

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY ROMÁNIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia .....	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	2
Finanszírozás .....	3
Egészségügyi ellátórendszer .....	5
Egészségügyi dolgozók .....	7
Gyógyszerügy.....	7
Reformok .....	8
Forrás .....	9

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## **Gazdasági-politikai környezet**

Romániában, a nyolcvanas évek végén a gazdasági-politikai változások kedvezőtlenebb helyzetből indultak ki, mint sok más közép-kelet-európai országban. Bár jelentős fejlődés történt a piacgazdaságra való áttérés és a demokratikus berendezkedés irányába, a romániai átmenet a szegénység nagymértékű növekedésével járt együtt. 2011-ben Romániában a népesség 40,3 százalékát (különösképpen a gyermekeket) fenyegette szegénység és társadalmi kirekesztés, ami majdnem kétharmaddal több az uniós 24,2 százalékos átlagnál. (Európai Unió, 2013/C 217/17)

A válság hatására a GDP csökkenése 2009-ben 7,1 százalék volt. A válságból való érzékelhető kilábalás 2011-ben a GDP 2,5 százalékos növekedésével jelentkezett, ami 2012-ben 0,9 százalékra lassult. A 2013-as előrejelzések ismét 2,5 százalék körüli növekedést jeleznek. A jelentős konszolidációs erőfeszítések következtében 2012-ben az államháztartás hiánya a GDP 2,9 százalékára csökkent. Bár az államadósság Uniós összehasonlításban viszonylag alacsony maradt, 2008 és 2012 között jelentősen növekedett és 2012-ben elérte a GDP 35,8 százalékát. 2012-ben az infláció 3,4 százalék, a munkanélküliségi ráta 7 százalék volt. (Eurostat)

Románia államformája köztársaság. A törvényhozás kétkamarás rendszerű, felsőháza a 137 tagú Szenátus (Senat), alsőháza pedig a 334 tagú Képviselőház (Camera Deputatilor). A parlamentet általános, közvetlen, egyenlő és titkos választással négy évre választják. A legutóbbi parlamenti választások 2012 végén voltak, amikor a törvényhozás mindkét házában kétharmados többséget szerzett a korábban is kormányzó szociálliberális pártszövetség és megalakult a második Ponta kormány. A köztársasági elnököt kétfordulós eljárásban, közvetlenül választják öt évre és egyszer újraválasztható. A jelenlegi köztársasági elnök Traian Basescu.

## **Demográfia**

Az ország lakossága a 90-es évek óta folyamatosan fogy, 2012-ben 21,39 millió fő volt. A negatív tendencia a 10/1000 fő körül ingadozó születési arány (2011-ben 10,3 ezrelék) és a halálozás (a nyers halálozási ráta 11,7 ezrelék) együttes hatásának, valamint az alacsony fertilitásnak (1,4) tulajdonítható. A születéskor várható élettartam, mely jóval alacsonyabb az EU25 átlagnál, 2011-ben 74 év volt, ez férfiak esetében 70, nőknél 78 évet jelentett. Az anyai halálozás 100 ezer élveszületésre számítva 25,48 esetet tett ki 2011-ben, a csecsemőhalandóság pedig 2012-ben 9/1000 élveszületés volt.

A keringési rendszer betegségei az összes halálozás több mint felét okozzák (2010: SHA: 539,76/100 ezer fő). Az ischémias szívbetegség és a daganatok külön-külön a halálozások közel ötödéért felelősek (2010: SHA: 187,19 és 180,1/100 ezer fő). A TBC incidenciája folyamatosan csökkent, 2011-ben 79,23/100 000 fős értéket regisztráltak. Az AIDS incidenciája 2011-ben 1,26/100 000 fő volt, a HIV incidenciája 1,84/100 000 fő volt. (WHO HFA)

## **Az egészségügyi rendszer általános jellemzői**

Románia egészségügye a kötelező egészségbiztosításon alapul. Az egészségügy irányítása országos és megyei szintekre tagolódik. Az országos szint két központi intézménye az irányítást gyakorló Egészségügyi Minisztérium és a finanszírozásért felelős, autonóm közintézményként működő Országos

Egészségbiztosítási Pénztár, mindkettő 42 megyei (41 megye és Bukarest) szervezettel működik. Az egészségügyi intézmények többsége az önkormányzatok tulajdonában van.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

