasabb képzettségű vagy jövedelmű emberek minden OECD-országban.

8. ábra: Az egészségi állapotukat jónak értékelő egyének százaléka, nők és férfiak együtt, 2007 (vagy az utolsó elérhető évben)



9. ábra: Nemek közötti különbségek az egészségi állapotukat jónak értékelő felnőttek százalékában, 2007 (vagy a legutolsó rendelkezésre álló évből)



1 -Ezen országok adatai nem közvetlenül összehasonlíthatók a többi ország eredményeivel, a kérdőíves felmérés módszertani különbségeiből adódó eltérések miatt

Egészségügyi ellátás

A fejezet összehasonlítást közöl az OECD országok különböző egészségügyi szolgáltatásainak és javainak rendelkezésre bocsátásáról és felhasználásáról.

A főbb egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos indikátorok között szerepelnek az alapellátás és a kórházak által nyújtott szolgáltatások indikátorai, valamint az orvosi konzultációk szintjei és trendjei.

A korszerű technikai eszközökkel (MRI, CT) való felszereltség elterjedése az egyik fő tényezője az egészségügyi kiadások növekedésének az OECD országokban. A kórházi tevékenységek szektora az egészségügyi ráfordítások legnagyobb részét igénylő szektor, sok ország a fekvőbeteg-ellátásra fordítja egészségügyi összkiadásának 35-40%-át.

A kórházi szolgáltatások között a kórházi ágyak száma, elérhetősége és kihasználtsága, majd a kórházból való hazabocsátások, az átlagos kórházi ápolási idő kerül ismertetésre. Az ellátás minőségére vonatkozó fejezet ezt kiegészítve vizsgálja azokat az okokat, amelyek a hospitalizációhoz vezettek, és esetleg elkerülhetőek lettek volna, nevezetesen a krónikus betegek színvonalasabb ellátásával.

A fejezet következő indikátor-csoportja speciálisan bizonyos nagy számban alkalmazott és magas költségű eljárásokkal foglalkozik. Ezek közé a beavatkozások közé tartoznak a revaszkularizációs eljárások, mint az ischémias betegeknél alkalmazott szívkoszorúér bypass graft és a szívkoszorúér angioplasztika, a vesedialízis és a vesetranszpantáció, a császármetszés és a szürkehályog-műtétek. Ezekkel kapcsolatban kimutatható volt, hogy nagy és sok esetben megmagyarázhatatlan eltérések vannak a különböző országok között az eljárások alkalmazásában.

Az utóbbi 20 évben, az USA-ban és az OECD-országokban végzett kutatások kimutatták, hogy bizonyos orvosi kezeléseket vagy sebészeti eljárásokat nem megfelelőképpen vagy túlzott mértékben alkalmaznak, azaz az eljárás kockázata nagyobb, mint a haszna. Másrészt bizonyos szolgáltatások pl. a fertőző betegségek megelőzésére szolgáló immunizálás esetén a nem elégséges alkalmazás is előfordul. Az „Ellátás hozzáférhetőségéről” szóló fejezet a szolgáltatások igénybevételének egyenlőtlenségéről közöl információkat a különböző társadalmi-gazdasági csoportok vonatkozásában.

Sok országban komoly kutatás folyt a belgyógyászati és sebészeti eljárások rátáinak regionális eltéréseivel kapcsolatban, ami jelzéssel szolgálhat a szolgáltatások túlzott vagy nem elégséges alkalmazását illetően az egyes országokban. Az USA egyes államai közötti nagy eltérésekről érkeztek jelentések az olyan sebészeti beavatkozások vonatkozásában, mint a térdprotézis-műtét és a szívsebészeti eljárások, és ezeket nem támasztotta alá egyértelműen az igények különbözősége. Földrajzi eltérések jelentkezhetnek a hospitalizációban és az orvosi vizitek számában is, és erre sem található megfelelő magyarázat.

A fejezet utolsó része a gyógyszerfogyasztással foglalkozik, különös tekintettel a diabetes, illetve a depresszió kezelésére szolgáló szerek, a koleszterinszint-csökkentők és az antibiotikumok fogyasztására. Ezek esetében is előfordulhat túlzott vagy nem elégséges alkalmazás, és eltérések jelentkeznek az egyes országok gyógyszerrendelése között.

A népegészségügyi szolgáltatások – mint az immunizálás és a rákszűrés – rátáit a fertőző betegségek és a rákos megbetegedések ellátásának minőségi indikátoraiként az „Ellátás minőségéről” szóló fejezet ismerteti.

Orvosokkal való konzultációk

Orvosi konzultációra orvosi rendelőkben, a kórházak ambulanciáján vagy bizonyos esetekben a betegek lakásán kerülhet sor. Sok európai országban a betegeket a kapuőri szerepet ellátó háziorvos utalhatja csak tovább, más országokban a betegek közvetlenül fordulhatnak szakorvoshoz.

Az orvosi konzultációk egy főre jutó aránya évente meghaladja a 11-et Japánban és a Cseh Köztársaságban, és a magyar statisztika is megközelíti ezt, ugyanakkor konzultáció kevesebb, mint háromszor fordul elő Mexikóban és Svédországban. Az OECD átlag évente közel 7 konzultáció/fő. Azok az országok, ahol az orvosok díjazása szolgáltatásonként történik, általában átlagon felüli konzultációs rátával rendelkeznek, és ennek fordítottja érvényes ott, ahol az orvosok fizetésben részesülnek, de a tendenciában más tényezők is szerepet játszhatnak. Svédországban például a nővérek alapellátásban betöltött fontos szerepe is vezethet az orvosok kisebb mérvű felkereséséhez.

Az orvosi konzultációk átlagos száma a legtöbb országban nőtt 1990 óta, és ez a tendencia különösen érzékelhető volt Mexikóban, ahol az 1990-es érték még meglehetősen alacsony volt. Svédországban a konzultációk száma stagnált, ugyanakkor Kanadában és az Egyesült Királyságban évente 1%-os

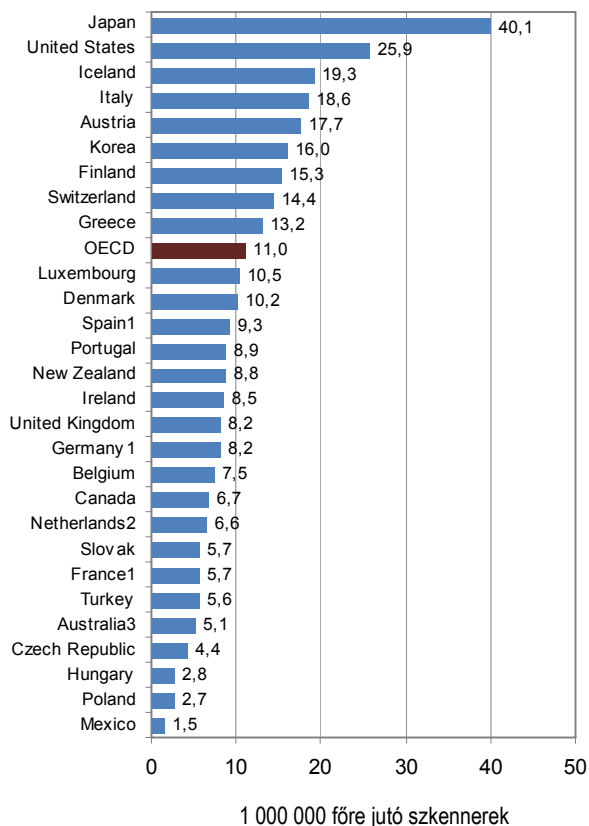
visszaesés volt tapasztalható 1990 és 2007 között. A konzultációk számával kapcsolatos adatok az orvosok produktivitására vonatkozóan nem jelzés értékűek bár az OECD-országok közötti eltérések kilencszeresek is lehetnek.

Orvosi technológiák

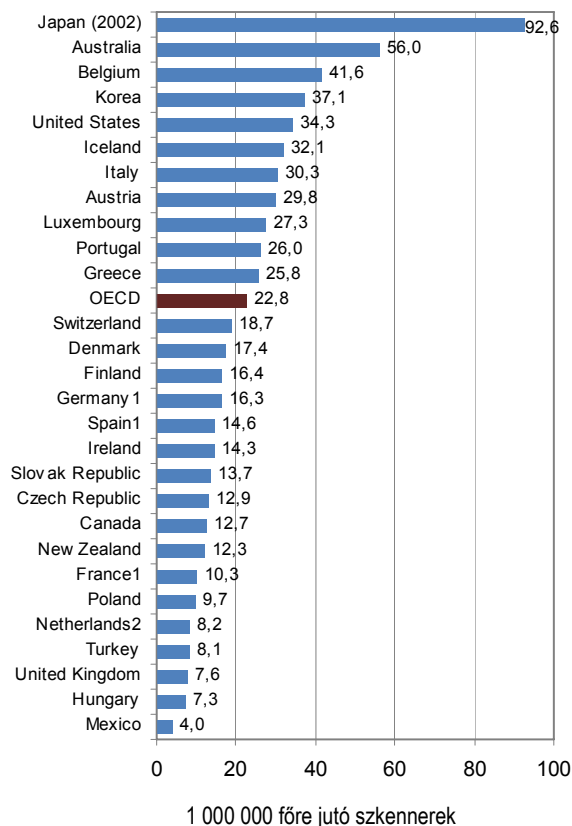
A modern orvosi technológiák elterjedése az egészségügyi kiadásokat növelő egyik legfőbb tényező az OECD országokban. Az utóbbi 15 évben egyre inkább elérhetővé válnak a CT scannerekkel és az MRI egységekkel végzett vizsgálatok. Japán MRI és CT scannerei-nek lakossághoz viszonyított aránya a legmagasabb, ezt követik az USA és Ausztrália rátái. Magyarország ellátottsága ilyen téren az egyik legkevésbé kedvező az OECD országok között.

Mindazonáltal fordított korreláció van a nagyberendezések elérhetősége és alkalmazásának intenzitása között, így azokban az országokban (többek között Magyarországon és Belgiumban), amelyek viszonylag kevés MRI-vel és CT-vel rendelkeznek, a nagyberendezések alkalmazása intenzívebb.

10. ábra: Az MRI egységek 1 millió lakosra jutó száma, 2007



11. ábra.: A CT scanner-ek 1 millió lakosra jutó száma, 2007



1- csak a kórházi berendezések (Franciaországban kis számú kórházon kívüli berendezés is)

