

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Hungarian

Pillantás az egészségügyre: OECD mutatószámok – 2005. évi kiadás

Összefoglalás magyarul

Vezetői összefoglaló

Az egészségügyi rendszerek mérete és jelentősége egyre nő az OECD országokban. Az egészségügy fejlődése és az új gyógyszerek kifejlesztése egyaránt hozzájárultak ahhoz a folyamatos egészségi állapotjavuláshoz, mely az elmúlt évtizedekben jellemezte az OECD országokat. Ugyanakkor a nemzeti jövedelem egyre nagyobb részét kitevő egészségügyi kiadások még sosem voltak ilyen magasak.

Az egészségi állapotra nyilvánvalóan nem csak az egészségügy és az egészségügyi kiadások hatnak. A bizonyítékok nagy része azt mutatja, hogy a fejlett országokban a népesség egészségi állapotát sokkal inkább a társadalmi-gazdasági és életmódbeli jellemzők befolyásolják, mintsem maga az egészségügyi ellátás. A jól megtervezett népegészségügyi programok hozzájárulhatnak a betegségek megelőzéséhez, és segíthetnek az egészségügyi rendszerekre a növekvő költségek miatt nehezedő nyomás bizonyos mértékű enyhítésében. Az egészségügy kockázati tényezői is folyamatosan változnak. Például, míg sok OECD ország jelentős előrelépést tett az elmúlt évtizedek során a dohányfogyasztás csökkentésében, az elhízottak aránya az összes OECD országban nőtt, ami az étkezési szokásokban bekövetkezett változásokat és az ülő életmód növekedését tükrözi.

A *Pillantás az egészségügyre – OECD mutatószámok 2005* az egészségügyi rendszerek teljesítményének különböző vonatkozásaihoz kapcsolódó mutatószámok naprakész, összehasonlító gyűjteményét tartalmazza. A jelen kiadvány az *OECD Health Data 2005* (OECD egészségügyi adatok 2005) átfogó adatbázisán alapul, amely az OECD országok egészségével és egészségügyi rendszerével kapcsolatos több, mint 1000 indikátorra vonatkozó statisztikai adatsort tartalmaz. A *Pillantás az egészségügyre* jelen, harmadik kiadása nem pusztán az egészségügyi rendszerek erőforrásaira és tevékenységeire fókuszál, hanem az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés vonatkozásában is több mutatót közöl. Az egészségi állapotról szóló fejezet például több információt tartalmaz

a gyermekek egészségéről, beleértve foguk egészségét is. A kockázati tényezőkről szóló fejezetben a dohány- és alkoholfogyasztáshoz, a túlsúlyhoz és az elhízottakhoz kapcsolódó mutatószámok a táplálkozással összefüggő mutatószámokkal egészültek ki. Az idős korban influenza-védőoltásban részesültek aránya kiegészíti a gyermekkori védőoltás hagyományos mutatóit, példaként a megelőző egészségügyi szolgálatokra, melyek csökkenthetik a rossz egészségi állapot és az ehhez kapcsolódó egészségügyi ellátás szükségleteit. Az egészségügyi kiadások pedig olyan módon kerültek részletezésre, hogy bemutatják a különböző OECD országok szervezett közegészségügyi programokra fordított kiadásait.

A jelen kiadvány feltűnő bizonyítékot nyújt az egészségi állapot, egészségügyi kockázatok, az egészségügyi kiadások, az erőforrások elosztása, valamint az egyes egészségügyi rendszerek teljesítményei esetén jelentkező jelentős eltérésekről a 30 OECD tagországban. Míg a népesség nem és kor szerinti alapvető osztályozása számos mutatónál feltűntetésre kerül, a kiadvány a legtöbb esetben nem közöl részletesebb, (országokon belüli) régió, társadalmi-gazdasági csoport vagy különböző etnikai/faji csoport szerinti bontást. Ebből kifolyólag az olvasónak figyelembe kell vennie, hogy a kiadványban közölt mutatószámok jelentős részénél az egyes országokon *belüli* ingadozás elérheti az országok *közötti* változatok mértékét.

Az alábbiakban összefoglaljuk a kiadvány néhány főbb ténymegállapítását, amint azok összefüggésben állnak az egészségügyi rendszerek teljesítményével.

