

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SZERBIA 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.....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi ellátórendszer .....	5
Egészségügyi dolgozók .....	7
Gyógyszerpiac.....	7
Egészségügyi reformok .....	8
Forrás .....	10

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Gazdasági-politikai környezet

### Alapvető gazdasági indikátorok

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2009: -3,5 százalék

2010: 1,0 százalék

2011: 1,6 százalék

2012: -1,7 százalék. (Eurostat)

Inflációs ráta, százalék, 2011: 11 (Statistical Yearbook of Serbia 2012)

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2013. április: 24,1 (Statistical Office of the Republic of Serbia)

Szerbia Közép- és Délkelet-Európában fekszik, területe: 77 474 km<sup>2</sup> (Koszovó nélkül). 1992 és 2003 között Montenegróval közösen alkotta a Jugoszláv Szövetségi Köztársaságot, mely 2003-ban Szerbia és Montenegró néven államszövetséggé alakult. Montenegró 2006-ban való függetlenedése óta Szerbia Köztársaság néven létezik tovább. 2008-ban Koszovó is kikiáltotta függetlenségét, melyet számos ország elismert, Szerbia viszont azóta sem.

A kilencvenes években lezajlott háborúk teljes gazdasági összeomlást eredményeztek. Az ezredfordulót követően azonban kezdetét vette az újjáépítés, és 2008-ig a gazdaság növekedése volt megfigyelhető. A gazdasági válság azonban Szerbiát is érzékenyen érintette, 2009-ben a GDP 3,5 százalékkal csökkent, majd 2010-2011-ben mérsékelte, 1-1,6 százalékos növekedés volt tapasztalható. 2012-ben ismét csökkent a GDP (1,7 százalékkal). 2013-ra 1,7 százalékos, 2014-re 1,9 százalékos növekedést jeleztek előre. A GDP növekedés fő mozgatórugói az információs és telekommunikációs szektor, valamint az építőipar.

Szerbia államformája parlamentáris köztársaság. Egykamarás parlamentjének 250 tagját arányos választási rendszerben, négy évre választják. A legutóbbi általános választásokat 2012. május 6-án tartották. Ez magában foglalta az elnöki, parlamenti, helyhatósági (ill. Vajdaság autonóm tartományban regionális) választásokat is. A parlamenti választásokon a legtöbb szavazatot a Szerb Haladó Párt szerezte, amely a Szerbiai Szocialista Párt, a Szerbiai Egyesült Régiók, a Szerbiai Szociáldemokrata Párt és a Szandzsáki Demokratikus Akciópárt részvételével alakított kormányt. Ivica Dačićot, a Szerbiai Szocialista Párt vezetőjét választották a kormány elnökévé. Az elnök ceremoniális, reprezentatív feladatokat lát el. A tisztséget 2012 májusa óta Tomislav Nikolić (a Szerb Haladó Párt korábbi elnöke) tölti be.

Szerbia 2012. március 1. óta az EU tagjelölt országa.

## Demográfia

A lakosság száma 2013. január 1-én 7 181 505 fő volt. (Statistical Office of the Republic of Serbia) 2011-ben az élveszületési arány 9 ezrelék, a halálozási ráta 14,2 ezrelék, a természetes szaporodás rátája -5,2 ezrelék volt. (Statistical Yearbook of Serbia 2012)

Az utóbbi évtizedben a lakosság folyamatos csökkenése volt megfigyelhető: 2002 és 2011 között a lakosság száma közel 241 ezerrel csökkent. Ugyanezen időszakban a 0-14 év közötti lakosság aránya szintén csökkent (2011-ben 15 százalék), miközben a 65 év fölöttiek aránya növekedett (16,8 százalék). A férfiak és nők átlagos várható élettartama növekedett az elmúlt évtizedben; 2011-ben a férfiak esetében 71,6 év, nők esetében 76,8 év volt. (Statistical Yearbook of Serbia 2012)

A gyermekhalandóság jelentősen csökkent, 2011-ben 6,3 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám az elmúlt évtizedben csökkent, 2011-ben 1,4. (Statistical Yearbook of Serbia 2012)