2- azon kórházak száma ahol legalább 1 berendezést jelentettek

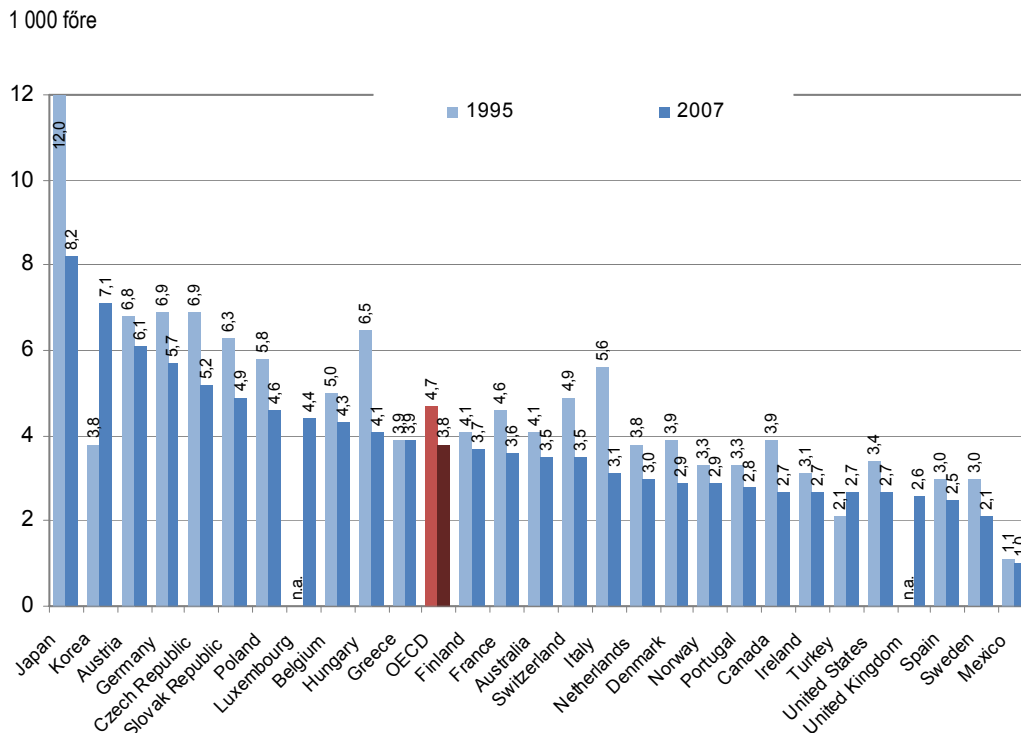
3- csak a Medicare által térített MRI-k

Kórházi ágyak

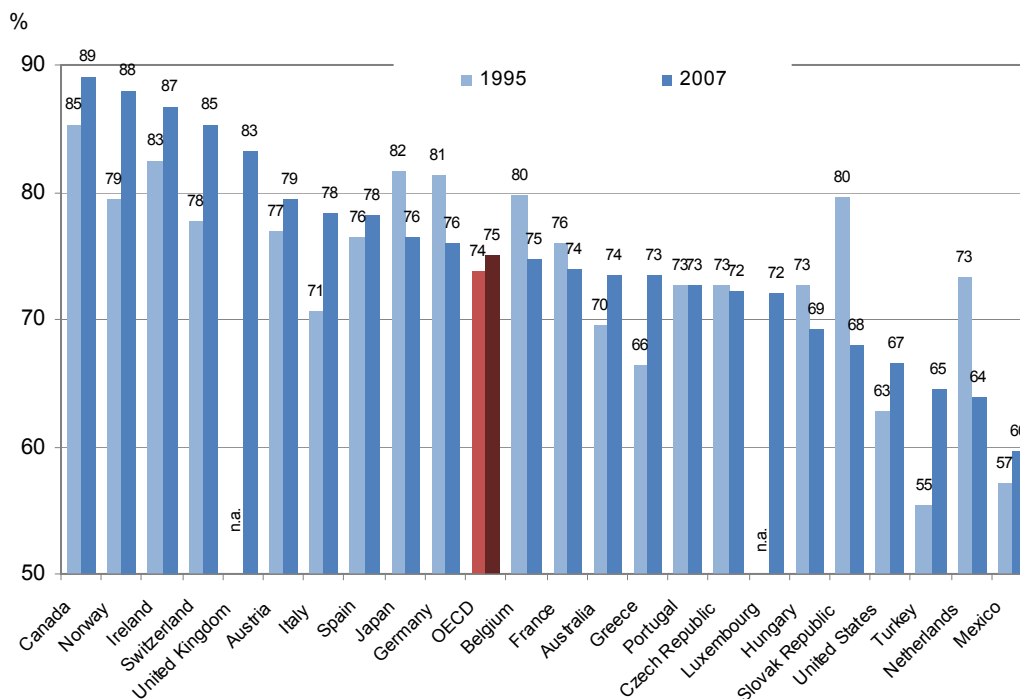
Az akutkórházi ágyak egy főre jutó aránya 2007-ben Japánban és Koreában volt a legmagasabb (7/1000), és jóval meghaladta az OECD-átlagot Ausztriában és Németországban.

Az akutkórházi ágyak száma az utóbbi időben csökken a legtöbb OECD-országban. Több országban az ágyak számának csökkenése, igénybevételük növekedésével járt együtt.

12. ábra: Akut kórházi ágyak/1000 fő 1995-ben és 2007-ben



13. ábra: Az akut kórházi ágyak igénybevétele (ágykihasználtság) 1995-ben és 2007-ben



Kórházból való távozások

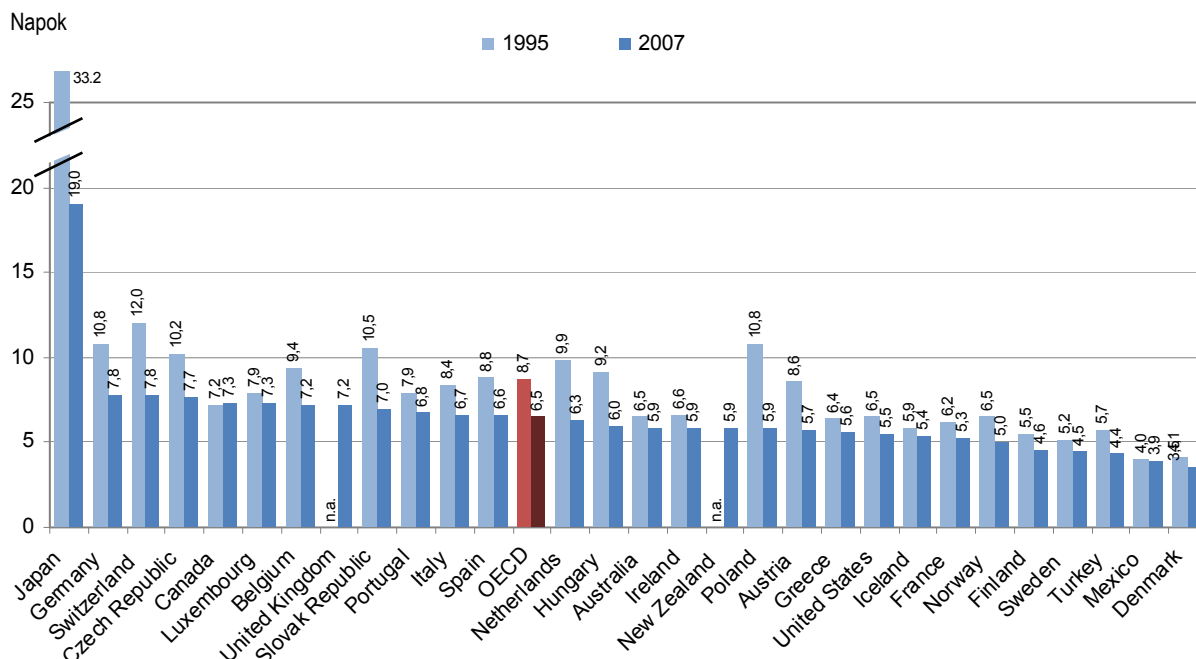
A kórházból való távozások fontos mutatói a kórházi tevékenységnek. A kórházból való távozás rátái a legmagasabbak Ausztriában és Franciaországban, a legalacsonyabbak Mexikóban és Kanadában. Az utóbbi időben Kanadában a nappali kórházi ellátás igénybevételével csökkent a hospitalizáció, így a kórházból való távozások száma is Kanadában.

Az OECD országokban a hospitalizáció legfőbb okát 2007-ben a keringési rendszer betegségei képezték, és az ebből az okból történő kórházi kezelés, valamint a daganatos betegségek utáni távozások rátájában Ausztria állt az élen. Magyarország rátája is az elsők között szerepelt a két mutató vonatkozásában a keringési problémák és a rákos megbetegedések nagyfokú előfordulása miatt.

Átlagos kórházi tartózkodási idő

2007-ben az aktív ellátást nyújtó kórházak átlagos tartózkodási ideje néhány északi országban volt a legrövidebb, és Japánban volt a leghosszabb (19 nap). Az OECD átlag 6,5 napot tett ki. Az aktív betegellátás átlagos tartózkodási ideje szinte minden OECD ország viszonylatában csökkent (8,7 nap volt 1995-ben, 6,5 nap 2007-ben). A csökkenés különösen azokban az országokban volt számottevő, amelyek 1995-ben viszonylag magas értéket jeleztek, így Magyarország is.

14. ábra: Átlagos ápolási idő az aktív osztályokon, 1995-ben és 2007-ben



Kardiológiai eljárások

A szívbetegség a hospitalizáció és a halálozás legfőbb oka az OECD országokban. Jelentős eltérések adódnak az országok között a szívkoszorúér-bypass és az angioplasztika alkalmazásában. Németországban, az USA-ban és Belgiumban volt az eljárások lakossághoz viszonyított aránya a legnagyobb 2007-ben.

A veseelégtelenség kezelése

A kezelésben részesülő, végső stádiumban lévő veseelégtelenségben szenvedő betegek (ESRF) rátája évente közel 6%-kal nőtt az utóbbi két évtizedben az OECD országokban. 2007-ben Japán és az USA rátái voltak a legmagasabbak. A legtöbb OECD országban az ESRF betegek kezelése vesetranszplantáció helyett többségében dialízissel történik.

Császármetszések

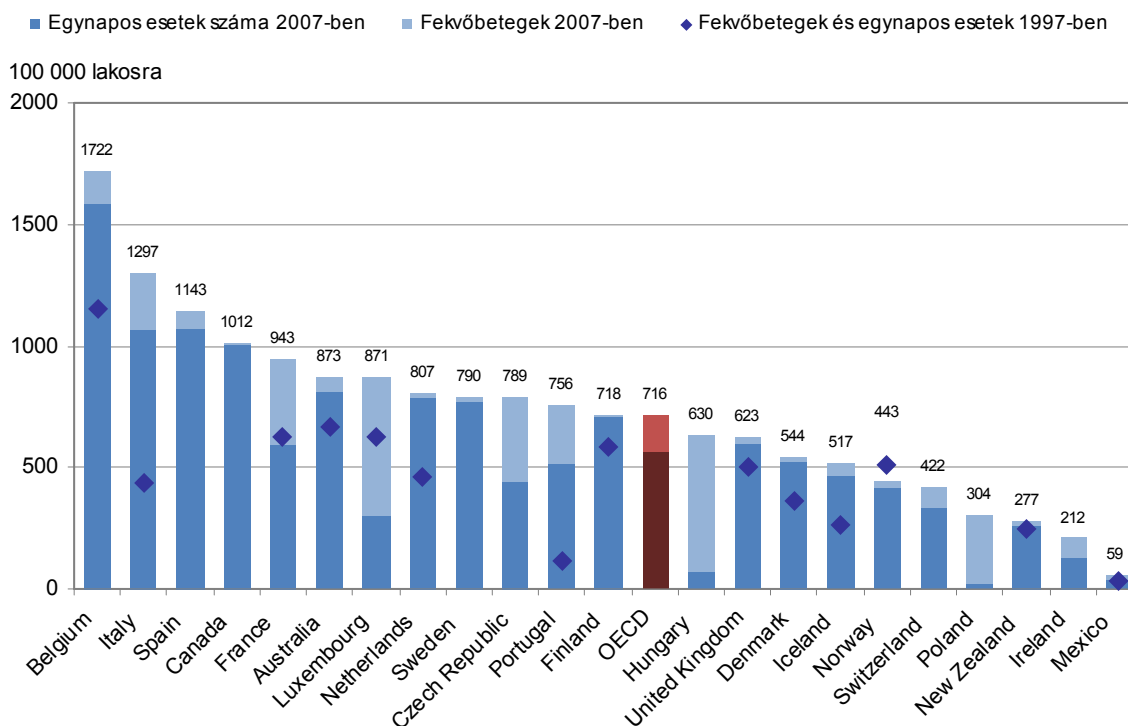
2007-ben a császármetszések aránya - Hollandia 14%-os értékétől Olaszország és Mexikó közel 40%-os rátájáig terjedően - jelentős eltéréseket mutatott az OECD országok között. Magyarország 30% körüli rátája szintén magas volt, az OECD országok 26%-os statisztikájához képest. Az OECD tagállamokban 1997 óta tapasztalható a császármetszések rátájának gyors (évente közel 4%-os) növekedése, bár a szakmai szervezetek ezzel szemben a vaginális úton történő szülés előtérbe helyezését szorgalmazzák.

Szürkehályog-műtétek

Az utóbbi 20 évben, a nappali ellátásban végzett sebészeti eljárások száma folyamatosan nőtt az OECD országokban, és az operációk közül a szürkehályog-műtét vált a leggyakoribb beavatkozássá. A szürkehályog-műtétek aránya igen széles skálán mozog (a Mexikó vonatkozásában regisztrált 59/100 000-től 1722/100 000-ig terjed Belgiumban).

A szürkehályog-műtétek száma növekedett az utóbbi évtizedben az OECD-országokban. Ezeknek a beavatkozásoknak több mint 90%-át nappali ellátás keretében végzik, jóllehet ez az ellátási forma viszonylag kevésbé elterjedt Lengyelországban és Magyarországon.

15. ábra: A szürkehályog-műtétek száma/100 000 lakosra számítva, 1997-ben és 2007-ben



Gyógyszerfogyasztás

A gyógyszerfogyasztás nemcsak a gyógyszerkiadások, hanem a gyógyszerek mennyiségét tekintve is nő az OECD országokban. A gyógyszerfogyasztás emelkedő tendenciájához a lakosság elöregedése mellett a gyógyszerfelírási szokások is hozzájárulnak.

