

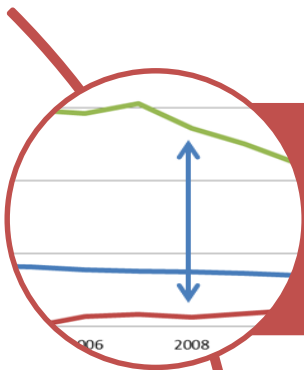
# Nemzetközi nézőpont: Magyarország az európai fejlődés tükrében

Dr. Jakab Zsuzsanna  
WHO Európai Regionális Igazgató

Budapest, 2018. december 7.



# Az előadás három fő témaköre



Az egészségi állapotban fennálló lemaradás és különbségek csökkentése



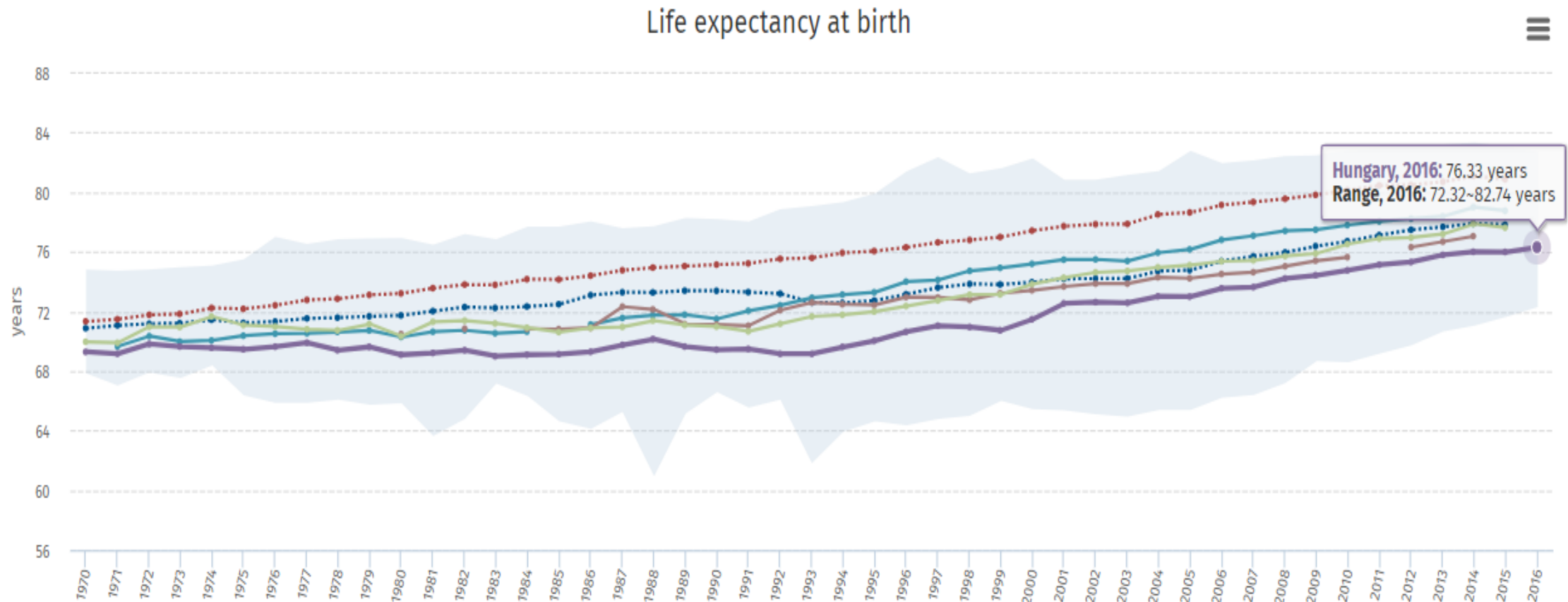
Megfelelő szintű közfinanszírozás biztosítása és a betegterhek csökkentése



Az egészségügyi rendszer fejlesztése

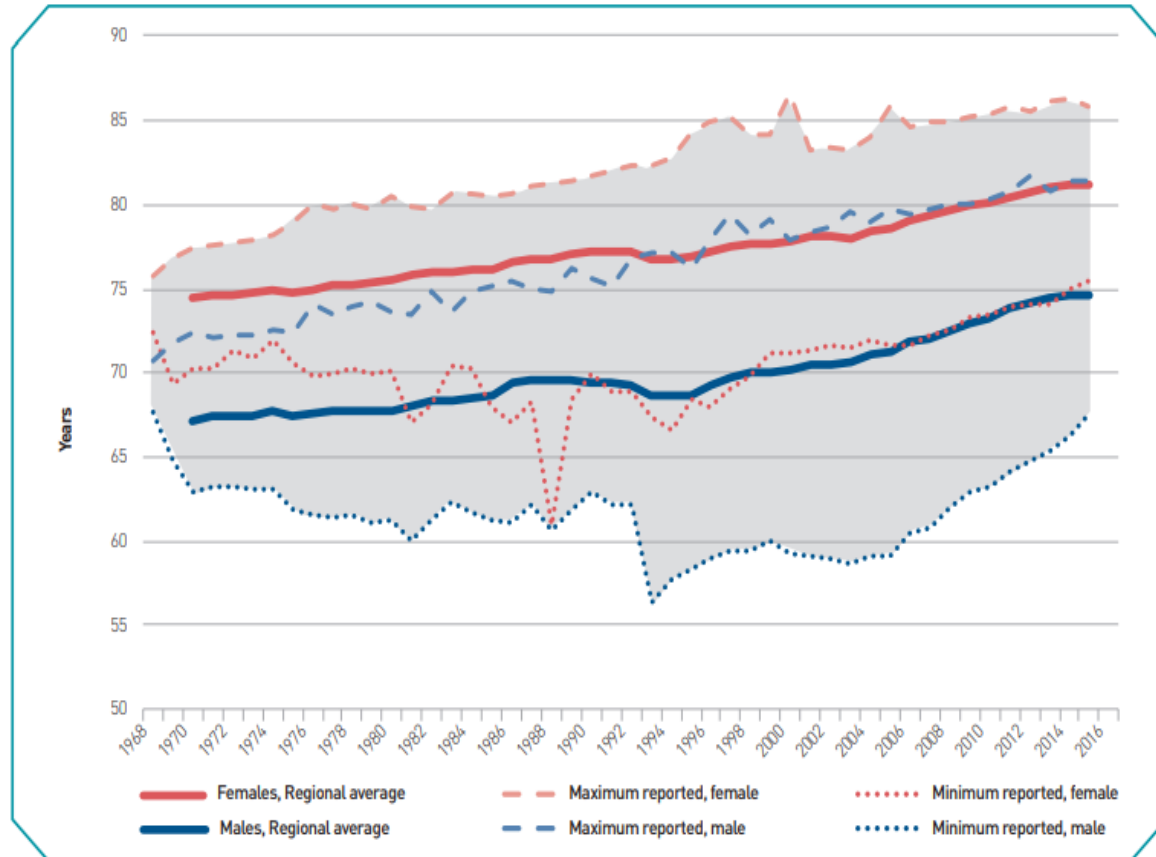
# Születéskor várható élettartam növekszik, de a legalacsonyabb a visegrádi országok között

Graph Table Notes



# Az átlagérték elfedi a növekvő egyenlőtlenséget

Figure 2.18. Male and female life expectancy at birth (years)



	Difference in LE (years) between men and women	
	1970-80	2015-16
↓ Czechia	7.1	5.9
↑ Hungary	5.8	7
↑ Poland	6.6	8.1
↓ Slovakia	7.5	7.2

Source: Health for All database on the WHO European Health Information Gateway (8).

# Az egészség társadalmi meghatározóinak kezelése jelentősen javíthatja az egészségi állapotot

**Hollandiában** a lakosság mortalitása és morbiditása 25-50%-kal csökkenthető lenne, ha az alacsony iskolázottságú férfiak mortalitása és morbiditása hasonló lenne az egyetemest végzettekéhez.

**Észtországban** egy 25 év fölötti, felsőfokú végzettségű férfi 13 évvel tovább élhet, mint alacsonyabb iskolázottságú kortársa

**Szlovákiában** az újszülött és felnőtt halálozási arány a hátrányos helyzetű régiókban majdnem kétszer magasabb, mint a fejlett régiókban.

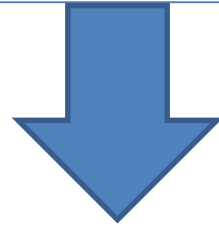
**Olaszországban** a férfiaknál 10 év különbség van a várható élettartam tekintetében a legjobb és legrosszabb helyzetű társadalmi csoportok között.

**Magyarországon** a legjobb helyzetű megyében élő magasabb végzettségű férfiak több mint 13 évvel hosszabb életre számíthatnak, mint a legrosszabb helyzetű megyében élő alacsony végzettségűek.



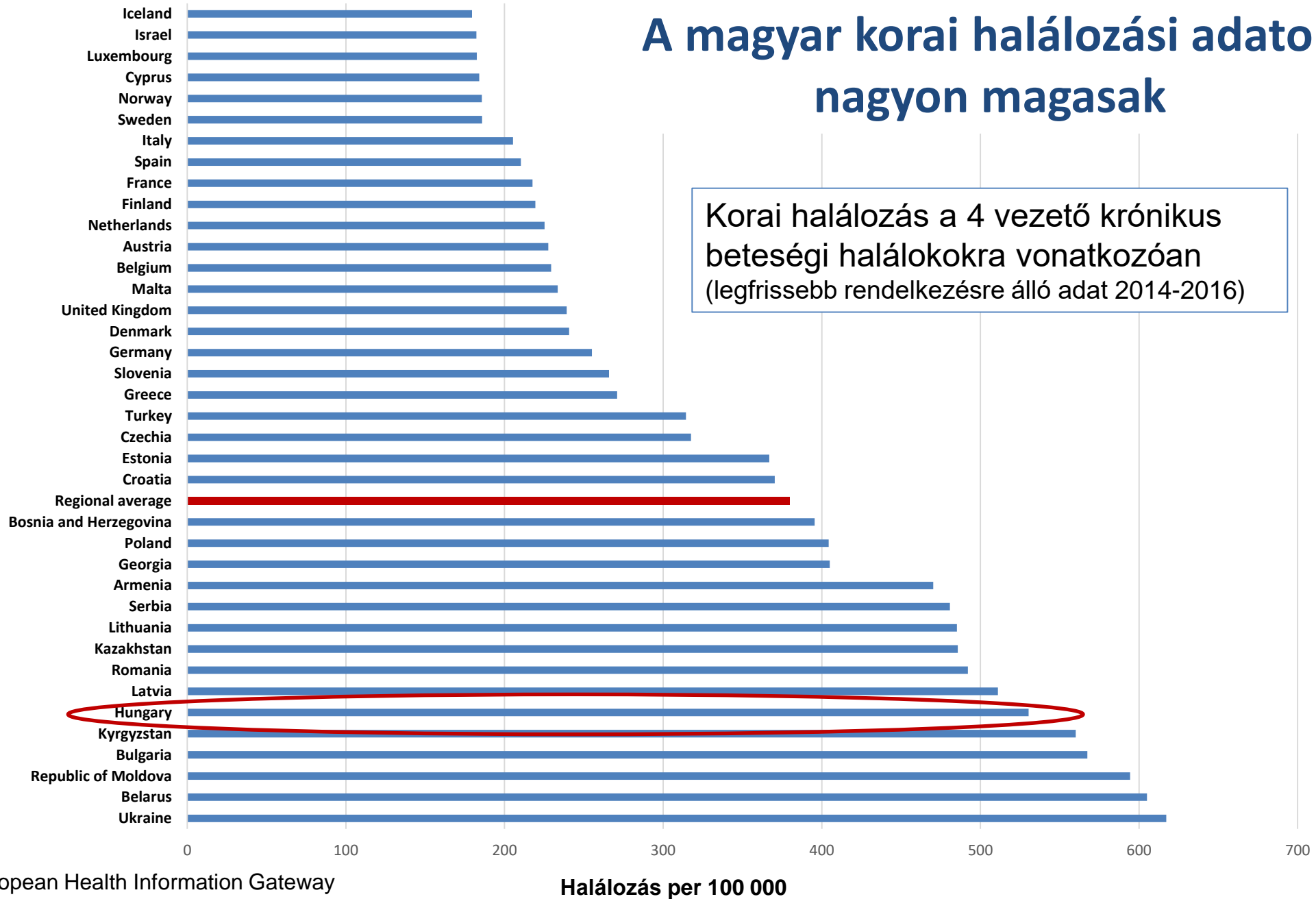
# Korai halálozás

**WHO Európai célkitűzés:** a szív-érrendszeri, a daganatos, a krónikus légzőszervi és cukor betegség miatti korai halálozás évi 1,5%-kal csökkenjen



A legfontosabb kockázati tényezők hatékonyabb kezelése jelentős halálozáscsökkenést eredményezhet.