Az összes egészségügyi kiadás GDP-n belüli aránya a WHO becslése szerint 2010-ben 5,84 százalék, az egy főre jutó egészségügyi kiadás 901,48 PPP dollár. (WHO HFA)

### Forrásgyűjtés

2011-ben az állami kiadások aránya – mely csökkenő tendenciát mutat – az összes egészségügyi kiadásból 80,24 százalék. A háztartások out-of-pocket kiadásainak aránya az összes egészségügyi kiadásból 19,42 százalék. Az egészségügy legfőbb forrása az egészségbiztosítás, az állami kiadások 80 százalékát a társadalombiztosítás nyújtja. Az országos egészségügyi programok és a sürgősségi ellátás finanszírozása adókból történik.

Az Országos Egészségbiztosítási Alap költségvetésére a kormány tesz javaslatot, melyet a költségvetési törvény értelmében a Parlament hagy jóvá.

2002 óta országos szinten az adóhivatal gyűjti be a járulékokat, a megyei pénztárakhoz csak a teljes járulékokat náluk lerovó biztosítottak (önálló vállalkozók) befizetései folynak be. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rendelkezik a megyék számára kiutalandó pénzüsszegekről az adott megyében élő biztosítottak száma és a különféle szolgáltatásokat szükségessé tevő kockázatok összetétele szerint.

Az egészségbiztosítás anyagi erőforrásait főként a munkavállalók és a munkáltatók által befizetett járulékok képezik. Ezek mértéke 5,2 százalék (+0,85 százalék a pénzbeni ellátásokra) a munkáltatók, illetve 5,5 százalék a munkavállalók esetén. Vállalkozók számára 5,5 százalék (+0,85 százalék a pénzbeni ellátásokra) a hozzájárulás mértéke (MISSOC, 2013). Az egészségbiztosítás járulékbévételeit egészíti ki az állam a járulékot nem fizető lakossági csoportok után fizetett hozzájárulással.

A biztosítottak számára a fedezet alá eső szolgáltatások a betegségmegelőzés, járóbeteg-ellátás, kórházi ellátás, fogászati ellátás (meghatározott körben), sürgősségi ellátás, rehabilitációs szolgáltatások, szüléssel kapcsolatos ellátás, otthoni szakápolás, gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök. A biztosítási fedezet alá eső szolgáltatásokon kívül a gyógyszerkiadások, gyógyászati segédeszközök esetében kötelezően előírt önrész terheli a lakosságot. Co-payment számítható fel a bizonyos időtartamnál hosszabb időn át igénybe vett gyógyfürdőkúrára.

Nincs egészségbiztosítási fedezet az alábbi esetekben nyújtott szolgáltatásokra: munkaköri ártalmak, foglalkozással kapcsolatos betegségek és munkahelyi balesetek, egyes csúcstechnológiai eljárások, egyes fogászati beavatkozások, plasztikai műtétek, extra elhelyezés a kórházban stb. 2010-től van lehetőség a PET és CT vizsgálatok térítésére onkológiai betegségben szenvedő páciensek esetében.

2013 tavaszától a kórházi ellátást igénybevevő betegeknek jelképes mértékű hozzájárulást kell fizetniük. A hozzájárulás mértékét a kórházak állapítják meg. Mentességet élveznek a kiskorúak, a

várandósok, az országos programokban részt vevő krónikus betegek (AIDS, TBC, rák, cukorbetegség), az átlagosnál kisebb nyugdíjjal rendelkező idősök és a sürgősségi beutalással érkezők<sup>1</sup>.

A magán biztosítótársaságok önkéntes magánbiztosítást kínálhatnak az állampolgároknak a társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatások igénybevételéhez előírt hozzájárulások vagy az alapsomagon kívül eső szolgáltatások finanszírozására.

Az országban a betegeket terhelő magánkiadásokon belül az informális kifizetések is számottevőek, becslések szerint a közvetlen kifizetések több mint 40 százalékára tehetőek.

## Forrásallokáció

Az alapellátó intézményekben a családorvosok vegyes díjazásban részesülnek, amely kor szerint súlyozott fejkvótából (50 százalék), valamint szolgáltatásonkénti díjazásból (50 százalék) tevődik össze. A fejkvótában a magasabb szintű szakmai végzettséget, az új praxisok indítását vagy a hátrányos helyzetű területeken történő praktizálást magasabb díjjal ismerik el. A szolgáltatásonkénti (konzultációnkénti) díjazásnak felső határa van, pl. havonta 20, a beteg otthonában nyújtott konzultációért jár díjazás.

