
Magyarország a „Health at a Glance” OECD kiadvány tükrében 2007



2007. december

Magyarország a „Health at a Glance” OECD kiadvány tükrében

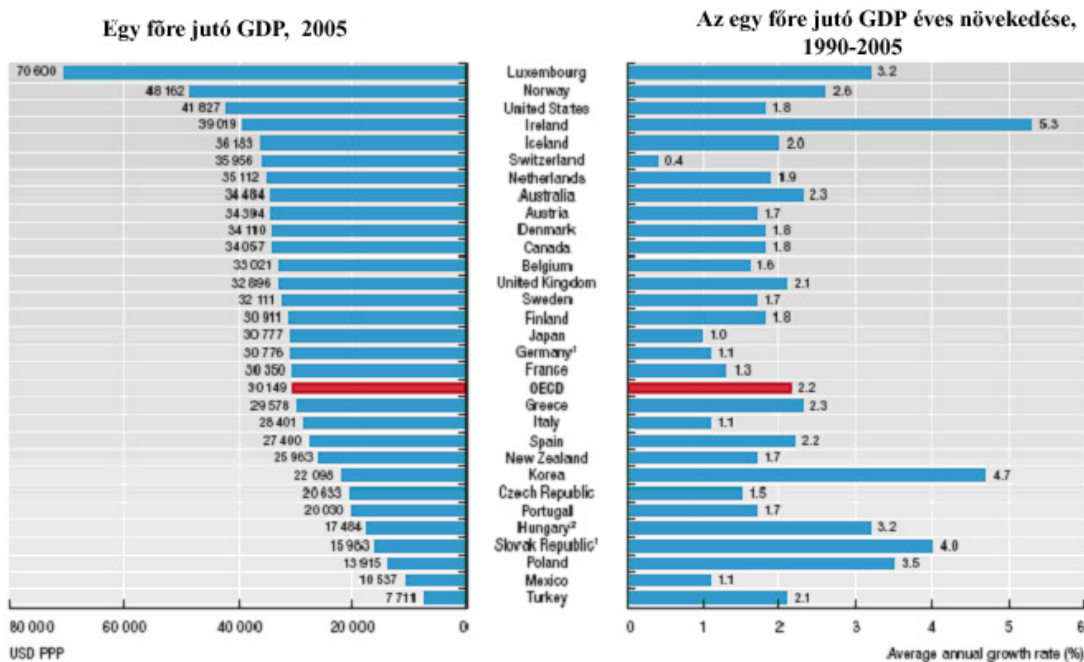
Az OECD országok „Health at a Glance”, „Pillantás az egészségügyre” kiadványa 2001 óta jelenik meg kétéves időszakonként. A 2007-es kiadvány az egészségügyi rendszerek teljesítményének mérésében megmutatózó fejlődést is bemutatja, az OECD államok egészségügyi minisztereinek 2004 májusában tartott első találkozója óta eltelt idő során. A kiadvány adatai az OECD 2007-es egészségügyi adatbázisán alapulnak.

A 6 részre tagolódnak a könyv adatait közlő az OECD-országok lakosságának demográfiai helyzetéről, egészségi állapotáról és az ezt meghatározó tényezőkről, szokásokról, az ellátás igénybevételéről, erőforrásairól és minőségéről.

A táblázatok jelzik Magyarország helyét az országok mutatók szerinti rangsorában. A születéskor várható élettartam és az egyes halálozási mutatók tekintetében Magyarország a vizsgált országok között a legrosszabb helyeken van. Ezeknél a mutatóknál egy-egy mondattal visszavezetjük az olvasót az 1960-as évekig, annak szemléltetésére, hogy a napjainkra jellemző kedvezőtlen adatok az elmúlt évtizedekben is megtalálhatók voltak-e, hogyan változott helyünk az OECD országok között. Az OECD-nek Kelet-Európából csak Magyarország, Csehország, Szlovákia és Lengyelország a tagja. A többi kelet-európai ország így értelemszerűen nem szerepel az összehasonlításban.

Demográfiai és gazdasági helyzet

Az egy főre jutó GDP a lakosság jólétének, egyben az életszínvonal növekedésének is a mutatója. Az OECD országokban ez az érték 2005-ben vásárlóerő-paritáson valamivel meghaladta a 30 000 USD-t, de kilencszeres eltérés is jelentkezett a legmagasabb és a legalacsonyabb értékek között. Magyarország 17 484 USD értékével a 26. helyen állt. Az egy főre jutó GDP éves növekedése Írországban volt a legnagyobb (5,3), ugyanakkor Svájcban volt a legkisebb (0,4). A 2,2-es OECD-átlagnál Magyarország értéke (3,2) magasabb volt.



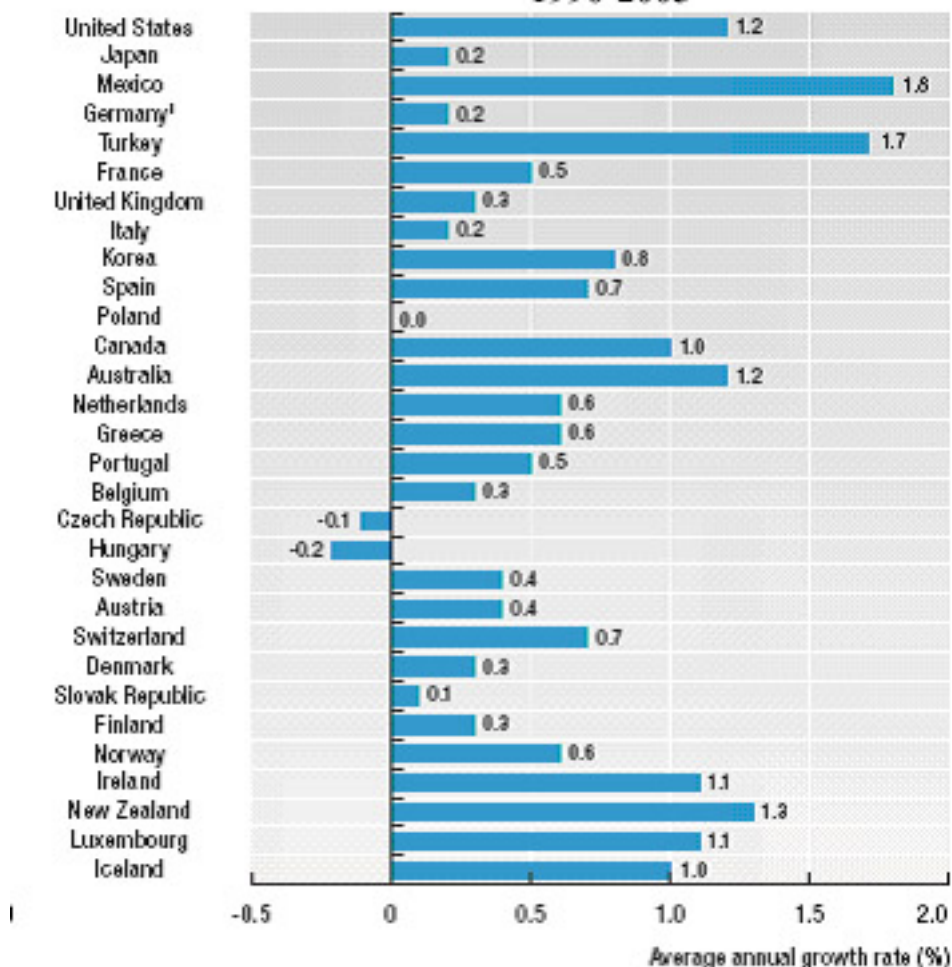
1. Average annual growth rate 1992-2005

2. Average annual growth rate 1991-2005.

Source: OECD Health Data 2007.

1990 és 2005 között az OECD országok lakosságának növekedése évente átlagosan valamivel meghaladta a 0,6%-os arányt. Ezzel szemben Magyarország, Csehország lakosságának számában inkább csökkenés volt tapasztalható Lengyelország és a Szlovák Köztársaság lakossága stagnált az alacsony fertilitásnak tulajdoníthatóan.

A lakosság átlagos éves növekedése, 1990-2005



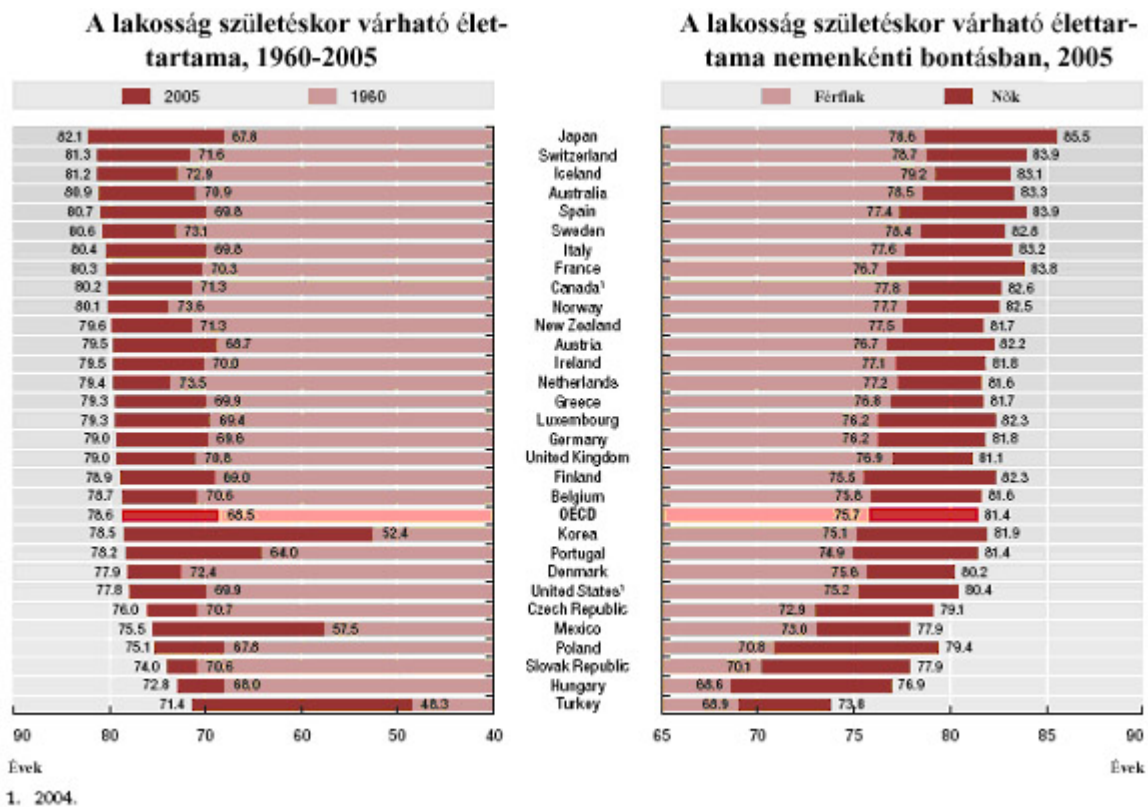
Egészségi állapot

2005-ben a születéskor várható élettartam átlagos értéke az OECD tagállamokban elérte a 78,6 évet, sőt az országok mintegy egyharmadánál a 80 évet is meghaladta. Magyarország, összlakosságra vonatkozó 72,8 éves statisztikájával majdnem az utolsó helyen állt, csak Törökország követte a rangsorban 71,4 évvel. 1960 óta a vizsgált 30 ország mindegyikében növekedett a várható élettartam, de ennek eredménye Magyarországon nem számottevő. 82,1 évvel Japán áll az élen, utána Svájc és Izland következik. A 65 éven felülieknél a második-harmadik helyre Franciaország és Ausztrália jött fel, Magyarország helyzete viszont változatlan, korcsoporttól függetlenül.