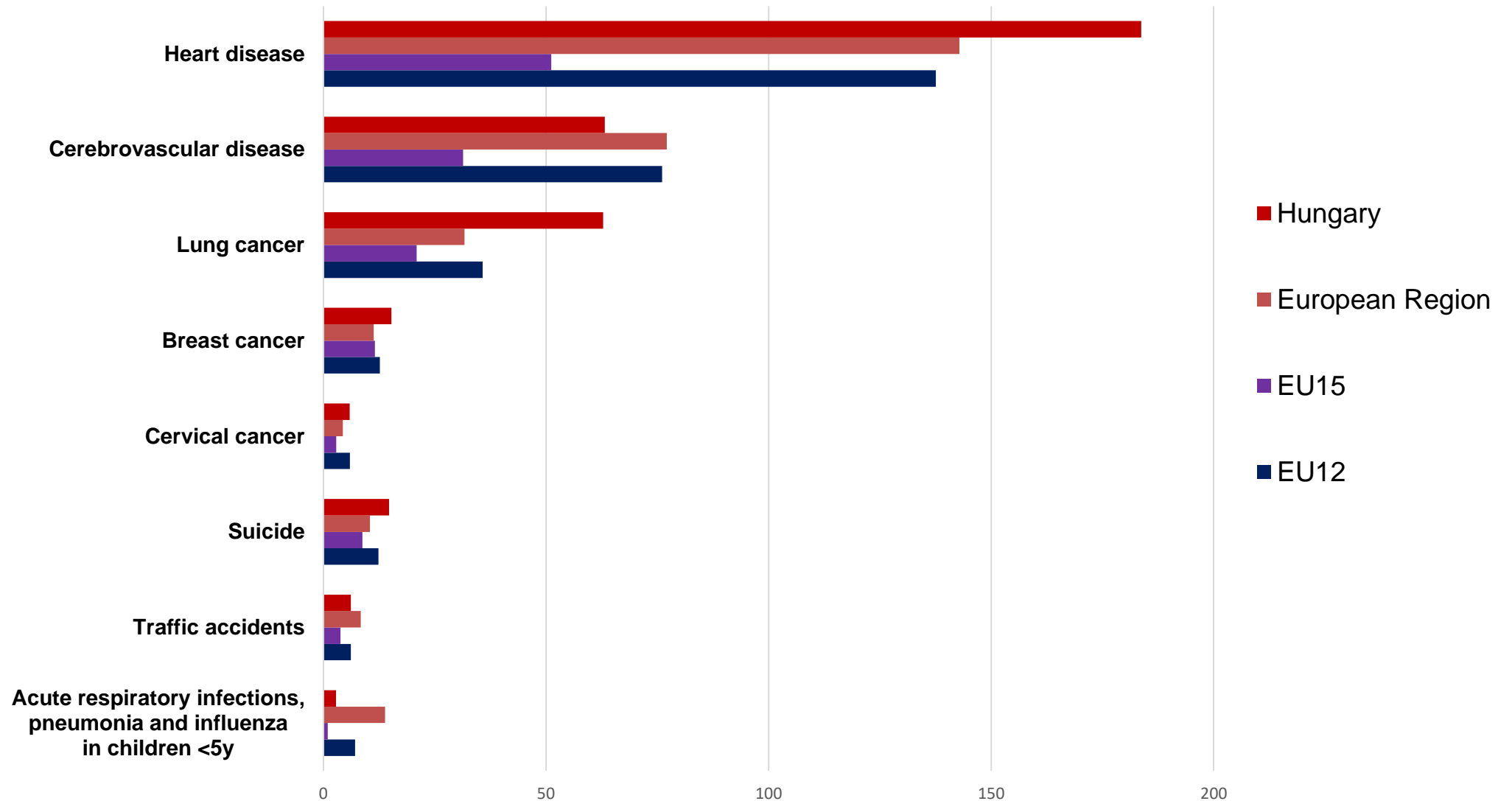
# A magyar korai halálozási adatok nagyon magasak



Source: WHO European Health Information Gateway

Halálozás per 100 000

# Standardizált halálozási ráta a vezető halálokok szerint

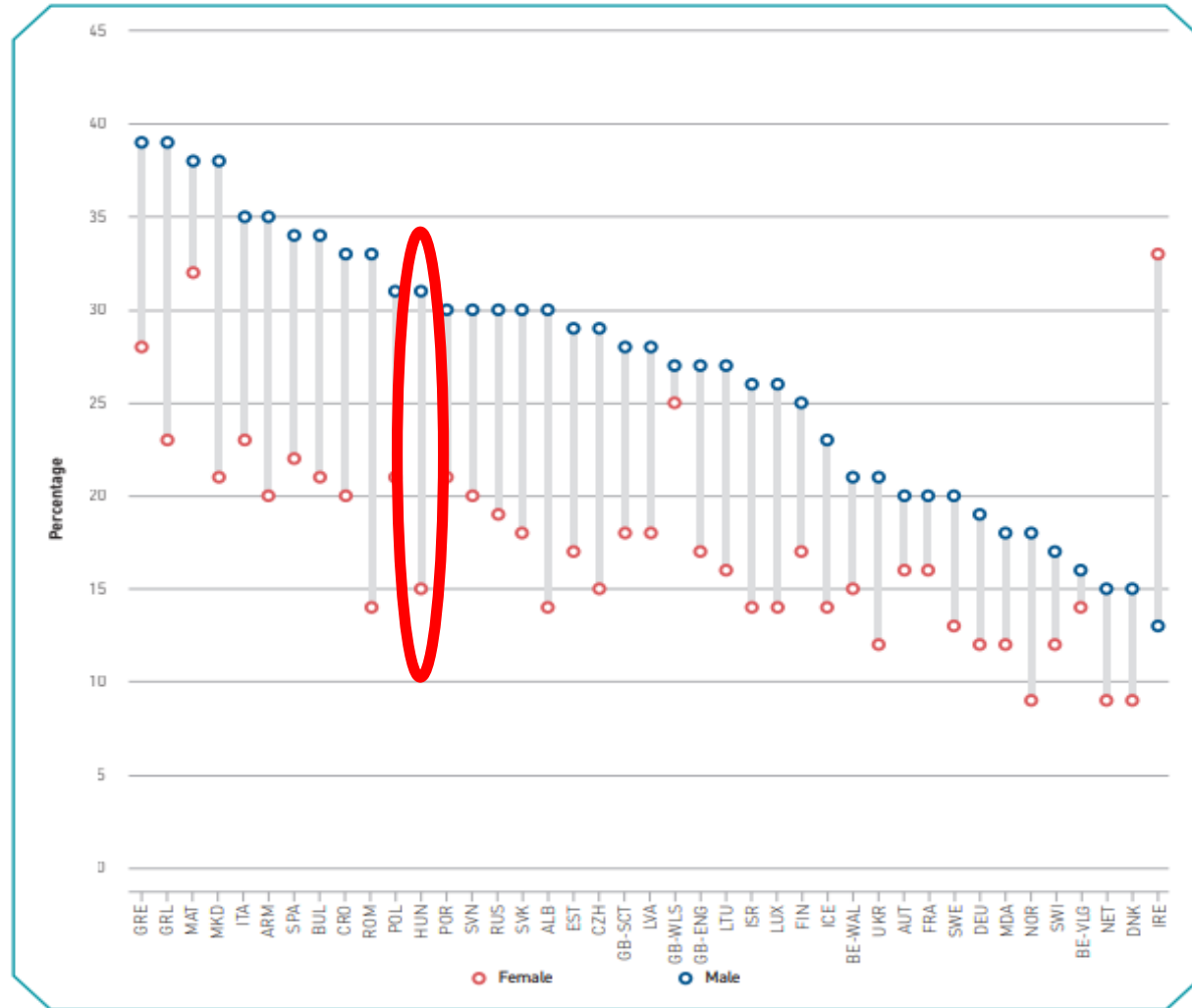


Source: WHO European Health Information Gateway



# Túlsúly és elhízás

Figure 2.10. Prevalence of overweight or obesity among adolescents, 11 years old, by sex



The percentage of the population that is overweight or obese is rising in the WHO European Region.



Variations exist between countries and across gender.

Source: HBSC data on the WHO European Health Information Gateway (12).

# A magyar lakosság egészségi állapotának áttekintése

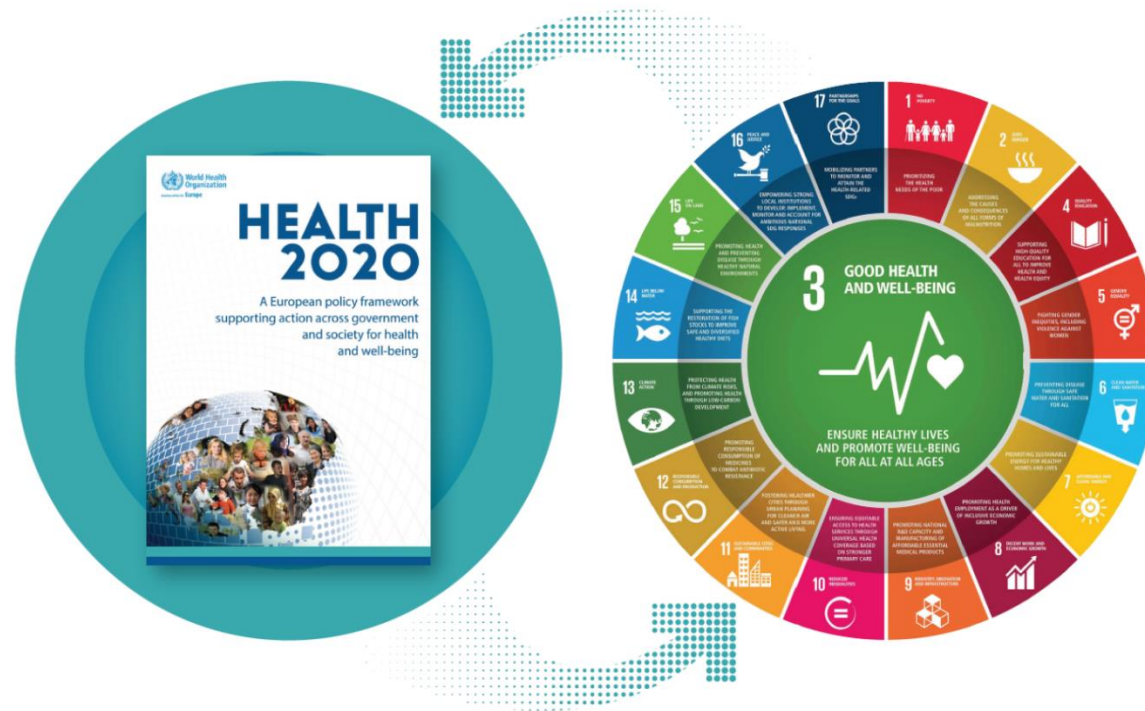
A legalacsonyabb várható élettartamok egyike az EU-ban, elmaradás az Európai Régió átlagához képest és növekvő egyenlőtlenség