Nagy eltérések mutatkoznak az országok között a diabétesz kezelésére szolgáló szerek fogyasztásában, így Izland statisztikája harmada Finnország, Németország és Görögország hasonló statisztikájának. Ugyanakkor Izlandon a legnagyobb mértékű az antidepresszánsok fogyasztása, ebben a tekintetben Magyarország statisztikája a legalacsonyabbak között szerepel, bár az utóbbi 7 évben jelentős emelkedést mutat. A koleszterinszint csökkentő szerek alkalmazásában is nagy eltérések jelentkeznek az országok között. A legalacsonyabb német adattól a legmagasabb ausztrálig, angol adatig

Az antibiotikumok túlzott fogyasztásának káros voltát felismerve, sok ország kampányt indított az ilyen gyógyszerek fogyasztásának csökkentésére. Így sok országban stagnál, sőt csökken az antibiotikum-fogyasztás.

Az ellátás minősége

Sok OECD ország készít jelentést az ellátás minőségéről, más országok viszont nem rendelkeznek megfelelő infrastruktúrával az ilyen szintű adatkezeléshez. Nemzetközi viszonylatban összehasonlítható adatok szükségesek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását alátámasztó tényezők vizsgálatához.

Az OECD-nek az Egészségügy Minőségi Indikátoraira vonatkozó, HCQI projektje az egészségügyi rendszerek szintjén alakít ki minőségi indikátorcsoportokat. Az OECD megközelítésének célja az országos és a nemzetközi testületek tevékenységének kiegészítése és koordinálása. Más kezdeményezésekkel együtt ez a megközelítés megfelelő eszközt biztosít a döntéshozóknak és más illetékeseknek az országok közötti tudományos ismeretanyag bővítéséhez. Mind a 30 OECD tagállam, 5 nem tagállamként együttműködő Európai Unióval és Szingapúrral közösen vesz részt a projektben.

Krónikus betegségek ellátása

Elkerülhető betegfelvételek: légzőszervi betegségek

Az asztma gyermekkorban a leggyakoribb krónikus betegség, és prevalenciája az utóbbi évtizedekben egyre nő. Az USA-ban az 1980-as évek óta az asztma prevalenciája megkétszereződött, jelenleg 9%-ot ér el. Itt a legmagasabb a korra standardizált betegfelvételek aránya. Az Európai Régióban megközelítőleg 30 millió asztmás beteg él, és a betegség a gyermekek minimum 25%-ánál felnőttkorban sem múlik el.

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) jelenleg a negyedik vezető halálok a világon. Legjelentősebb rizikófaktora a dohányzás, mely az esetek 80-90%-át okozza. Mintegy 11,2 millió amerikai van már kialakult COPD-je, és 24 millió a korai stádiumban lévők száma.

Az alapellátásban az asztma kezelése gyulladáscsökkentőkkel és hörgőtágítókkal nagymértékben meg tudja előzni az állapotromlást, a COPD is stabilizálható, így az ezek miatt a betegségek miatt történő nagyfokú hospitalizáció az alapellátás nem megfelelő voltát jelzi.

Elkerülhető betegfelvételek: a cukorbetegség szövődményei

Az obezitás rátáinak emelkedésével, a cukorbetegség a 21. század egyik legnagyobb egészségügyi kihívásává vált. A betegség világszerte 150 millió felnőttet érint, és ez a szám előreláthatólag megkétszereződik az elkövetkező 25 évben. Az OECD országokban becslések szerint a diabetes

prevalenciája a 20-79 éves lakosok több mint 6%-át fogja érinteni 2010-ben, és a lakosságot érintő százalékaránya 5%-tól (Izland-Norvégia) 10%-ig (Mexikó, USA) terjed.

A diabetes okoz legnagyobb arányban látásvesztést a fejlett országokban, és a végső stádiumban lévő vesebetegség leggyakoribb oka az USA-ban, Európában és Japánban. A II. típusú diabetes-ben szenvedő betegek esetében a kardiovaszkuláris betegségek rizikója 2-4-szeresére emelkedik.

Az életmód megváltoztatásával bizonyítottan megelőzhető a kór kialakulása a betegség által fokozottan veszélyeztetett embereknél. Az empirikus adatok szerint azonban kevesen változtatnak életmódjukon, pedig ezzel a lábamputációk is megelőzhetőek lennének.

Elkerülhető betegfelvételek: Pangásos szívelégtelenség, magas vérnyomás

A pangásos szívelégtelenség (CHF) prevalenciája becslések szerint 5% körüli Portugáliában és Dániában, illetve 3% az Egyesült Királyságban. Ezek a ráták előreláthatólag tovább fognak emelkedni a jövőben. A vazodilatátorokat és bétablokkolókat alkalmazó ambuláns kezelés kombinálva pl. a kontrollált mozgással kimutathatóan javította a túlélési rátákat. A betegséggel kapcsolatos hospitalizáció rátája Lengyelországban és USA-ban volt a legmagasabb, meghaladta a 440/100 ezer főt, és ezzel majdnem kétszerese volt az OECD átlagának 234/100 ezer főnek.

A magasvérnyomás-betegség a felnőttek leggyakoribb krónikus betegsége, melynek globális prevalenciája 2000-ben 26%-ot tett ki. A magas vérnyomással való hospitalizáció nagyon magas mértékek esetén az akut komplikációk, mint a szívelégtelenség vagy a haemorrhagias stroke magas kockázatának elkerülésére szolgál. Ugyanakkor a magasvérnyomás kórházi felvétele elkerülhető és a kórházi felvételi indikátor az alapellátás fejlettségét jelzi. A magas vérnyomás hospitalizációja az OECD országokban átlagosan 84/100 000, de Ausztria és Lengyelország rátája ennek négy-, illetve háromszorosa, ugyanakkor az Egyesült Királyság és Spanyolország rátái a legalacsonyabbak.

Aktív ellátás

Akut szívinfarktusnak (AMI) tulajdonítható kórházi halálozás

Az AMI halálozási aránya 2003 és 2007 között minden OECD országban csökkent. Az AMI kezelésében is jelentős változások voltak a elmúlt évtizedekben, pl. bevezették a koronária ellátás egységeit az intézményekben (1960-as évek) és a koronáriás véráramlás gyors helyreállítását szolgáló kezeléseket a 80-as években.

Az akut szívinfarktus ellátásában a trombolysis és az aszpirinnel, béta blokkolóval való időben történő kezelés bizonyítottan javítja a túlélési rátákat. Az AMI-val kórházba utalt betegek kórházi mortalitását vizsgálták a kórházi felvétel utáni 30 napon belül. Az átlagos standardizált ráta 5% alatt marad, a legnagyobb értéket Korea mutatja (8,1%), Szlovákia értéke 7,6%, a legalacsonyabbat Izland (2,1%) és Svédország (2,9%). Az OECD átlaga 4,9%-os.

Agyvérzésnek tulajdonítható kórházi halálozás

Az agyvérzés a harmadik leggyakoribb halálok a fejlett ipari országokban. Az esetek 85%-át ischaemiás agyvérzés okozza, melynek révén megszűnik az agy bizonyos területének a vérellátottsága. Míg az ischaemiás agyvérzés átlagos mortalitási rátája 5%-os, addig az Egyesült Királyság (9,0%) és Izland (2,3%) rátái között négyszeres eltérés mutatkozik.

A haemorrhagiás agyvérzés átlagos rátája 19,8%, körülbelül négyszerese az ischaemiás agyvérzés rátájának. Az agyvérzések mindkét típusánál jelentkező 30 napon belüli kórházi mortalitás körülbelül 15%-kal csökkent az OECD országokban 2002 és 2007 között.

Mentális problémák ellátása

Előre nem tervezett, ismételt kórházi felvétel mentális problémák miatt

Az egész világon a schizofrenia és a bipoláris zavar szerepel a rokkantságot kiváltó 10 legfőbb ok között. Az elmeegészségügyi ellátás prioritást élvez számos OECD országban. A 70-es években

kezdődött a mentális betegek kezelésében a nagy pszichiátriai kórházakból a közösségi ellátás irányába történő elmozdulás. Azonban kevés ország rendelkezik olyan egészségügyi információs infrastruktúrával, amely követni tudja a betegeket az ellátás változatos szintjein. Az előre nem tervezett, ismételt kórházi felvételek rátája mutatja az ellátás koordinálásában jelentkező hiányosságokat. Schizofrenia esetén ezek a ráták az északi országokban a legmagasabbak, ugyanakkor a Szlovák Köztársaság, az Egyesült Királyság, Spanyolország és Olaszország rátái a legalacsonyabbak. A bipoláris zavar trendjei is hasonlóan alakulnak. Az északi országok 30 ismételt hospitalizáció/100 beteg körüli rátái itt is messze meghaladják az OECD átlagot 18/100.

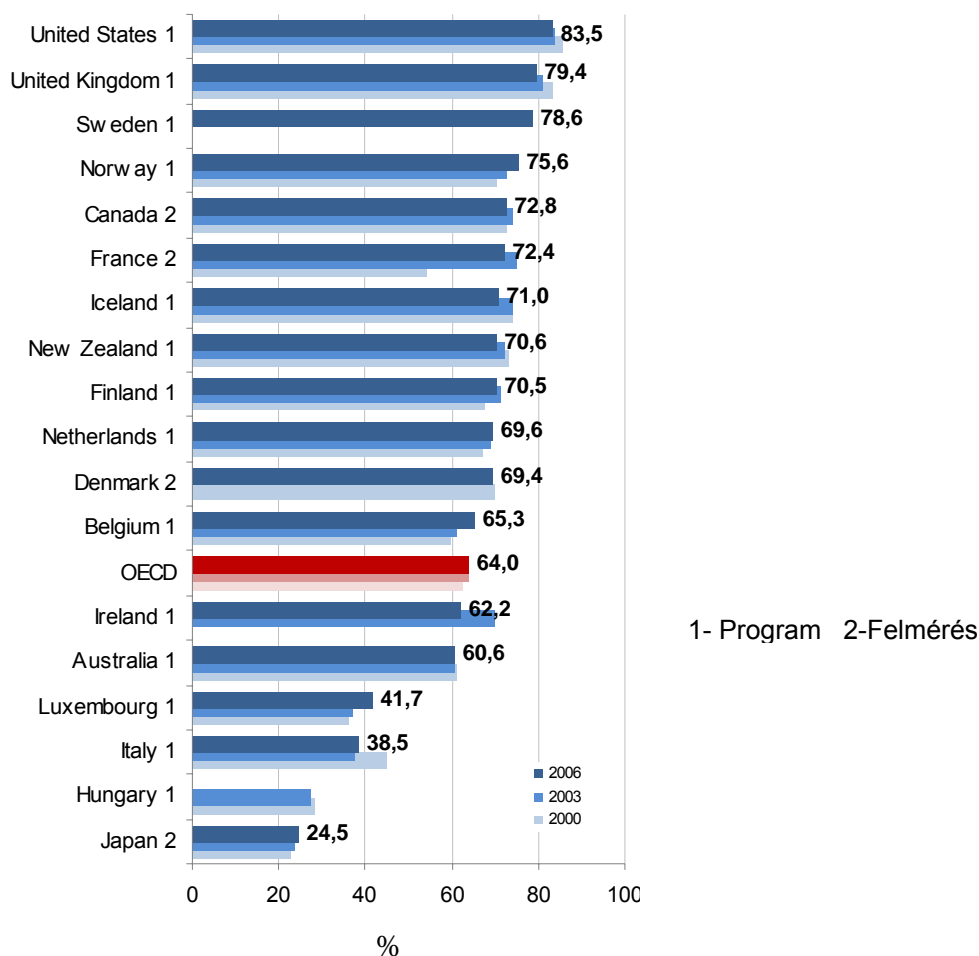
Onkológiai ellátás

A méhnyakrák szűrővizsgálata, túlélési aránya és mortalitása

A méhnyakrák kialakulása rendszeres szűrővizsgálatokkal többségében megelőzhető. Az OECD országok méhnyakrák-szűrő programokat vezettek be, de ezek periodicitása és célcsoportjai nagymértékben különböznek. A humán papilloma virus mint rákkeltő tényező ellen már oltás is rendelkezésre áll. A méhnyakrák ellátásában jelentkező különbségeket három mutató jelzi: a 20-69 éves nők szűrésének rátái, az ötéves túlélési ráták és a mortalitási ráták.

Az OECD országok szűrési rátái nagy különbségeket mutatnak. A célcsoport szűrése 80%-os az USA-ban és az Egyesült Királyságban. Az OECD véleménye szerint Japán és Magyarország szűrési rátái országos program hiányában (2000, 2003 és 2006-ra vonatkozó adatok) nagyon alacsonyak.