A vezető halálokat mindkét nem esetében a keringési megbetegedések képezik, amelyek az összes halálozás 53,9 százalékát okozták 2011-ben. Ezt a daganatos megbetegedések követik, melyek minden ötödik halálozásért (20,4 százalék) felelősek. A külső okok (sérülés, mérgezés) a halálozások 3,2 százalékát okozzák, a krónikus obstruktív tüdőbetegség pedig a 2,6 százalékát. 2002 és 2011 között a krónikus nem fertőző betegségek okozta halálozások 3,5 százalékkal növekedtek. Legnagyobb mértékben a diabétesz okozta mortalitás nőtt, mely jelenleg a negyedik leggyakoribb halálokok Szerbiában (évente mintegy 3000 ember halálát okozza). A külső okok miatti halálozások aránya csökkenő tendenciát mutat. (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

A pulmonáris tuberkulózis új eseteinek gyakorisága a 2007-2011 közötti időszakban a WHO tuberkulózis ellenőrzésre vonatkozó globális programja, valamint a Közvetlen Megfigyelés Kezelési Stratégia (DOTS) bevezetésével csökkent (2011-ben 19,03 új eset jutott 100 ezer főre). (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

## **Az egészségügyi rendszer általános jellemzői**

Szerbiában az egészségügyi ellátást döntően egészségbiztosításból finanszírozzák, az Országos Egészségbiztosítási Alapon (RFZO) keresztül. Az egészségbiztosítás a lakosság 93 százaléka számára biztosít hozzáférést. A fennmaradó hét százalékot a kisebbségi (főként roma) csoportok, menekültek, menedékkérők, otthonukból kitelepítettek, illetve azok a szürke- vagy feketegazdaságban foglalkoztatottak alkotják, akik után a munkaadók nem fizetnek járulékot.

Az Országos Egészségbiztosítási Alap széles körű szolgáltatási csomaghoz biztosít hozzáférést. Az ellátási csomag tartalmát és terjedelmét törvény szabályozza, és magában foglalja a preventív, gyógyító, rehabilitációs, fekvőbeteg és járóbeteg ellátást, az alapellátást, az otthoni vizitet és az egészségügyi szállítást. A kötelező egészségbiztosítás kiterjed a munkahelyen kívül történő baleset és betegség, valamint a munkahelyen történő baleset és betegség esetén történő biztosításra. A kötelező egészségbiztosításhoz való jogosultság magában foglalja az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az ideiglenes munkaképtelenség esetén a táppénzhez való jogot, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételénél keletkező utazási költségek támogatásához való jogot.

Az egészségügy legfőbb irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium.

Szerbiában az egészségügyi rendszer jelentős része állami felügyelet alá tartozik. Az állami egészségügyi ellátást összesen 344 egészségügyi intézmény biztosítja, amelyek az alapellátás, szekunder és terciér ellátás területén tevékenykednek. Adminisztratív és funkcionális szempontból az egészségügyi szolgáltatások biztosításának felelőssége a helyi és országos szintek között oszlik meg.

Az állami egészségügyi szektor dominanciája ellenére a magán egészségügyi intézmények száma növekszik. A magán egészségügyi intézmények számára vonatkozóan ellentmondásos adatok állnak rendelkezésre. A Szerb Köztársaság Statisztikai Hivatala szerint 2010-ben 5370 magán egészségügyi

intézmény működött, a Magánorvosi Kamara adatai szerint azonban 8500 volt a magán egészségügyi intézmények száma, melyek közül 4500 orvosi ellátást, a fennmaradó 4000 fogászati, ill. gyógyszerészeti ellátást nyújt. A magán egészségügyi intézmények többségét fogászati praxisok és gyógyszertárak alkotják, ugyanakkor a költséges, specializált egészségügyi szolgáltatások biztosítása is jelentős mértékben történik a magán ellátásban. A magán ellátás fokozatosan kiterjed az alapellátásra is.

Az állami és magán szektor továbbra is párhuzamosan és egymástól függetlenül működik, habár az Egészségügyi Minisztérium már 2003-ban bejelentette, hogy növelni szeretné a magán, ill. a non-profit szektor szerepét az Országos Egészségbiztosítási Alap által támogatott ellátásban. Ennek gyakorlati megvalósítására azonban még nem került sor. Habár jogilag már lehetőség van arra, hogy az Országos Egészségbiztosítási Alap magán ellátókkal is szerződést kössön bizonyos szolgáltatásokra, ezt a gyakorlatban még nem alkalmazzák.