A halálozási szint közel kétszerese az EU-nak; csak egy tagország rendelkezik kedvezotlenebb adatokkal az EU-ban

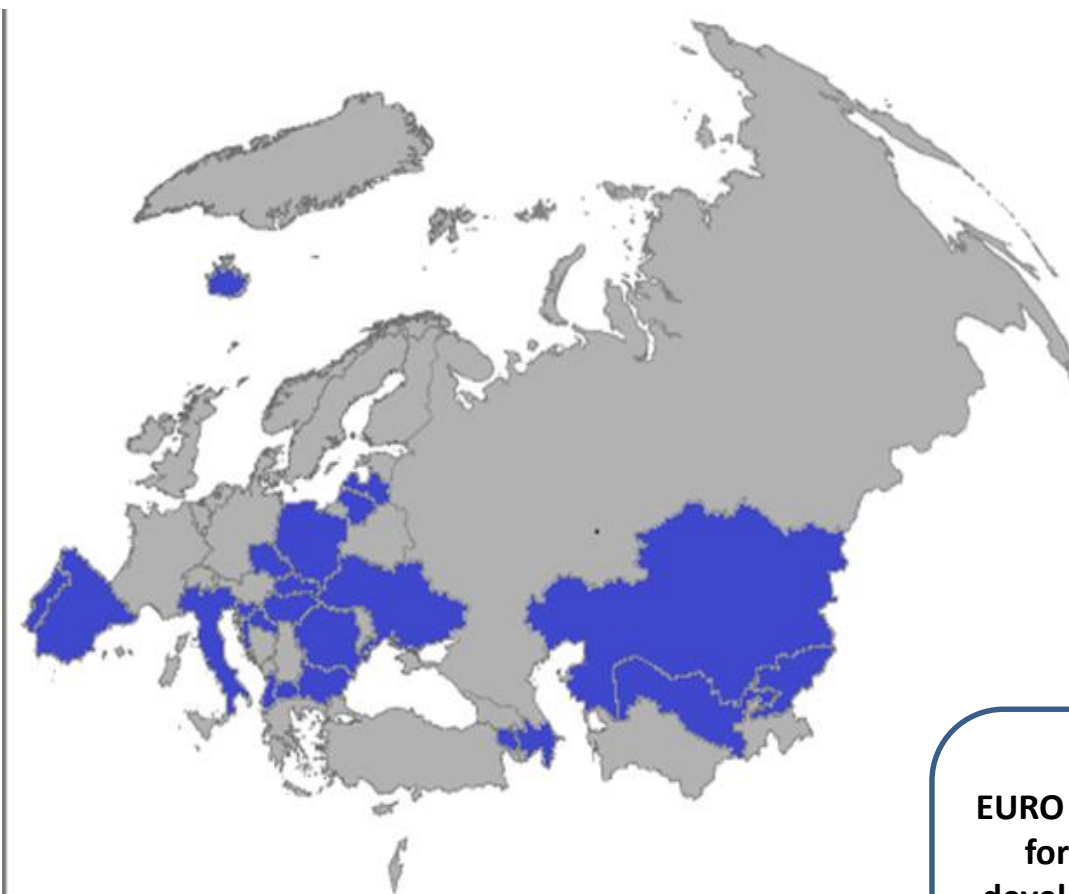
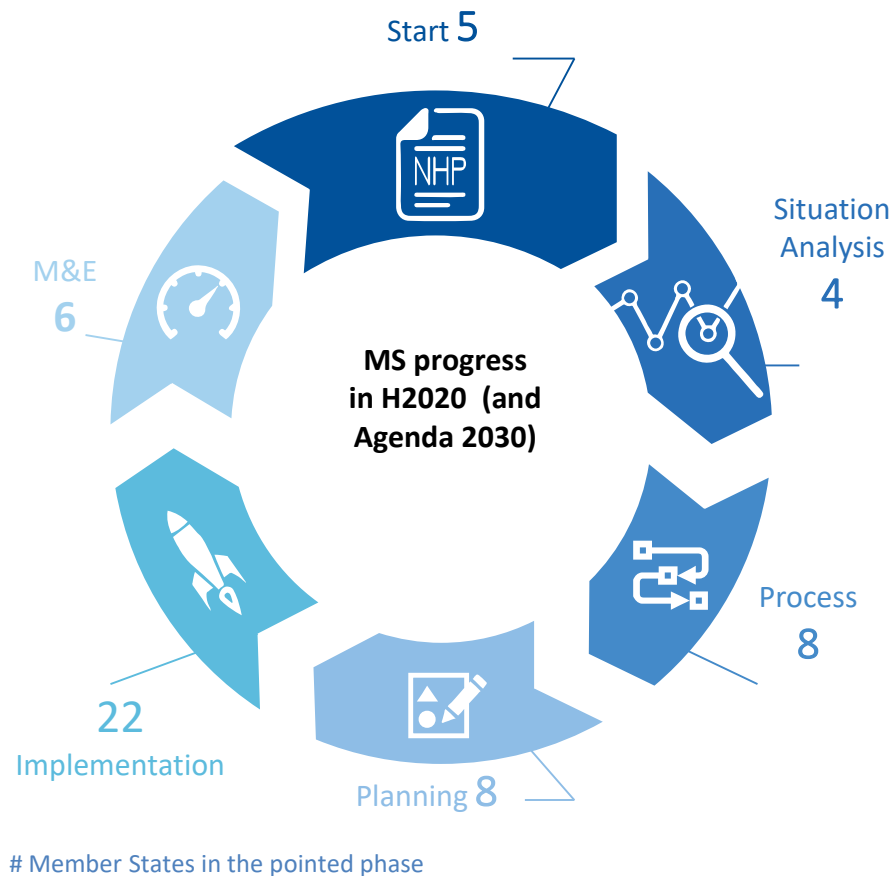
A daganatos betegségekben a világranglista 5.helyen állunk. Tudorak és vastagbélrak terén első helyen; szajuregi és hasnyalmirigyak terén az első 5 között.

# Mi a teendő Magyarországon?

Népegészségügyi program kidolgozása és következetes végrehajtása nemzetközi tapasztalatok felhasználásával



# A Health 2020 megvalósítása az egész európai régiót mozgósította: nemzeti egészségpolitikára van szükség



# Agenda 2030 a fenntartható fejlődés érdekében: az egészség és jóllét előmozdítása





## COSTS



Health inequalities  
cost **€980 billion**  
for one year  
in the European Union



Each 16–18-year-old  
**NEET**  
cost **€123 000**  
over their lifetime in the UK

Smoking costs

**€800 million per year**  
for health care in the Russian Federation



OOP payments for  
health care can move  
**3% to 9%**  
of people into  
poverty in the CEE-CIS



## SOLUTIONS

Early years interventions



can save over  
**€1.7 trillion**

spent on  
social  
problems  
in 20 years



Early child development  
interventions

can  
return 1.5–17  
for 1 unit  
invested



in high  
income  
countries

10% reduction of  
heart disease



can save  
**€20 billion**

per year in lower  
and middle income  
countries



Public health policies

can  
return  
**14.3**



for every  
1 unit  
invested in  
high income  
countries

Az egészségbe  
való befektetés  
gazdasági és  
társadalmi  
hozadéka  
mérhető

- ✓ **Évente 550 000 elkerülhető halálozás az Európai Unióban 3,4 millió potenciálisan produktív életév veszteséget eredményez**
- ✓ **Évente az EU GDP 2%-a megy el betegszabadság és rokkantság miatt**
- ✓ **A mentális egészség hiánya okozta veszteség az EU GDP 3-4%-t teszi ki**
- ✓ **A fizikai inaktivitás éves szinten €150–300/fő veszteséget eredményez**
- ✓ **A kardiovaszkuláris betegségek teljes költségének 53%-a jelentkezik az egészségügyben, 47%-a közvetlen és közvetett produktivitás veszteség\***

### Betegségek okozta nem egészségügyi költségek (produktivitás veszteség miatt millió €)

Country	Cardiovascular disease (2015)*	Ischaemic heart disease (2015)*	Cerebrovascular disease (2015)*	Cancer (2013)**
<b>Hungary</b>	<b>1059</b>	<b>524</b>	<b>337</b>	<b>586</b>
Czechia	1300	483	284	734
Slovenia	294	116	65	261

\* [EU Science](#) hub and [EHN 2017](#)

\*\* [Luengo-Fernández ,2013](#)

# Az előadás három fő témaköre



Az egészségi állapotban fennálló lemaradás és különbségek csökkentése



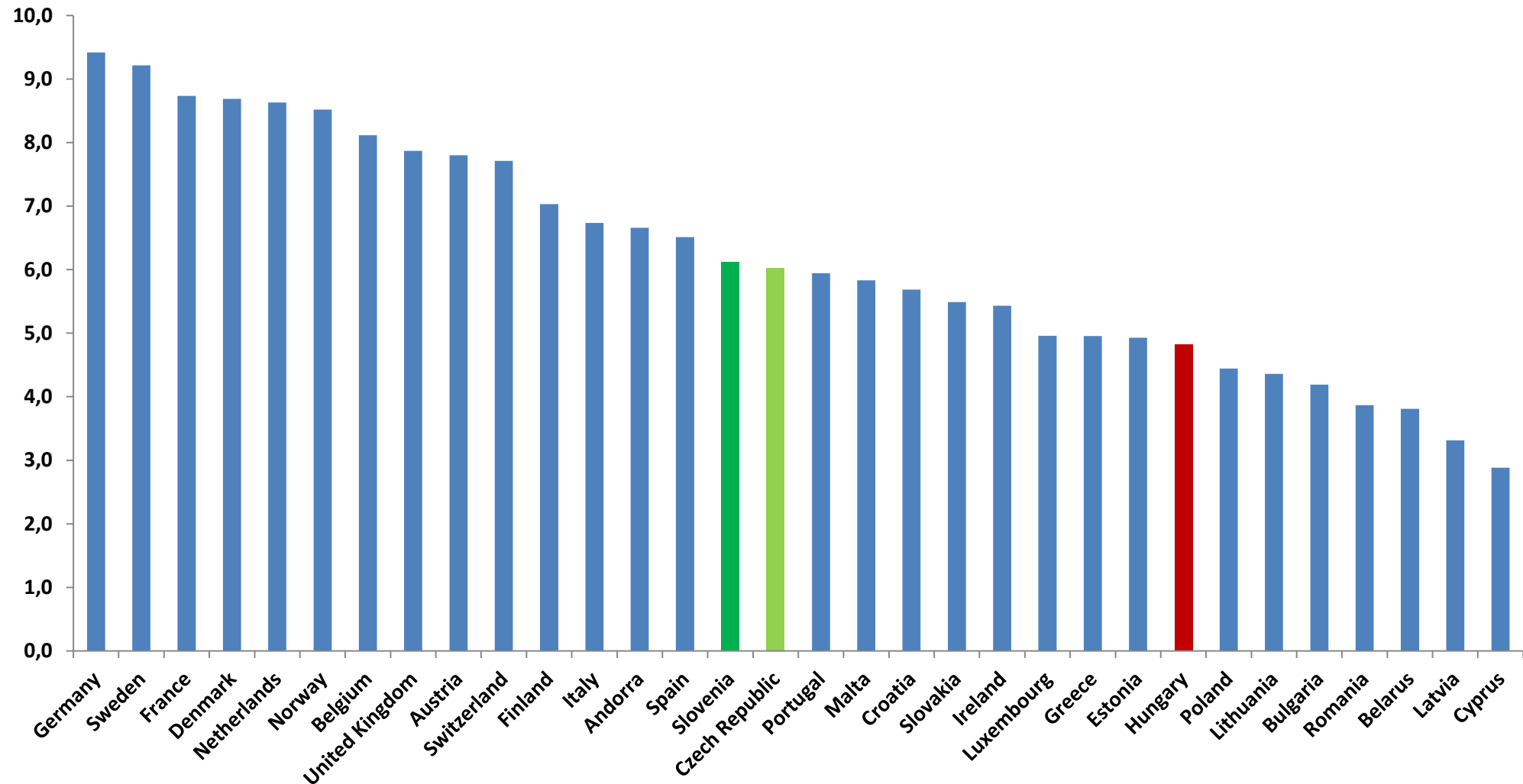
Megfelelő szintű közfinanszírozás biztosítása és a betegterhek csökkentése