2005-ben a japán férfiak 10 évvel hosszabb élettartamra számíthattak, mint a magyarok, a nőknél a többlet 8,6 év. Japán értékei 2005-ben férfiak-nők vonatkozásában 78,6 és 85,5 évet jeleztek, Magyarország statisztikái viszont 68,6 és 76,9 évet tettek ki.

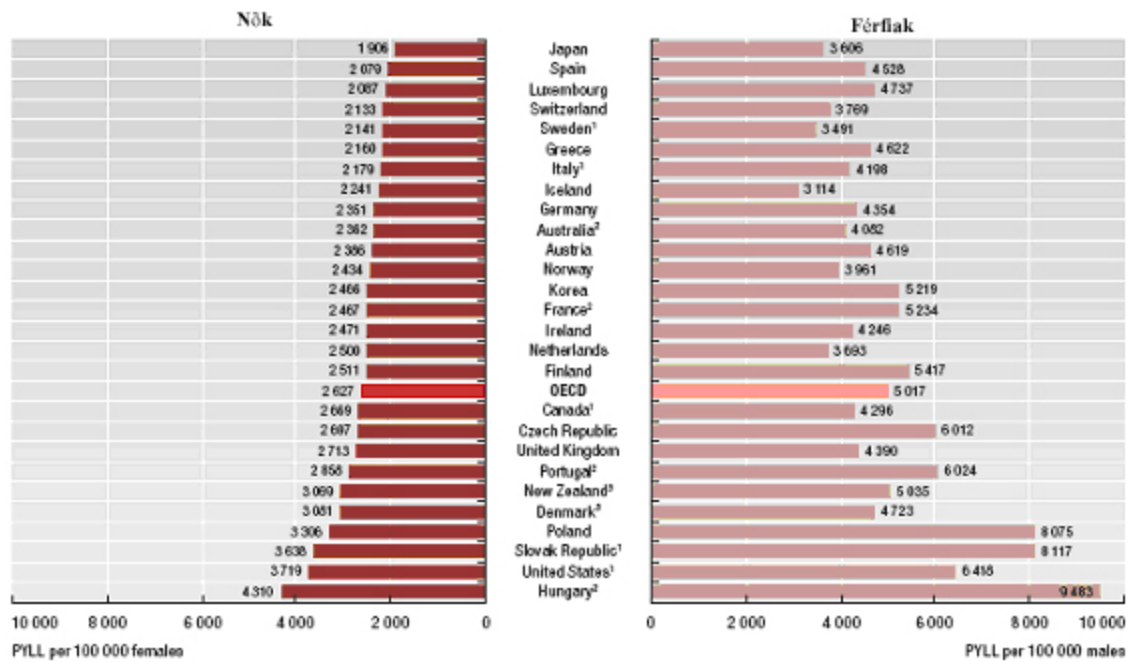
1960-ban a születéskor várható élettartamban a nők még csak 0,9 évvel, a férfiak 0,1 évvel maradtak le az OECD átlagtól. Ez a lemaradás 2005-re a nőknél 4,5 évre, a férfiaknál 7,1 évre nőtt. Bár folyamatos a lemaradásunk növekedése, a 30 ország közül az utolsó (férfiak körében) vagy az utolsó előtti helyre (nőknél) csak a 90-es évektől kerültünk. 1960-ban Japánban a nők születéskor várható élettartama még ugyanannyi volt, mint Magyarországon (70,2 év), 2005-re a japán adat a legjobb. A férfiak várható életéveinek tekintetében 1960-ban még mögöttünk volt Ausztria, Japán, Finnország, Portugália, Korea, Mexikó, Törökország, Lengyelország, 2005-ben már a magyar férfiak éltek legrövidebb ideig a 30 ország közül.

Jelentős különbségek vannak a várható élettartamban a hasonló jövedelmi arányokat mutató országok között is. Japán és Spanyolország élettartamra vonatkozó adatai magasabbak, mint amilyen érték a GDP-jük alapján elvárható lenne, ugyanakkor ennek fordítottja érvényes az USA-ra, Dániára és Magyarországra.



2004-ben Magyarország állt az utolsó helyen elveszett potenciális életév mutatóval, 6784 évvel. Magyarországon az elveszett potenciális életévek mutatója férfiak esetében különösen drámai volt, ugyanis majdnem 3000 évvel haladta meg az utolsó előtti helyen álló USA adatát (9483; 6418 év).

Elveszett potenciális életévek nemenkénti bontásban, 2004-ben



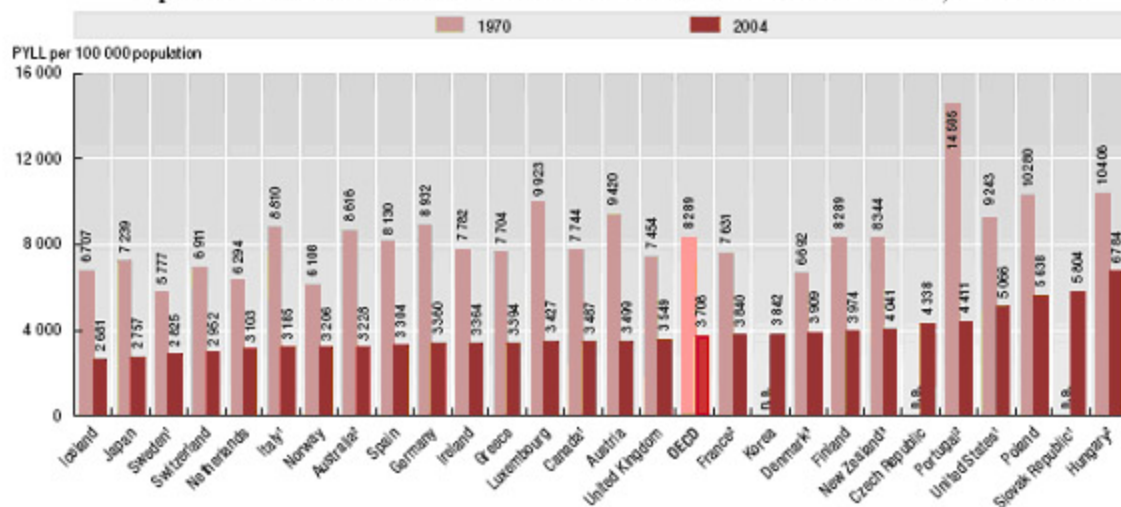
1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

Forrás: OECD Health Data 2007. The raw mortality data are extracted from the WHO Mortality Database.

A 100 000 főre jutó elveszett életévek tekintetében a nők és a férfiak viszonylatában is 1970-től az utolsó helyeken állunk, 1990 óta abszolút utolsók vagyunk, legfeljebb kezdetben Portugália, később már csak Mexikó volt mögöttünk. Míg a nők körében az OECD átlaghoz mért többlet elveszett életévünk az 1970. évi 1828 évről 1721 évre csökkent (100 000 főre), a 80-as, 90-es évek emelkedő adatai után, addig a férfiak esetében az 1970. évi átlaghoz mért többlet év-vesztés 2405 év után 2004-ben 4645 volt (100 000 főre). Ez az adat is alacsonyabb, mint az 1990-es 6317, de még mindig jóval magasabb az 1970. évinél.

1970-ben, 14 505 évvel Portugália mutatója volt a legkedvezőtlenebb, addig ez az ország 2004-re 4411 éves értékével 4. helyre előzte meg hazánkat.

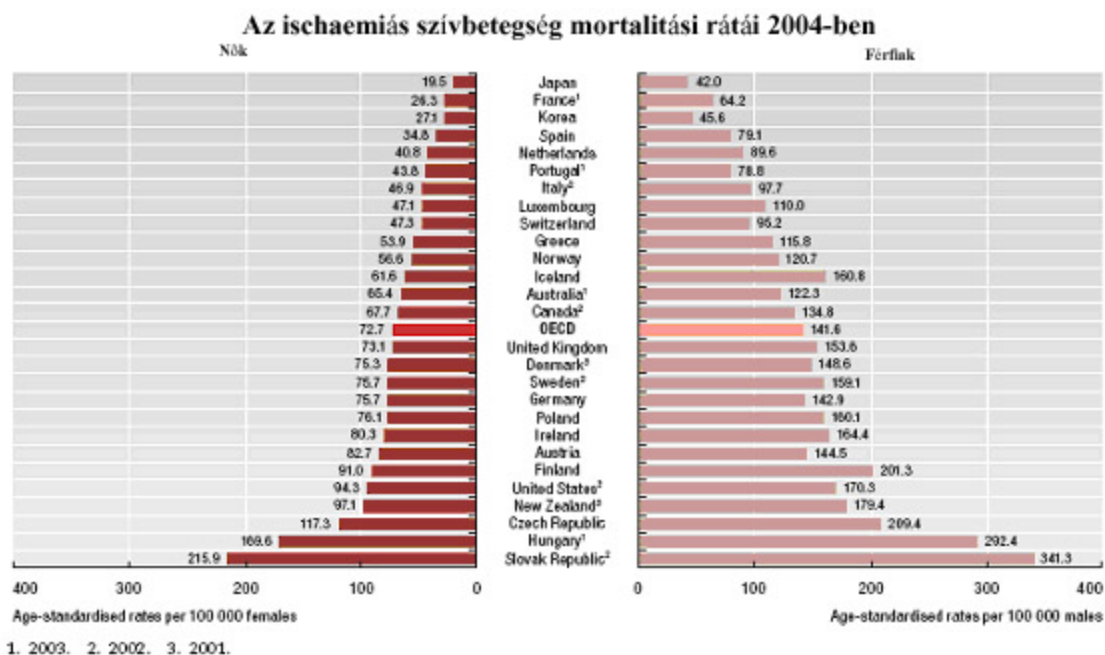
A potenciális életévvesztés csökkenése mindkét nem vonatkozásában, 1970-2004



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

A korai halálozás tendenciájának igen mérsékelt csökkenése Magyarországon különösen a férfiakra érvényes. Legfőbb oka a keringési rendszer betegségei által kiváltott nagymértvű halálozás (az OECD-átlag 2,5-szerese), illetve a májcirrózis-mortalitás (az OECD-átlag majdnem ötszöröse). A kedvezőtlen trendek háttérében sokszor az egészségtelen életmód (alkoholfogyasztás, dohányzás) áll. A korai halálozást kiváltó okok között szerepel Magyarországon az öngyilkosságok magas incidenciája is a férfiak körében.