A teljesítmény szerinti ösztönzők alapján nyújtott finanszírozásra (P4P) kísérletek formájában volt példa, ami nem vált általánossá.

A kórházban dolgozó egészségügyi szakemberek a kormány által meghatározott fizetésben részesültek, de az intézmények szolgáltatói szerződéseket is köthetnek orvosokkal.<sup>2</sup>

A kórházak tevékenységüktől függően többféle módon részesülnek a biztosítótól finanszírozásban:

- esetenkénti finanszírozás az aktív kórházakban
- a becsült esetszám, az optimális kórházi tartózkodás, és a tárgyalások eredményeként megállapított napidíj alapján kalkulált költségvetés a krónikus ellátásban és a rehabilitációban,
- az országos népegészségügyi programokra elkülönített pénzalapból nyújtott finanszírozás az esetenkénti kifizetéseket meghaladó költségekre, sürgősségi ellátás, gyógyszerelés esetén
- hemodialízis-kezelések finanszírozása megállapított tarifákon,
- az ambuláns részlegek szolgáltatásokon alapuló díjazása a költségvetés ambuláns ellátásra elkülönített részéből,
- a nappali ellátás keretében nyújtott szolgáltatások finanszírozása a szolgáltatásokra megállapított tarifa és a szolgáltatások száma szerint.

---

<sup>1</sup> <http://www.erdon.ro/jelkepes-korhazi-hozzajarulas-bevezeteserol-dontott-a-roman-kormany/2223565>

<sup>2</sup> <http://www.erdon.ro/vegleges-es-biztos-korhazdecentralizacio-julius-1-ig/news-20100602-04325338>

## Egészségügyi ellátórendszer

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Románia alapellátását az 1998-as reformok óta az egészségbiztosítással szerződéses viszonyban álló önálló vállalkozóként tevékenykedő házi orvosok biztosítják. A betegek szabadon választhatják meg házi orvosukat (6 hónap elteltével válhatnak másik kezelőorvosra). A 2011-ben működő 11 229 alapellátást nyújtó praxis többsége egyszemélyes.

A praxisok optimális méretét a jogszabályok 1800 beteg/orvos arányban állapították meg. Az ennél, és még inkább a 2200-nál nagyobb praxisok díjazása külön szabályok szerint történik. (Dan, Kruusenberg, 2012)

2010 áprilisától csak előjegyzés alapján lehet a házi orvoshoz díjmentesen bejutni. Az előjegyzés nélküli konzultációk díját minden házi orvos maga állapíthatja meg.

A járóbeteg-ellátás és a kórházi szolgáltatások igénybevétele hivatalosan házi orvosi beutalóhoz kötött, a rendelkezés betartása azonban kevésbé érvényesül.

Ambuláns ellátást a kórházak járóbeteg-ellátó részlegei szakterületek szerint, valamint a diagnosztikai központok és a rendelők szakorvosai nyújtanak. A járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok általában megosztják idejüket az állami és a magánszektor között. Közülük sokan közalkalmazotti státuszban dolgoznak a kórházakban, és az ottani munkaidejükön túl folytatnak privát környezetben magánpraxist. Magántevékenység csak a kórházi munkaidőn kívül engedélyezett. A járóbeteg szakellátás finanszírozása pontrendszerből kiinduló, szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. Az előjegyzéssel történő orvoshoz fordulást szabályozó miniszteri rendeletet a szakrendelésekre is vonatkozik. A jogszabály hatálya alól mentesülnek a sürgősségi esetek, valamint azok a vidéki rendelők, amelyekben technikai eszközök hiányában nem lehet az előjegyzést biztosítani.

### Fekvőbeteg-ellátás

Az egészségügyi reformra vonatkozó 2006-os törvény rendelkezései alapján a kórházak földrajzi elhelyezkedésük szerint a következő kategóriákba sorolhatóak:

- regionális kórházak: az olyan súlyos eseteket látják el, melyek kezelése a vonzáskörzetben körzeti vagy helyi szinten nem megoldható,
- körzeti kórházak: a körzet legnagyobb városában működő, szinte minden szakterületet átfogó és sürgősségi ellátást nyújtó létesítmények, melyek a körzet helyi szintű kórházaiban nem megoldható problémákra nyújtanak megfelelő kezelést,
- helyi kórházak: olyan általános kórházak, melyek a számukra helyet biztosító városnak vagy falunak a lakosait látják el.