Az egészségi állapot nagymértékben javult az OECD országokban

- A növekvő életszínvonalnak, a javuló életmódnak, a jobb oktatásnak, az ellátáshoz való hozzájutás javulásának és az orvosi terápiák hatékonyságának köszönhetően **a születéskor várható élettartam az elmúlt évtizedekben jelentősen nőtt az OECD országokban.** Az OECD országok átlagát tekintve a születéskor várható élettartam az 1960-as 68,5 évhez képest 2003-ban már elérte a 77,8 évet. Az egész népesség vonatkozásában, 2003-ban Japán büszkélkedhetett a legmagasabb várható élettartammal (81,8 év), amit Izland, Spanyolország, Svájc, Ausztrália és Svédország követett (1.1 ábra).
- Nehéz megbecsülni a számos nem orvosi és orvosi tényező szerepét a várható élettartam országok közötti és időbeli változásában. **Az OECD országokban a magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb születéskor várható élettartammal társul,** bár magasabb nemzeti jövedelem szintek esetében kevésbé szoros a két tényező közötti kapcsolat. Hasonló egy főre jutó jövedelemmel rendelkező OECD országok között számottevő várható élettartambeli eltérések is lehetnek. Japánban és Spanyolországban például magasabb a várható élettartam, mint ahogy azt pusztán az egy főre jutó GDP-jük alapján megjósolnánk, míg az Egyesült Államokban és Magyarországon a jövedelem alapján jósoltnál alacsonyabbak a várható élettartamok (1.3 ábra).
- **Az OECD országokban az elmúlt néhány évtized során a 65 évesek várható élettartama is jelentősen növekedett.** 2003-ban, az OECD országokban a 65 évesen várható átlagos élettartam a nők esetében 19,3 év, a férfiak esetében pedig 15,9 év volt. Ez a mutató 1970 óta, a férfiak és a nők esetében egyaránt több, mint 3 évvel nőtt.

Éppúgy, mint a születéskori várható élettartamnál, a 65 évesen várható élettartam esetében is Japán volt az első 2003-ban (1.5 ábra). **A 65 éves korban várható élettartam az elkövetkezendő évtizedek folyamán várhatóan tovább nő majd.** Az OECD számításai azt mutatják, hogy 2040-re a 65 éves korban várható élettartam az OECD országokban eléri majd az átlag 21,6 évet a nőknél, és a 18,1 évet a férfiaknál.

- Az elmúlt évtizedekben a gazdasági és szociális körülmények átfogó javulásának, valamint a születés utáni ellátás egészségügyi ellátás javulásának köszönhetően – beleértve a gyermekkori védőoltásokhoz való hozzájutást is – az összes OECD ország **figyelemre méltó fejlődést ért el a csecsemőhalandóság mértékének csökkentésében.** Portugáliában a csecsemőhalandóság aránya 1970 óta több, mint 90%-kal csökkent, így az Európában legmagasabb csecsemőhalálozási rátával rendelkező országból 2003-ra az egyik legalacsonyabbal rendelkező ország lett. Mexikóban, Törökországban és egyes dél-európai országokban – Olaszországban, Spanyolországban és Görögországban – is jelentősen csökkent a csecsemőhalandóság. 2003-ban az OECD országok közül Izlandon, Japánban és egyes északi országokban érték el a legalacsonyabb csecsemőhalandósági rátákat (1.20 ábra).