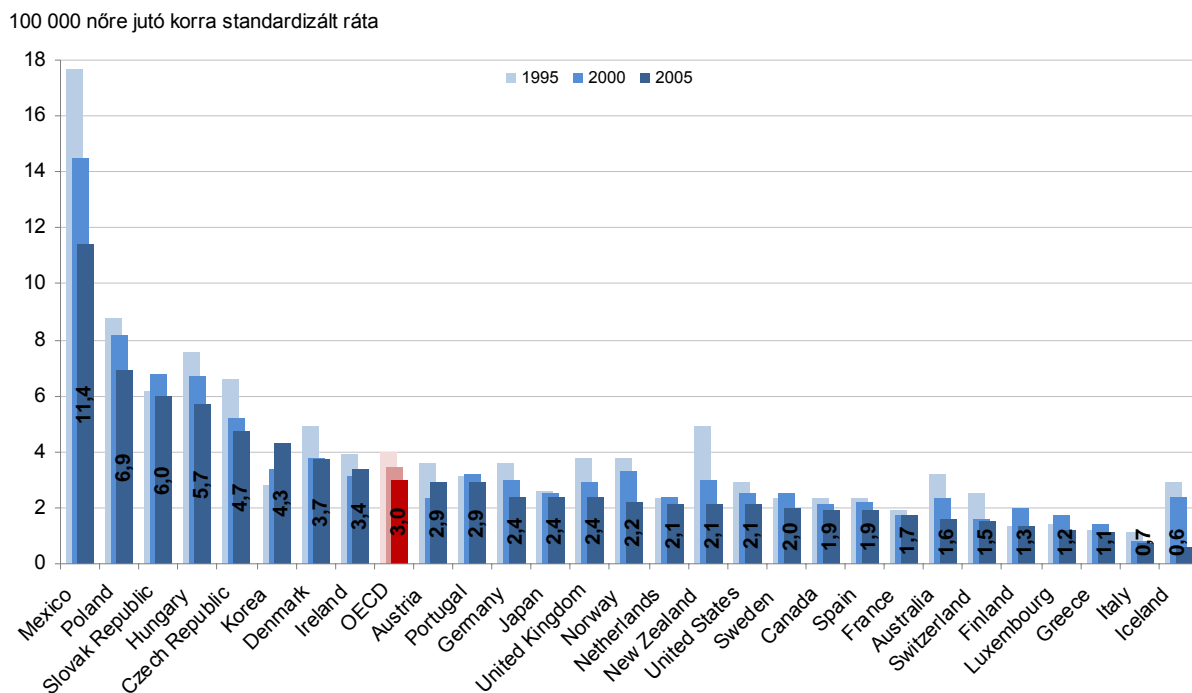
16. ábra: Méhnyakrák-szűrésen részt vevő 20-69 éves nők aránya, 2000-ben, 2003-ban és 2006-ban



Szinte minden ország 60%-osnál nagyobb arányú öt éves túlélést regisztrált 2002 és 2007 között, és a túlélési ráták Lengyelország 50,1%-os adatától Korea 76,5%-os adatáig terjedtek. Az 1997-2002 és 2002-2007-es időszakban az öt éves relatív ráták a legtöbb országban emelkedtek, bár a javuló tendencia többnyire statisztikailag nem szignifikáns.

A mortalitási ráták a legtöbb OECD országban csökkentek 1995 és 2005 között. A javuló tendencia az eredetileg magas mortalitási arányú országokban - Mexikóban és több közép- és kelet-európai országban - volt a legérzékenyebb.

17. ábra: Méhnyakrák mortalitási ráta 1995-2005 között

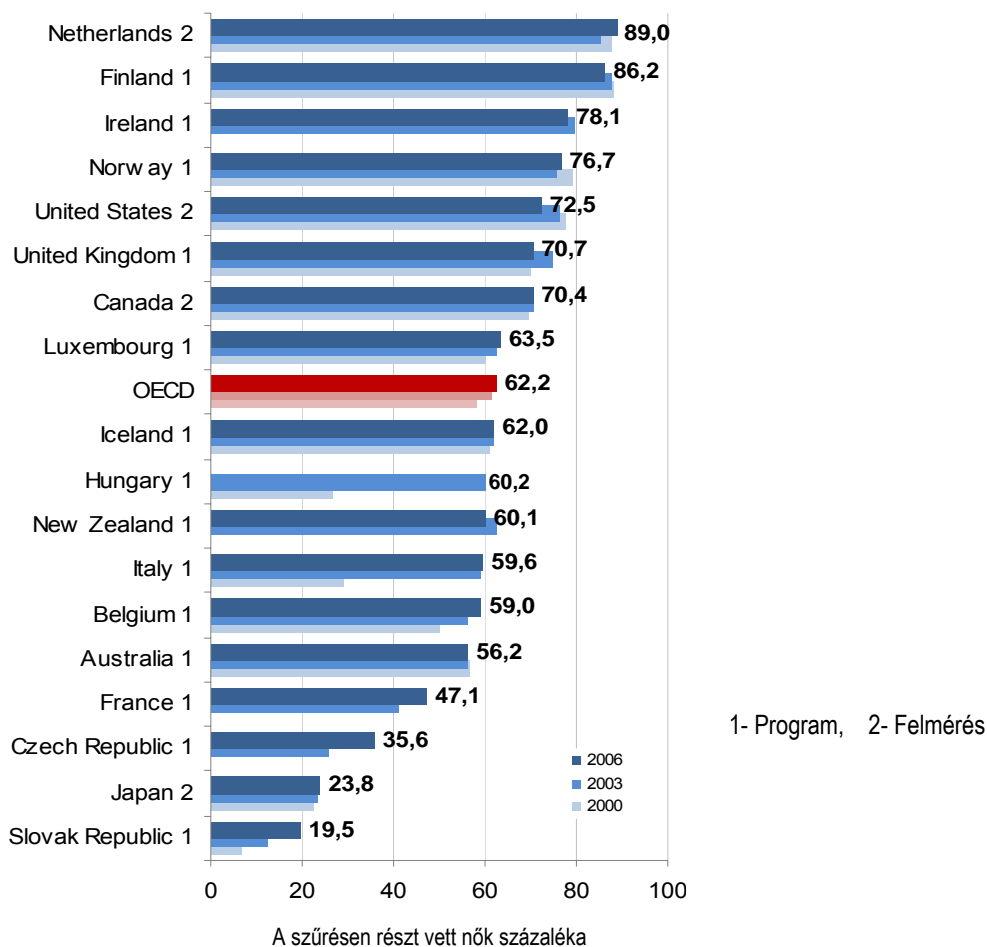


Az emlőrák szűrővizsgálata, túlélési aránya és mortalitása

Az emlőrák a nők leggyakoribb rákos megbetegedése. A népegészségügyi beavatkozások és a technológiai előrelépések, mint a sugárterápiával kombinált emlőmegtartó műtétek és a rutin adjuváns kemoterápia megnövelte a várható élettartamot.

Az emlőrákra vonatkozó egészségügyi szolgáltatásokban mutatkozó különbségeket három mutató jelzi: az 50-69 éves nők mammográfiás szűrésének rátái, a relatív túlélési ráták és a mortalitási ráták. A klinikai vizsgálatok kimutatták az emlőrákszűrés és kezelés hatékonyságát a túlélés rátáiban megmutatkozó növekedéssel.

18. ábra: Az 50-69 éves nők mammográfiás szűrése 2000 – 2006

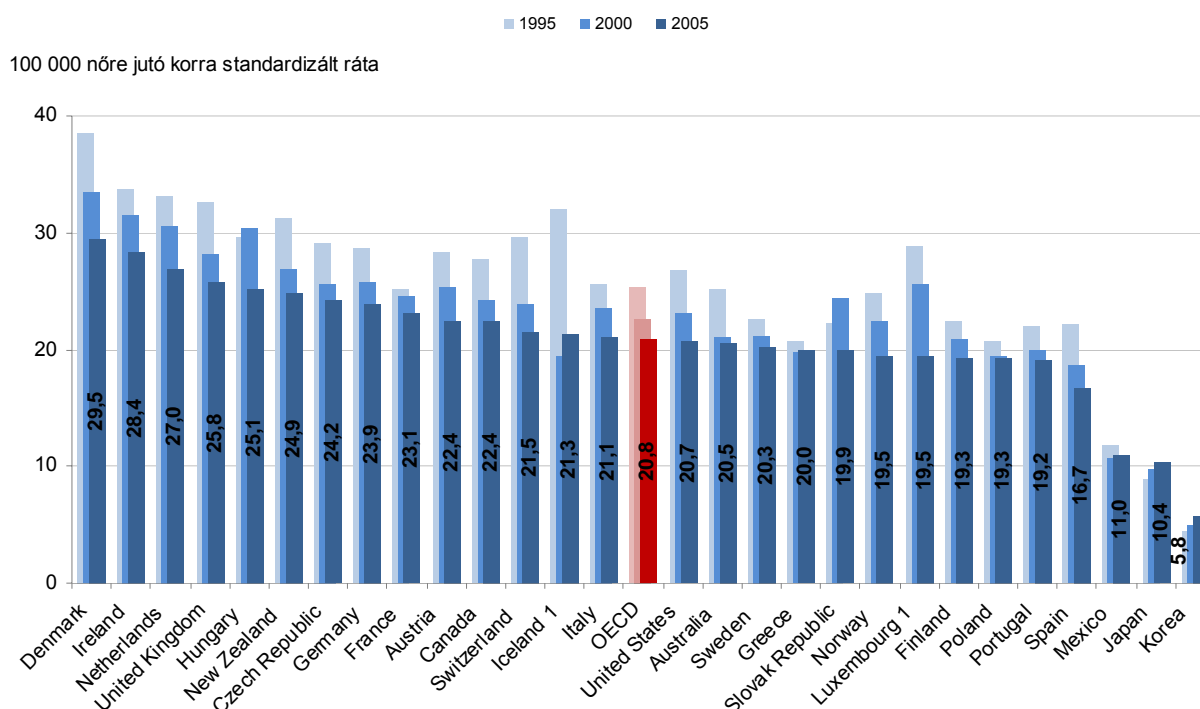


Hollandiában és Finnországban az 50-69 éves nők közel 90%-a vesz részt évente szűrővizsgálaton, viszont a Szlovák Köztársaságban és Japánban mindössze 20%-uk.

Az ötéves relatív túlélési ráta némi javulást mutatott 1997 és 2002, valamint 2002 és 2007 között szinte valamennyi országban, bár a javulás általában statisztikailag nem szignifikáns, viszont jobban érzékelhető a kelet-európai országokban, ahol eredetileg alacsonyabbak voltak a betegség túlélési rátái. Sok OECD ország túlélési rátája 80% fölötti, és ez az arány az USA-ban a 90%-ot is meghaladja.

Az emlőrák mortalitása a legtöbb OECD országban csökkennek, kivéve Koreát és Japánt, ahol az emlőrák mortalitása a legalacsonyabb, és a változások igen kismértékűek.

19. ábra: A nők emlőrák mortalitása 1995 és 2005 között



1- Izland és Luxemburg rátái 3 éves átlagon alapulnak

A vastagbélrák túlélési aránya és mortalitása

A vastagbélrák a daganatos megbetegedések harmadik leggyakoribb formája nőknél és férfiaknál egyaránt. Bizonyított tény a rutin vastagbéltükrözés és a székletvizsgálatok klinikai haszna, ugyanúgy mint az előrehaladott stádiumban végzett sebészeti beavatkozások és a kemoterápiáé. Bár számos OECD országban szervezett szűrési programok bevezetésére kerül sor, a vastagbélrák szűrésére vonatkozóan nemzetközi összehasonlítás még nem történt. A betegség kimenetelét ötéves relatív túlélési ráták és mortalitási ráták jelzik.

Minden országban javul a túlélés aránya, bár a növekedő tendencia sokszor statisztikailag nem szignifikáns. A legújabb adatok szerint Japán relatív túlélési rátája a legmagasabb (67%), és ezt követi Izland és az USA, a 65%-ot meghaladó statisztikájukkal. A legalacsonyabb túlélési rátával (38%) Lengyelország rendelkezik, bár a túlélési ráták javulása az utóbbi időben különösen a kelet-európai országokban tapasztalható.

Az utóbbi tíz évben csökkent a vastagbélrák okozta mortalitás az OECD országok többségében. Az 1995-2005 közötti időszakban Magyarországon volt a legnagyobb a vastagbélrák halálozási aránya (31,9/100 ezer főre), ugyanakkor az OECD átlag 19,0/100 ezer fő volt. Míg Korea statisztikáiban az utóbbi időben növekedés volt tapasztalható, és ez valószínűleg a nyugati típusú étrend gyors elterjedésének tulajdonítható, ezek a ráták így is az OECD országok legalacsonyabb rátái közé tartoznak.