A magas szintű műszerezettséget feltételező ellátást oktatókórházak, szakkórházak és klinikai központok speciális részlegei biztosítják. Fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények még a krónikus kórházak, a helyi önkormányzatok többségi finanszírozása alatt álló szociális-egészségügyi intézmények (egészségügyi és szociális ellátást egyaránt nyújtanak, a helyi önkormányzatok és az Egészségügyi Minisztérium közös fenntartásában működnek), szanatóriumok és a legalább két szakterületen orvosi ellátást biztosító egészségügyi központok.

A román Statisztikai Hivatal adatai szerint 2011-ben állami és magánkórházból 469 működött, 11 kórházzal több, mint 2008-ban. Az ágyak száma 128 136 volt, az ágyszám 2008-hoz képest 10 ezerrel kevesebb. Szociális egészségügyi intézményből 65 működött 2857 ágygal.

Romániában 2002-ben a helyi önkormányzatok váltak a fekvőbeteg-ellátó intézmények épületeinek tulajdonosaivá, kivéve néhány magas szintű műszerezettséggel rendelkező egységet, melyek továbbra is az Egészségügyi Minisztérium tulajdonába tartoznak. Új szabályozás tette lehetővé magánkórtermek létesítését a közkórházakon belül, amely azonban nem vált jellemző folyamattá (WHO HIT, 2008).

2010-ben a kórházak decentralizációjára vonatkozó jogszabály-csomag elfogadását követően a kórházak menedzsmentjének kinevezési lehetősége és felügyelete átkerült a helyi vagy megyei önkormányzatokhoz, minden esetben ahhoz, amely az épületnek 2002 óta birtokosa. Az önkormányzat felügyeleti joggal rendelkezik az egészségügyi biztosítóval kötött szerződés felett, ellenőrizheti a menedzser munkáját és a felelős pénzfelhasználást. Megszűnt az a kettős rendszer, amelyben a kórházépületek önkormányzati tulajdonban voltak, de a vezetőséget a szakminiszter nevezte ki.

A minisztérium felügyeletében az országos hatáskörű kórházak, intézetek és az egyetemi központokban lévő oktatási tevékenységben is részt vevő megyei sürgősségi kórházak maradnak.

Az Európai Unió tagországaival összehasonlítva, Románia kórházi elbocsátási aránya magas: 23,3/100 fő 2010-ben, 21,4/100 fő volt 2011-ben, míg az EU-átlag 16,5 (2010) volt (Eurostat). Ez az adat nem csak az alapellátás és a járóbeteg-ellátás csökkent mértékű igénybevételét, hanem a fekvőbeteg-ellátás és a szociális szolgáltatók közötti együttműködés hiányát is tükrözi. Sok beteg ugyanis nem annyira egészségügyi, mint inkább szociális okokból kerül kórházba. Szükség van a szociális ellátás, a krónikus ellátás és a fekvőbeteg-ellátás egyensúlyának megteremtésére.

Az ország sok egészségügyi intézménye elhasználadott állapotban van, az épületek sok esetben sürgős javításra szorulnak, a műszerek, röntgen-berendezések és a laboratóriumi felszerelések is elavultak. Közülük csak néhány felel meg az európai standardoknak. A kórházban kezelt betegek a kórházi felszerelések hiányára is panaszt tesznek: nincs elegendő kesztyű és fertőtlenítőszer a fekvőbeteg intézményekben, az egészségügyi személyzet a higiéniaról sem tud megfelelően gondoskodni, magas a kórházi fertőzések száma. Bár az utóbbi időben az Egészségügyi Minisztérium lépéseket tett az új egészségügyi berendezések beszerzésének finanszírozására, a kórházak felszerelése még további intézkedéseket tesz szükségessé.

Az utóbbi években sok román kórház eladósodott, az eladósodás leginkább a közepes méretű és a nagyobb kórházakat érintette, ideértve az egyetemi kórházakat is.

Az állami ellátórendszer hiányosságai miatt a magán kórházak és klinikák iránti lakossági érdeklődést növekedés jellemzi.