Az OECD országok növekvő egészségügyi költségekkel szembesülnek

- Míg az elmúlt évtizedekben, az OECD országokban élettartam vonatkozásában lenyűgöző fejlődés következett be, ez idő alatt az egészségügyi kiadások is nőttek, és az egészségügyi kiadások a legtöbb országban gyorsabb ütemben növekedtek, mint a gazdasági növekedés általában. **2003-ban az OECD országok GDP-jük átlag 8,8%-át fordították egészségügyi kiadásokra, az 1990-es 7,1%-hoz és az 1970-es alig több, mint 5%-hoz képest.** A GDP egészségügyi kiadásokra szánt aránya azonban jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. A két szélső érték: az egyesült államokbeli 15%, illetve a szlovák köztársasági és koreai kevesebb, mint 6% volt. 2003-ban, az Egyesült Államok után a GDP százalékában kifejezve Svájcban és Németországban voltak a legnagyobbak az egészségügyi kiadások, ahol a GDP 11,5%, illetve 11,1%-át fordították az egészségügyre (3.7 ábra).
- **Az egészségügyi kiadások növekedése számos tényezőnek tudható be.** Általánosságban, **a magasabb egy főre jutó GDP-vel rendelkező OECD országok jellemzően egy főre vonatkoztatva többet költenek az egészségügyre** (3.10 ábra). Jelentős eltérések mutatkoznak azonban az egyes országok között, ami részben az egészségügyi kiadások megfelelőnek tekintett nagyságára vonatkozó politikai döntéseket és az egészségügyi rendszerek különböző finanszírozási és szervezeti struktúráit tükrözi, továbbá az egészségügyre fordított pótlólagos kiadásoknak tulajdonított hasznosságot más termékekhez és szolgáltatásokhoz viszonyítva. **Az egészségügyi költségek növekedését előidéző egyik fő tényező az orvostudomány lehetőségeinek kiszélesedése a betegségek megelőzésének, diagnosztizálásának és kezelésének területén egyaránt.** Számos különféle tényező befolyásolja az új orvosi technológiák és új gyógyszerek fejlődését és elterjedését, beleértve az új berendezések beszerzése, a kezelések és gyógyszerek finanszírozási módjával összefüggő döntéshozatali folyamatot is. **A népesség öregekedése szintén hozzájárul az egészségügyi kiadások növekedéséhez.**

A 65 éves és annál idősebb népesség százalékos aránya az összes OECD országban nőtt (5.3 ábra), és ez a tendencia az elkövetkezendő években és évtizedekben – különösen a „baby-boom” generáció öregedéséből adódóan (amely 2010-ben és azt követően tölti be a 65. életévét) – várhatóan folytatódik. Mivel az idősebbek jellemzően jobban rászorulnak az egészségügyi ellátásra és hosszú-idejű ápolásra, a népesség öregedése e téren várhatóan megnöveli a közkiadásokat.

Az egészségügyi költségek nyomást gyakorolnak az állami költségvetésekre

- Tekintve, hogy a legtöbb OECD országban a társadalombiztosítás részét képező egészségbiztosítási rendszer vagy az ellátás közvetlen állami finanszírozása dominál; - az Egyesült Államok, Mexikó és Korea kivételével - a közkiadások alkotják az egészségügyi kiadások legnagyobb részét (3.17 ábra). Még az Egyesült Államokban is – ahol a magánszektor kiemelkedően nagy szerepet játszik a finanszírozásban – az egészségügyi közkiadások a GDP 6,6%-át teszik ki, ami az OECD átlagához közeli értéket jelent.
- Az OECD országokban az egészségügyre fordított közkiadások növekedése szempontjából az elmúlt évtized nagyjából két időszakra osztható. Az 1992–1997 közötti időszakban a gazdasági növekedés mellé az egészségügyre fordított közkiadások hasonló vagy inkább lassabb növekedése társult. Az ezt követő években azonban **az egészségre fordított közkiadások növekedési üteme az összes OECD országban meghaladta a gazdasági növekedés ütemét**. Egyes országokban – így például az Egyesült Királyságban és Kanadában – az egészségügyi közkiadások újabb keletű növekedése szándékos politikát tükrözött: az 1990-es évek közepét jellemző kiadás-korlátozás által megnövelt - kielégítetlen keresletből eredő - feszültségek enyhítésére (3.6 ábra).
- Az elmúlt évek során a gyógyszerekre fordított kiadások gyors növekedése – 1997 óta átlagosan több, mint évi 5%-os növekedés – az összes egészségügyi kiadás növekedésének fontos hajtóereje volt. Ebben az időszakban **az összes egészségügyi kiadás növekedését tulajdonképpen a legtöbb OECD országban meghaladta a gyógyszerekre fordított kiadások növekedési üteme**. Az Egyesült Államokban és Ausztráliában a gyógyszerkiadások több, mint kétszer olyan arányban nőttek, mint az azonos időszak összes egészségügyi kiadása. Számottevő növekedés mutatkozott Írországból és Koreából, habár az időszak elején egy viszonylag alacsony egy főre jutó alapról kiindulva. A növekedés mértéke Japánban sokkal mérsékeltebb volt (3.16 ábra).
- Az OECD országokban, átlagosan **a gyógyszerkiadások 60%-át közpénzekből finanszírozzák, a fennmaradó részt alapvetően közvetlen térítéssel, kisebb arányban magán biztosításokból fizetik ki**. Ez az átlag azonban nagyon jelentős eltéréseket rejt magában; a közkiadások arányát tekintve a skála Mexikó 11%-ától és az Egyesült Államok 21%-ától, Írország 86%-os mutatójáig terjed. A különbségek többek között abból erednek, hogy a nemzeti egészségügyi programok és a társadalombiztosítás fedezi-e a gyógyszereket, és ha igen, hogyan (3.11 táblázat).