A Magánorvosi Kamara becslése szerint a lakosság több mint fele veszi igénybe a magán ellátásokat. A laboratóriumi és fogászati szolgáltatásokat, diagnosztikai és szakorvosi, valamint nőgyógyászati szolgáltatásokat veszik igénybe leggyakrabban a magán egészségügyi intézményekben.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

2011-ben az összes egészségügyi kiadás GDP-n belüli aránya 7,38 százalék volt. (WHO HFA)

### Forrásgyűjtés

2011-ben az állami egészségügyi kiadások aránya az összes egészségügyi kiadásokon belül 62 százalékot, a háztartások által fizetett készpénz kiadások (out-of-pocket) pedig 36 százalékot tettek ki. Az állami egészségügyi rendszer finanszírozása döntően a kötelező egészségbiztosítási járulékokból történik. A kötelező egészségbiztosítási járulékokat az alkalmazottak kereseteinek (a munkáltató és a munkavállaló fele-fele arányban fizeti), valamint a farmerek és az önfoglalkoztatottak kereseteinek százalékában kell fizetni. A finanszírozás másik forrását, más európai országokhoz viszonyítva magas arányát az egészségügyi magánkiadások képezik, amelyben a legnagyobb tételt a gyógyszerek készpénzkiadásai jelentik, de jelentősek a magán egészségügyi szolgáltatásokra kifizetett kiadások is. A közfinanszírozott szolgáltatásoknál fizetendő co-payment alacsony, széles lakossági csoportok mentesülnek is a fizetés alól (fogyatékosok, terhes nők, 65 év feletti, gyermekek, munkanélküliek stb.).

A 2008-as Önkéntes Egészségbiztosítási Szabályozás értelmében az Országos Egészségbiztosítási Alap és azok a biztosító társaságok, amelyek a Nemzeti Banktól engedélyt kaptak, önkéntes egészségbiztosítást nyújthatnak. Jelenleg 10 biztosító társaság nyújt önkéntes egészségbiztosítást. Az önkéntes egészségbiztosítást igénybevevők száma alacsony (összesen 96 ezer ügyfél). (Asisp, 2012)

### Forrásallokáció

Az Országos Egészségbiztosítási Alap kiadásainak legnagyobb részét az állami rendszerben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók keresetei alkotják (2010-es adatok szerint 44,54 százalék),

melyet a kórházakra, orvostechnikai eszközökre fordított kiadások (36,22 százalék), valamint a vényköteles gyógyszerek támogatásai (12,85 százalék) követnek. (Zah, V., 2011) (Asisp, 2012)

Az Országos Egészségbiztosítási Alapnak kötelezően szerződést kell kötnie minden olyan egészségügyi ellátásra, amely szerepel a hivatalos listán. A szolgáltatóknak történő kifizetések korábban elsősorban inputok szerint történtek, mely viszonylag kevés ösztönzést jelentett a jobb teljesítményre. Jelenleg zajlik a finanszírozási mechanizmusok átalakítása: az alapellátásban fejkvóta alapú, a szekunder és terciér ellátásban DRG finanszírozást vezettek/vezetnek be.

## **Egészségügyi ellátórendszer**

### **Alapellátás, járóbeteg-szakellátás**

Az alapellátást állami tulajdonban lévő alapellátó egészségügyi központok biztosítják, melyek egy vagy több helyi önkormányzat lakossága számára biztosítanak ellátást. Összesen 157 alapellátó egészségügyi központ működik Szerbiában. Az alapellátó egészségügyi központok fenntartásáért és működtetéséért, felszerelésének biztosításáért a helyi önkormányzatok felelősek.