Az egészségügyi rendszer fejlesztése

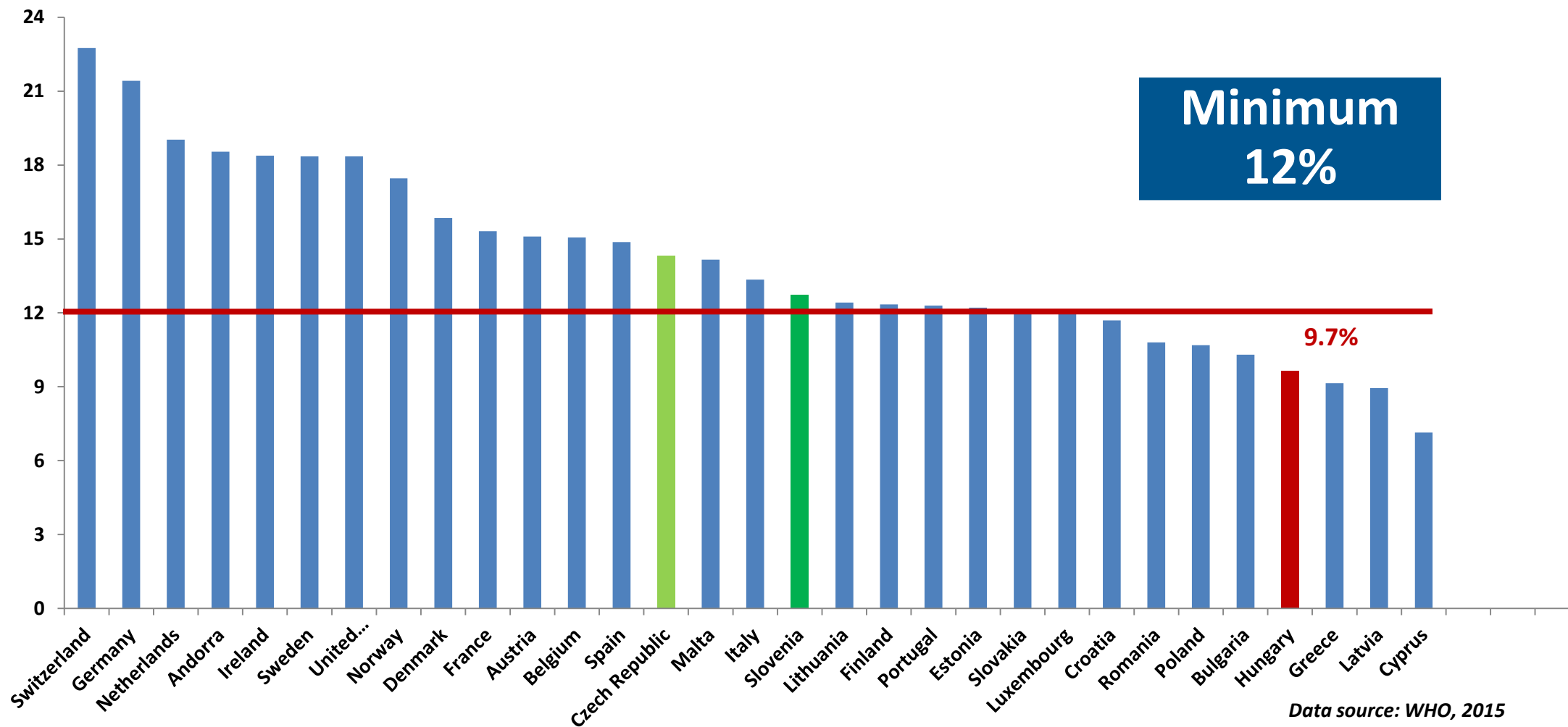


# Az egészségügyi közkiadások mértéke elmarad az EU átlagtól (% of GDP, 2015)

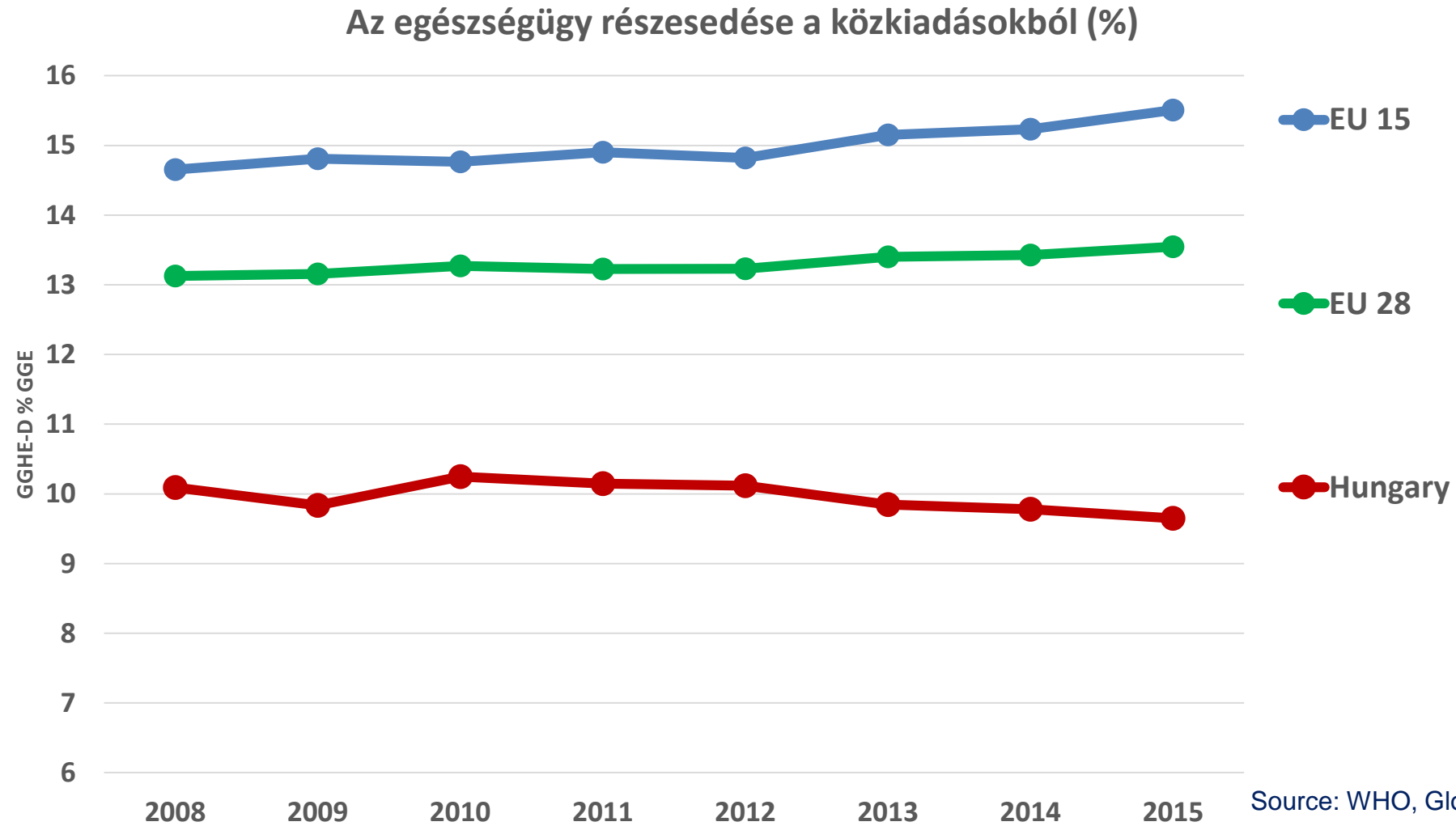


Data source: WHO, 2018

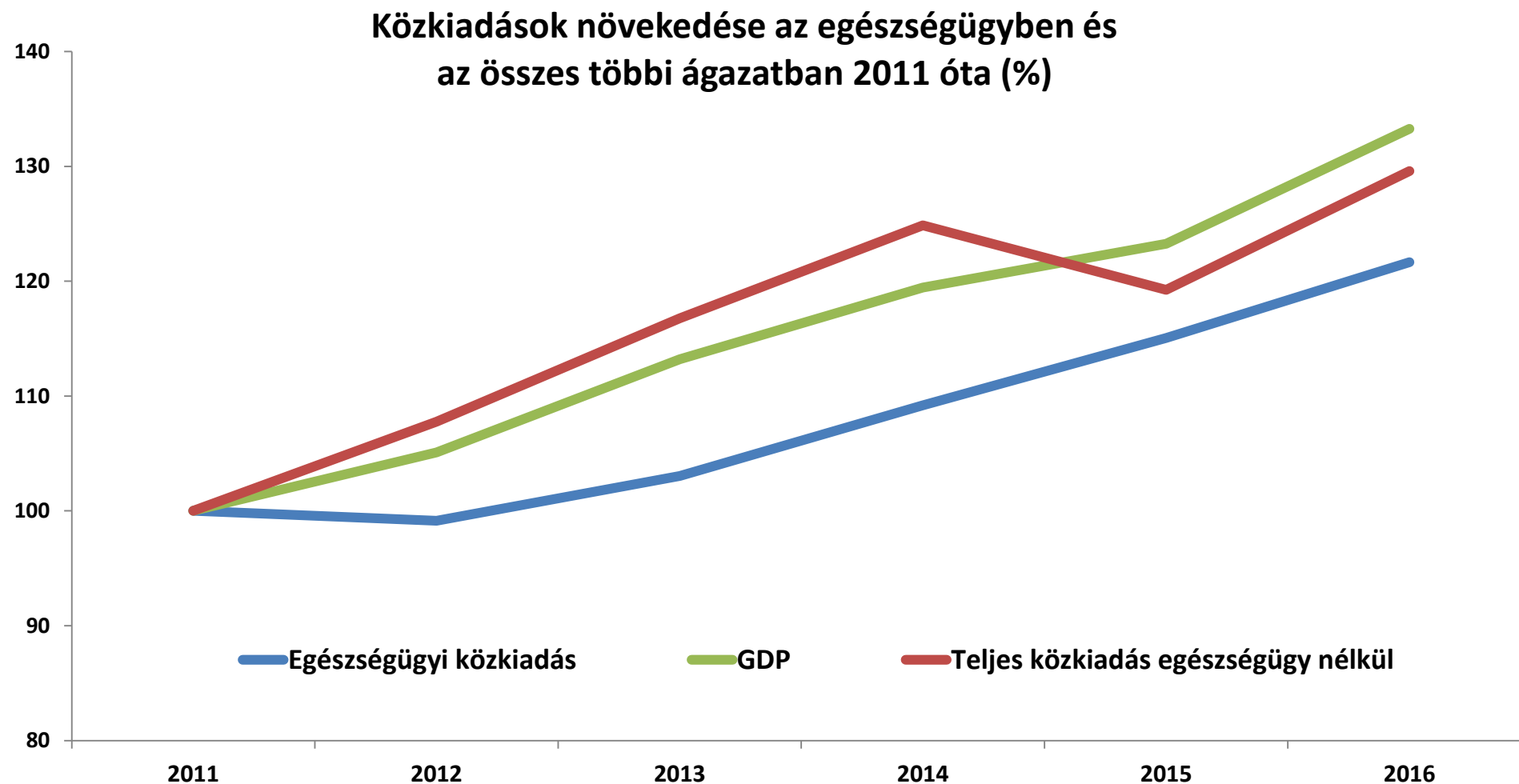
# Az egészségügy részesezése a közkiadásokból alacsony - a WHO ajánlás min **12%** (EU átlag 13.5%)