- 2003-ban az egy főre eső gyógyszerkiadás az Egyesült Államokban volt a legmagasabb (több, mint 700 USD per fő), melyet Franciaország (nem sokkal 600 USD fölött), Kanada és Olaszország (mintegy 500 USD) követett. Az alig 100 USD fölötti legalacsonyabb költést Mexikóban és Törökországban mérték. Az egyes országok között gyógyszerkiadásban mutatkozó különbségek mennyiség, fogyasztási szerkezet és árszint tekintetében fennálló eltéréseket tükröznek. Az országok közötti jövedelemszintbeli eltérések is befolyásolják a gyógyszerekre fordított kiadásokat (3.14 ábra).

Egyes országokban gondot okozhat az egészségügyi erőforrások hiánya

- **Számos országban jelentős gond az érzékelhető orvoshiány.** A gyakorló orvosok számát, eloszlását és összetételét számos tényező befolyásolja, beleértve az orvosi pályakezdéssel szembeni korlátozásokat, a szakirány-választást, a javadalmazást, egyéb munkakörülményeket és a migrációt. **2003-ban, az egy főre jutó praktizáló orvosok számában számottevő eltérések mutatkoztak az egyes OECD országok között. A skála tetején az 1000 lakosra jutó több, mint 4 orvost számláló Olaszország és Görögország, az alján pedig az 1000 lakosra jutó 2-nél kevesebb orvost számláló Törökország, Mexikó és Korea állt.** Az egy főre jutó praktizáló orvosok száma viszonylag alacsony volt Japánban, Kanadában, az Egyesült Királyságban és Új-Zélandon. Ez utóbbi országsoportot hagyományosan az orvosképzésbe való felvétel konrolálása jellemzi.
- **Egyes országokban az orvos-munkaerő számottevő részét külföldön képzett orvosok teszik ki.** 2000-ben a külföldön képzett orvosok aránya az angolul beszélő országokban, így Új-Zélandon, az Egyesült Királyságban, az Egyesült Államokban és Kanadában meghaladta az összes praktizáló orvos 20%-át. Japánban, Ausztriában és Franciaországban viszont sokkal alacsonyabb volt a külföldön képzett orvosok száma (2.4 ábra). A nemzetközi migráció a fogadó országokban növelheti a munkaerőpiac rugalmasságát orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek vonatkozásában, viszont komoly aggodalmakat kelt az „agyelszívás” (brain drain) összefüggésében, amikor a munkaerő alacsonyabb jövedelmű országokból magasabb jövedelmű országokba való hosszú távú nettó áramlása tapasztalható.
- *A Pillantás az egészségügyre – OECD mutatószámok 2005* jelen, harmadik kiadásában új adatokat közlünk az **orvosok díjazásáról**, a háziorvosok és szakorvosok vonatkozásában (fix fizetésű alkalmazott és önfoglalkoztató orvosokra bontva). A nemzeti jövedelem átlagához képest az orvosok jövedelme jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. **Például az önfoglalkoztató szakorvosok jövedelme viszonylag magas Hollandiában, az Egyesült Államokban, Belgiumban és Kanadában.** Az átlagos nemzeti jövedelemhez képest Magyarországon és a Cseh Köztársaságban azonban viszonylag kevesebbet keresnek a szakorvosok (függetlenül attól, hogy fix fizetésű alkalmazottak vagy önfoglalkoztatók), mint más országokban (2.9 ábra).