Az alapellátó egészségügyi központnak a következő szolgáltatásokat kell nyújtania: prevenció, sürgősségi ellátás, általános orvoslás, nők és gyermekek egészségügyi ellátása, védőnői szolgálat, valamint laboratóriumi és képalkotó diagnosztika. Emellett egyéb szolgáltatásokat, így pl. fogászati prevenciót és kezelést, foglalkozás-egészségügyi ellátást, valamint fizioterápiát és rehabilitációt is biztosíthat (ha ezek a szolgáltatások az adott területen más formában nem elérhetők). Amennyiben az alapellátó egészségügyi központ több mint 20 ezer lakost lát el, és kórház 20 km-nél nagyobb távolságban található, az alapellátó egészségügyi központ bizonyos szakorvosi szolgáltatásokat is nyújt, így pl. belgyógyászati, szemészeti, fül-orr-gégészeti, tuberkulózis, valamint pszichiátriai ellátást.

A háziorvosi ellátás az alapellátás részét képezi, és a felnőtt (19 év fölötti) lakosság számára biztosít alapellátást. A felnőttek számára biztosított ellátásban 2011-ben 3920 orvos vett részt. Az egy háziorvosra jutó páciensek száma 2011-ben 1468 volt.

A gyermek-egészségügyi ellátás a 0-6 év közötti gyermekek számára biztosít alapellátást. 2011-ben 752 orvos dolgozott a gyermek-egészségügyi ellátásban. Egy orvos átlagosan 649 gyermeket lát el (2011).

A gyermek- és ifjúsági ellátás a 7-19 év közötti gyermekek és fiatalok számára nyújt alapellátást. Ezen a területen 2011-ben 753 orvos dolgozott, egy orvos átlagosan 1351 fiatalkorú beteget lát el.

A foglalkozás-egészségügyi ellátás alapellátást és speciális ellátást nyújt a munkavállalók számára. 2011-ben a foglalkozás-egészségügyi ellátásban 559 orvos dolgozott.

A nőgyógyászati ellátás a 15 év fölötti nők számára nyújt speciális egészségügyi ellátást. 2011-ben 586 orvos dolgozott az ellátás ezen területén; egy orvosra átlagosan 5459 páciens jutott.

Az alapellátó egészségügyi központokban a fogászati ellátást 2323 fogorvos biztosította 2011-ben. (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

Az alapellátó egészségügyi központok mellett egyéb, speciális lakosságcsoportokat ellátó intézmények is részt vesznek az alapellátásban. Ide tartoznak az iskolaorvosi, sürgősségi egészségügyi, gerontológiai, ill. fogászati intézmények, tüdőgondozók, bőr- és nemibeteg gondozók, gyógyszertárak.

Az alapellátó egészségügyi központ elérhetőségét minden beteg esetében 15 percen belüli utazási távolságon belül kell biztosítani. Az alapellátó egészségügyi központ személyzetét a lakosság mérete és igényei szerint alakítják. Egyes központokban teljes munkaidős, több műszakban dolgozó orvosok, fogorvosok és nővérek vannak, miközben a távoli területeken bizonyos szakrendelésekre csak hetente vagy kéthetente kerül sor.

A folyamatban lévő alapellátási reform legfőbb eleme a választott orvos intézményének bevezetése, azaz a betegeknek regisztráltatniuk kell magukat egy általuk választott alapellátó orvosnál, aki lehet háziorvos, nőgyógyász, gyermekorvos vagy foglalkozás-egészségügyi orvos. Jelenleg a lakosság 75 százaléka van regisztrálva egy választott orvosnál, akivel a beteg probléma esetén először veszi fel a kapcsolatot, de ő a felelős a beteg további, egyéb szinteken történő ellátásának koordinálásáért is.

Az alapellátás reformja a finanszírozási mechanizmusra is kiterjed. Az új rendszerben a finanszírozás alapja az Országos Egészségbiztosítási Alappal történő szerződéskötés. 2010-2011 folyamán fejkvóta alapú kifizetéseket vezettek be. A fejkvóta a következő elemekből tevődik össze: a regisztrált betegek száma, a hatékonyság foka, ill. preventív szolgáltatások biztosítása. A vidéki területeken korrekciós együtthatót alkalmaznak a regisztrált betegek számának kiigazítására.