# Az egészségügyi közkiadások aránya Európa-szerte növekszik, míg Magyarországon csökken

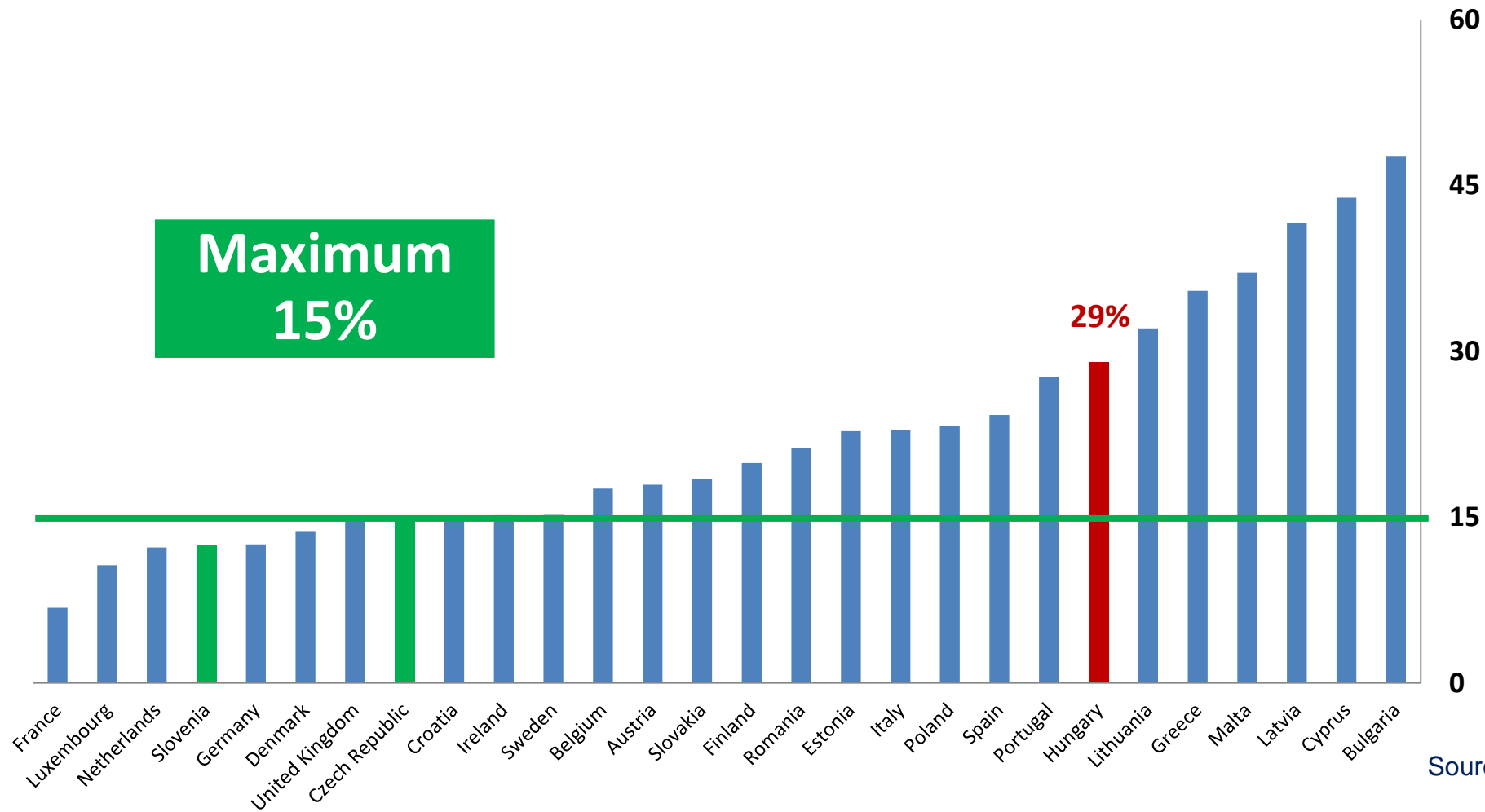


# Az egészségügyi közkiadások növekedése elmarad a GDP és más ágazatok növekedésétől



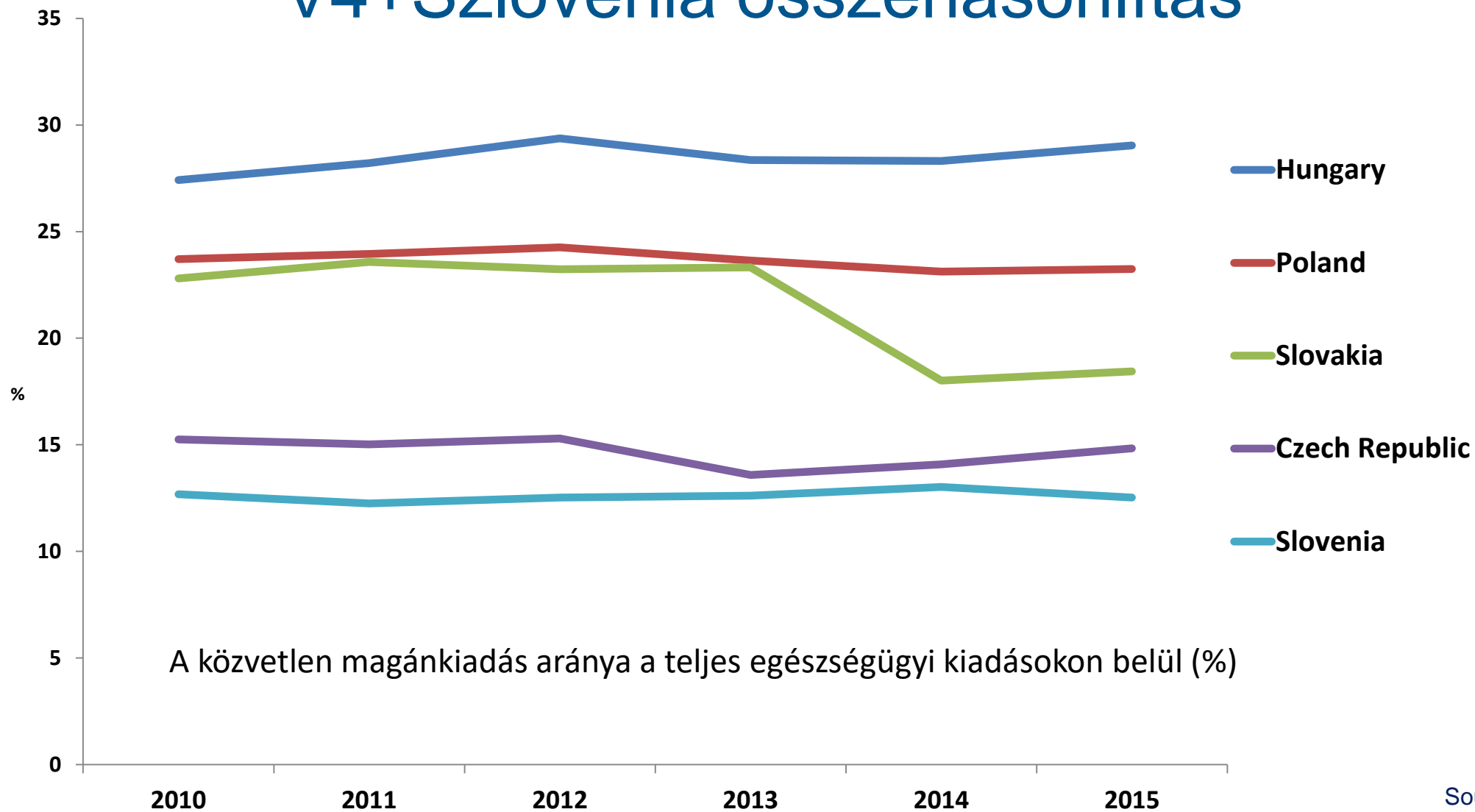
Source: EUROSTAT, 2018

# A közvetlen magánkiadás aránya a teljes egészségügyi költségen belül nagyon magas Magyarországon - WHO ajánlás max **15%**



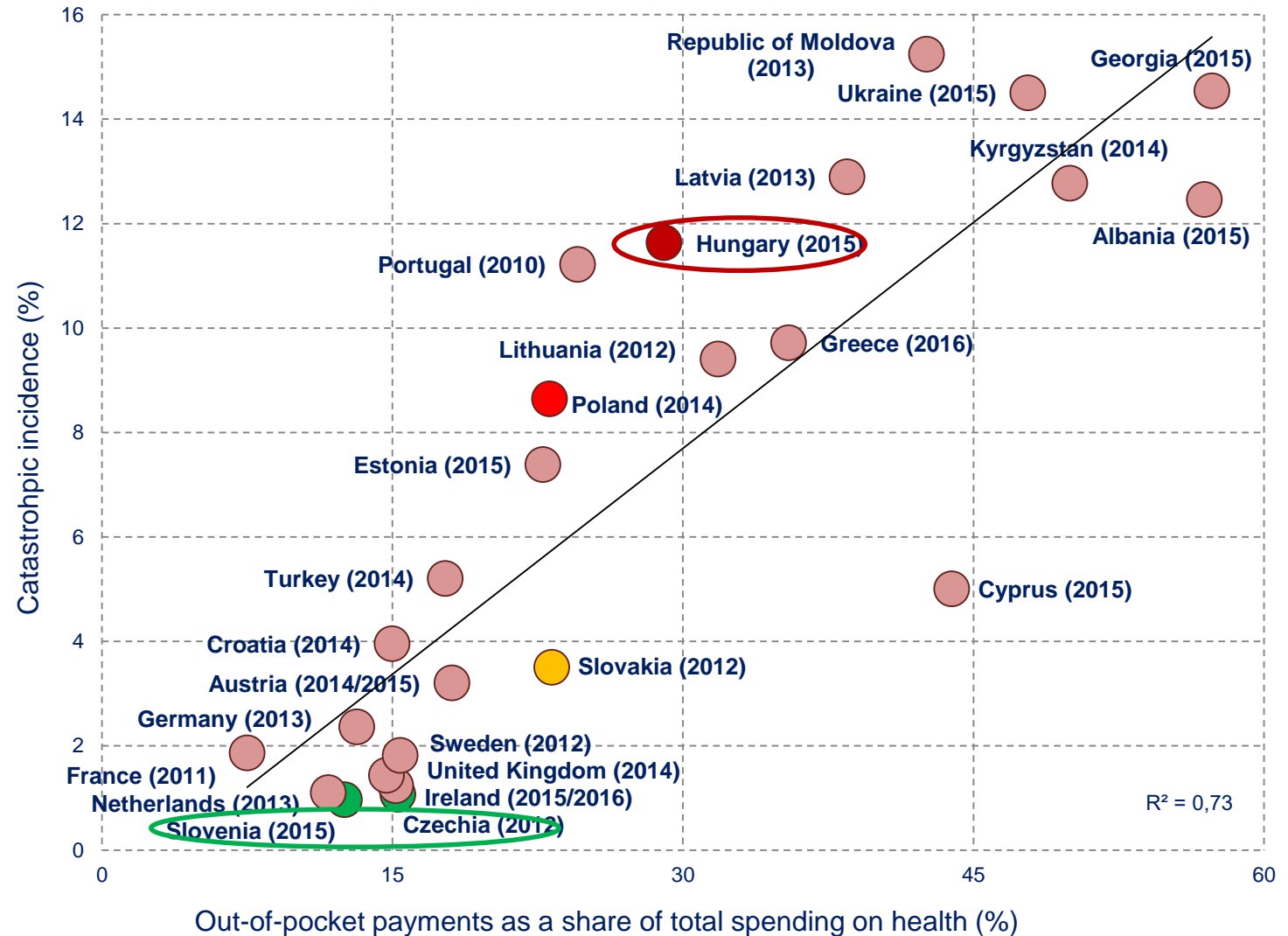
Source: WHO data for 2015

# A betegterhek Magyarországon a legmagasabbak V4+Szlovénia összehasonlítás



Source: WHO, 2018

# Katasztrofális kiadásokat elszenvedő háztartások aránya szoros összefüggést mutat a összes közvetlen magánkiadás mértékével, de a támogatáspolitikája is számít