Az ischaemiás szívbetegség által kiváltott mortalitás tekintetében Szlovákia után Magyarországon a legrosszabb a helyzet, ezzel szemben Japán statisztikája a viszonylag legkedvezőbb.

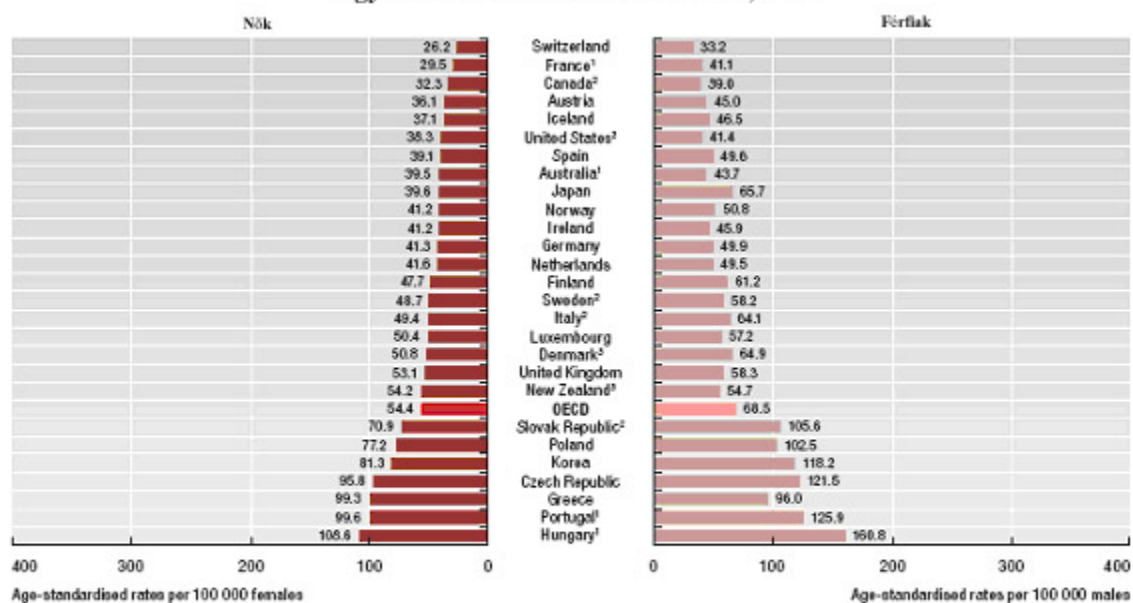


Az ischaemiás szívbetegségek standardizált mortalitási rátájában az OECD átlaghoz viszonyított lemaradásunk csökkenő halálozás mellett is a nők esetében (100 000 főre vetítve) 1960-hoz képest közel a duplájára növekedett, 55,3-ról 102,6-ra. 1970-ben, 1980-ban még olyan országok is mögöttünk voltak, mint Svédország, Dánia, ahol a halálozás 2004-re már az OECD átlaghoz közeli értékre esett vissza.

Férfiak esetében gyakorlatilag nincs elmozdulás a magyarországi halálozásban 1960-hoz képest, az OECD átlagtól való lemaradás kb. húszszorosára nőtt, mivel az OECD átlag a felére csökkent. Míg 1960-ban 7,5 halálesettel több jutott 100 ezer férfira Magyarországon, mint az OECD átlagában, 2004-ben már 157,6 volt a többlethalálozás mértéke. 2000 előtt még a skandináv országok ezen mutatóit mögöttünk tudhattuk, 2000-re ezek az országok lényegesen javították a halálozást, csak a magyar mutató maradt a régi szinten. 2000-ben, 2004-ben nők és férfiak esetében egyaránt már csak Szlovákia volt mögöttünk.

Az agyvérzés okozta halálozásban nagy eltérések mutatkoznak az országok statisztikái között. A legmagasabb ráták Magyarországon, a legalacsonyabbak Svájcban jelentkeznek.

Agyvérzés okozta mortalitási ráták, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

Source: OECD Health Data 2007. The raw mortality data have been extracted from the WHO Mortality Database, and age-standardised to the 1980 OECD population.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113384677718>

2004-ben a rák okozta mortalitás, Dánia kivételével az északi országokban volt a legalacsonyabb férfiak és nők esetében egyaránt, ugyanakkor Magyarországon regisztráltak a daganatos betegségek kimenetelével kapcsolatos legkedvezőtlenebb értékeket.

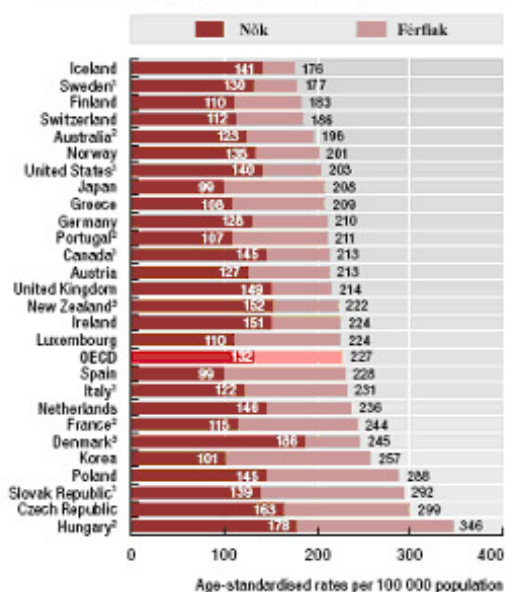
A nők daganatos megbetegedések okozta halálózása (100 000 nőre, standardizált halálózási ráta) 1960-ban még 24 ország közül a 18. helyen állt, 1980-ra már az utolsó előtti helyre esett vissza, és ez volt jellemző 2004-ben is. Az OECD átlagához képest 1960-ban Magyarországon 14,3 volt a 100 000 főre jutó többlethalálozás, 2004-ben ez több mint a háromszorosa, 46,4. Míg az OECD átlag folyamatosan csökkent, a magyar adatra a növekedés jellemző. 1980 óta már csak Dániára jellemző rosszabb halálózási adat.

A férfiak daganatok következtében beálló halálózásában ugyanez a romló tendencia érvényesül, csak még nagyobb mértékben. 1960-ban még a 14. helyen álltunk 24 ország közül, az átlagtól való eltérésünk 5,8 többlet haláleset (100 000 főre). 1990 óta már az utolsó helyen állunk, az átlaghoz képest 125,5 többlethalálózással. Míg az OECD átlag 1990 után némileg javuló tendenciájú, a magyar halálózás ezt nem követi.

A dohányzás a rákos megbetegedések legjelentősebb rizikófaktora. 2004-ben a férfiak tüdőrák okozta mortalitása Közép- és Kelet-Európa országaiban volt a legnagyobb mérvű. Ezekben az országokban, így Lengyelországban, a Cseh és a Szlovák Köztársaságban vagy Hollandiában, valamint a legkedvezőtlenebb statisztikával rendelkező Magyarországon, hagyományosan viszonylag elterjedtebbnek tekinthető a dohányzás a férfiak körében.

1960-ban még jobb volt a magyar férfiak 100 000 főre számított tüdőrák okozta halálozása, mint az OECD átlag, de legalább is azon a szinten volt, hiszen a jobb érték csak minimális különbséget takart. Még mögöttünk volt Ausztria, Belgium, Dánia, Hollandia és az Egyesült Királyság a halálozásban. 2004-ben az utolsó helyen állva az OECD átlagához mért többlethalálozás 49,1. Míg az OECD átlag a 90-es évek előtti romló tendencia után javulni kezdett, a magyar férfiak halálozása évről-évre nő.

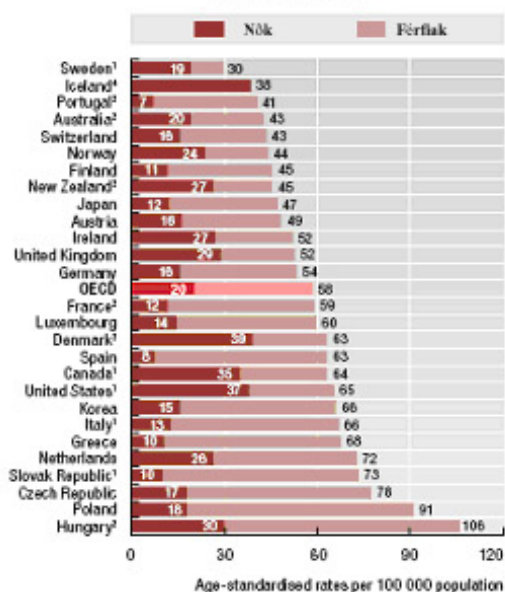
A ráknak tulajdonítható mortalitási ráták mindkét nem vonatkozásában, 2004-ben



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

4. For Iceland, the mortality rate from lung cancer is similar for women and men.

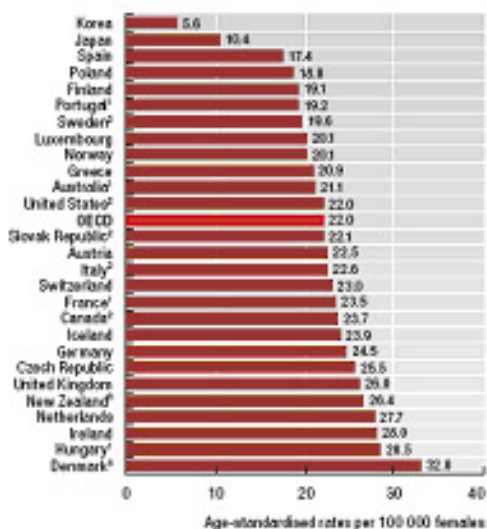
Tüdőrák-mortalitás nemenkénti bontásban, 2004-ben



Míg az emlőrák Koreában és Japánban vezet a legkevesebb halálesethez, addig Magyarország az emlőrák-mortalitás által leginkább sújtott területek közé tartozik. Magyarországon a betegség okozta halálozás több mint ötszöröse a koreai statisztikának (28,5/5,6 haláleset/100 ezer fő). Ez sem volt mindig így. 1960-ban még a magyar nők emlőrák miatt bekövetkezett halálozása jobb volt, mint az OECD átlag (6 haláleset/100 000 nő volt a különbség) Míg 1960-ban a legjobbak között voltunk, csak Görögország, Japán, Lengyelország, Spanyolország előzött meg bennünket, 2004-ben már csak Dánia volt mögöttünk, a skandináv ország ebben a vonatkozásban mindig is a legrosszabbak között volt. A többlethalálozás 2004-ben 5,8/100 000 nő az OECD átlagához viszonyítva.