A kórházak beszerzéseinek nagy árkülönbségei miatt 2012 végén kormányhatározat tervezet jelent meg központosított közbeszerzési rendszer alkalmazásáról a kórházak számára gyógyszer, fogyóanyagok, orvosi és védőfelszerelések vásárlására, valamint fenntartási és üzemanyag költségek biztosítására.<sup>3</sup>

A kórházak a betegnek díjtételeket számíthatnak fel az extra hotelszolgáltatért.

---

<sup>3</sup> <http://www.szabadsag.ro/szabadsag/servlet/szabadsag/template/article,PArticleScreen.vm/id/82087>

## Egészségügyi dolgozók

2011-ben a román Statisztikai Hivatal adatai (Romania in Figures 2012) szerint 204,3 ezer fő dolgozott az egészségügyben. Az orvosok száma 2011-ben 52 613 volt, 10 ezer lakosra jutó számarányuk 24,6, jóval alacsonyabb az EU átlagánál. A fogorvosok száma 13 364, 10 ezer főre jutó aránya 6,2, a gyógyszerészek száma 14 564, 10 ezer főre jutó aránya 6,8. A kisegítő munkaerő (a román statisztikában itt szerepelnek az ápolók is) száma 126 589, 10 ezer főre 59,1 az arányuk. Az egészségügyi hivatás elismertsége nem megfelelő, az alacsony bérek nem teszik a pályát kellőképpen vonzóvá, és ez tükröződik a statisztikákban is. A tapasztalt egészségügyi munkaerő szívesebben dolgozik magánkórházakban, ahol a feltételek és a keresetek is kedvezőbbek.

Románia jelentős problémája az egészségügyi szakemberek elvándorlása. 2011-ben országos szinten 2841 román orvos kérte az Orvosi Kamarától oklevelének külföldi munkavállaláshoz szükséges elismerését és mintegy kétezer fő döntött úgy, hogy külföldre vándorol. A legtöbb orvos (364 fő) a fővárosból távozott, e mellett Temes és Kolozs megyéből szintén tömegesen emigráltak (245 illetve 232 orvos távozott) az orvosok, ami a fővárossal együtt 2011-ben külföldre távozó orvosok közel 50 százalékát adja. A legkedveltebb célországok közé Németország, Franciaország és Nagy-Britannia tartoztak. Az országot elhagyó orvosok zöme házi orvos, a második legnépesebb csoporthoz a sebészek tartoztak. A migráció legfőbb okai az alacsony orvosi bérek és az egészségügyi intézmények álláshelyeinek befagyasztása volt.

Jelenleg 13 ezerre tehető a rezidensek és kétezerre az egészségügyben tevékenykedő nyugdíjas orvosok száma. Az utóbbi 5 év migrációs adatait figyelembe véve több mint tízezer orvos hagyta el Romániát, miközben a román orvosi egyetemek rezidensprogramjai csupán valamivel több, mint hétezer orvost képeztek.<sup>4</sup>

## Gyógyszerügy

Romániában, 2000 eleje óta az Egészségügyi Minisztérium határozza meg a belföldi és az importból származó gyógyszerek árát. A gyógyszertárak magánkézbe adása az első privatizációs intézkedések között történt meg, és ezzel együtt a gyógyszerészek is önálló vállalkozókká váltak. A gyógyszertárak vagy autonóm egységként, vagy kórházi részlegként állhatnak szerződésben az egészségbiztosítóval. 2011-ben 8240 gyógyszertár működött az országban (Romania in figures, 2012).

A betegek teljes vagy részleges térítés mellett jutnak hozzá a gyógyszerekhez. A gyógyszerészeti szektor - a biztosítók fizetéseinek késlekedése miatt - komoly nehézségekkel küzd. Ez alól még a patikaláncok sem kivételek. A Gyógyszerészkamara szerint országsszerte több gyógyszertár bezárására került már sor és vannak olyan patikák, amelyek bizonyos időre szüneteltetik tevékenységüket.

A vényköteles gyógyszerek a forgalmazás közel 70 százalékát teszik ki, (a vidéki területeken ez az arány a 90 százalékot is elérheti).

2012-ben megtörtént a román egészségügyi rendszerben az átállás az elektronikus gyógyszerfelírásra.