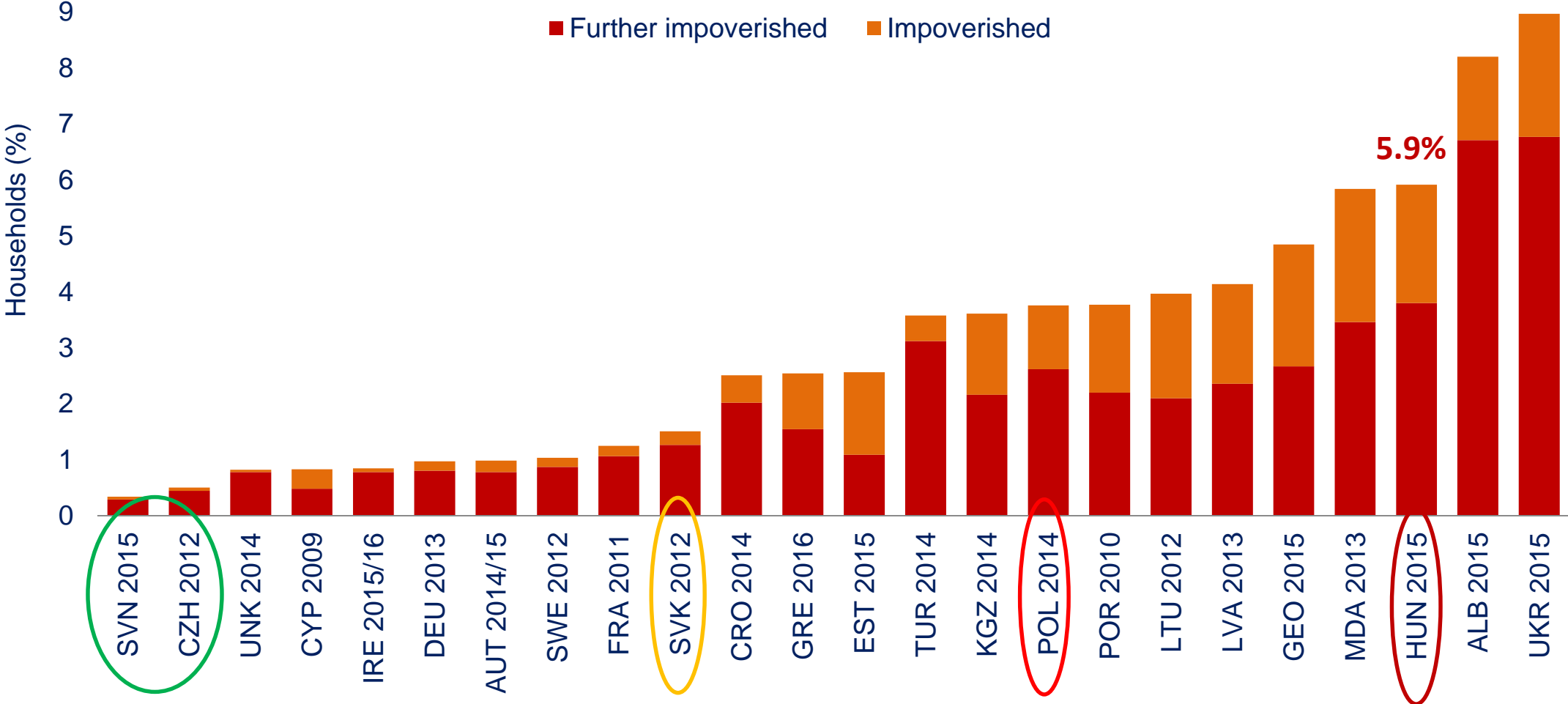
Sources: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening, 2018



Mindenkinek szüksége van egy erős ernyőre,  
ami védelmet nyújt betegség esetén

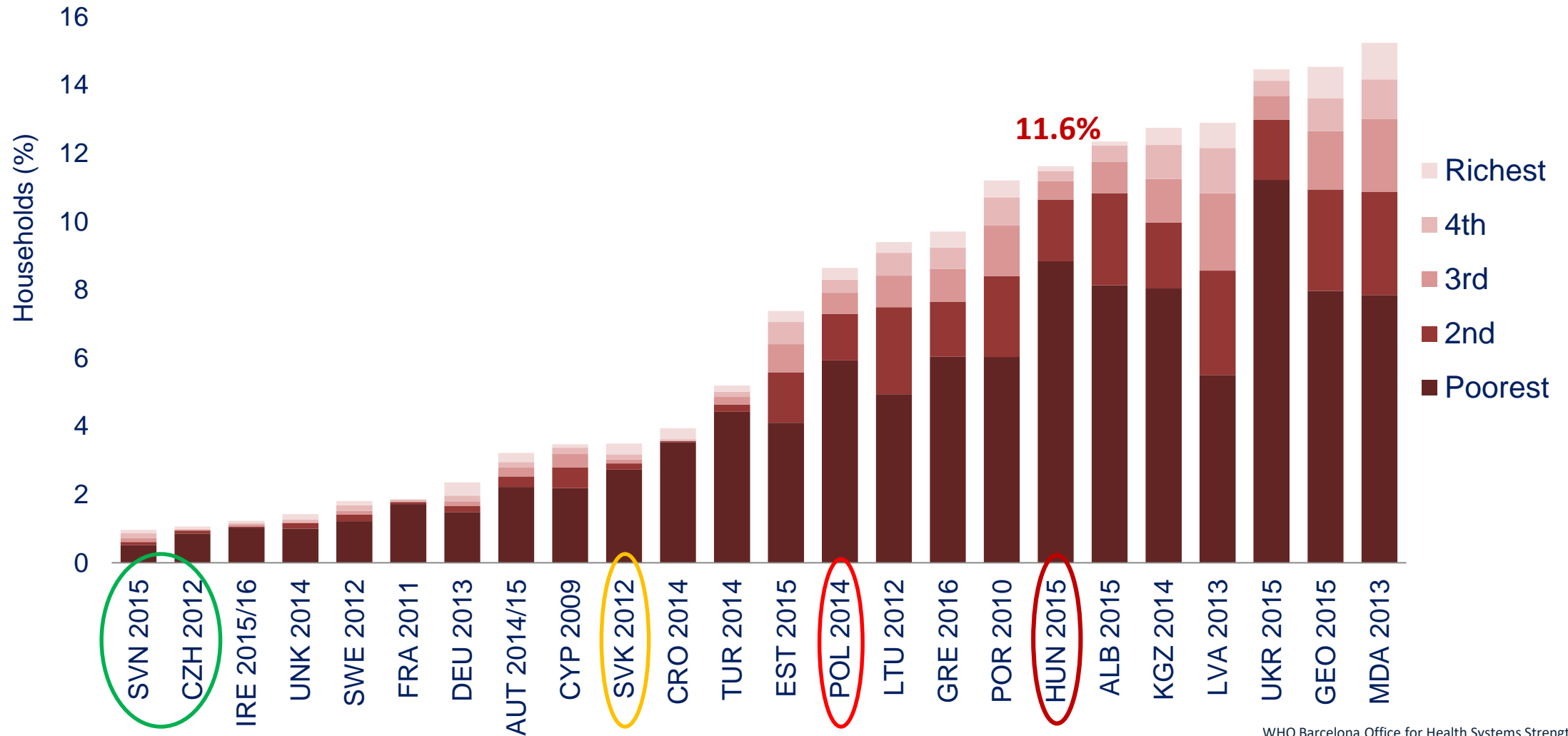


# Elszegényítő egészségügyi magánkiadások előfordulása Magyarországon (háztartások %)



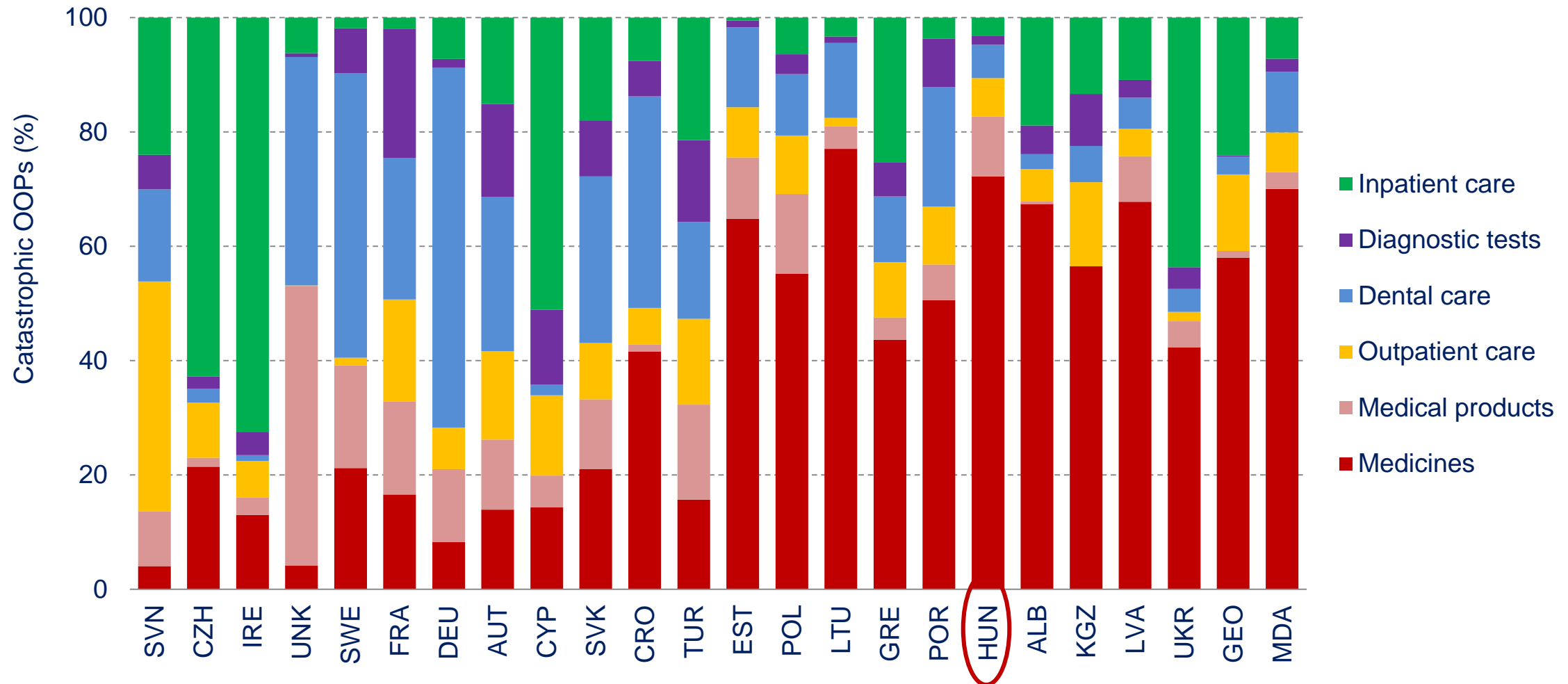
Source: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening, 2018

# A katasztrofális mértékű közvetlen egészségügyi magánkiadások előfordulása a szegények körében a legnagyobb (háztartások megoszlása jövedelmi szintek szerint)