A prosztatarák által kiváltott mortalitás viszonylatában Magyarország rátái az OECD-ráták középmezőnyében foglalnak helyet. Mortalitási adatunk megegyezik az OECD átlagával. Ez a mutató 1960-ban még kicsivel jobb volt az átlagnál, de jobb volt 2000-ben is, amikor 26 ország közül a 7. helyen álltunk. Japán és Korea prosztatarák okozta halálozási mutatói hagyományosan a legjobbak.

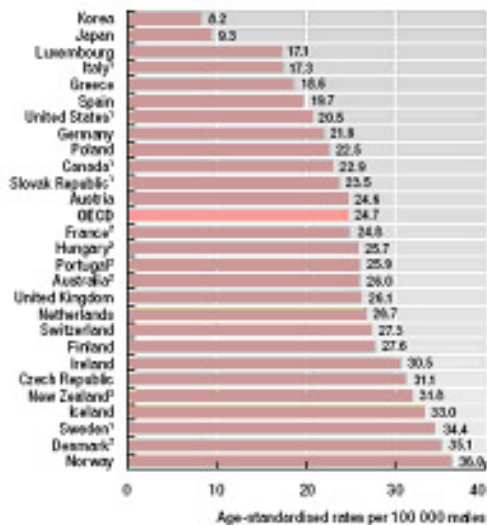
Emlőrák-mortalitás, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

Source: OECD Health Data 2007. The raw mortality data have been extracted from the WHO Mortality Database, and age-standardised to the 1980 OECD population.

Prostatarák-mortalitás, 2004



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

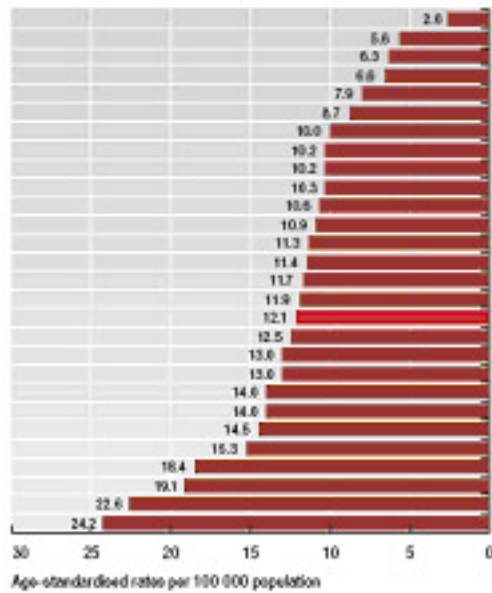
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113450104303>

Összességében elmondható, hogy 1980 óta a rákos megbetegedések okozta halálozás az OECD országok többségében legalább kis mértékben csökkent a férfiak és a nők körében egyaránt. Ez alól a tendencia alól csak 4 ország - ezek között Magyarország (valamint Görögország, Lengyelország, Spanyolország) - képez kivételt, mivel ezekben az országokban sajnálatos módon további növekedés volt tapasztalható 2004-ig.

Az öngyilkosságok szintén jelentős helyet foglalnak el az OECD országok halálhálójában. Lakossághoz viszonyított arányuk 2004-ben Koreában, Magyarországon, Japánban és Finnországban volt a legmagasabb, meghaladva a 18/100 000 főt. Magyarország ilyen jellegű statisztikája a vizsgált évben 22,6/100 000 főt tett ki, csak Korea értéke volt rosszabb, jóllehet alakulásában 1980 óta jelentős csökkenés volt tapasztalható. (1960 és 1980 között az öngyilkosságok halálozásának mértéke 100 000 főre Magyarországon tetemesen megnőtt, 25,5-ről 41,4-re emelkedett.) 1960 óta Magyarország folyamatosan az utolsó helyen állt, a legrosszabb halálozást mutatta. A javuló trend vonatkozásában Magyarország (-45%-kal) Dánia után (-61%) a második helyen áll, de rátái még így is a legmagasabbak közé tartoznak. Nemenkénti bontásban vizsgálva általánosságban elmondható, hogy a férfiak öngyilkosságának tulajdonítható halálozása 3-4-szerese a nőkének az OECD-országokban, és ez az eltérés meglehetősen konstans az idő múlásával is.

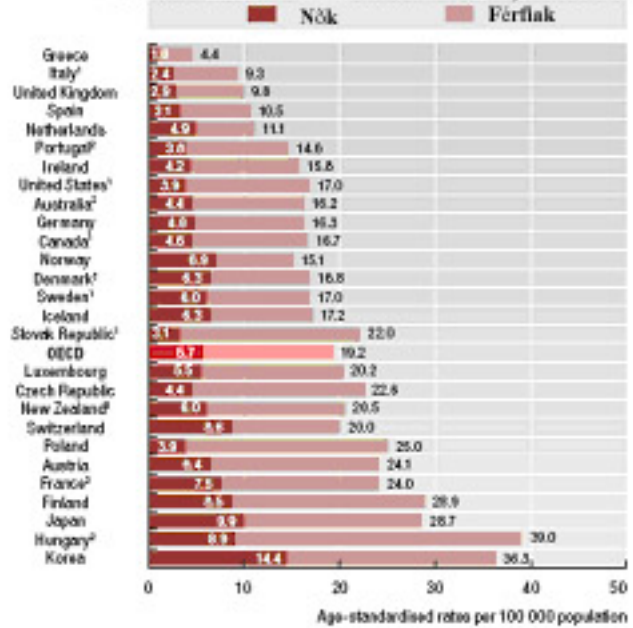
Az OECD átlagához viszonyított halálozási többletünk 2004-ben 11 haláleset/100 000 fő volt, 1960-ban ez 13 volt, a legrosszabb időszakban, 1980-ban 26,5.

A lakosság öngyilkosságának tulajdonítható mortalitása, 2004-ben

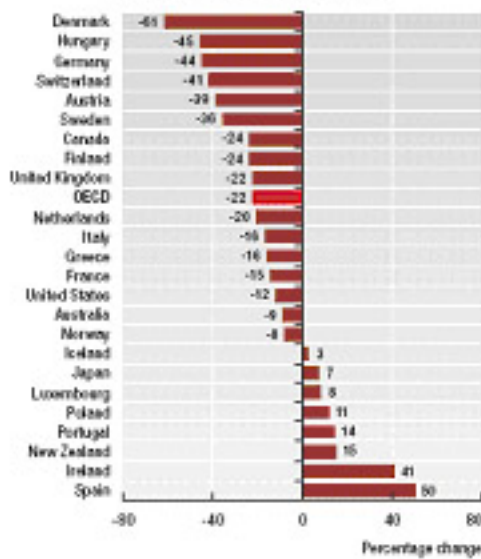


1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

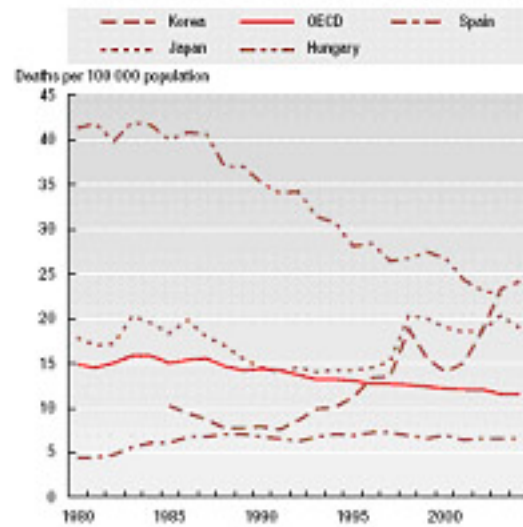
Az öngyilkosságának tulajdonítható mortalitás nemenkénti bontásban, 2004-ben



Az öngyilkossági ráták alakulása, 1980-2004



Az öngyilkossági ráták trendje egyes OECD országokban, 1980-2004



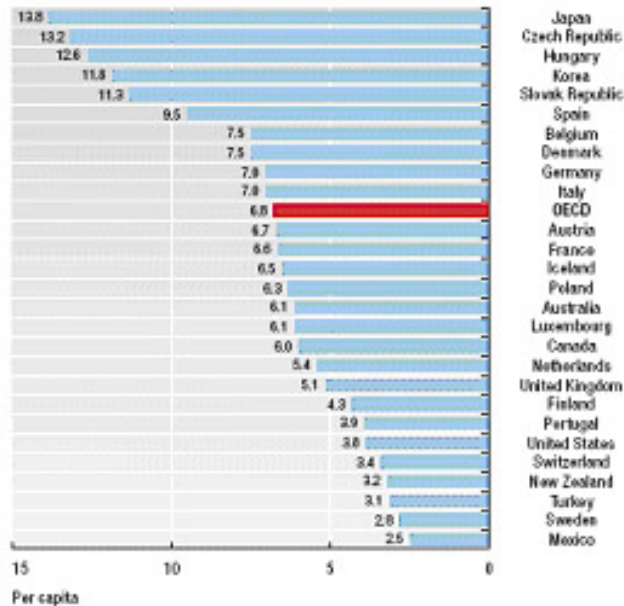
Source: OECD Health Data 2007. The raw mortality data have been extracted from the WHO Mortality Database, and age-standardised to the 1980 OECD population.