---

<sup>4</sup> <http://itthon.transindex.ro/?cikk=18674>



A projektet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2012 nyarán indította el. A projekt összköltsége 3,5 milliárd forint körüli összeg, amelyből a vissza nem térítendő EU-s támogatás 2,3 milliárd. 2012 végen az e-receptfelírások száma meghaladta a három milliót. A támogatott gyógyszerek felírására és kiadására kialakított új számítógépes rendszer 2012 második félévében került bevezetésre, melynek használata 2013 januárjától kötelező. A rendszer bevezetését véletlenszerű, bejelentés nélküli ellenőrzésekkel, illetve azzal ösztönözték, hogy a gyógyszertárak csak a 2012. december 31. előtt keltezett, papír alapú vényekre adhatnak kedvezményt. Azoknak a betegeknek, akiknek orvosuk papír alapon állítja ki a receptet, 2013-tól a készítmények teljes árát kell megtéríteniük. Az orvos által felírt e-receptről a beteg egy másolatot kap, ami lehetővé teszi számára, hogy a gyógyszertárban kiválthassa a javallt készítményt.<sup>5</sup>

## Reformok

Romániában a reformok ellenére az egészségügyi ágazatban még ma is igen jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak az ellátáshoz való hozzáférés és a szolgáltatások minősége tekintetében, ami a rendelkezésre álló források nem hatékony felhasználására, valamint a helytelen vezetésre vezethető vissza. Az egészségpolitikusok nem képviselnek egységes álláspontot az egészségügyi rendszer átalakítására. 2012-ben négy román egészségügyi miniszter váltotta egymást, ami nem segítette elő a reformtervek megvalósulását.

Az egészségügyi dolgozók kereseteit 2008-ban több mint 50 százalékkal növelték, de továbbra is nagyon alacsonyak a nyugat-európai országokhoz viszonyítva. A keresetek alacsony szintje negatívan befolyásolja az ellátás minőségét és mennyiségét, és jelentős mértékben hozzájárul az egészségügyi dolgozók Nyugat-Európába áramlásához, valamint a paraszolvencia fenntartásához. A szakemberek migrációja fokozza az egészségügyi szektorban már régóta fennálló humán erőforrás hiányt.

Az egészségügyi rendszer finanszírozása évek óta fenntarthatatlan, a helyzetet a gazdasági válság súlyosbította. Eltekintve néhány intézkedéstől, kevés előrelépés történt ezen a területen. A forrásokat az egyetemi kórházakhoz allokálták annak érdekében, hogy számos olyan pontot hozzanak létre, ahol az egészségügyi ellátás megfelelően történik. Kismértékű befektetésre került sor a sürgősségi ellátás területén, amely a kilencvenes évek elején gyakorlatilag nem létezett. A reformokat célzó retorika ellenére valójában nincs reális terv az állam erőteljesebb bevonására az állami egészségügyi rendszer finanszírozására és ellenőrzésére vonatkozóan. Az egészségügyi kiadások alacsony mértéke mellett a források nem megfelelő elosztása, valamint a nem hatékony finanszírozási mechanizmusok szintén hozzájárulnak a finanszírozási problémákhoz. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozott. A betegekre háruló egészségügyi kiadások nem megfizethetőek vagy túlságosan nagy anyagi terhet jelentenek a szegénységi küszöb közelében vagy az alatt élő csoportok számára.

A kórházak akkreditációs folyamatát számos probléma akadályozta, így pl. a befektetésekhez szükséges források hiánya. Számos kórház több mint tíz éve vár az értékelésre. Az IMF kórházak hatékonyabbá tételére irányuló nyomásgyakorlása 68 egység bezárását eredményezte, amely azonban jelentős társadalmi elégedetlenséghez vezetett. A bezárt kórházak ugyanis meglehetősen nagy földrajzi területen egyedüli kórházként biztosítottak ellátást, így a kórházbezárások sem az ellátás minőségének javításához, sem a működési költségek csökkentéséhez nem vezettek, ugyanakkor az alacsony

---

<sup>5</sup> <http://www.nineoclock.ro/electronic-prescription-mandatory-from-january-1/>

jövedelmű lakosság nagy része esetében jelentősen csökkentették az alapvető szolgáltatásokhoz történő hozzájárulást.