- Néhány OECD ország kivételével a jelentések általános nővérhiányról szólnak. **Az orvosokhoz hasonlóan az OECD országok között lényeges különbségek tapasztalhatók a nővérek számában**, bár az adatok összehasonlíthatósága korlátozott annak következtében, hogy az egyes országok adatai különböző nővércategóriákat tartalmazhatnak. A jelentések szerint Írország, Izland és Hollandia rendelkezik a legtöbb egy főre jutó nővérrel; 2003-ban több, mint 13 volt az 1000 lakosra jutó nővérek száma. A skála másik végén az 1000 lakosra jutó kevesebb, mint 4 nővérrel Törökország, Korea, Mexikó és Görögország áll (2.5 ábra). Az időszak alatti, 1990 és 2003 közötti trendeket vizsgálva az egy főre jutó nővérek száma a legtöbb országban legalább csekély mértékben, de továbbra is nő, viszont Ausztráliában, Kanadában, Új-Zélandon és Lengyelországban csökkenésnek indult (2.6 ábra).
- A **nővérek díjazására** vonatkozó adatok csak fix fizetésű kórházi nővérek esetében állnak rendelkezésre. Az egy tucat országból gyűjtött adatok alapján a nővérek jövedelme az egy főre eső GDP-hez képest Portugáliában a legmagasabb, amit Ausztrália és Új-Zéland követ. A relatív jövedelem a Cseh Köztársaságban, Magyarországon, valamint Norvégiában a legalacsonyabb (2.11 ábra).
- Egyes országokban gondot okoz a legkorszerűbb technológiákhoz időben való hozzáférést biztosító diagnosztikai, illetve terápiás berendezések hiánya. **A diagnosztikai technológiák – így például a CT és az MRI berendezések – rendelkezésre állása az elmúlt évtizedben az összes OECD országban nőtt.** Tekintve, hogy az MRI a CT-nél újabb technológia, az MRI-k száma különösen gyorsan nőtt 1990 óta (2.8 táblázat). Mindamelllett továbbra is nagy eltérések tapasztalhatók ezen orvosi technológiák elterjedésében. Messze Japánban a legnagyobb az egy főre jutó CT és MRI berendezések száma. A skála másik végén, az egy főre jutó legkevesebb MRI berendezéssel – a berendezések magas ára miatt nem meglepő módon – Mexikó áll, őt pedig Lengyelország, a Szlovák Köztársaság és a Cseh Köztársaság követi (2.13 és 2.14 ábrák).

A megelőzésre fektetett nagyobb hangsúly lehetővé tehetné az egészségi állapot javulását, így az egészségügyi rendszerekre nehezedő nyomás csökkenését is

- Időnként amiatt kritizálják az egészségügyi rendszereket, hogy túlságosan a „betegellátásra” koncentrálnak: kezelik a betegeket, de nem tesznek eleget a betegségek megelőzéséért. Valójában **az OECD országokban átlagosan, a mindenkori egészségügyi kiadásoknak csak körülbelül 3%-át fordítják szervezett megelőző és közegészségügyi programokra** (3.12 ábra).
- A gyermekkori betegségek és halálozás csökkentése érdekében a gyermekkori védőoltások bizonyultak az egyik leghatékonyabb megelőző intézkedésnek. **Az OECD országok közel kétharmadában adnak be DTP (diftéria, tetanusz, pertusszis) védőoltást a lakosság legalább 95%-ának, ez az a szint, amely szükséges a népesség általános immunitásának biztosításához. Az OECD országok mintegy fele hasonló oltási arányról számol be a kanyaró vonatkozásában is.** Egyes – az egy főre jutó GDP alapján – gazdagabb OECD országok, például Írország, Norvégia és Ausztria átlag alatti védőoltás lefedettségről számolnak be diftéria és kanyaró vonatkozásában egyaránt (2.21 ábra).

- Az OECD országokban, az elmúlt évtized során a betegség, a kórházba kerülés és az elhalálozás megelőzési módjaként egyre elterjedtebbé vált az influenzával szembeni védőoltás az idősök körében, akiknél az influenzából nagyobb valószínűséggel alakul ki komoly szövődmény. **2003-ban az idősöknek beadott influenza elleni védőoltások aránya 40% alatti értékkel a Cseh Köztársaságban, a Szlovák Köztársaságban és Magyarországon volt a legalacsonyabb, míg Ausztráliában, Koreában és Hollandiában, 75% feletti értékkel a legmagasabb.** Az influenza védőoltás aránya a legtöbb G7 országban 60% fölötti volt, Németország és Japán kivételével, ahol az idős népesség kevesebb, mint 50%-a számolt be arról, hogy kapott influenza elleni védőoltást 2003-ban (2.23 ábra).