A közép- és kelet-európai országokban növekedtek a betegség mortalitási rátái, de a relatív túlélésre vonatkozó statisztikák jobban tükrözik a betegség ellátásának színvonalát.

Fertőző betegségek ellátása

A gyermekek immunizálására vonatkozó programok

A gyermekek immunizálása az egyik legköltség-hatékonyabb egészségpolitikai intézkedés. A szamárköhögés és a kanyaró, valamint a tetanusz és a diftéria elleni védőoltás szinte minden ország védőoltás programjának része. 2007-ben, a WHO ajánlásának megfelelően több mint 170 ország vette be oltási programjába a hepatitis B elleni immunizálást is.

A gyermekek kanyaró és szamárköhögés elleni, valamint diftéria és tetanusz elleni átoltottsága magas az OECD országokban. A 2 éves gyermekek átlagosan több mint 90%-a részesül az előírt vakcinákban, és ez az arány az összes ország viszonylatában 75% fölötti.

A hepatitis B elleni átlagos átoltottság 95%-ra tehető. Magyarországon a gyermekek szamárköhögés és kanyaró elleni immunizálása 99,9%-os.

Az OECD országokban a hepatitis B előfordulása alacsony, 2,5/100 ezer lakos, ez alól csak Ausztria, Törökország és Izland képez kivételt 8-9,1-10,6/100 000 rátájával. Magyarország rátája 0,8/100 000 fő.

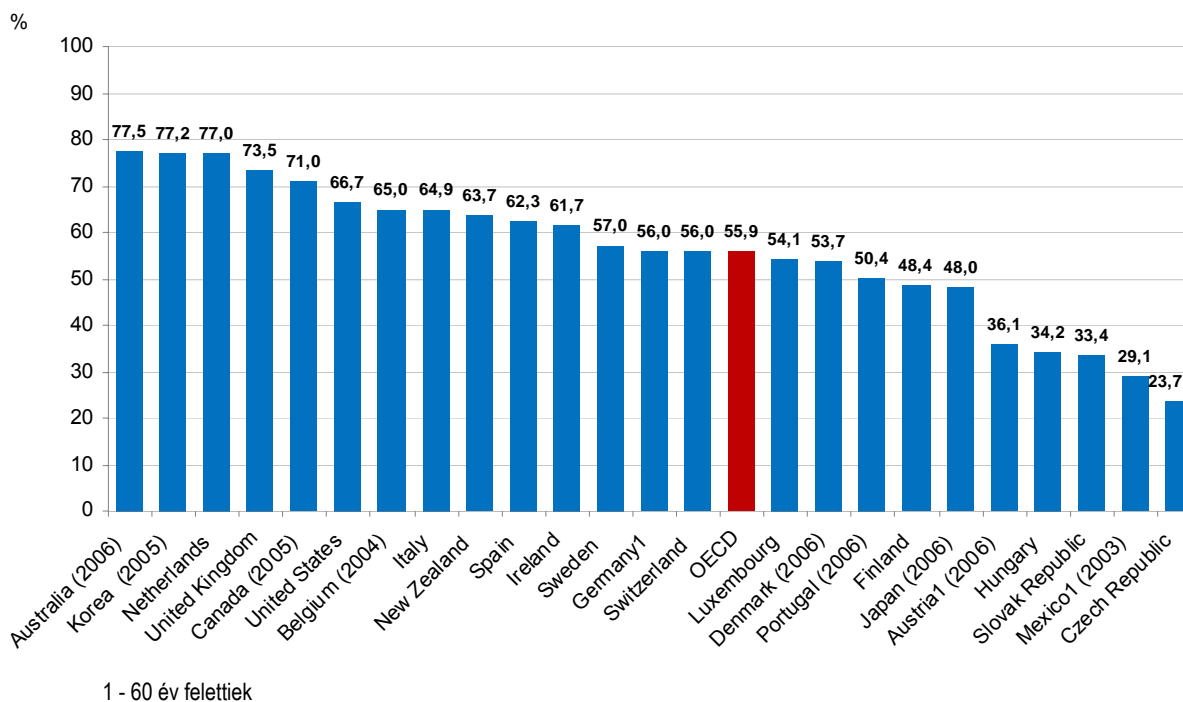
Az idősek influenza elleni oltása

Az influenza világszerte gyakran előforduló fertőző betegség, amely minden korosztályt érint. Az idősek és a krónikus betegek fokozottan veszélyeztetettek a betegség szövődményei által. A szezonális influenza elleni immunizálás az előző évtizedben terjedt el az OECD országokban.

2007-ben a 65 éven felüliek 56%-a volt influenza ellen beoltva, ugyanakkor nagyon eltérő az országok között az átoltottság aránya: 24% a Cseh Köztársaságban és 78% Ausztráliában.

Míg az OECD átlag jelentősen emelkedett 1998 és 2003 között, 2003 és 2007 között viszonylag stabil maradt. Az influenza különösen virulens törzsei pandémiát is okozhatnak, és ezzel a lakosság sokkal szélesebb köréit érinthetik, mint a szezonális influenza. A vakcinálás jelenti a lakosság epidémiák és pandémia elleni védelmének leghatékonyabb eszközét. Magyarországon a 65 évesnél idősebb lakosok influenza elleni átoltottsága 34,2%-os volt 2007-ben.

20. ábra: A 65 évesnél idősebbek influenza elleni átoltottsága, 2007-ben



Az ellátás elérhetősége

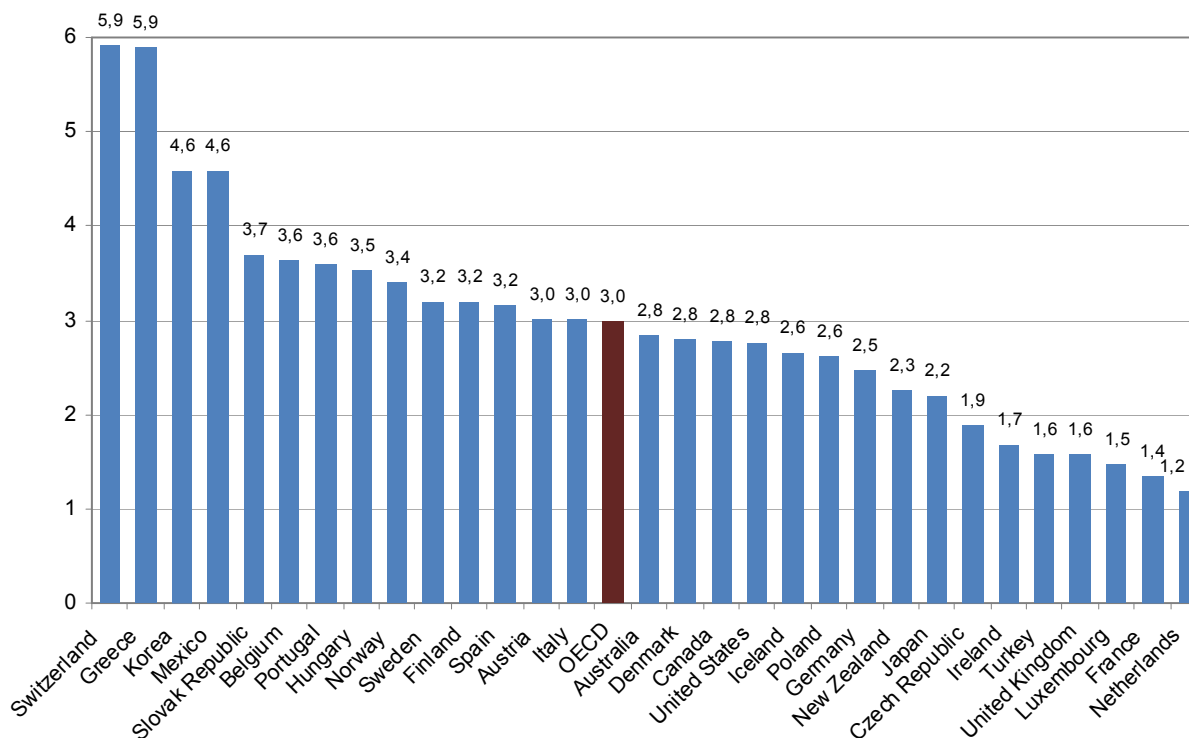
Minden OECD ország fontos egészségpolitikai célkitűzése az alapvető egészségügyi szolgáltatások adekvát elérhetőségének biztosítása az egyének szükségleteit figyelembe véve. Így az egészségügyi ellátás elérhetőségének monitorozása lényeges tényezője az egészségügyi rendszerek teljesítményét értékelő tevékenységnek.

Az ellátás elérhetőségében jelentkező problémák

A legtöbb OECD tagállam lakosainak többsége nem jelez problémát az ellátás elérhetőségében. Mindazonáltal néhány ország lakosságának jelentős hányada szerint problémák adódtak a szolgáltatások elérésében 2007-ben. Ennek három potenciális oka közül a leggyakoribb a kezelések költsége, mely leginkább Portugáliában, Lengyelországban jelentkezett. A várakozási idő többnyire az olasz, lengyel, svéd és angol lakosokat érintette, és a kezelésre való utazás a norvég állampolgárok számára jelentett gondot. Magyarországon a három ok közül a kezelések költsége jelentkezett számottevőbben.

21. ábra: A közvetlen kiadások aránya a háztartások fogyasztásához viszonyítva 2007-ben

a háztartások fogyasztásának százalékában



Egészségügyi fedezet

2007-re, az OECD országok többségében megvalósult az alapvető szolgáltatásokra fordított egészségügyi kiadások átfogó vagy majdnem átfogó fedezete. A fogászati és a gyógyszerkiadások vagy részleges fedezetben részesülnek, vagy kívül esnek a fedezet körén.

Mexikó 2011-re tervezi lakossága átfogó fedezetének megvalósítását, Törökországban 2008-ban hoztak törvényt a lakosság teljes körű biztosítására. Az USA lakosainak 58%-a 2007-ben magánbiztosítás révén állt fedezet alatt. Ugyanebben az évben 26 OECD ország közül 7-ben rendelkezett a lakosság több mint fele magánbiztosítással.

Közvetlen lakossági kifizetések

Az OECD országokban közvetlenül a betegek állják az egészségügyi kiadások átlagosan 18%-át. Ezek a kiadások nagy eltéréseket mutattak a különböző országokban, így kevesebb mint 2%-át tették ki a háztartások fogyasztásának Hollandiában és Franciaországban, viszont majdnem 6%-át Svájcban és Görögországban. Magyarországon ez az arány 3,5%, az OECD átlaga 3,0% volt 2007-ben.

Orvosellátottság földrajzi területek szerint

Az OECD országokban igen változó az 1000 főre jutó orvosok száma. Az erre vonatkozó adat kevesebb mint 2/1000-tól (Törökország, Korea, Mexikó) több mint 4/1000-ig (Belgium, Görögország) terjed.

Egyenlőtlenségek az orvosi konzultációk számában

13 európai ország vizsgálatából kitűnt, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező lakosok gyakrabban fordulnak szakorvoshoz, mint az alacsonyabb végzettségűek, és ugyanez az összefüggés volt kimutatható más országoknál is (pl. Magyarországon) a GP-k felkeresésében. A vizsgálatok eredményei szerint az ellátás közvetlen költségei mellett, a GP-k szerepe és az alapellátás szervezettsége is szerepet játszik a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésében.