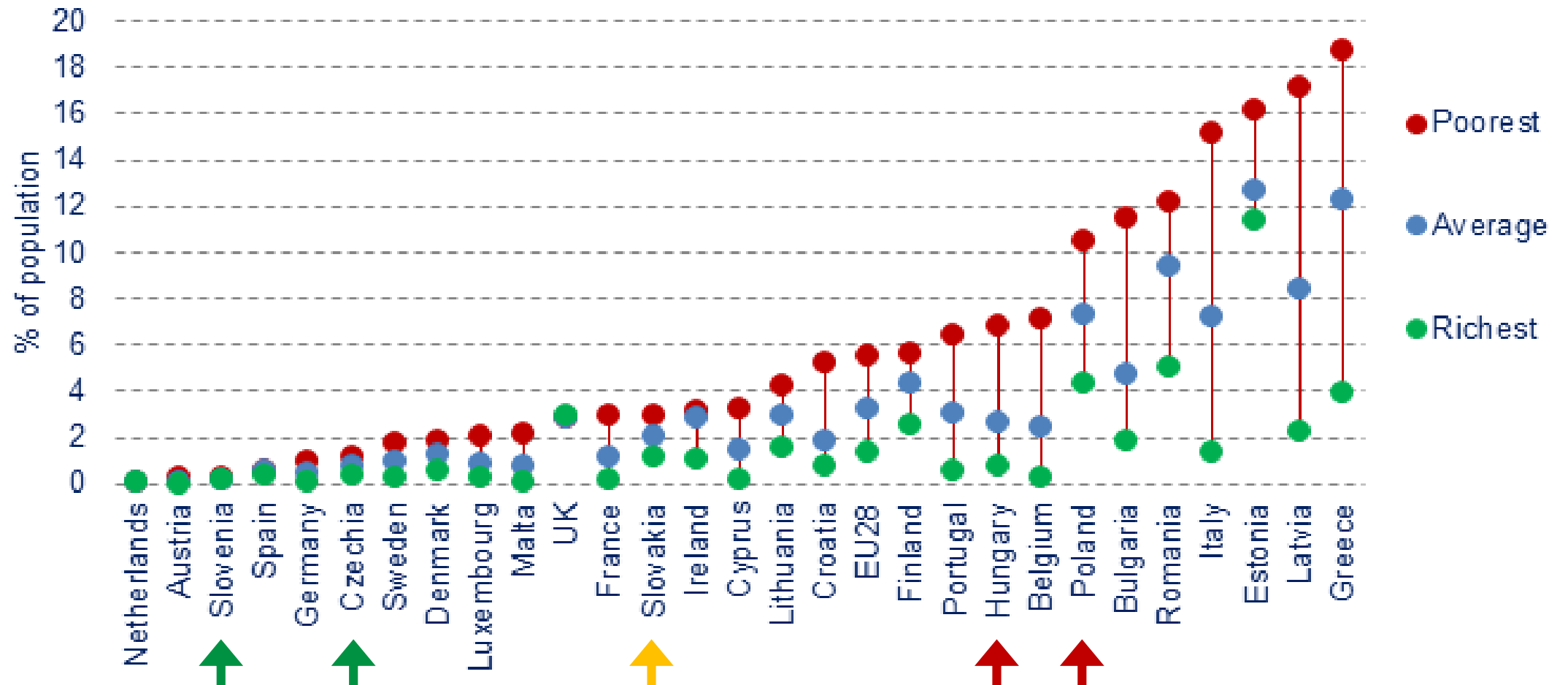


# A katasztrofális mértékű közvetlen egészségügyi magánkiadásokért felelős szolgáltatások megoszlása

Magyarországon elsősorban a gyógyszerkiadások jelentik a meghatározó terhet



A betegek jelentős százaléka nem fordul orvoshoz vagy nem váltja ki gyógyszerét, amikor szüksége lenne rá a magas költségek, a távolság vagy a várakozási idő miatt (EU felmérési adatok, 2015)



Source: [EU-SILC data](#)

# Mi a teendő Magyarországon?

Emelni kell az egészségre fordított közkiadások mértékét

Csökkenteni kell a közvetlen magánkiadások mértékét, különösen a szegények és hátrányos helyzetűek körében

Gyógyszer támogatás-politikát tovább kell erősíteni

# Az előadás három fő témaköre



Az egészségi állapotban fennálló különbségek csökkentése



Megfelelő szintű közfinanszírozás biztosítása és a betegterhek csökkentése



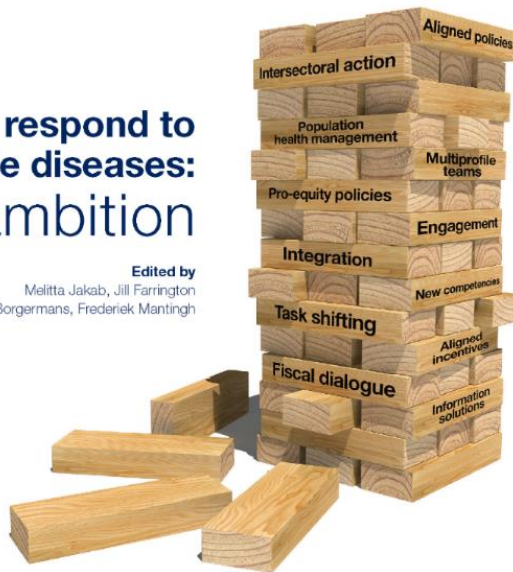
Az egészségügyi rendszer fejlesztése

# Átfogó és összehangolt rendszerfejlesztésre van szükség az egészségügy minden területén



## Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition

Edited by  
Melitta Jakab, Jill Farrington  
Liesbeth Borgermans, Frederiek Mantingh



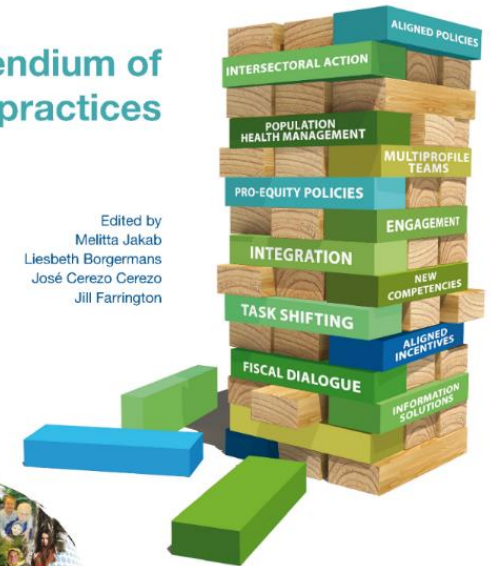
- 9 fejezet
- 38 fő üzenet
- 160 egészségpolitikai válasz



Health systems respond to noncommunicable diseases

## Compendium of good practices

Edited by  
Melitta Jakab  
Liesbeth Borgermans  
José Cerezo Cerezo  
Jill Farrington



# Magyarország jó példát mutat az interszektoralis együttműködésben



World Health Organization  
Regional Office for Europe

## GOOD PRACTICE BRIEF

### PUBLIC HEALTH PRODUCT TAX IN HUNGARY: An example of successful intersectoral action using a fiscal tool to promote healthier food choices and raise revenues for public health

#### Summary

In 2011, the Hungarian Parliament passed legislation creating the public health product tax—a tax levied on food products containing unhealthy levels of sugar, salt and other ingredients in an effort to reduce their consumption, promote healthy eating and create an additional mechanism for financing public health services. Four years since the tax was introduced, consumption of taxable unhealthy foods in Hungary has decreased. Many food manufacturers have reduced or eliminated unhealthy ingredients in their products, population awareness of healthy eating has increased, and approximately US\$ 219 million in revenue has been raised and earmarked for health spending.

#### Responding to a public health crisis

Noncommunicable diseases are the leading causes of morbidity and mortality in Hungary. The rates of death from ischaemic heart disease, stroke and cancer are among the highest in the industrialized world. Hungary is noted for having the highest average per-capita salt consumption in the European Region and approximately two thirds of the adult population is either overweight or obese. In recent years, the Hungarian Government has taken major steps to improve population nutrition. Initiatives include passing legislation to ensure nutritional standards in public catering, eliminating the use of trans-fats in food products, improving the nutritional quality of cafeteria food in schools, and introducing the public health product tax.

#### The public health product tax

In 2011, Hungary introduced the public health product tax—a levy raised on food products containing unhealthy ingredients exceeding a threshold level. Prepared collaboratively by the Ministry of Health and the Ministry of Finance and with the support of WHO, the tax is designed to promote healthy food

#### Key messages

- A fiscal instrument can play an effective role in improving the nutrition behaviour of the population.
- The public health product tax is not a silver bullet for addressing poor nutrition or a budget shortfall.
- Healthier products due to product reformulation are a positive consequence of tax avoidance.
- Improved nutrition literacy has been one of the outcomes of the tax improving nutrition behaviour beyond the direct impact of price increase.
- Intersectoral action enabled accurate problem definition, development of an appropriate policy solution, and effective implementation.
- Continuous refinement of legislation after initial enactment was essential for avoiding and shutting loopholes, ensuring tax effectiveness.
- The unhealthy product tax is compatible with European Community law.



World Health Organization  
Regional Office for Europe

## GOOD PRACTICE BRIEF

### THE PUBLIC CATERING DECREE IN HUNGARY: Intersectoral public health action to improve nutrition and address social inequalities with a binding legal instrument

Krisztina Biró<sup>1</sup>, Andrea Zenitá<sup>2</sup>

#### Summary

The Public Catering Decree was published in 2014 after a long preparatory phase and intense intersectoral cooperation with relevant stakeholders. This legal tool is one component of a complex set of public health measures to address the root causes of obesity. The Decree pertains to dietary risk factors primarily in educational settings (including free summer meals for disadvantaged children) and in hospitals and addresses not only health-related but also social and equity issues. Three years after its introduction, favourable changes in the school nutrition environment were seen, and a positive change in the attitude of the food industry. Robust communication activities to supplement the legislation improved understanding of its public health goals, thus strengthening the public perception and acceptance.

#### Comprehensive approach required to improve nutrition outcomes

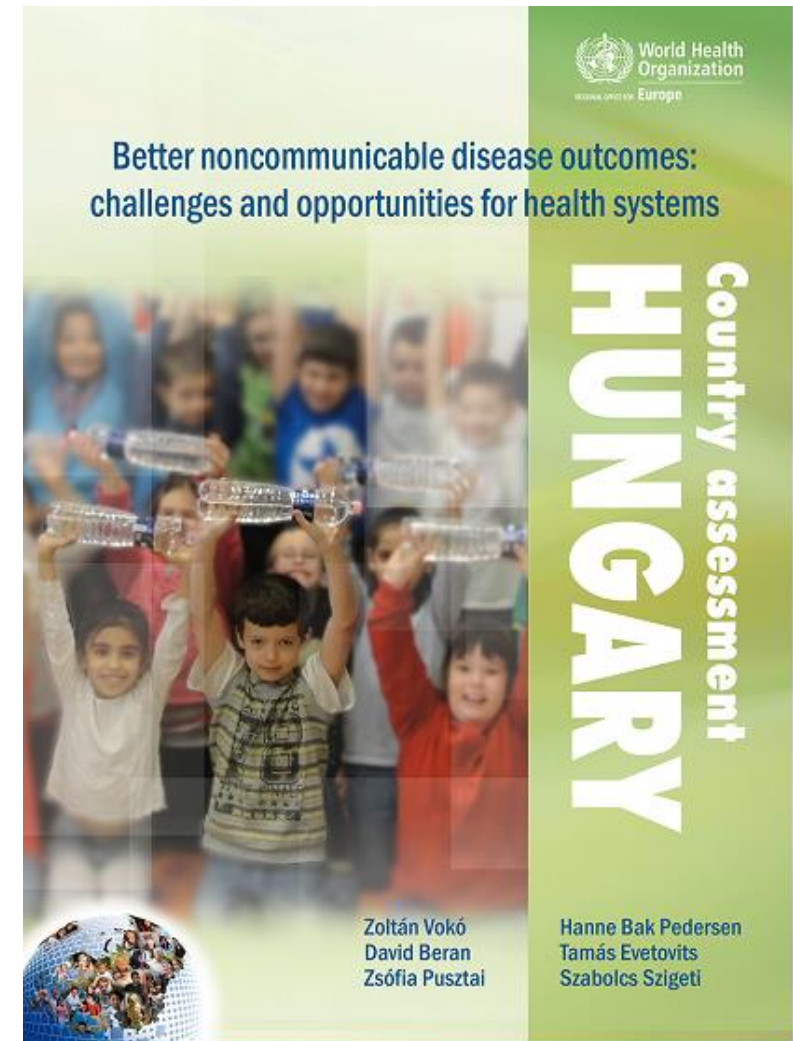
Chronic noncommunicable diseases, in particular cardiovascular diseases and cancers, are major causes of premature mortality in Hungary. Obesity contributes to these outcomes and is thus a major public health concern, particularly among children. In Hungary, 28% of children are overweight and more than 11% are obese (1). National surveys show that children's diets already contain nutritional risk factors.