Az egészség kockázati tényezői változnak

- **Számos OECD ország számottevő fejlődést ért el az elmúlt két évtized során a dohányfogyasztás csökkentése terén,** bár még mindig ez az egyik fő oka a korai halálozásnak. A csökkenés jelentős hányada azon politikáknak tudható be, amelyek a lakossági tájékoztató kampányokon, reklámozási tilalmakon és megemelt adókon keresztül törekednek csökkenteni a dohányfogyasztást. A felnőttek között napi szinten dohányzók jelenlegi aránya Ausztráliában, Kanadában, Svédországban és az Egyesült Államokban kevesebb, mint 20%, az 1970-es évek 33%-os arányához képest. A skála másik végpontjában a napi szinten dohányzó felnőttek több, mint 33%-os arányával Görögország, Magyarország és Luxemburg áll (4.1 ábra).
- **Az elmúlt két évtizedben, az egy felnőttre jutó átlagos alkoholfogyasztás számos OECD országban szintén fokozatosan csökkent.** A reklámozási korlátozások, az értékesítési megszorítások és az adóztatás mind hatékony eszköznek bizonyult az alkoholfogyasztás csökkentésében. A hagyományosan bortermelő országokban, így Olaszországban és Franciaországban 1980 óta lényeges csökkenés tapasztalható az egy főre jutó alkoholfogyasztásban. Írországon viszont több, mint 40%-kal nőtt az egy főre jutó alkoholfogyasztás (4.6 és 4.7 ábrák).
- **A túlsúlyosak és elhízottak arányának növekedése a gyerekek és a felnőttek körében számos OECD országban hamarosan az egyik fő közegészségügyi problémává válik.** Az elhízás számos egészségi probléma – többek között a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri megbetegedések, az asztma, az ízületi gyulladás és a rák egyes formáinak – ismert kockázati tényezője. **Jelenleg tíz OECD országban** – Egyesült Államok, Mexikó, Egyesült Királyság, Ausztrália, Szlovák Köztársaság, Görögország, Új-Zéland, Magyarország, Luxemburg és Cseh Köztársaság – **a felnőttek több, mint 50%-a túlsúlyosnak vagy elhízottnak minősül** (4.6 táblázat).
- Az elhízásra koncentrálva (ami nagyobb egészségügyi kockázatot rejt, mint az egyszerű túlsúlyosság), **az elhízás felnőttek körében tapasztalt gyakorisága a Japánban és Koreában mért 3%-tól az Egyesült Államok 31%-os arányszámáig terjed.** Meg kell azonban jegyezni, hogy az elhízottsági és túlsúlyossági arányszámok becslése a legtöbb országban *önbevallásos adatokon* alapul, szemben az Egyesült Államokkal, Ausztráliával, Új-Zélanddal és az Egyesült Királysággal, ahol a becslések az emberek

magasságának és súlyának *tényleges mérésén* alapulnak. Az önbevallásos magasság- és súlyadatok nem annyira megbízhatók, mint a *tényleges mérések*, a testsúly alulbecslése miatt. Ez azt jelenti, hogy **az elhízottság arányszámának jelenlegi becslései** az adatok ilyen hibái miatt **a legtöbb OECD országban alulbecsülik az elhízottság valódi gyakoriságát** (4.12 és 4.13 ábrák).

- **Mivel az elhízottság a krónikus betegségek nagyobb kockázatával jár, jelentős egészségügyi többletköltséget von maga után.** Az Egyesült Államokból származó becslések azt mutatják, hogy az egészségügyi szolgáltatások költsége 36%-kal, a gyógyszeres kezeléseké pedig 77%-kal magasabb az elhízott emberek esetében, mint a normál súlyú embereknél (Sturm, 2002). Az elhízottság kezdete és az ezzel összefüggő egészségi problémák bekövetkezése között néhány éves időeltolódás van, ami arra enged következtetni, hogy az elhízottak számának az elmúlt két évtized során a legtöbb OECD országban tapasztalt növekedése nagyobb egészségügyi költségeket jelent majd a jövőben.

© OECD 2005

Ez az összefoglalás nem hivatalos OECD fordítás.

Ez az összefoglalás abban az esetben másolható,
ha megemlítsük az OECD szerzői joga és az eredeti kiadvány címe.

**A többnyelvű összefoglalások az eredetileg angol ill. francia nyelvű
OECD kiadványok kivonatos fordításai.**

**Az OECD Online Könyvesboltban díjmentesen állnak rendelkezésre:
www.oecd.org/bookshop/**

További információ kérhető a Közügyi és Kommunikációs Igazgatóság
Jogi és Fordítási Csoportjától.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

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

Látogasson el honlapunkra: www.oecd.org/rights/