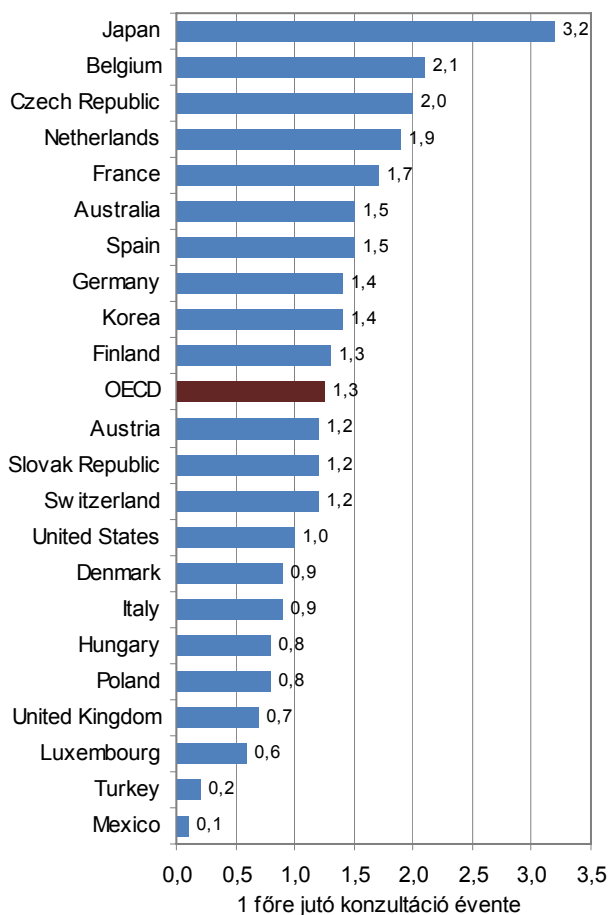
Egyenlőtlenségek a fogorvosi konzultációkban

Az utóbbi időben jelentkező jelentős előrelépések ellenére, továbbra is komoly problémák mutatkoznak a fogorvosi ellátás igénybevételében az OECD országokban. A fogszuvasodás, a fogágybetegségek és a fogak elvesztése szinte minden felnőttet és az iskolásgyermekeket 60-90%-át érintik.

Az évente ajánlott fogorvosi konzultációk/ egy főre jutó aránya 2007-ben nagy eltéréseket mutatott az OECD országok viszonylatában, Japánban több mint 3-ra, ugyanakkor Mexikóban 0,1-re volt tehető. Mindemellett az OECD-átlag 1,3 konzultációt tett ki. Általában véve a fogorvosok számának növekedése maga után vonja a konzultációk számának növekedését is.

Fogászati ellátást főként magánorvosok nyújtanak. A kezelések költségesek, átlagosan az OECD-országok egészségügyi összkiadásainak 6%-át, illetve a magánkiadások 16%-át teszik ki.

22. ábra: Fogorvosi konzultációk/fő 2007-ben



Egyenlőtlenségek a rákszűrésben

A rákos megbetegedések jelentik a második legfőbb halálokat az OECD országokban, ahol a halálesetek 26%-át okozták 2006-ban. A szűrővizsgálatok rátái nagy különbségeket mutatnak földrajzi területenként, és különböző társadalmi-gazdasági csoportok szerint az OECD országokban. Jóllehet egy ideje léteznek méhnyakrákszűrő programok Mexikóban, ezek elérhetősége és költségtérítése továbbra is problematikus.

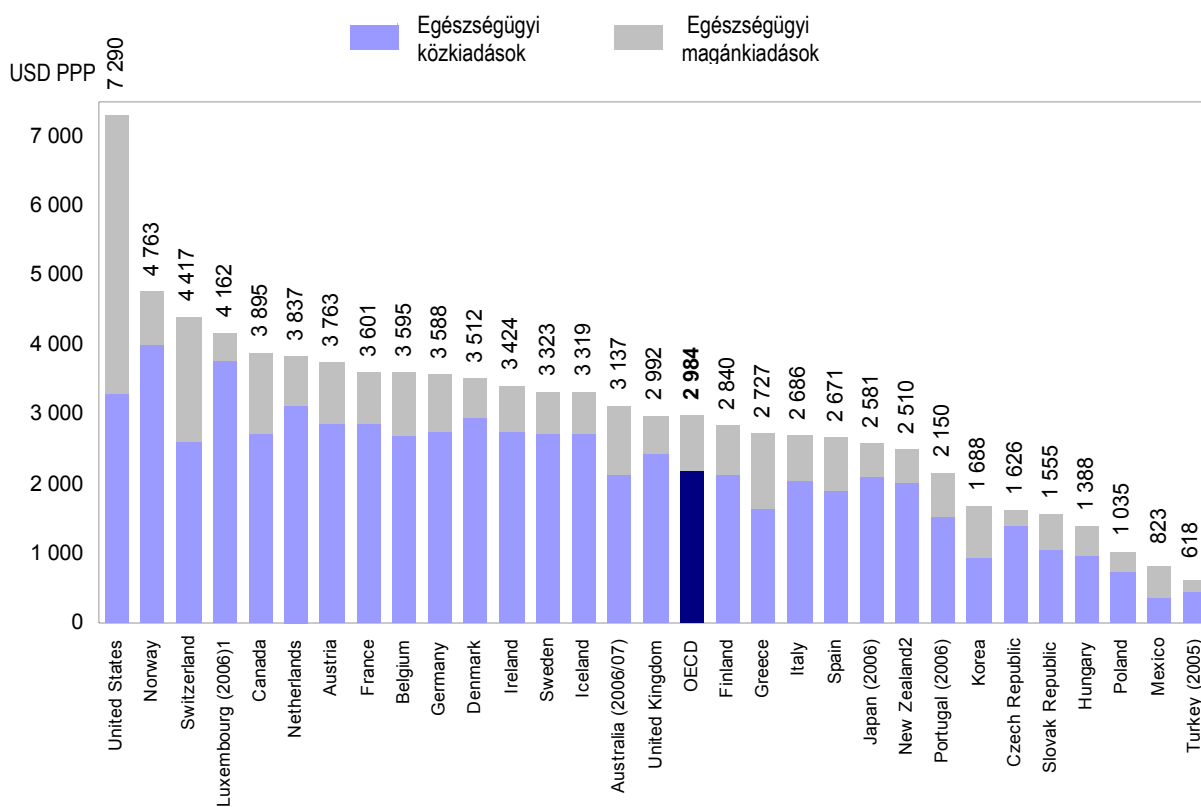
Számos társadalmi-gazdasági jellemző – így a jövedelem, az életkor, az iskolázottság foka, stb. - szerepel a szűrővizsgálatok igénybevételét előrejelző tényezők között. Az egyenlőtlenségek leküzdéséhez az irányelvek és az intézkedések célzottabb megtervezése szükséges.

Egészségügyi kiadások és finanszírozás

Egy főre jutó egészségügyi kiadások, USD PPP

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében az OECD tagországok között jelentősek a különbségek. Továbbra is az Amerikai Egyesült Államok költ messze a legtöbbet, 2007-ben 7290 USD-t (PPP). Ez az OECD országok átlagának 2,5-szerese. Norvégia és Svájc az USA költés 2/3-át fordítja egészségügyre, ez az OECD átlagnál 50%-kal több. A legtöbb észak- és nyugat-európai ország, Kanada és Ausztrália USD PPP-ben 3000 és 4000 közötti nagyságrendet költ, az átlag 100-130%-át. **Magyarország egy főre jutó egészségügyi kiadása 1388 USD PPP**, közvetlen előttünk van Csehország és Szlovákia, míg Lengyelország, Mexikó és Törökország mögöttünk van a sorban.

23. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás, állami és magán, 2007



1- az egészségügyi kiadások a biztosítottakra vonatkoznak (nem a lakosságra)
2- folyó kiadások

Ha az egészségügyi kiadások állami és magánkiadásra tagolódását tekintjük, látható, hogy az USA-ban továbbra is a magánszektor a meghatározó a finanszírozásban, de a magas összes kiadásnak köszönhetően az ország állami kiadási is magasabbak a legtöbb OECD országénál.

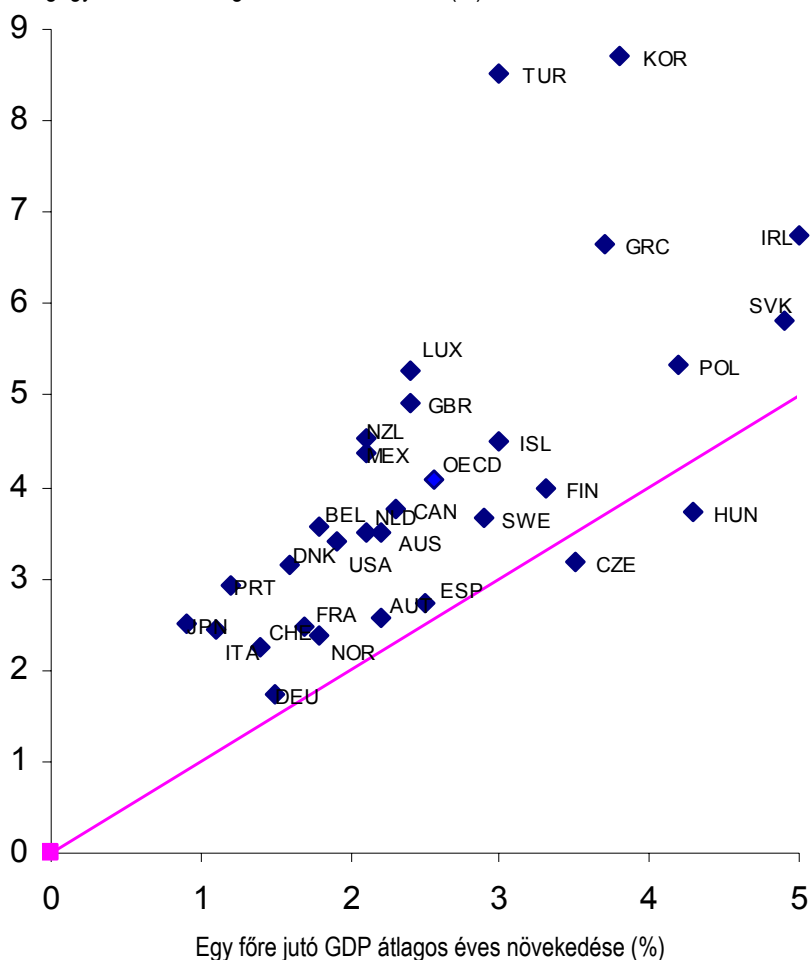
Svájcban is jelentős a magánszektor szerepe, ugyanakkor Dániában a kiadások zöme állami.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1997-2007 között reál értéken 4.1%-kal nőtt évente. A legtöbb országban 2001-2002-ben volt a növekedés csúcspontja, napjainkra lassulás figyelhető meg.

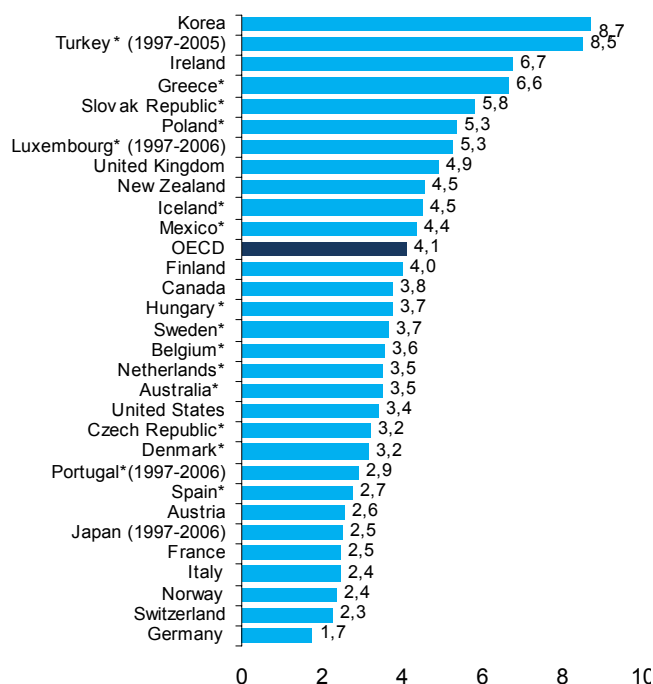
Összehasonlításképpen: 1997-2007 között a gazdasági növekedés éves üteme átlagosan 2,6%. Általában azokban az országokban volt a legjelentősebb az egészségügyi kiadások növekedése, amelyek nagyon alacsony bázisról indultak (pl. Törökország, Korea). Más országok, pl. Írország, Egyesült királyság politikai célkitűzései az egészségügyre fordítandó állami kiadások növelésére irányultak. Ezekben az országokban az összes egészségügyi kiadás növekedése meghaladta a gazdasági növekedést. A legalacsonyabb volt az egy főre jutó egészségügyi kiadás növekedés Németországban, 1,7%, a tanulmány ezt a szigorú költségkorlátozó politikának tudja be (költségvetési vagy kiadási korlátok a szektor, vagy a szolgáltatók számára, referencia árrendszer a gyógyszerek esetében, racionális gyógyszerfelírási gyakorlat, kórházi ágyak számának csökkentése, költséges orvosi berendezések számának korlátozása stb.). **Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedése 1997 és 2007 között 3,7% volt.**

24. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi kiadások és a GDP átlagos éves reál növekedése, 1997-2007

Egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagos éves növekedése (%)



**25. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadások
átlagos éves reál növekedése, 1997-2007, (%)**

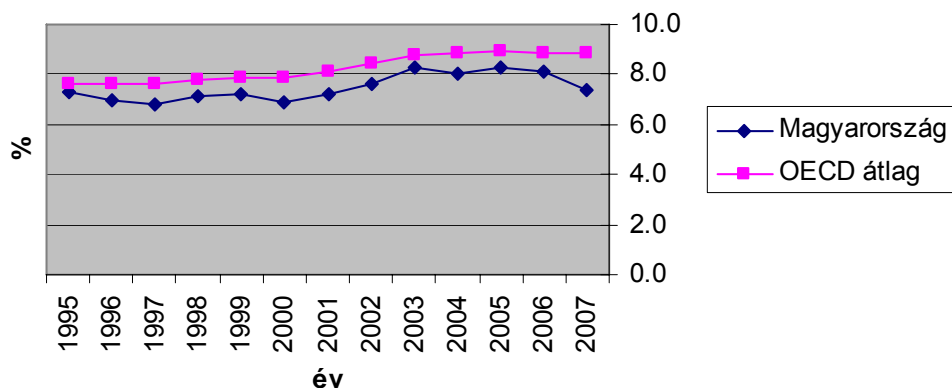


* Kiigazított növekedési ráták

Egészségügyi kiadások a GDP százalékában

A GDP százalékában kifejezve 2007-ben az OECD átlagában a GDP 8.9%-át költötték egészségügyre. Az elmúlt 10 évben Magyarország és Csehország kivételével az egészségügyi kiadások növekedése a GDP növekedésénél magasabb volt, így az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya növekvő. A részesedés növekedése a 2008-ban kezdődött recesszió után is fennmaradt, 2009-ben széles körben elterjedté vált. Magyarországon az arány 2007-ben csökkent.