Ellátás forrásai és igénybevétele

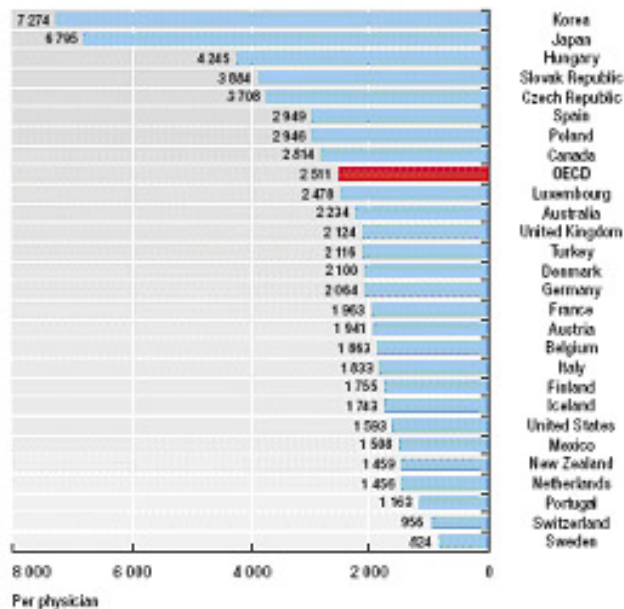
2005-ben az orvosokkal való konzultációk aránya igen nagy eltérést mutatott az OECD országokban. Az egy főre jutó konzultációk száma a kevesebb mint 3 orvoshozfordulástól (Mexikó, Svédország) az öt országban regisztrált több mint 11 orvoshozfordulásig terjedt. Magyarország a harmadik helyen áll az

egy főre jutó 12,6-es konzultációval. Japán és Magyarország a legnagyobb konzultációs arányú országok közé tartozik, de orvosellátottságuk, illetve lakosságuk egészségi állapota nagy eltérést mutat. Az egy orvosra jutó konzultációk száma Koreában a legnagyobb (7274), ezt követi Japán (6795) és Magyarország (4245). Az OECD-országok átlagértéke orvosonként 2511 konzultáció/orvos.

Orvoshozfordulás/fő, 2005

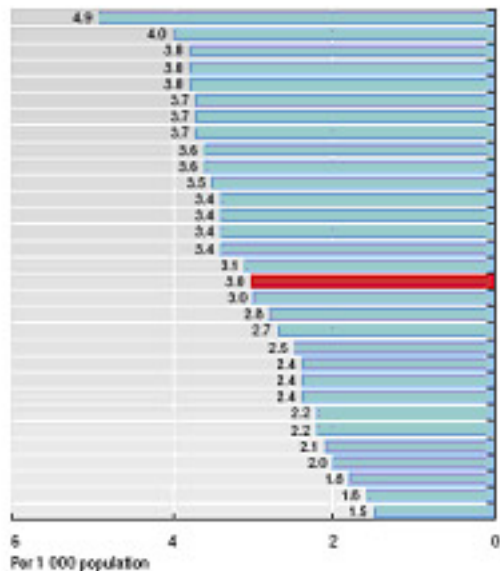


Orvoshozfordulás/orvos, 2005

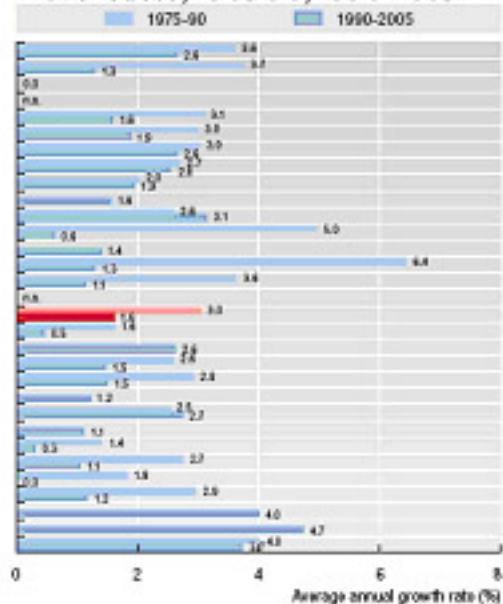


2005-ben a Magyarországon praktizáló orvosok 1000 főre jutó aránya 3,0 megegyezett az OECD-átlaggal. A magyar orvosok létszáma 1975-90-ben 1,6, 1990-2005-ben 0,5%-kal nőtt.

Praktizáló orvosok/1000 fő, 2005



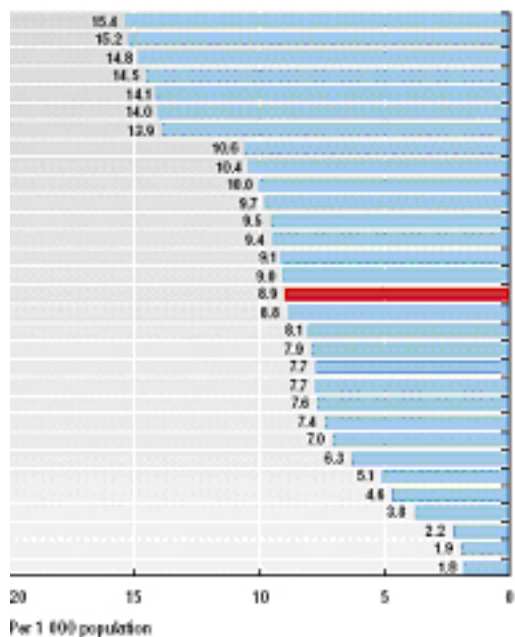
A praktizáló orvosok arányának növekedése, 1975-90, 1990-2005



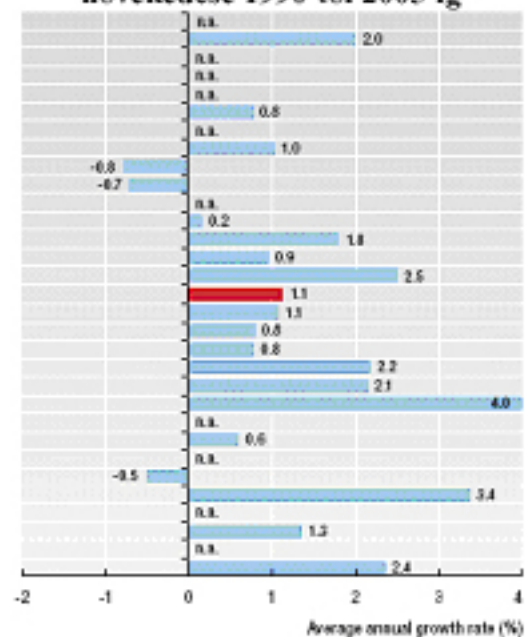
1. Data for Spain include dentists and stomatologists.
2. Ireland, the Netherlands, New Zealand and Portugal provide the number of all physicians-entitled to practise rather than only those practising.

A magyar statisztika az ápolónők arányában is egész közel állt az OECD-értékhez 8,8;8,9/1000 főt tett ki, és azonos volt a nővérek létszámának növekedése (1,1/1000) is.

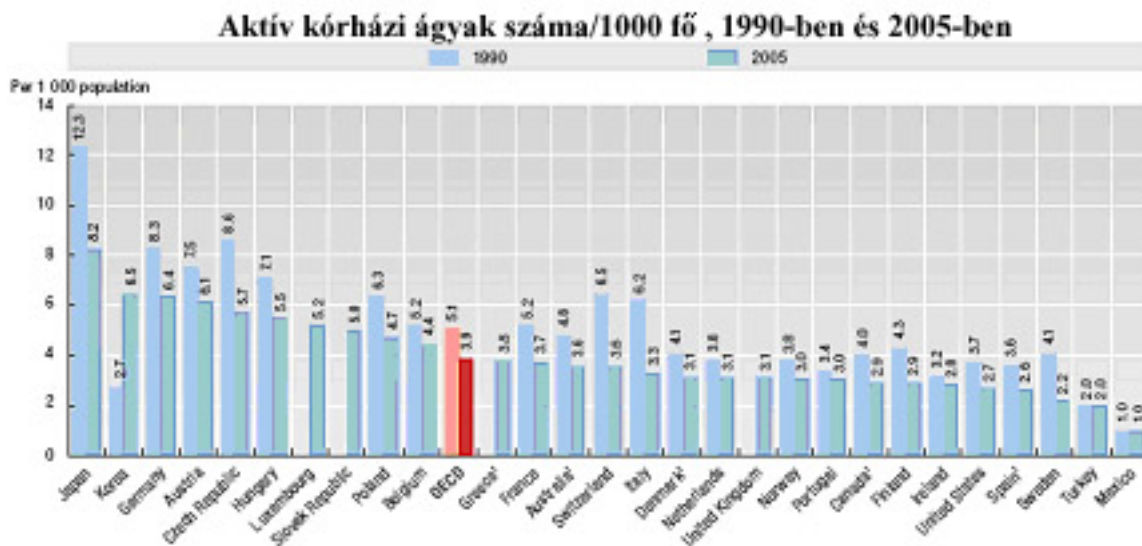
Praktizáló ápolónők/1000 fő , 2005



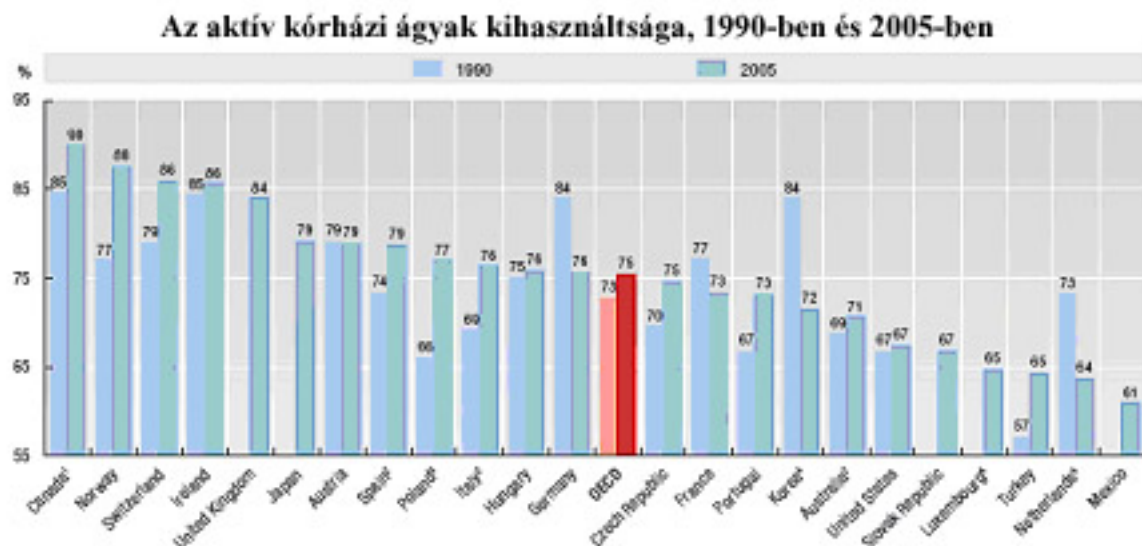
A praktizáló ápolónők arányának növekedése 1990-től 2005-ig



Az aktív ágyak arányát tekintve Japán foglalta el a vezető helyet (1990-ben 12,3/1000, 2005-ben 8,2 ágy/1000 fős adatával), Magyarország 7,1/5,5-es arányával a 6. helyen állt. Az OECD-átlag ugyanekkor 5,1, illetve 3,9 ágy volt. A magyar kórházi ágyak kihasználtsága 76%-os volt 2005-ben, ez 1%-kal haladta meg az OECD-átlagot. Az aktív ellátásban a 6,3 napos átlagos ápolási idő azonos volt az OECD-értékkel.