Healthy nutrition is important for the mental and social development of children and their well-being and improves school performance and attendance (2). As children spend most of their day in preschools and schools, they consume 35–65% of their daily energy there. Thus, schools and preschools have a pivotal role in ensuring access to healthy nutrition and shaping children's health behaviour. Making the preschool and school food and nutrition environment healthy is a long-term investment in health, with positive effects lasting well into adulthood.

<sup>1</sup> Deputy Head of Department, Ministry of Human Capacities, State Secretariat for Health, Budapest, Hungary.  
<sup>2</sup> Head of Department, National Institute of Pharmacy and Nutrition, Directorate General of Food and Nutrition, Department of Applied Nutrition, Budapest, Hungary.

#### Key Messages

- Voluntary actions alone are not enough to catalyse changes in the food environment or in dietary behaviour; binding legislation is also required.
- A complex policy tool that affects health, social and equity issues requires strong and aligned sectoral cooperation.
- Strong political commitment from the Government both in its rhetoric and in financial terms is required to deliver such complex results.
- Diet-related noncommunicable diseases cannot be reduced effectively only by a "silver bullet" such as the Public Catering Decree. The complex problem requires a systematic approach and a comprehensive, aligned, system-wide response.
- The structural change in the public administration that has merged health, social affairs, education, youth and sports into a single ministry facilitated the process by ensuring more efficient intersectoral cooperation.
- Robust communication activities to supplement the legislation led to better understanding of its public health goals, thus strengthening the public perception and acceptance.



World Health Organization  
Regional Office for Europe

## Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems

# HUNGARY

### Country assessment

Zoltán Vokó  
David Beran  
Zsófia Pusztai

Hanne Bak Pedersen  
Tamás Evetovits  
Szabolcs Szigeti





### Action plan to improve public health preparedness and response in the WHO European Region

The draft action plan to improve public health preparedness and response in the WHO European Region, 2018–2023, aims to strengthen national and regional capacities to effectively prevent, prepare for, detect and respond to public health threats and emergencies and to provide support to affected countries, when necessary. It takes into account actions taken and lessons learned in the European Region since the International Health Regulations (IHR) (2005) entered into force in 2007, and as presented in the guiding document EUR/RCM/13, on accelerating implementation of the IHR (2005) and strengthening laboratory capacities for better health in the European Region, at the 67th session of the Regional Committee for Europe (RCM) in September 2017. It builds on the five-year global strategic plan to improve public health preparedness and response, 2018–2023, and is tailored to the needs of the European Region.

The present document outlines the draft action plan to be implemented by States Parties and the WHO Regional Office for Europe in collaboration with key partners and in line with the requirements of the IHR (2005). It is structured around the three strategic pillars described in the global strategic plan: (1) building and maintaining States Parties core capacities required by the IHR (2005); (2) strengthening event management and compliance with the requirements under the IHR (2005); and (3) measuring progress and ensuring accountability. The action plan will be accompanied by a monitoring framework with indicators for each technical area of the strategic plan.

The regional action plan incorporates feedback received from the Member States during the 66th session of the Regional Committee (May 2018) and through previous web-based and face-to-face consultations on the global strategic plan. The revised regional action plan, incorporating the feedback received, is submitted to the 66th session of the Regional Committee for Europe, accompanied by a draft resolution for its adoption.

# Újra kell gondolni és át kell alakítani az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi szolgálatok kapcsolatát

A prevenciónak minden területen elsőbbséget kell adni

Ennek megfelelő humán erőforrás összetételre van szükség

Meg kell erősíteni a népegészségügyi információs kapacitásokat

A hátrányos helyzetűekre külön figyelmet kell fordítani

Szoros együttműködésre van szükség alapellátással

# Az alapellátásban a fejlődés ellenére fennálló nehézségek - Magyarország nincs egyedül

A népesség mozgósítását szolgáló technikák hiánya

Az egészségügyi alapellátás követ és nem vezet

Túlzott szakorvos központúság és koordinálatlan ellátórendszer

Egészségügyi szakdolgozók és szociális munkások hiánya az alapellátásban

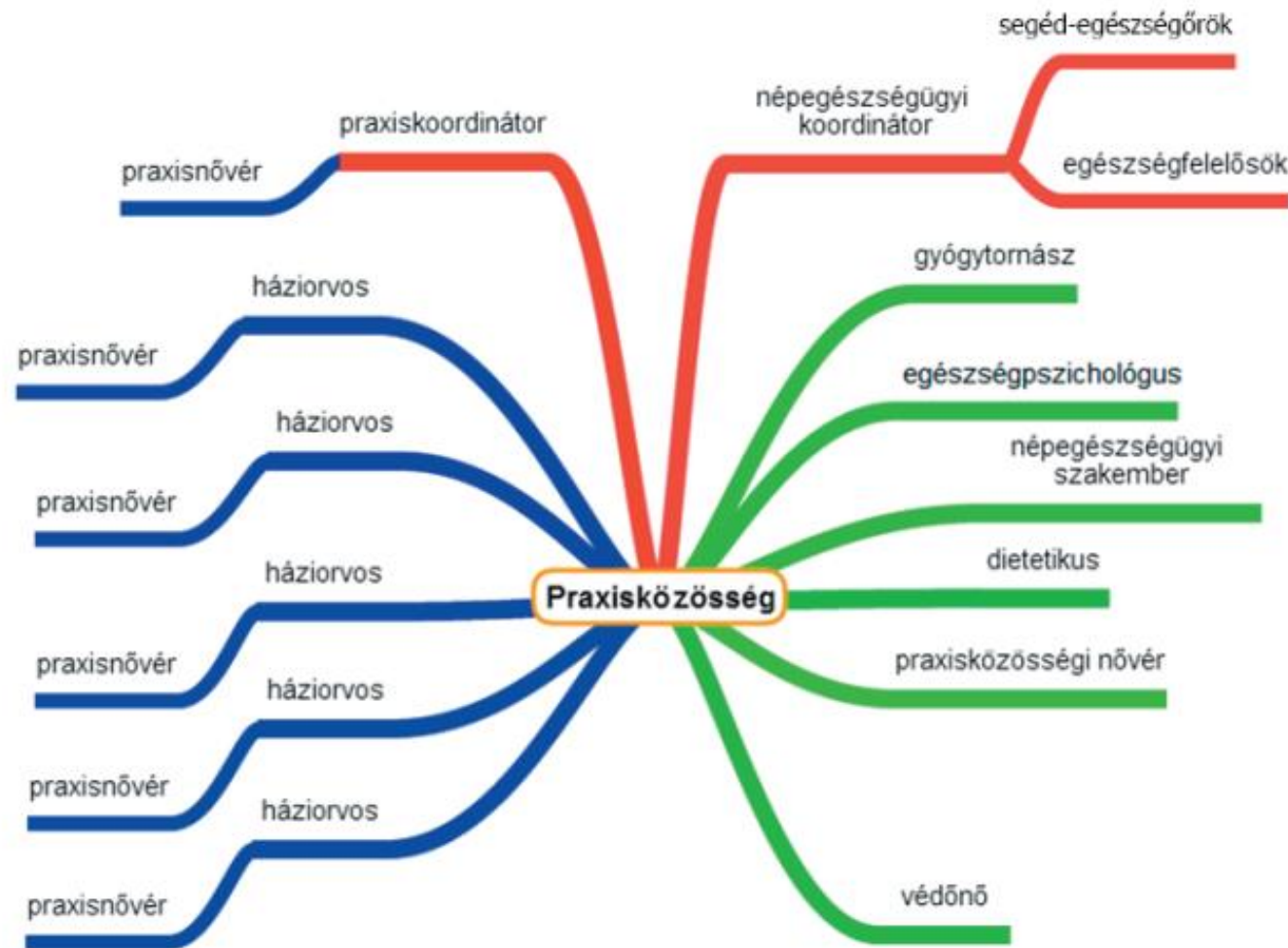
Otthoni gondozás, ápolás, szociális ellátás alulfejlett

Az információs technológia nem segíti ezeket a funkciókat



Erős és  
interdiszciplináris  
alapellátási  
rendszerre van  
szükség

# A magyar alapellátás-fejlesztési modellprogram egy kiváló kezdeményezés



The European Journal of Public Health Advance Access published June 27, 2013  
*European Journal of Public Health*, 1–1  
 © The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.  
 doi:10.1093/eurpub/ckd091

## Editorial

### Public health, primary care and the 'cluster' model

Zsuzsanna Jakab

WHO Regional Director for Europe, WHO Regional Office for Europe Marmovej 51, DK-2100 Copenhagen

# Az alapellátás fejlesztését felgyorsító egészségpolitikai eszközök

- ☑ Lakossághoz közeli, helyi közösségi modell
- ☑ Populációs szintű egészségfejlesztés
- ☑ Szoros együttműködés a szociális ellátással
- ☑ Információ technológiára épülő ellátás optimalizáció
- ☑ Alapellátási kompetenciák fejlesztése
- ☑ Finanszírozási ösztönzők összehangolása
- ☑ Folyamatos minőségfejlesztési technikák alkalmazása
- ☑ Felelős gyógyszerrendelés és gyógyszerfogyasztás
- ☑ Civil szervezetek és a közösség bevonása a fejlesztésbe



Public Health Panorama Special Issue on Primary Health Care

Available online December 2018

<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues>

# A finanszírozási rendszer nem ösztönöz az ellátási szintek közötti együttműködésre és az ellátórendszer átalakítására

“Most often, traditional ways of paying providers – fee-for-service, capitation, salary, global budget [...] or diagnosis related groups – are often poorly aligned with contemporary health system priorities such as improving quality or delivering care more efficiently.”

*OECD, 2016, Better Ways to Pay for Health Care*

# Az inkrementális fejlesztés helyett rendszerszintű reformokra van szükség



## Incremental approaches

Pay-for-coordination  
(AUS, GER, FRA, DEN)

Pay-for-performance (UK, FRA, SPA, etc.)

Bundled payment  
(NET, POR)

## Large scale change

Full capitation  
(GER, HUN)

Contracts to networks of providers (NET)

Care coordinators

*“Larger scale multidisciplinary team-based services with a different mix of professionals will support a much needed shift from responsive to proactive models of delivery, to allow more focus on issues beyond the biomedical”.*

*Nigel Edwards, UK*

# Mi a teendő Magyarországon?

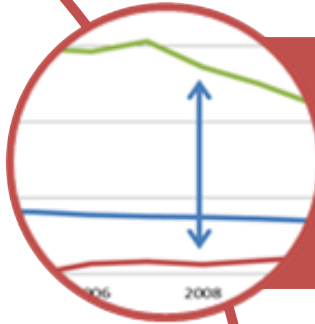
Erősíteni kell az alapellátást: legyen multidiszciplináris, betegközpontú, ellátás szervező, a népegészségügyi feladatokat integráló és a szociális gondozással szorosan együttműködő

Az ellátási szintek között összehangolt finanszírozási ösztönző rendszer szükséges az ellátás hatékonyságának növeléséhez

Az alapellátási szint komplex, multidiszciplináris humán erőforrás összetételű igényel



# Összegzés



Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése nem valósítható meg a társadalmi és szociális egyenlőtlenségek csökkentése és népegészségügyi stratégia nélkül



Csökkenteni kell a betegekre háruló terheket és ehhez növelni kell az egészségügyi közkiadást és a erősíteni a gyógyszer támogatás-politikát



A rendszerfejlesztésben a prevencióra és az alapellátás multi-diszciplináris fejlesztésére kell a hangsúlyt helyezni