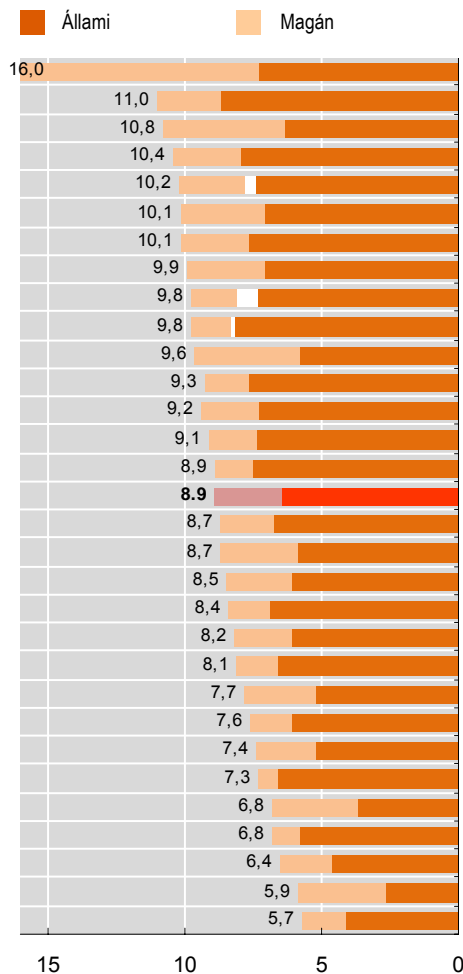
26. ábra: Egészségügyi kiadások a GDP százalékában



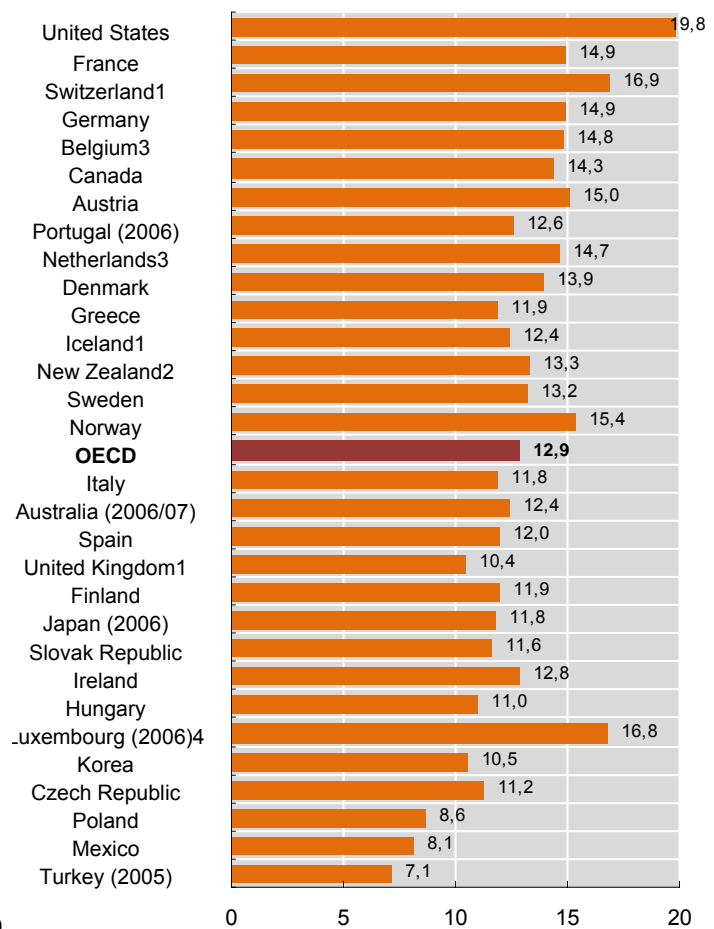
(ESKI ábra OECD adatok alapján)

2007-ben az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből a török és mexikói kevesebb, mint 6%-tól az amerikai 16%-ig terjedt. Az USA utáni legmagasabb arány Franciaországban (11.0%), - Svájcban (10.8%), és Németországban (10.4%) volt. **Magyarország 2007-ben a GDP 7,4%-át költötte egészségügyre, ez az OECD átlag alatti mérték.**

27. ábra: Összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában, 2007



28. ábra: Folyó egészségügyi kiadások a háztartások fogyasztásának százalékában, 2007



- 1- összes egészségügyi kiadás
- 2- folyó egészségügyi kiadás mindkét ábrán
- 3- az állami és magán folyó kiadások (beruházások nélkül)
- 4- az egészségügyi kiadások a biztosítottakra vonatkoznak (nem a lakosságra)

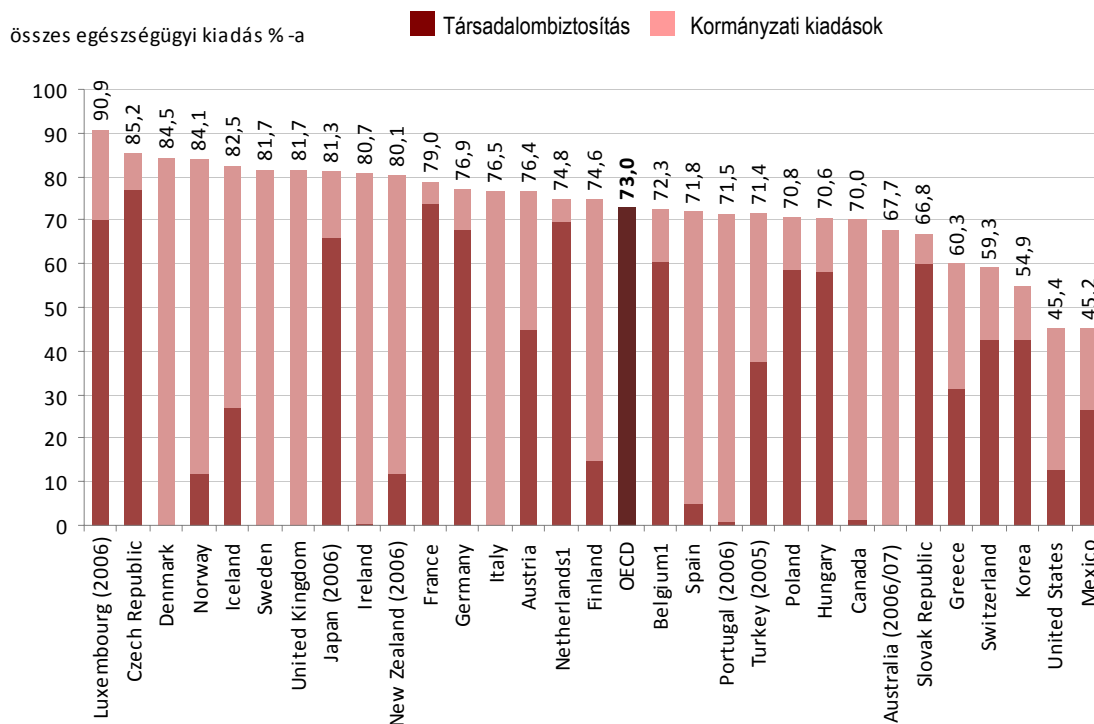
Az egészségügyi kiadások mértékének értékeléséhez a GDP-n belüli arány és az egy főre jutó egészségügyi kiadás együttes vizsgálata a megfelelő. Vannak olyan országok, amelyek a GDP relatív magas részét fordítják az egészségügyre, egy főre jutó költségük pedig lehet viszonylag alacsony. Pl. Portugália és Ausztria egyaránt a GDP kb. 10%-át fordítja az egészségügyre, az egy főre jutó kiadás Ausztriában 70%-kal magasabb, mint Portugáliában.

Állami és magánfinanszírozás az egészségügyben

Az állami kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva a francia 8,7%-tól a koreai és mexikói 3,7% és 2,7%-ig terjed. Az átlag: 6,4%, a magyar adat: 5,2%

Az egészségügy fő pénzügyi forrása az OECD-ben az állam, kivéve az USA-t és Mexikót. Az állami finanszírozás aránya az összes egészségügyi kiadáson belül átlagosan 73% volt 2007-ben, 1990 óta változatlan. 80% fölötti az arány Luxemburgban, Csehországban, az északi országokban (kivéve Finnország), az Egyesült Királyságban, Japánban, Írországban és Új-Zélandon. Némi konvergencia is megfigyelhető: a korábban magas állami kiadás-arányú Lengyelországban és **Magyarországban az arány csökkent (70% körülire)**, az alacsony állami kiadás-aránnyal jellemezhető Portugáliában és Törökországban pedig nőtt az állam szerepvállalása a finanszírozásban (71% körülire).

29. ábra: Állami kiadások az összes egészségügyi kiadás százalékában, 2007 (társadalombiztosítás és állami költségvetés)

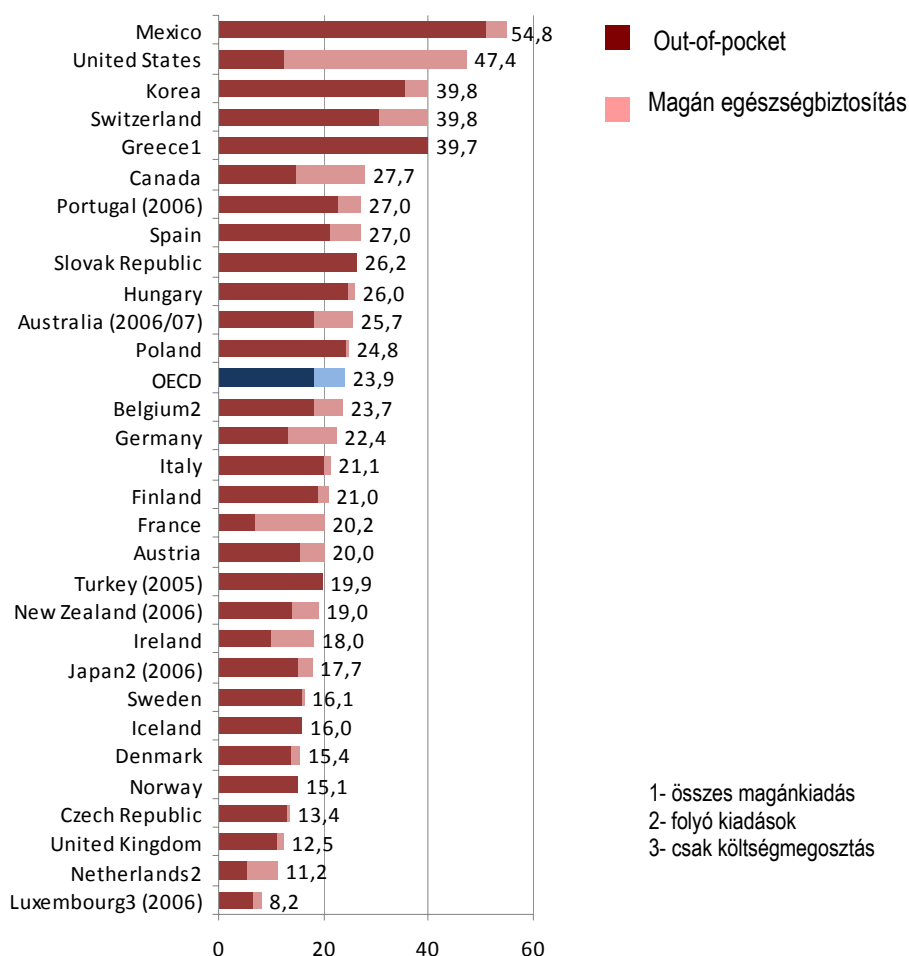


1- folyó egészségügyi kiadások

Az állami finanszírozás a meghatározó az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában (átlagosan 78%-os arányban, Magyarországon 77,6%-ban). Ha az egészségügyi szolgáltatásokat tovább bontjuk, egyes területeken (pl. fogászat) már 2/3 arányban magánfinanszírozással találkozhatunk. A termékek (gyógyszerek) finanszírozása OECD átlag szintjén 55%-ban történik állami forrásból, Magyarországon 57,9%-ban.