1. 2004.



1. 1995-2004. 2. 2004. 3. 2002. 4. 2003.

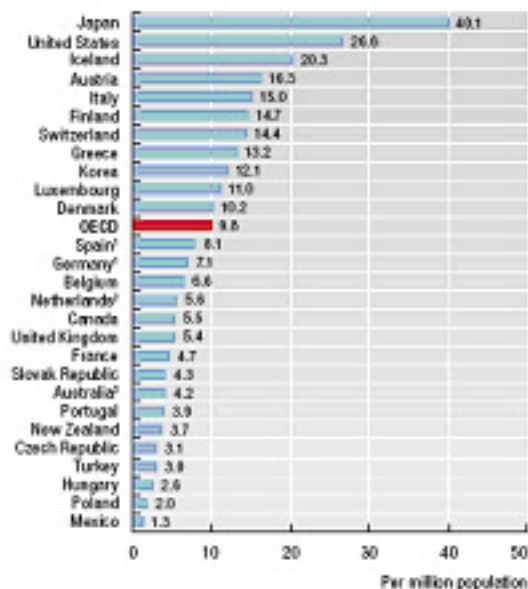
5. In the Netherlands and Luxembourg, occupancy rates are slightly underestimated, as the number of beddays in hospital only include inpatients while the number of acute care beds (the denominator) also include beds available for day care.

Source: OECD Health Data 2007.

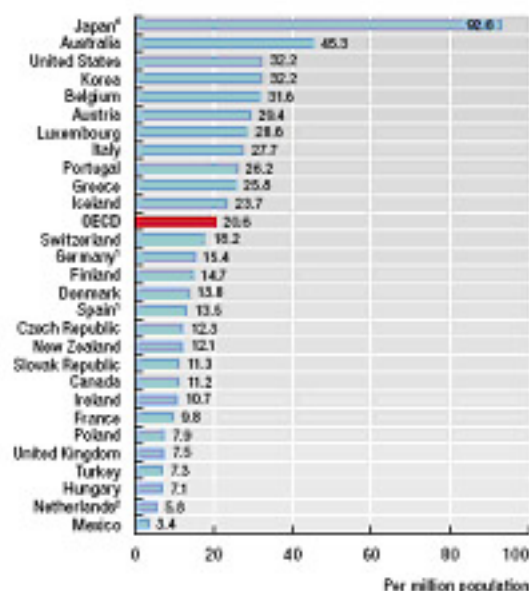
A modern orvostechológia az egyike az OECD országok egészségügyi kiadásait jelentősen megnövelő tényezőnek. Az utóbbi 15 évben egyre több CT és MRI berendezés válik hozzáférhetővé az OECD-országokban. Japánban van a legtöbb MRI és CT scanner/fő, ezt követi MRI egységeivel az

USA, és CT scannereivel Ausztrália. A magas költségeknek tulajdoníthatóan a rangsor végén áll Mexikó, Magyarország és Törökország. Magyarországon 2005-ben 2,6 MRI és 7,1 CT scanner jutott 1 millió lakosra. 13,1 mammográfiás berendezésével az ország viszonylag jó helyen áll, de még így is meglehetősen elmarad az OECD-átlagtól (19,9).

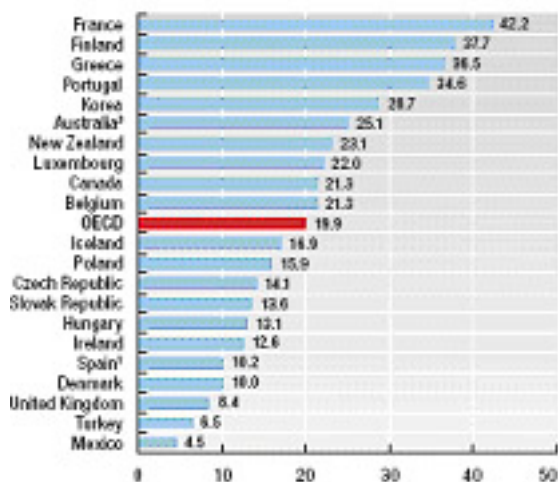
MRI egységek/millió fő , 2005



CT scannerek/millió fő , 2005



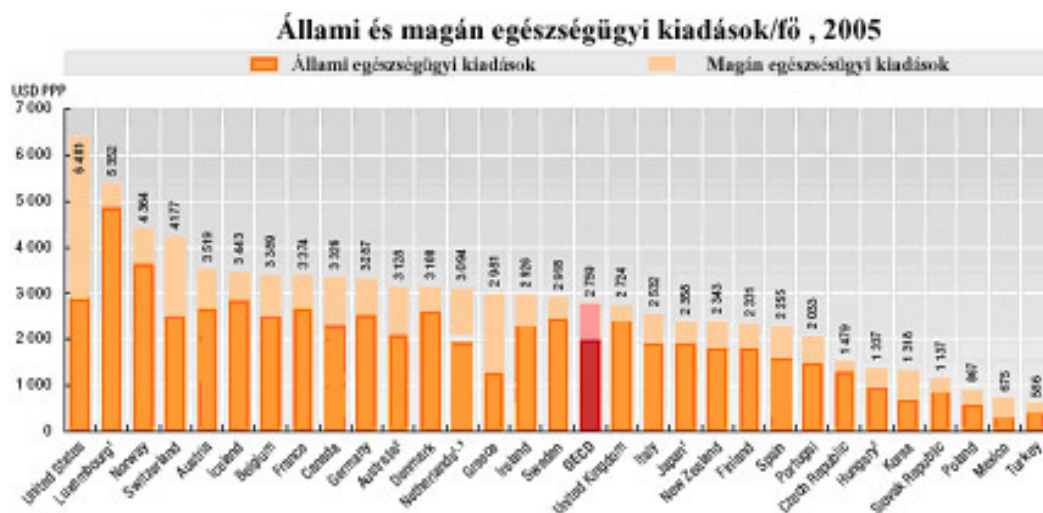
Mammográfok/millió fő , 2005



21 adatközlő ország közül, Franciaország állt a mammográfiát alkalmazó kezelések vonatkozásában az élen. A költséges berendezések alkalmazásának terjedését az egy főre jutó egészségügyi kiadás mértéke, valamint a vizsgálatok visszatérítésének módja (eseti vagy kórházi nap szerinti visszatérítés) határozza meg.

Egészségügyi kiadások és finanszírozás

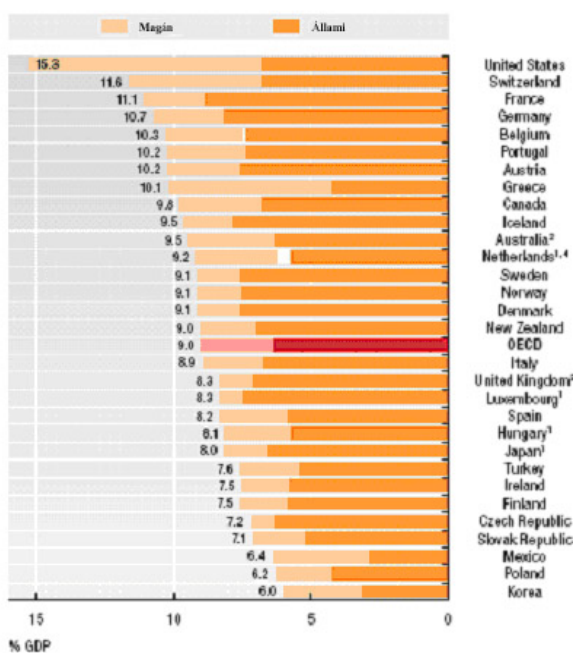
Az egy főre jutó egészségügyi kiadások terén jelentős eltérések vannak az OECD országok között. 2005-ben az Egyesült Államok kiadásai voltak a legmagasabbak (6401 USD PPP/fő), ez több mint két és negyedszer több mint az OECD átlag. Ez után következik Luxemburg, Norvégia és Svájc. Magyarország az OECD-átlag (2759 USD PPP/fő) felét kitevő értékével (1337 USD PPP/fő) a rangsor vége felé helyezkedik el.



1. 2004. 2. 2004-05.
3. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).