Az egészségügyi költségvetés mintegy negyedét (24,6 százalékát) fordítják alapellátásra, legnagyobb részben az alapellátó egészségügyi központokra. Az egészségügyi központok működését 83,8 százalékban az Országos Egészségbiztosítási Alap finanszírozza, a helyi önkormányzat 4,4 százalékban, a központi kormányzat pedig 0,2 százalékban járul hozzá a finanszírozáshoz. A bevételek 11,6 százaléka további – általában magán – szolgáltatások biztosításából származik.

Az alapellátás jelenleg zajló, decentralizációs folyamatai következtében a helyi önkormányzatok egyre növekvő mértékben válnak az egészségügyi intézmények és felszerelések tulajdonosaivá, és ebből következően felelősek a tőkeberuházásokért is.

A járóbeteg szakellátás biztosítása részben az alapellátó egészségügyi központokban, ill. a kórházak járóbeteg részlegein történik.

2011-ben 3340 orvos biztosított szakorvosi konzultációt. Összesen 15 668 410 vizitre került sor, melyek 57 százaléka első vizit volt. (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

## **Fekvőbeteg-ellátás**

A kórházak fekvőbeteg ellátást, valamint járóbeteg szakorvosi ellátást nyújtanak.

2011-ben a fekvőbeteg ellátást 126 egészségügyi intézmény biztosította. Ezek közül 19 alapellátó egészségügyi központ fekvőbeteg részlege, 40 általános kórház, 37 speciális kórház, 16 egyéb intézmény, 6 klinika, 4 klinikai-kórházi központ, valamint 4 klinikai központ biztosította. (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

2011-ben az összes kórházi ágy száma 41 269 volt, azaz 1000 főre 5,7 ágy jutott. Ez magában foglalja a nappali kórházakat is (1473 ágy), a dialízis és a neonatalógia területét is. Az aktív ágyak száma 1000 főre 3,78. A kórházi tartózkodás átlagos időtartama 8,4 nap. (Health Statistical Yearbook of Serbia 2011)

2010-ben kezdetét vette egy ötéves projekt, mely a szekunder és terciér ellátás finanszírozásának átalakítását célozza, DRG csoportosítás bevezetésével. A DRG alapú kifizetés bevezetésének célja a

hatékonyság fejlesztése, valamint a transzparencia biztosítása az egészségügyi szolgáltatókkal történő szerződéskötésnél.

## Egészségügyi dolgozók

2011-ben a szerb egészségügyi rendszer összesen 113 384 főt foglalkoztatott. Közülük 21 030 orvos, 2227 fogorvos. 2011-ben a főiskolai végzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozók száma 8268 volt, közülük 4391 ápoló, ill. egészségügyi technikus. A középiskolai végzettséggel rendelkező ápolók, ill. egészségügyi technikusok száma 35 490. (Health Statistical Yearbook of Serbia, 2011).

2012-ben az orvosok száma 100 ezer főre vetítve 307,42, a nővérek száma 627.

Az állami egészségügyi dolgozók kereseteinek meghatározása a Munka Törvénykönyve, valamint az állami foglalkoztatottak kereseteinek kalkulációjára vonatkozó szabályozás alapján történik. A kereseteket általában a képzettség szintje, valamint munkatapasztalat határozza meg. Emellett a műszakpótlékok, hétvégi ügyelet, túlórák, otthoni vizitek további kereset kiegészítést jelentenek.

## Gyógyszerpiac

A lakosság előregedése, a krónikus betegségek gyakoriságának növekedése, valamint az egészségügy fenntartható finanszírozásának biztosítása miatt elkerülhetlenné vált a gyógyszer-finanszírozás reformja, mely 2005-ben vette kezdetét. A reformot az Országos Egészségbiztosítási Alap finanszírozta, és magában foglalta a meglévő, illetve innovatív gyógyszerek támogatásáról történő értékelés és döntéshozatal gazdasági elveinek kialakítását, valamint alacsonyabb árak meghatározását mind az eredeti, mind a generikus készítményekre vonatkozóan. A reform fő céljai a következők: a gyógyszerek egészségbiztosítás által történő, fenntartható finanszírozásának meghatározása, a szükséges változtatások szervezeti és jogi szempontból történő végrehajtása, a gyógyszerárak csökkentése, az eredeti (brand product), ill. a generikus gyógyszerek közötti árkülönbségek csökkentése, valamint egy hatékony, fejlett informatikai rendszer kialakítása, mely ellenőrzi a gyógyszerfelírás minden lépését, a vény kinyomtatásától kezdődően a gyógyszerárak által történő számlázásig.

2005 óta a Gyógyszerlista – mely a kötelező egészségbiztosítás keretében felírt és támogatott gyógyszereket tartalmazza – biztosítja a gyártók közötti versenyt, a gyógyszerfogyasztás elemzését, a megbízható tervezést, az árcsökkentést, valamint a költségek kontrollját. A reform során létrehozták a felírt és támogatott gyógyszerek elektronikus monitoringját, amely lehetővé teszi a gyógyszerfelírási gyakorlatnak és a lakosság egészségi állapotának régiókénti elemzését.

Új gyógyszer vagy orvostechikai eszköz engedélyeztetése esetében a gyártónak a Szerb Gyógyszer-és Orvostechikai Eszköz Ügynökséghez (ALIMS) kell kérvényt benyújtani, melynek 210 napon belül kell döntést hoznia. Amennyiben a gyógyszer vagy orvostechikai eszköz piacra lépését az ALIMS engedélyezi, a gyártó kérvényezheti a Gyógyszerlistára történő felkerülést. Az Országos Egészségbiztosítási Alap Központi Szakértői Bizottsága határozza meg, mely gyógyszerek kerüljenek fel a Gyógyszerlistára, a gyógyszerekkel foglalkozó albizottság, valamint a Gyógyszer-gazdaságossági Bizottság közreműködésével.

2011 májusában új szabályozásokat vezettek be a Gyógyszerlistába történő befogadásra vonatkozóan: az innovatív gyógyszer gyártójának gyógyszer-gazdaságossági értékelést kell benyújtania az Országos Egészségbiztosítási Alap részére. Ez az egészségügyi technológia-értékelés megvalósításának első



lépése. Ugyanakkor érvényben maradtak a régi szabályozások is, amelyek értelmében az eredeti termék (brand product) ára maximum 20 százalékkal lehet magasabb az ugyanazon kategóriában lévő generikus termék áránál.

A 100 százalékban támogatott gyógyszerek esetében a szerb kormány fenntartja a jogot arra, hogy bármikor beavatkozzon a gyógyszerek árának meghatározásába.

A nemzetközi referenciaárak korábban kulcsszerepet játszottak az árazásban. A 2009-es szabályozások értelmében egy adott termék maximált árát ugyanazon termék szlovéniai, horvátországi és olaszországi átlagárának 0,685-tel való szorzata adja. Habár elméletben az ár kialakításakor a gyógyszer-gazdaságossági értékelés az egyik legfontosabb tényező, a gyakorlatban még nem teljes mértékben alkalmazzák.

Az egészségügyi technológia-értékelés tényereése Szerbiában lassú folyamat. Ennek oka, hogy hiány van egészség-gazdaságtani szakértőkből. Ugyanakkor az Országos Egészségbiztosítási Alapon belül már működik egy egyre növekvő egészségügyi technológia-értékelés csoport, amely részt vesz a gyógyszerbefogadás döntéshozatali folyamatában. (Zah, V., 2011)

2012 októberében a szerb kormány és a gyógyszer-gyártók képviselői megállapodtak arról, hogy a szerb állam teljes felelősséget vállal a gyógyszer-nagykereskedők azon kintlévőségei iránt, melyeket az Országos Egészségbiztosítási Alap tartozásai képeznek. A tervek értelmében a gyógyszer-nagykereskedők követeléseit államadóssággá konvertálják, amelyet egy 3 éves perióduson keresztül, negyedévenkénti részletekben fizetnek vissza. Ugyanakkor a szerb kormány 50 százalékos kedvezményt kap az adósság azon részére, amely a kórházaknak vásárolt gyógyszerek miatt keletkezett. Hasonlóképpen államadóssággá konvertálják az Országos Egészségbiztosítási Alap minden 30 napot meghaladó adósságát, hogy az Alap a 2013-as évet adósságmentesen kezdje. (IHS Global Insight, 2012)

2012 novemberében kormányzati döntés született arról, hogy 2013-tól központosított közbeszerzést vezetnek be az állami egészségügyi rendszerben, és létrehoznak egy ezzel foglalkozó speciális egységet az Egészségügyi Minisztériumon belül. A központosított közbeszerzést a magán gyógyszerárakra is ki akarják terjeszteni. Az intézkedés célja a korrupció elleni fellépés, valamint a költségtakarékosság. További intézkedések bevezetését is tervezik, például az Országos Egészségbiztosítási Alap támogatását a jövőben nem a nagykereskedelmi ár, hanem a gyógyszer nettó költsége alapján fogják kalkulálni. (IHS Global Insight, 2012)

## **Egészségügyi reformok**

Szerbiában a megszorító intézkedések már jóval a válság előtt is szerepeltek az egészségpolitika napirendjén. A válság idején a költségtakarékossági intézkedésekről folytatott politikai vita intenzívebbé vált. A rendelkezésre álló források hatékony felhasználása, valamint a szolgáltatások volumen- és minőségfejlesztésének ösztönzése céljából a finanszírozási mechanizmusok átalakítására került sor. Az alapellátásban fejkvóta alapú, a szekunder és terciér ellátásban pedig DRG alapú finanszírozást vezettek be. Az ágyszám, valamint a nem orvosi személyzet létszámának csökkentésével a költségek további visszaszorítását célozták. Befagyasztották az egészségügyi dolgozók kereseteit, 2013-tól pedig a keresetek 10 százalékos csökkentését irányozták elő, az IMF-fel kötött megállapodással összhangban. A decentralizációs folyamatoktól szintén az állami költségvetés csökkentését várják.

2011 folyamán több népegészségügyi kezdeményezést hoztak, amelyek bizonyos, kiemelt jelentőségű fertőző, ill. nem fertőző megbetegedések – így pl. méhnyakrák, antibiotikum rezisztencia, diabétesz, HIV, alkoholizmus – megelőzésére és kontrolljára irányultak. Az intézkedések az egészséges életmód és egészséges környezet előmozdítását is célozták, különösen az egészséges, higiénikus ivóvízellátás biztosítását, a kézmosás jelentőségére történő figyelemfelhívást, a dohányzás kontrollját. A csecsemők szoptatását is ösztönözték. Ezen intézkedések ellenére az obezitásra és alultápláltságra vonatkozó adatok arra utalnak, hogy a népegészségügyi politika terén még bőven van mit fejleszteni.

A szerb egészségügyi rendszer egyik legfőbb problémáját az egészségügyi ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés jelenti. Annak ellenére, hogy az elmúlt időszakban végrehajtott reformlépések az egészségügyi ellátáshoz való, egyenlő hozzáférést is célozták, a gyakorlatban továbbra is jelentős különbségek tapasztalhatók, az egészségügyi intézmények, a társadalom egyes csoportjai, valamint a fejlett és fejletlen régiók, a városi és a vidéki területek között egyaránt. Egyes egészségügyi intézményekben kihasználatlan kapacitások vannak, míg más intézményekre túlterheltség jellemző. Az alacsony lakosságszámú közösségekben (melyek általában alulfejlett vidéki területeken található) gyakran az alapvető egészségügyi szolgáltatások biztosítása is problémát jelent. A szakorvosi intézmények, klinikák általában nagyvárosokban, többnyire Belgrádban helyezkednek el, és a fővárosban található a legtöbb magán egészségügyi szolgáltató is. A társadalom egyes, hátrányos helyzetű csoportjai (elsősorban a romák) körében nehézségek tapasztalhatók az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben. Ezen a téren előrelépést jelent, hogy 75 roma egészségügyi közvetítőt vontak be az egészségügyi központok által biztosított otthonlátogatási szolgáltatásokba. A szociális befogadásról és a szegénység csökkentéséről szóló, 2010-ben készült jelentés is rámutat arra, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek terén továbbra is sok a teendő. A jelentés adatai szerint ugyanis a vidéki területeken a megkérdezettek 12,6 százaléka nem rendelkezik egészségbiztosítással, 20 százaléka nem tudja megvenni a szükséges gyógyszereket, 8 százaléka nem tudja megvenni a gyógyászati segédeszközöket, 17 százaléka pedig nem tudja kifizetni a szakorvosi vizitek díját. A válság az életszínvonal és a vásárlóerő terén jelentős visszaesést eredményezett, emiatt a lakosság ismét egyre nagyobb arányban veszi igénybe – a magán szolgáltatások helyett – az állami egészségügyi ellátást. A válság tehát hozzájárult az állami egészségügyi ellátás iránti igények növekedéséhez, ami a várólisták növekedését, ezáltal pedig a betegelégedettség csökkenését eredményezte. (Asisp, 2012)

Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése szintén szerepel a reform célkitűzései között, azonban a minőségmérésre szolgáló indikátorok kidolgozása még nem valósult meg. Emellett a Szerb Népegészségügyi Intézet által folytatott, ellátás minőségére irányuló kutatások inkább leíró és mennyiségi adatokat tartalmaznak, hiányzik az analitikus értékelés. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy az ellátás minőségében jelentős regionális különbségek tapasztalhatók. Általánosságban elmondható, hogy a nagyobb városokban, a nagyobb intézményekben, valamint az ellátás szekunder és terciér szintjein jobb minőségű ellátást nyújtanak. Sem az állami, sem a magán egészségügyi intézményeknek nincs akkreditációs kötelezettségük, egyes intézményekben nem áll rendelkezésre megfelelő felszerelés, elegendő személyzet, illetve az egyes térségek demográfiai összetétele is eltérő.

Az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatósága szintén fontos kérdés, egyben előfeltétele az egészségügyi ellátás elérhetősége és minősége fejlesztésének. A lakosság jelenlegi demográfiai struktúrája, valamint alapvető egészségügyi indikátorai az egészségügyi kiadások növelésének irányában hatnak és a kedvezőtlen demográfiai helyzet miatt ez a nyomás várhatóan súlyosbodni fog. Habár Szerbia GDP-arányosan meglehetősen sokat költ egészségügyre, GDP-je azonban jóval alacsonyabb, mint az uniós átlag. A források növelése helyett a rendelkezésre álló összegek

hatékonyabb elosztására lenne szükség. Szerbia jelenleg az egészségügyi kiadások elenyésző hányadát költi prevencióra, ez hosszú távon azonban a lakosság egészségi állapotának romlását, így az egészségügyi kiadások növekedését eredményezi. A fejkvóta, ill. DRG alapú finanszírozás várhatóan hatékonyabbá teszi a rendszert, azonban megfelelő ellenőrző rendszer bevezetésére is szükség van.

## Forrás

- A szerb kormány oldala: [http://www.srbija.gov.rs/?change\\_lang=en](http://www.srbija.gov.rs/?change_lang=en)
- Asisp Annual National Report 2012, Republic of Serbia, 2012. március.
- Eurostat 2013.
- Gavrilović, A. – Trmčić, S.: Health Insurance System in Serbia\_ - Quality, Reform, Financial Sustainability. 2013. [http://mest.meste.org/MEST\\_Najava/II\\_gavrilovic.pdf](http://mest.meste.org/MEST_Najava/II_gavrilovic.pdf)
- Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2011.
- IHS Global Insight: Serbian government intervenes to save pharmaceutical market and announces launch of centralised public procurement for healthcare. 2012.11.28. <http://www.ihs.com/products/global-insight/industry-economic-report.aspx?id=1065973831>
- Serbia health profile: <http://www.who.int/gho/countries/srb.pdf>
- Statistical Office of the Republic of Serbia – a Szerb Köztársaság Statisztikai Hivatala: <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=2>
- Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2012.
- Szerb Országos Egészségbiztosítási Alap: <http://www.eng.rfzo.rs/index.php/funding>
- WHO European Region: Evaluation of the organization and provision of primary care in Serbia, 2010.
- WHO HFA Database 2013. július.
- Zah, V.: The role of Health Technology Assessment in Reimbursement Policy – Experiences from the Republic of Serbia. In: IME, X. évfolyam 9. szám, 2011. november.

A weboldalak letöltése 2013. szeptember 16-17. között történt.