A magánkiadások több mint 2/3-a out-of-pocket kifizetés (beleértve a költségmegosztásokat, hálapénzt is). Egyes kelet-európai országok körében jellemző a hálapénz. A magánbiztosításokra kifizetett összegek aránya az egészségügyi kiadásokon belül átlagosan 5-6%. Jelentős az USA-ban (35%), Németországban (9,3%), Kanadában (12,8%), Franciaországban (13,4%)

**30. ábra: Out-of-pocket kiadások és a magánbiztosítás kiadásai, 2007
(az összes egészségügyi kiadás százalékában)**



2007-ben a gyógyító és rehabilitációs ellátás (járó- és fekvőbeteg ellátás) a folyó egészségügyi kiadások 60%-át tette ki. A járó-és fekvőbeteg ellátás költségeinek megoszlása az ellátás intézményi háttérétől függ. Az OECD átlag: 29:31%. Pl. Ausztriában és Franciaországban a fekvőbeteg ellátás kiadásai több mint harmadát teszik ki az összes egészségügyi kiadásnak, Portugáliában és Spanyolországban, ahol az előzőkhöz képest a kórházi szektor kevésbé hangsúlyos, ez az arány 25%, Szlovákiában 23%. **Magyarország az egészségügyi kiadások 29%-át költi a fekvőbeteg, 26%-át a járóbeteg ellátásra.**

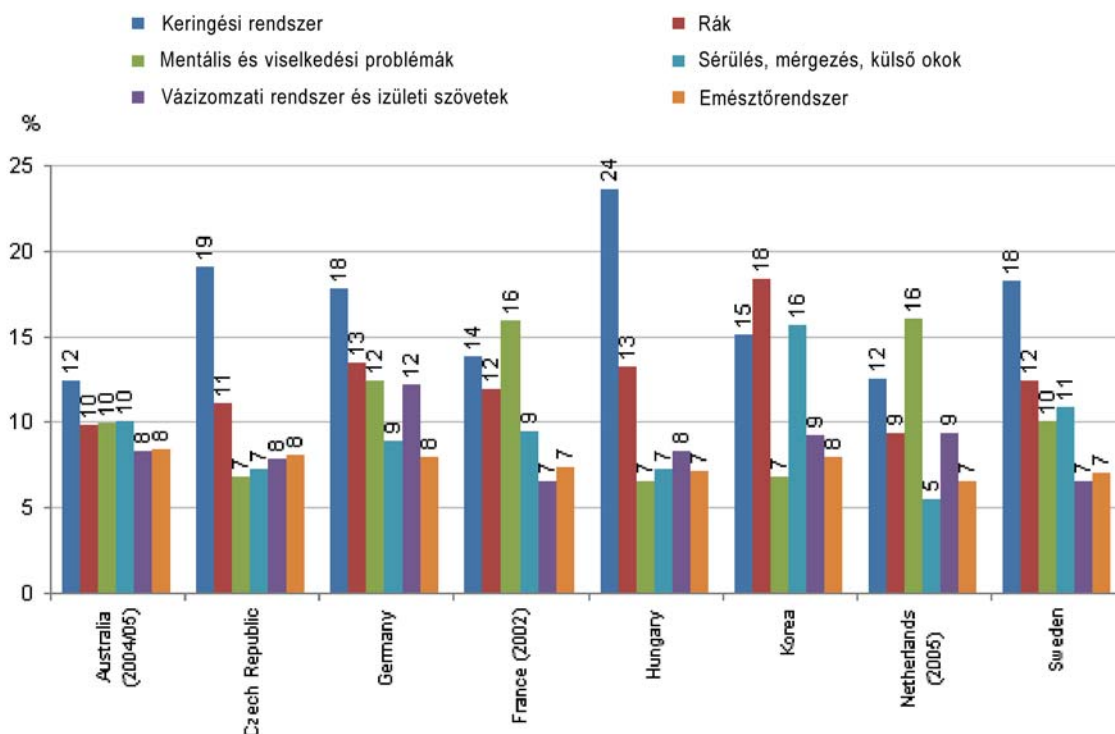
Nagyok a különbségek a hosszú távú ápolásra fordított összegekben. Azokban az országokban, ahol az idősek ellátása intézményi formában jellemző, pl. Norvégia, Dánia, ez az arány 26-21%, ahol főként a családok körében oldják meg az ellátást, pl. Portugália, Korea, az arány 1-2%. Magyarországon az arány 3%.

A kiadások jelentős kategóriája az egészségügyi termékek csoportja, amely főként a gyógyszereket tartalmazza. Erre az OECD átlagában a kiadások 21%-át fordítják. Magyarországon és Szlovákiában a legmagasabb ez az arány, 36-38%. Legalacsonyabb pedig Luxemburgban, Svájcban, Norvégiában, Új-Zélandon és Dániában (11-13%).

Az egynapos sebészet több országban növekvő szeletet hasít ki az egészségügyi kiadásokból. Franciaországban a gyógyításra fordított kiadások 11%-át teszi ki. Ausztriában, Belgiumban az arány 1%. **Magyarországon több országhoz hasonlóan 2%.**

Az egészségügyi kiadások vizsgálata betegségek és korcsoportok szerint fontos lehet az lakosság elöregedésének az egészségügyi kiadásokra gyakorolt hatásának és a betegségstruktúrában bekövetkező változások következményeinek értékelésében, a kiadások jövőbeli tervezésében. Hat fődiagnózis szerint vizsgálva a kórházi kiadásokat látható, hogy a keringési rendszer megbetegedései, a daganatok, a mentális és viselkedési zavarok gyógyítása az összes kórházi költségvetés 40%-át teszi ki. Magyarország a kórházi kiadások negyedét a keringési rendszer betegségeinek gyógyítására fordítja, ami az ischemiás szívbetegségek és a stroke kimagaslóan rossz magyar halálozási rátája ismeretében nem meglepő.

31. ábra: Fő diagnosztikai kategóriák szerinti kórházi fekvőbeteg kiadási arányok az összes kórházi kiadásokhoz viszonyítva, 2006



A 65 év felettek kórházi ellátása többszöröse a 15-64 éves korosztályra fordított kiadásokénak.

Egészségügyi szolgáltatások kereskedelme, gyógyturizmus

Az egészségügyi szolgáltatások nemzetközi kereskedelme és annak egyik legfontosabb része, a gyógyturizmus növekvő figyelemnek örvend úgy az elemzők, mint az egészségpolitikusok, egészségügyi szakemberek, turisztikai fejlesztési- és kereskedelmi ügynökségek részéről egyaránt. A téma ismeretéhez viszonylag kevés adat áll rendelkezésre.

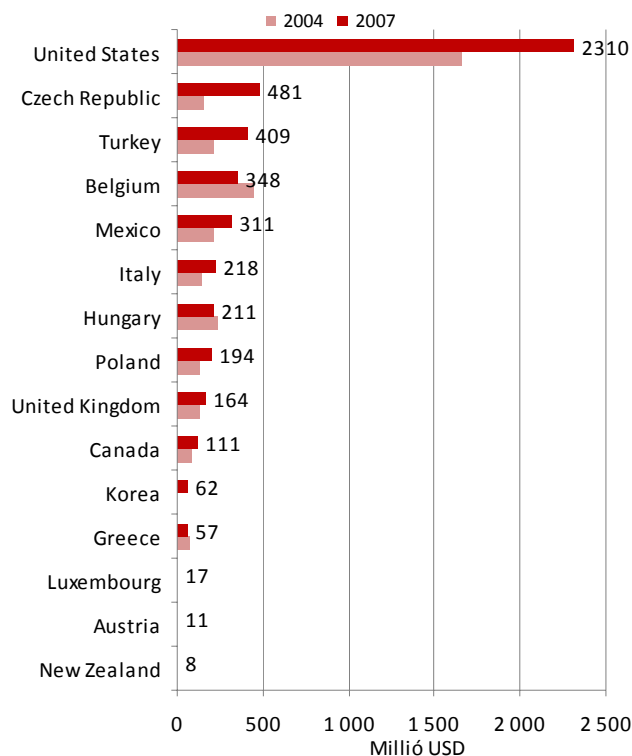
A legszélesebb körben jelentett összehasonlítható adat a fizetési mérlegen belüli egészséggel kapcsolatos utazás tétele. A definíció szerint ez azokat a javakat és szolgáltatásokat tartalmazza, amelyeket az egészségügyi okból utazók megszerezte, magukévá tettek. Ez viszonylag jól fedi a gyógyturizmus tartalmát, de nem tartalmazza azoknak az utazóknak az egészségügyi kiadásait, akik nem egészségügyi okból utaztak, de mégis egészségügyi szolgáltatást vettek igénybe. Hasonlóképpen nem tartalmazza a határon átnyúló olyan egészségügyi szolgáltatásokat, mint az orvosi laboratóriumi szolgáltatások, a telemedicina, vagy az időszakosan külföldre távozó egészségügyi dolgozók által nyújtott szolgáltatások. A kereskedelem nyelvén egészséggel kapcsolatos utazásból export akkor

keletkezik, ha a hazai egészségügyi szolgáltató külföldinek nyújt egészségügyi szolgáltatást (ráadásul olyan külföldinek, aki kifejezetten ezzel a céllal utazott). Importról pedig akkor beszélünk, ha külföldi szolgáltatónál veszünk igénybe egészségügyi szolgáltatást.

Az OECD országok kb. feléből származó adatokból az látszik, hogy 2007-ben az export és az import is kb. 5 milliárd USD volt. A definíció és a mérési módszer miatt ez az összeg jelentősen alulbecsült. Világos ugyanakkor, hogy a gyógyturizmus az egészségügyi szektor egészén belül a legtöbb országban marginális, de növekvő mértékű. A Németország által jelentett adat alapján pl. a folyó egészségügyi kiadások 0,5%-át teszi ki az egészséggel kapcsolatos kereskedelem. 2004-2007 között azonban évi átlagban 13%-kal növekedett.

Az USA messze a legnagyobb exportőr, 2007-ben 2,3 md USD értéket jelentett. Csehország, Törökország, Belgium exportja 300 millió USD fölötti. A magyar adat 211 millió USD. A 20 ország által jelentett 4,6 milliárd dolláros importban Németország vezet 1,5 md USD importjával. Az USA és Hollandia 600 millió USD fölötti importot jelentett. Az import növekedése az OECD országokban jelentősen magasabb az export növekedésénél, amely a nem OECD országok által exportált egészségügyi szolgáltatások növekvő jelentőségére hívja fel a figyelmet.

32. ábra: Egészséggel kapcsolatos utazások exportja millió USD-ban



Azon amerikaiak számának növekedése ellenére, akik külföldön keresnek gyógyulást, az USA az egészségügyi szolgáltatásokban nettó exportőr. (Közel-Keletről, Dél-Amerikából, Kanadából érkeznek betegek különböző motivációval, vagy az amerikai egészségügyi intézmények aktív marketingje miatt, vagy a várólisták elkerülése, a magas szintű ellátás, vagy csak a saját hazájában nem hozzáférhető ellátás igénybevétele céljából.) Az USA export növekedése érdekes módon 2007-ben csökkent, részben amiatt, hogy nőtt az amerikai egészségügyi intézmények által létrehozott külföldi kórházak száma.

Forrás: Health at a Glance, 2009. OECD indicators