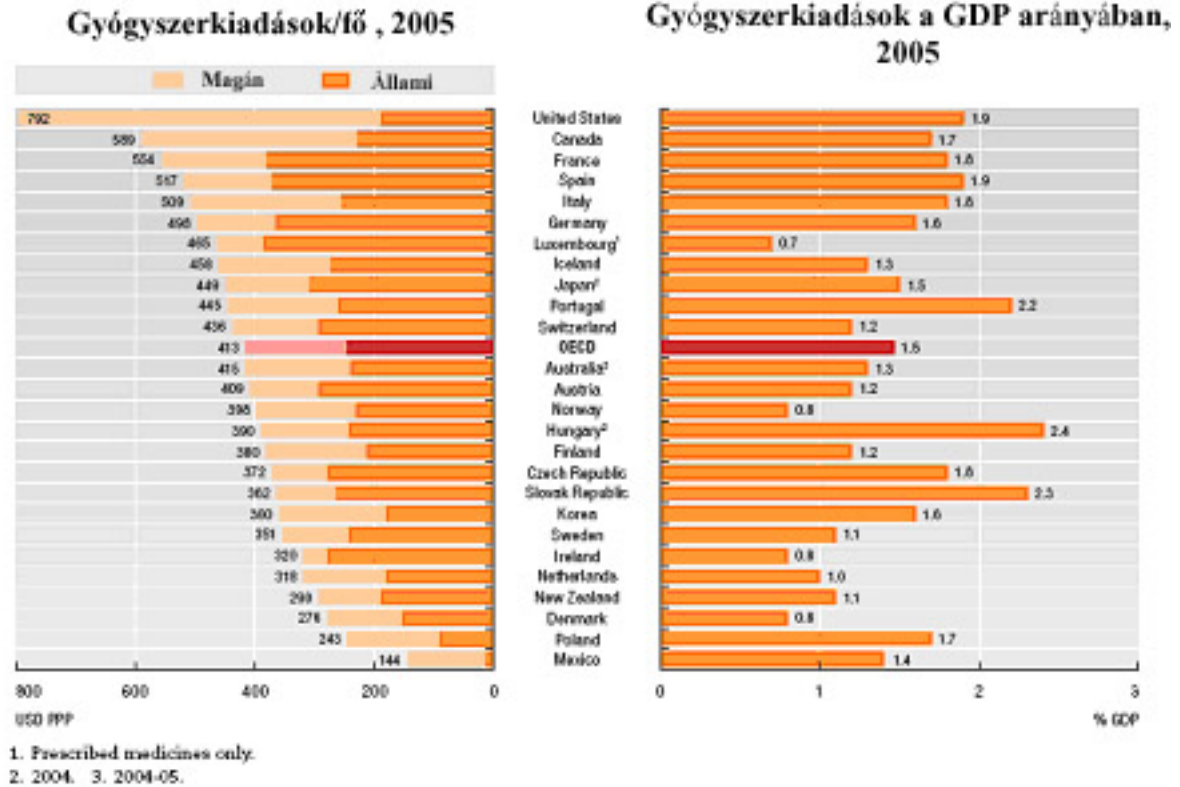
A GDP arányában kifejezett egészségügyi kiadások 6-15,3% közötti terjedelemben változtak (Korea és USA). Magyarország 8,1%-kal kissé a 9%-os OECD átlag alatt maradt.

A GDP arányában kifejezett egészségügyi kiadások, 2005

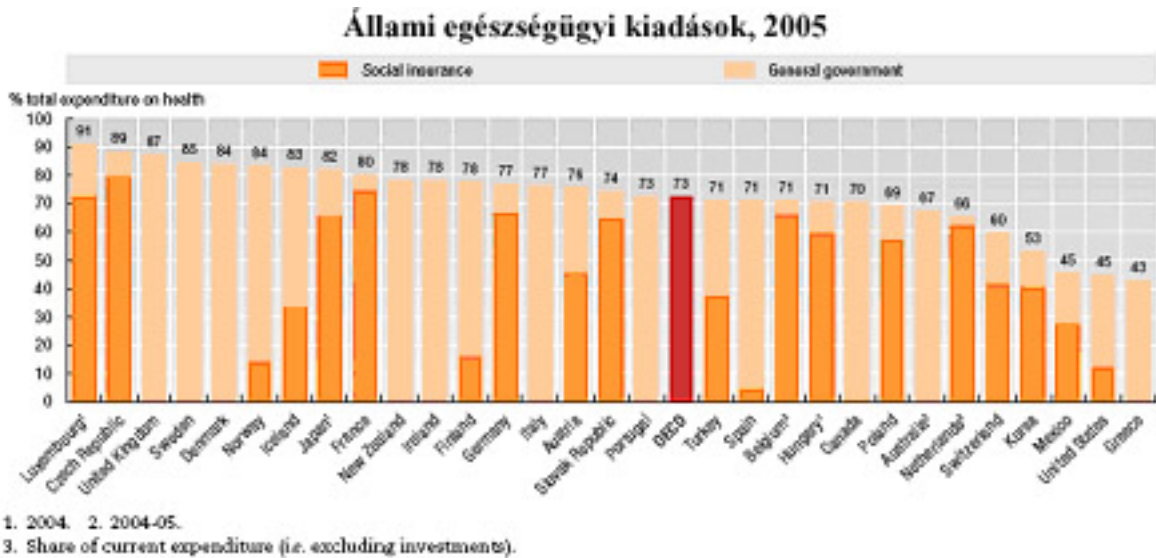


Az utóbbi időben a lakosság előregedése miatt és az új gyógyszerek megjelenése révén a gyógyszerekre fordított kiadásokban is erőteljes növekedés mutatkozott az OECD országokban. Magyarország 390 USD/főre jutó gyógyszerkiadásával megközelíti a 413 USD/főt kitevő OECD átlagot.

Ez az érték rendkívül magas, mivel a GDP 2,4%-át jelenti, szemben az OECD országok 1,5%-os arányával. 2005-ben a legtöbbet az Egyesült Államok költötte gyógyszerekre (792 USD PPP/fő, GDP 1,9%-a).



Az állami szektor a legtöbb OECD országban a finanszírozás fő forrását jelenti. 2005-ben az egészségügyi kiadások állami részesedése 73% volt átlagosan, Magyarországon ez az arány 71%-ot tett ki. Luxemburg értéke volt a legmagasabb, 91%.



Az ellátás minősége

Először szerepel a kiadványban az egészségügyi ellátás minőségével foglalkozó fejezet. A betegségek kimenetele, mint pl. a kórházi fertőzések aránya vagy a szívmegeállás utáni egyéves túlélés rávilágít a javuló vagy romló tendenciákra.

Mind ez ideig csupán korlátozott számú minőségmutató érhető el a nemzetközi összehasonlító vizsgálatokhoz. A mutatók négy szekcióba sorolva a következők ellátására vonatkoznak: akut problémák (akut szívizom-infarktus (AMI) és agyvérzés), daganatos betegségek (vastag- és végbélrák, emlőrák, méhnyakrák), krónikus betegségek (aszma, cukorbetegség), fertőző betegségek megelőzése (immunizálás és az oltással megelőzhető betegségek incidenciája).

A kiadvány az ellátás minőségének méréséhez akut betegségek esetén a hospitalizációt követő mortalitás adatait vizsgálja. Az AMI után 30 napon belül bekövetkező halálozás átlagos értéke 10% körül mozog az adatszolgáltató országokban, és ez jelentős javulást jelez a 80-as években regisztrált 20%-hoz képest. 2005-ben Ausztrália és Új-Zéland AMI-nak tulajdonítható kórházi mortalitási rátái voltak a legalacsonyabbak. Az OECD-országokban számottevő eltérések mutatkoznak ezen a téren, Új-Zéland 5,4%-os arányától Mexikó 24,5%-os arányáig.

Az agyi katasztrófa a fejlett ipari országokban a vezető halálokok közül a harmadik helyen áll. Két típusa különböztethető meg: az ischaemiás és a haemorrhagiás agyi történés. Az utóbbi a súlyosabb forma. Hospitalizációt követő 30 napon belüli átlagmortalitása 25,1%-os, összehasonlítva az ischaemiás típus 10,1%-os átlagával. A legkedvezőbb értékkel mindkét kórkép esetében Japán rendelkezik. Az ischaemiás agyi történés halálozási rátája Mexikóban a legmagasabb, hétszerese az első helyen álló Japán értékének (19,6%/3,3%).

A daganatos betegségeknél a túlélési ráták az ellátás minőségének mutatói. A vastag- és végbélrák a harmadik leggyakoribb rákos megbetegedés mindkét nem esetében. A betegség ötéves túlélési aránya kismérvű javulást mutat a legtöbb országban. Kiemelkedő az USA 64,4%-os rátája, és Japán statisztikájában is erőteljes pozitív fejlődés érzékelhető, de az adatok csupán korlátozott mértékben hasonlíthatók össze a vizsgált időszakok eltérései miatt.

Az emlőrák ötéves túlélése szempontjából, 89,4%-os statisztikájával Izland áll a vezető helyen. Az adatot szolgáltató országok átlagértéke 83,6%, de folyamatában tekintve minden országban javulás tapasztalható, és ez érvényes a méhnyakrák túlélésére is, melyben Izland értéke szintén a legkedvezőbbek közé tartozik, 76,4% a 71,6%-os nemzetközi átlaghoz képest.

A kiadvány a krónikus betegségek közül az asztmánál a hospitalizációt és a mortalitási rátákat tárgyalja. Az asztmás betegek hospitalizációs rátái nagy eltéréseket mutatnak az OECD országokban, de átlagos értékük 6 felnőt/10 000 fő. Viszonylag magas Finnország (13) és az USA (12) értéke, a legalacsonyabb értékkel Izland (2) rendelkezik.

Az asztmának tulajdonítható mortalitás az Egyesült Királyságban a legmagasabb (0,49/100 000 fő), ezzel szemben Izlandon, Finnországban és Svájcban a statisztikák szerint a betegség egyáltalán nem vezet halálozáshoz..

A cukorbetegségnél a rendszeres szemészeti vizsgálatot vették figyelembe, mivel a diabetes gyakran jár ophtalmológiai szövődeményekkel. A cukorbetegnek évente végzett szemészeti vizsgálata a nemzetközi összehasonlításokban alkalmazható minőségi mutató. A vizsgálatok szerint a cukorbetegeknek valamivel több mint fele részesül szemészeti vizsgálatban, de még így is kimutatható, hogy a vezető helyen álló Egyesült Királyságban a betegek közel egyhatoda nem vesz részt ilyen szűrésen.

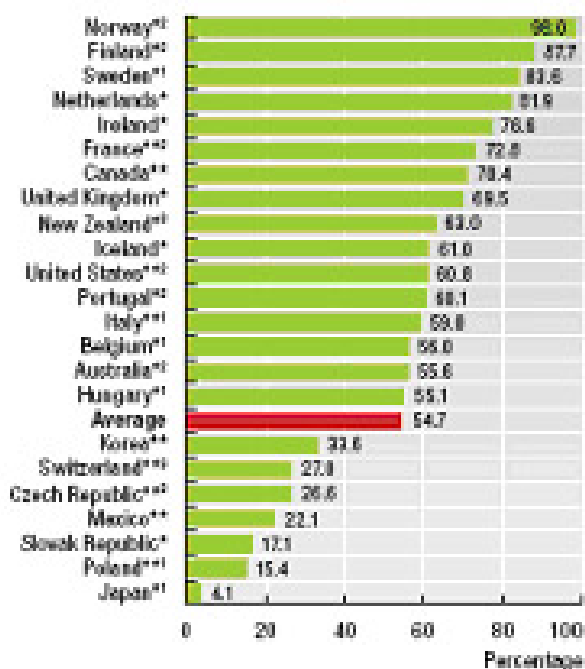
A fertőző betegségek megelőzésénél a 65 éven felüliek influenzaoltását és a gyermekbetegségek elleni immunizálást, illetve ezek eredményességét tekintették át.