A magánkórházak jelentős fejlődést értek el az utóbbi években. A finanszírozási rendszer 2013 elejéig lehetővé tette, hogy az egészségbiztosító a szerződött magán egészségügyi intézmények számára az igénybevett szolgáltatásokért magasabb díjat fizessen, mint az állami intézmények számára. Ez a gyakorlat 2013-ban megszűnt, a kötelező biztosító magánkórházakkal nem köt szerződést.

Az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás vásárlóerő-paritáson Romániában a legalacsonyabb. Az orvos által felírt, egy főre jutó éves gyógyszerfogyasztás mintegy 100 euró, ami kevesebb, mint az EU-átlag egynegyede (450 euró). A gyógyszerekre fordított kiadások az összes egészségügyi kiadás mintegy 22 százalékát teszik ki. A gyógyszerek támogatása az egészségügyi költségvetés mintegy 7-8 százalékát teszi ki, ami jóval a szükségletek alatt van. Az állami egészségügy gyógyszergyártók, beszállítók fele fenntartó tartozásai, a fizetési határidők korábbi, 120 napról 210 napra történő meghosszabbítása mintegy 1600 olcsóbb gyógyszer piacról való kivonását eredményezte. Mivel az országos gyógyszerészeti rendszerben elosztott gyógyszereket (beleértve az importáltakat is) európai viszonylatban gyakran Romániában árazzák a legalacsonyabb áron (a felírt gyógyszerek 40 százalékának ára itt a legalacsonyabb, 50 százalék pedig a minimális árnál kicsit magasabb), a meglévő gyógyszerek több mint 20 százalékát újraexportálják, így azok nem a román lakossághoz kerülnek. Bár a lakosság szempontjából fontos a gyógyszerek árának csökkentése, ez mégis negatív következményekhez vezetett. (Stanciu, Jawad, 2013)

2012 januárjában az egészségpolitikai vezetés az egészségügyben radikális privatizációt bevezető törvénytervezetet bocsátott társadalmi vitára. Az országos biztosítási pénztár helyét nyolc regionális magánbiztosító vette volna át, az állami, vagy önkormányzati tulajdonban lévő kórházak egyesületek vagy alapítványok kezébe kerülhettek volna. A tervezet az általa kiváltott belpolitikai feszültségek és az országszerte szervezett demonstrációk miatt kudarcba fulladt.

2013-ban az Európai Unió Tanácsa Románia egészségügyével kapcsolatos ajánlásai között megfogalmazta a hatékonyság, a minőség és a hozzáférhetőség növelésére irányuló reformok szükségességét, különösen a hátrányos helyzetűek, valamint a távoli és elzártságban élőknél tekintetében. Szükségesnek tartja a fekvőbeteg-ellátás súlyának csökkentését elsősorban a kórházon kívüli ellátások erősítésével. (Európai Unió, 2013/C 217/17)

## Forrás

- Dan, S, Kruusenberg, R.: Payment systems and incentives in primary care in transition healthcare systems implications of recent reforms in Estonia and Romania. Paper prepared for the 4<sup>th</sup> ECPR Graduate Conference, Bremen, Germany, 4-6 July 2012  
<https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/367972/1/Dan-Kruusenberg-ECPR-Grad-Bremen-2012.pdf>
- Európai Unió: A Tanács ajánlása (2013. július 9.) Románia 2013. évi nemzeti reformprogramjáról és Románia 2012–2016-os időszakra vonatkozó konvergenciaprogramjának tanácsi véleményezéséről. 2013/C 217/17. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:217:0067:0070:HU:PDF>
- Eurostat [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

- Health Systems in Transition (HIT), Romania, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/95165/E91689.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95165/E91689.pdf)
- IWF: World Economic Outlook Databaser 2012  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/weoselco.aspx?g=2001&sg=All+countries>
- Major healthcare problems in Rromania.  
[http://www.diplomaticobserver.com/news\\_read.asp?id=2317](http://www.diplomaticobserver.com/news_read.asp?id=2317)
- MISSOC database, 2013.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en)
- Romania in Figures 2012. INSSE, National Institute of Statistics, Bucharest,  
<http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania%20in%20figures%202010.pdf>
- Stanciu, M., Jawad, A-D.: Public health services in Romania in terms of european policies. Journal of Community Positive Practices, XIII(1) 2013, 26-44
- WHO HFA database, <http://data.euro.who.int/hfad/>