

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY UKRAJNA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Tartalom

Gazdasági-politikai háttér .....	2
Demográfia .....	2
Egészségügyi rendszer .....	3
Finanszírozás .....	3
Egészségügyi szolgáltatások .....	4
Egészségügyi dolgozók .....	5
Gyógyszer ellátás .....	6
Egészségügyi reformok .....	6
Források .....	7

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Gazdasági-politikai háttér

Ukrajna a 2000-es években komoly gazdasági fejlődést ért el, ami 2008-ig tartott, majd a gazdasági válság erőteljes hatása (2009: 14,8 százalékos GDP csökkenés) jelentkezett, amit a belpolitika alakulása csak tovább súlyosbított. A válságkezelésben az ország külső forrásokra, elsősorban IMF hitelekre próbált támaszkodni, azonban a feltételek nem teljesítése miatt ezek 2010-ben és 2012-ben befagyasztásra kerültek. 2010-ben 4,1 százalékos, 2011-ben 5,2 százalékos volt a növekedés. 2012-ben a GDP növekedés lassult, 0,2 százalékra esett vissza, 2013 első negyedévében további csökkenés mutatkozott (-1,1 százalék) (State Statistic Service of Ukraine). A gazdaság lassulásának legfőbb okai a külső gazdasági környezet romlása, az acélexport iránti gyenge kereslet és az alacsony beruházási kedv.

Az államháztartási hiány 2012-ben a GDP 4,6 százaléka, az államadósság a GDP 36,9 százaléka. A fogyasztói árindex 2008-ban még 22 százalék fölötti, 2012-ben -0,2 százalék. A munkanélküliség 2012-ben 8,1 százalék (National Bank of Ukraine, Global Finance magazine).

Ukrajna a gazdasági szerkezetváltás terén alig mutat előrelépést. Az üzleti környezet bizonytalan, a korrupció és a túlzott bürokrácia mindennapos jelenségek. Az ukrán gazdaság jelentős részét áthatja a fekete gazdaság.

Az ország államformája köztársaság. 2012 végén hetedik alkalommal voltak parlamenti választások. A Legfelső Tanács 450 képviselőjének megválasztása vegyes rendszer szerint történik, 225 mandátumot egyéni körzetekben, 225 mandátumot pártlistára leadott szavazat alapján lehetett megszerezni. Az ukrán parlamentbe a 2012-es választások során 5 párt jutott be. A választást a Viktor Janukovics köztársasági elnököt támogató Régiók Pártja nyerte, a koalíció másik tagja a Kommunista Párt lett. A miniszterelnök Mikola Azarov lett. Az ellenzéket az Egyesült Ellenzék, az Ütés és a Szabadság Párt képviseli. A választások eredményeképpen a hatalomváltás elmaradt, a parlamentben megjelent a szélsőséges nacionalizmus a Szabadság Párt képviselőiben.

## Demográfia

A népesség száma 1995 óta csökken, 1991-ben 52 millió volt, 2012-re 45,6 millióra csökkent. Ezer lakosra az élveszületések száma 2012-ben 11,4, a halálozások száma 15,3.

A születéskor várható átlagos élettartam nő, 2011-ben 71,12 év volt (2000: 68,3), a nők körében 75,9 év, a férfiaknál 66,04 év. A várható élettartam növekedésének köszönhetően a 65 éves vagy annál idősebb népesség aránya folyamatosan emelkedik, és 2011-ben már az összlakosság 15,7 százalékát tette ki. A fertilitási ráta alacsony (2011: 1,46), bár az utóbbi években enyhe növekedés jellemző. (WHO HFA) 2007 óta a csecsemőhalálozás javul, 2012-ben a 1000 élve születésre számítva 8,4 (2007: 11) (State Statistics Service of Ukraine). Az anyai halálozás 100 ezer élve születésre számítva 2006-ban 15,5 százalék.(WHO HFA)

A korábbi évekhez képest a halálozások számának csökkenése figyelhető meg. A vezető halálokok közé tartoznak a kardiovaszkuláris megbetegedések, a rák, a külső okokra visszavezethető halálozás és az emésztőszervi megbetegedések. Magas a tuberkulózis incidenciája, a dohányzás és az alkoholfogyasztás (főként a férfiak körében). A kilencvenes évek közepétől Kelet-Európában jelentkező

HIV/AIDS járvány terjedése Ukrajnát különösképpen sújtotta. 2001-ben nemzeti stratégiát dolgoztak ki a szegénység, a HIV/AIDS járvány, a csecsemő- és anyai halálozások megfékezésére.

A lakosság egészségi állapotát (főként a kárpátaljai területen) nagymértékben meghatározza az alacsony életszínvonal, a szűkös anyagi körülmények, melyek sok esetben nem teszik lehetővé a betegek kezelését, a gyógyszerelést.

## **Egészségügyi rendszer**

Az egészségügy adóalapú finanszírozású modellre épül, minden lakosra kiterjedő és az alaptörvény szerint ingyenes (amely utóbbit azonban cáfol az egészségügyre fordított magánkiadások tetemes aránya).

Nemzeti szinten az egészségügyi minisztérium felelős az egészségügyi tervezésért és irányításért. Regionális, járási és helyi szinten ezek a funkciók megosztottak a megyei, járási igazgatási szervekkel és a helyi tanácsokkal és végrehajtási testületekkel. A parlament hagyja jóvá az egészségügy finanszírozásának sarokszámait. A pénzügyminisztérium tervezi és határozza meg a helyi költségvetéseket.

A legtöbb egészségügyi szolgáltatást regionális illetve megyei tulajdonban lévő egészségügyi intézményekben nyújtják. A magán egészségügyi ellátásnak a fogászatokon kívül (amely egyébként a magán egészségügyi piac 60 százalékát nyújtja értékben kifejezve) kb. 400 szereplője van. Közöttük megtalálhatók a többprofilú és specializált (tipikusan gyermekgyógyászat, ortopédiai sebészet), járó- és fekvőbeteg ellátást is nyújtó klinikák (tipikusan egy általános klinika 50 orvost foglalkoztat, sebészettel, intenzív ellátással, MRI-vel rendelkezik), a járóbeteg ellátásban működő általános és szakellátást nyújtó rendelők, a szexuális úton terjedő betegségekre specializálódott magánklinikák, az alkohol- és drogfüggőséget kezelő központok és a laboratóriumi diagnosztikai központok. A legnagyobb klinikák a fizetőképes kereslet koncentrációja miatt a nagyvárosokban - elsősorban Kijevben – működnek. (Deloitte, 2012)

A jelenlegi kapacitások nem igazodnak a lakosság egészségügyi szükségleteihez és a régiók sajátosságaihoz, hiányos az egészségügyi intézmények ösztönzése a források racionálisabb felhasználására, a költségek csökkentésére. (HIT, 2010)

Ukrajnában nincs érvényes kötelező egészségbiztosítási törvény, habár az ezzel kapcsolatos tárgyalások már többször szerepeltek a parlament napirendi pontján. Az egészségügyi minisztérium közleménye szerint folyamatban van az egészségbiztosítási rendszer bevezetése, ám a tervek realizálódása csak 2015-2016 körül várható.

## **Finanszírozás**

### **Egészségügyi kiadások**

Az összes egészségügyi kiadás GDP-n belüli aránya a WHO becslése szerint 2011-ben 7,26 százalék (2005: 5,8 százalék), az egy főre jutó egészségügyi kiadás 532,16 PPP dollár (2000:184).

## **Forrásgyűjtés**

2011-ben az állami kiadások aránya – mely csökkenő tendenciát mutat – az összes egészségügyi kiadásokon belül 56 százalék. Az összes magán egészségügyi kiadás arányában az out-of-pocket kiadások aránya 94 százalék. (WHO HFA)

Az egészségügy finanszírozásának legfőbb forrása az állami költségvetés, 85 százalékban helyi adókból és 15 százalékban a központi költségvetésbe befolyó összegekből. (HIT, 2010) Az egyes regionális szervek között költségvetési transzferok valósulnak meg a bevételgyűjtési különbségek kiegyenlítése érdekében.

Az állami költségvetésbe befolyó összegek hiányossága és a válság miatti megszorítások következtében fokozatosan nő a formális és informális magán fizetések aránya. A saját zsebből történő fizetések legnagyobb részét gyógyszerekre, szolgáltatásokra, eszközökre költik a betegek. A járóbeteg-ellátásban a betegeknek például téríteniük kell a vizsgálat során használt fecskendőket, tűket és kesztyűket, a fekvőbeteg-ellátásban az étel, ágynemű és a gyógyszerek java része térítés köteles. Meghatározott betegségben szenvedők (pl. AIDS) mentességet élveznek az önrészfizetés alól.

Kialakulófélben van egy magán egészségbiztosítási szektor, amely jelenleg a felnőtt lakosság kb. 5 százalékát biztosítja, 90 százalékban a munkaadók finanszírozzák egy ún. „szociális csomag” keretében. (Deloitte, 2012)

## **Forrásallokáció**

Az állami rendszerhez tartozó egészségügyi szolgáltatók finanszírozása inflációval korrigált, a korábbi évek költségvetéséhez igazodó globális költségvetés alapján történik. Az intézményi költségvetéseket általában az Egészségügyi Minisztérium által meghatározott normákhoz igazítják, amelyek az intézmények dolgozóinak számára, gyógyszerekre, élelmezésre vonatkoznak (a tényleges költségeket nem feltétlenül tükrözik), és az adott intézmény kapacitásaihoz viszonyítottak. Ez a kórházak esetében az ágykapacitást jelenti. Az input alapú finanszírozás a túlzott kapacitások fenntartását ösztönzi, a szigorú tételes költségvetés nem szolgálja a források hatékony felhasználására való intézményi törekvések támogatását (az intézményeknek csak az allokált költségvetés szerinti felhasználás engedélyezett, az esetlegesen fel nem használt összegekkel a következő évi költségvetést csökkentik). Teljesítmény alapú finanszírozás (pl. fejkvóta szerinti finanszírozás) legfeljebb egy-egy modellkísérlet formájában jelent meg.

## **Egészségügyi szolgáltatások**

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

Ambuláns ellátást tradicionálisan a poliklinikákon foglalkoztatott belgyógyászok, szakorvosok, gyermekorvosok nyújtanak. 2012-ben mintegy 8300 járóbeteg-ellátó intézményben végeztek ambuláns ellátást (2010: 9000). (State Statistics Service of Ukraine)

Az alapellátás orvosainak tevékenysége az egyszerűbb egészségügyi problémák kezelését, elsősegélynyújtást, gyógyszerfelírást, alapvető prevenciók szolgáltatásokat, immunizálást és a krónikus betegek monitorozását foglalja magába. Nincs éles határvonal az alap és a járóbeteg-szakellátás között, amit a betegek beutaló nélkül is igénybe vehetnek. A betegek szívesen meg is kerülik az

alapellátást, főként az alapellátásban dolgozó orvosok képzettségére és azok műszerezettségének szegényes voltára való tekintettel.

A 2000-es évek alapellátási reformjának köszönhetően elsősorban vidéki területeken a házi- és családorvosok kezdenek a rendszerben karakterisztikussá válni. Mára a házi- és családorvosi klinikákon rendelőkben, poliklinikai részlegeken tevékenykedő szakemberek az alapellátás orvosainak 33 százalékát adják. A magánpraxist folytató házi- és családorvosok aránya elenyésző (0,8 százalék). (HIT, 2010)

## Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-intézmények száma 2012-ben 2400 (2010: 2800). A kórházi ágyak száma 2012-ben 404 ezer, ami 2010-hez viszonyítva 6 százalékos csökkenésnek felel meg. 2012-ben 10 ezer lakosra 89,1 kórházi ágy jutott. (State Statistics Service of Ukraine)

A fekvőbeteg ellátás Ukrajnában három szintre épül. Az első szinten helyezkednek el az átlagosan 16 ágygal rendelkező falusi kórházak, melyek 2008-ban az ágykapacitás 2,1 százalékát adták. A második szintet a többprofilú városi/helyhatósági és központi kerületi kórházak alkotják, melyek az ágykapacitás 77 százalékát teszik ki, intézményenként közel 200 kórházi ágyal, a speciális, magasabb technikai, infrastrukturális háttérrel igénylő szakellátás széles skálájának kínálatával. Harmadik szinten a regionális és szupraregionális országos kórházak találhatóak, melyek az ágykapacitás 20 százalékát teszik ki.

A kórházszektor reformjának keretében ágyszám csökkentések és új ellátási formák bevezetése volt megfigyelhető (mint pl. az egynapos ellátás vagy egynapos sebészeti beavatkozások). Ezek azonban a jobb kihasználtságra alig voltak hatással. Az utóbbi években az aktív kórházi betegfelvételek száma újra növekedést mutat.

Az aktív kórházakban töltött napok száma, habár csökken, mégis az európai átlagnál magasabb. 2011-ben az aktív kórházban az átlagos ápolási napok száma átlagosan 10,5, az európai átlagnál (7,56) jóval magasabb volt. Az ágykihasználtság 89,3 százalékos. (WHO HFA)

## Egészségügyi dolgozók

Ukrajnában az egészségügyi dolgozók száma folyamatosan csökken. 2012-ben az ország egészségügyi intézményeiben 217 ezer orvos dolgozott, a 10 ezer főre jutó orvosok száma 47,9. 2010-hez viszonyítva az orvosok száma 8000 fővel, kb. 4 százalékkal csökkent. (State Statistics Service of Ukraine) Jellemző az orvosok előregedése és elvándorlása. A migrációs okok között elsősorban az alacsony bérek, a rossz szociális körülmények, a szegényes infrastruktúra és a vidéki területeken az orvosi szakma alacsony megbecsültsége említhetőek. Orvoshiányról elsősorban a vidéki alapellátás esetében lehet beszélni. (HIT, 2010)

A kórházi ápolók számában szintén csökkenés figyelhető meg, ami az alacsony béreknek és a karrierlehetőségek hiányának tudható be. A diplomás ápolók pótlása terén is egyre nagyobbak a nehézségek. 2012-ben az országban 441 ezer ápolót tartottak nyilván, 10 ezer lakosra 97,2 ápoló jutott. 2010-hez viszonyítva az ápolók száma 26 ezer fővel, mintegy 6 százalékkal csökkent.

Az országban a 10 ezer főre jutó fogorvosok száma 2010-ben 6,7 volt. (State Statistics Service of Ukraine)

## Gyógyszer ellátás

A gyógyszerek regisztrációját és engedélyezését az Egészségügyi Minisztérium Állami Farmakológiai Központja végzi, amely felelős a minőségbiztosítás, klinikai kutatások és gyógyszerbiztonság kérdéseiben. 2011 végén 14 434 (3092 hazai és 10 532 külföldi) készítmény volt az ukrán állami regisztrációs adatbázisban.

2009-ben készült el az alapvető fontosságú gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök listája, amelyekre állami közbeszerzéseket alkalmaznak. Az állam által támogatott legfontosabb gyógyszerek listáin (alapvető fontosságú gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök listája, gyógyszertárak kötelező minimum listája, állami gyógyszerkönyv, állami egészségügyi létesítmények költségvetésből finanszírozott készítményeinek listája) szereplő készítmények esetén a nagykereskedelmi árás 10 százalék, a kiskereskedelmi árás 25 százalék. (Zalis'ka, 2013)

Jellemző tendencia a gyógyszergyártás és a kereskedelmi forgalom privatizációja, a gyógyszerárak a gyors növekedése. 127 gyógyszergyártó cég és mintegy 250 nagykereskedő található az országban. 2011-ben 13 ezer gyógyszertár és 7 ezer kisebb eladási pont működött. Az egy gyógyszertárra jutó lakosok száma 1987.

Külső referenciaárarázást alkalmaznak a kórházakban felhasznált támogatott gyógyszerek, a támogatott generikumok és a támogatott vakcinák esetében.

A nem támogatott OTC termékek szabadárak.

2011-ben az ukrán kormány támogatási programot indított a hazai gyógyszergyártás feljlesztésére a drága importtermékek helyettesítése érdekében. 2011-től alkalmaz az ország PIC/S (Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) szabályokat. 2013 januárjától a külföldről behozott gyógyszerek esetében az ország megköveteli a GMP (Good Manufacturing Practice) standardoknak való megfelelést és további importot csökkentő intézkedésnek minősíthető a külföldi termékek licenc kötelezettsége. 2013 márciusától a gyógyszerek országba történő behozatala csak az állam által kiállított minőségbiztosítási bizonyítvány megléte esetén lehetséges.

## Egészségügyi reformok

A függetlenség kikiáltása óta nem történtek alapvető reformok az ukrán egészségügyi rendszerben, bár számtalanszor került sor reformvitákra. Az ukrán egészségügy finanszírozási helyzetének javítása szoros összefüggésben áll az ország globális gazdasági fejlődésével. Az egészségügy akut problémái főként a finanszírozás, tervezés és szabályozás elégtelenségeire vezethetők vissza. Az államilag garantált ingyenes egészségügyi ellátás és az egészségügy finanszírozására fordítható összegek nincsenek egymással arányban. Nem megfelelő az egészségügyi kapacitások szerkezete, elégtelen az egészségügy humán erőforrása. Hiányoznak a költségek féken tartására és a hatékonyság növelésére szolgáló módszerek, ösztönzők. Mindezek együttes hatása az egészségügyi szolgáltatások minőségének és elérhetőségének csökkenését, a hálapénz széleskörű elterjedését eredményezte.

A helyzet javítását az ukrán kormány a 2010-2014-es gazdasági reformprogramja keretében induló egészségügyi reform alapján tervezi. 2011-ben a reform kísérleti programjai indultak el. Vinnicja, Dnyepropetrovsk, Donyeck és Kijev területén az egészségügyi ellátórendszer átalakítása zajlik, miközben az átalakítások jogszabályi hátterének kialakításán is dolgoznak. A régiókon belül optimalizálják a kapacitásokat, a szolgáltatókkal való kapcsolatot szerződéses alapokra helyezik. Létrehozzák a mentés, sürgősségi ellátás egységes, országos rendszerét. Javítani akarják az

egészségügyben dolgozó szakemberek jövedelmi viszonyait, az ellátás minőségét. A reformkísérletek 2013-as értékelése után a reform kiterjesztését 2014-re tervezik.(UERF) Az alapellátás átalakítása, a háziorvosi rendszer országos kiépítése 2020-ig valósulhat meg. (Interfax, 2013)

2009-ben elfogadták azt a törvényt, ami az állam által támogatott kötelező egészségbiztosítási rendszer bevezetését célozza.

Az új rendszer tervezett sarokpontjai a törvény szerint következők:

- a munkavállalói fizetések 5-8 százalékának megfelelő, béren alapuló havi járulékok, melyeket a munkáltatók fizetnek,
- különböző járulék szintek az egyes biztosított kategóriákra, így a fogyatékossgal élőkre vagy a munkahelyi balesetet szenvedett dolgozókra,
- a biztosítási csomag tartalmának éves felülvizsgálata,
- az egészségbiztosítás kifizetéseihez rendelkezésre álló alap az egészségügyi miniszter felügyelete alá fog tartozni, még eldöntendő kérdés, hogy melyik testület hatáskörébe fog tartozni a járulékok begyűjtése,
- a befolyó összegeket nem kötelező az adott évben felhasználni, ezek fennmaradó hányadát a következő évben esedékes feladatokra is át lehet irányozni. (IHS, 2009)

A kötelező egészségbiztosítási rendszer bevezetése a kormány nyilatkozatai szerint 2015-2016-ban, az ellátórendszer reformja után valósulhat meg.

## Források

- Deloitte: Healthcare in Ukraine, 2012. [http://investukraine.com/wp-content/uploads/2012/08/Healthcare\\_230\\_230-3.pdf](http://investukraine.com/wp-content/uploads/2012/08/Healthcare_230_230-3.pdf)
- Ernst and Young: Pharmaceutical sector. PharmaNewsletter-03-04-2013
- Global Finance. <http://www.gfmag.com/>
- Health Systems in Transition (HIT), Ukraine, World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- IHS :First Steps Towards Mandatory Health Insurance in Ukraine as New Law is Passed <http://www.ihsglobalinsight.com/SDA/SDADetail15699.htm>
- National Bank of Ukraine: <http://bank.gov.ua/doccatalog/document?id=2150786>
- State Statistics Service of Ukraine: <http://ukrstat.org/>
- UERF: Ukraine Economic Reform Fund: <http://uerf.org/economic-reforms-in-ukraine/healthcare-reform>
- WHO HFA
- Yevtushenko S.: Pharmaceutical industry in Ukraine 2011 <http://investukraine.com/wp-content/uploads/2013/02/Pharmaceutical.pdf>
- Zalis'ka, O.: Pricing of Pharmaceuticals in Emerging Countries of the Central & Eastern European Region: The Case of Ukraine, ISPOR 18th Annual International Meeting, 2013