További munkálatok folynak annak érdekében, hogy a korra standardizált ráták több ország vonatkozásában legyenek elérhetőek.

A szűrővizsgálatok, melyek igen eredményesek lehetnek az emlő- és a méhnyakrák kialakulásának megelőzésében, periodicitásra és korcsoportra vonatkozóan, országoként változó irányelvek szerint zajlanak. Így adataik nemzetközi összehasonlítása nem vezet mindig objektív eredményre.

Az ellátás minőségét illetően Magyarország a különböző szűrővizsgálatok és védőoltások kontextusában szerepel a jelentésben. 2005-ben mammográfiás szűrésen az 50-69 éves nők 55,1%-a vett részt, ez az OECD átlagnál (54,7%) valamivel alacsonyabb

Mammográfiás szűrésen részt vevő 50-69 éves nők aránya, 2005-ben

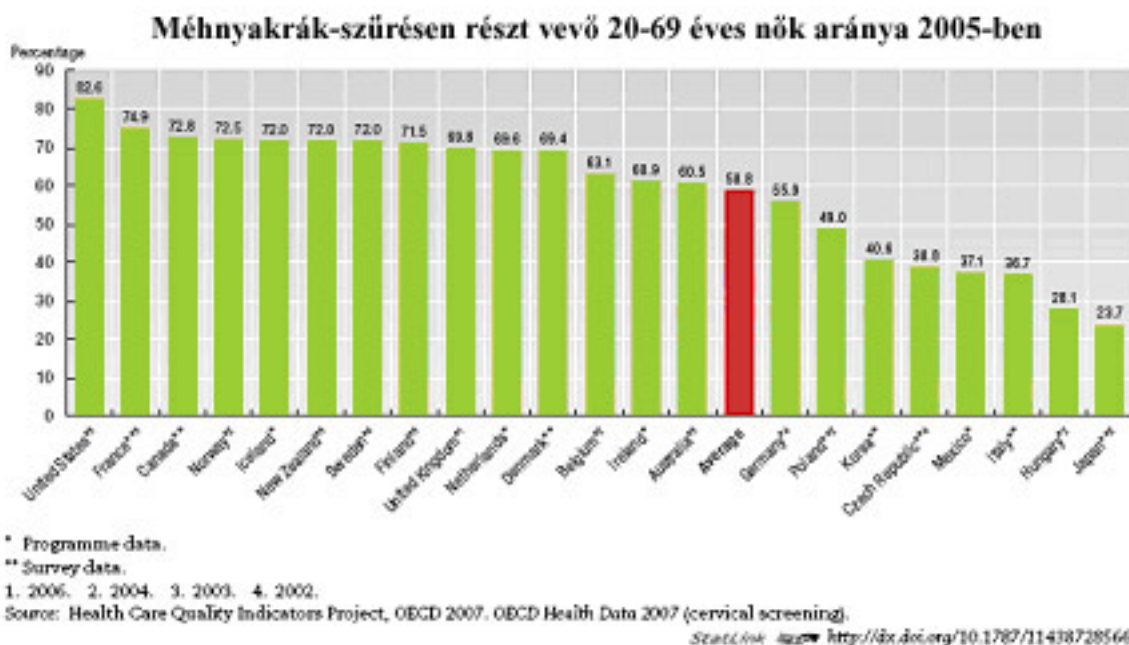


* Programme data.

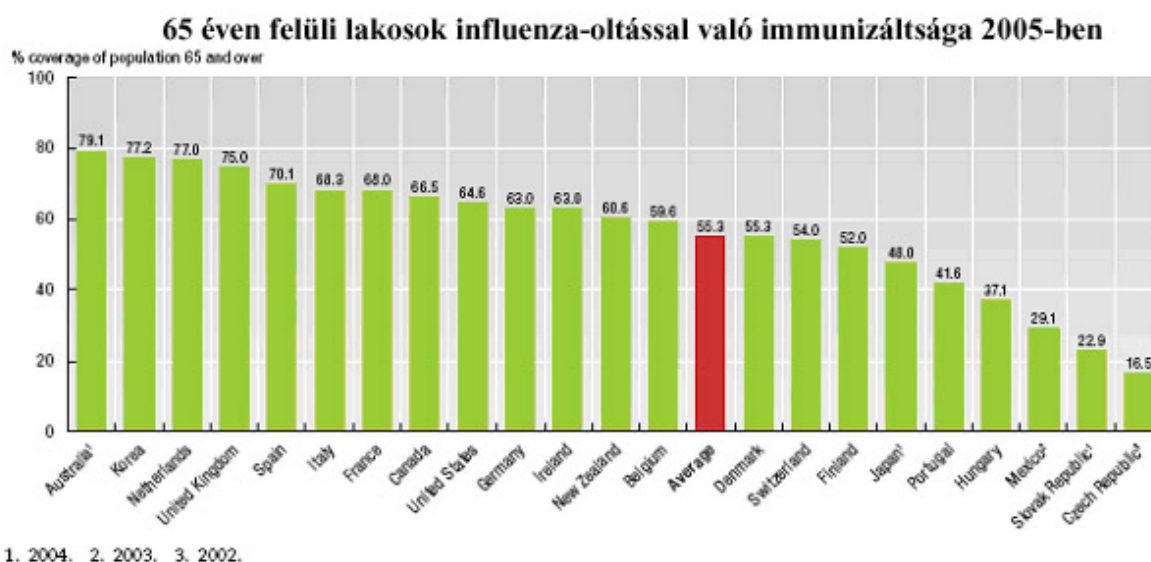
** Survey data.

1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

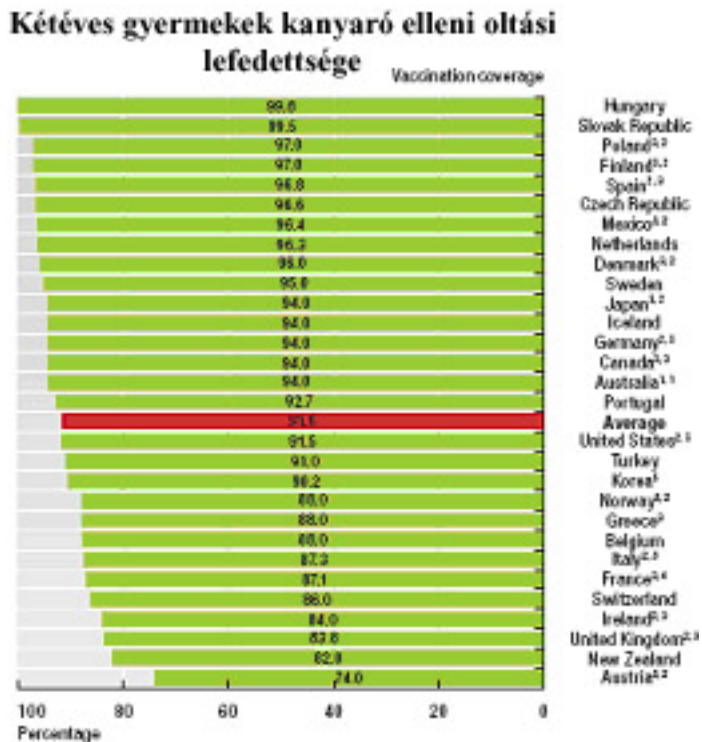
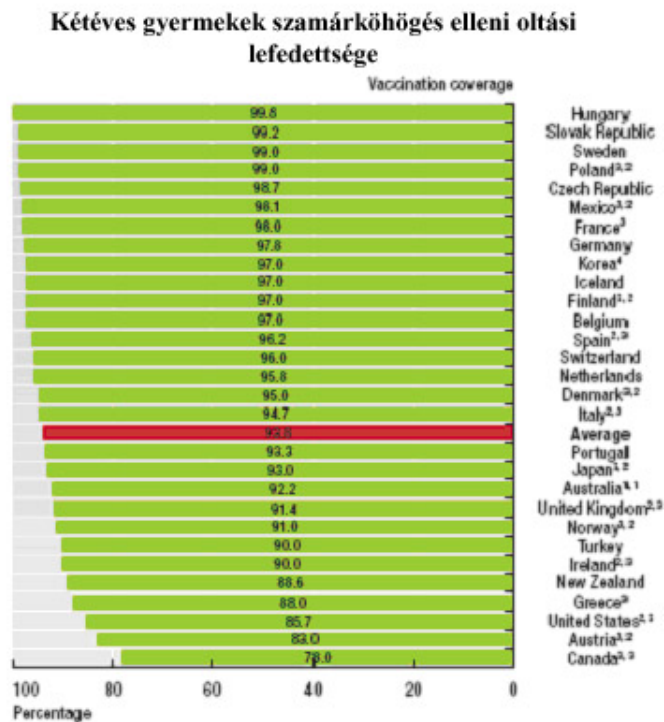
A 20-69 éves nők 28,1%-a vett csak részt méhnyakrák-szűrésen, ezzel Magyarország az utolsó előtti helyet tölti be. Az élen az USA áll 82,6%-kal, az OECD-átlag 58,8%.



A 65 éven felüli lakosság influenza-oltással való immunizáltsága Magyarországon 37,1%-os, ez az érték az OECD-országokban átlagosan 55,3%.



A kétéves gyermekek szamárköhögés és kanyaró elleni oltási lefedettsége terén Magyarország vezet a rangsort 99,8%-kal, az OECD átlag 92,8%, illetve 91,5%.



A gyermekek immunizálása az egyike a leginkább költséghatékony egészségpolitikai intézkedéseknek. Minden OECD-ország átfogó oltási programok megvalósítására törekszik, így egyre szélesebb körre terjeszti ki lakosainak oltási lefedettségét. A gyermekek immunizálására irányuló programok eredményeként a célzott betegségeket sikerült nagyrészt felszámolni.

Forrás:

Health at a Glance 2007, OECD Indicators, OECD 2007

Az összefoglalót készítette: ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda