

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY MONTENEGRÓ EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	5
Egészségügyi dolgozók	6
Egészségügyi reformok	6
Irodalomjegyzék.....	6

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Gazdasági-politikai környezet

	2010	2011	2012
Reál GDP változása	+2,5% ¹ / +3,0% ²	+3,2% ¹ / +3,0% ²	-0,5% ³
Munkanélküliség	19,7% ¹	19,7% ¹	19,6% ¹
Infláció (HICP)	1,5% ¹	3% ¹	4,3% ¹
Folyó fizetési mérleg egyenlege (GDP-százalék)	-23% ⁴	-18% ⁴	-18% ⁴
Központi költségvetés egyenlege (GDP-százalék)	-3,6% ⁴	-5,9% ⁴	-4,9% ⁴
Államadósság (GDP-százalék)	n.a.	45% ⁵	52% ⁵

Az önálló államként először 1878-ban elismert Montenegró 1918 és 2006 között az egymást követő délszláv államalakulatok része volt. 2006-ban népszavazás útján döntött a Szerbiával való államszövetség felbontása mellett. Az önálló köztársaság élén öt évre közvetlenül választott elnök áll. A legutóbbi elnökválasztást 2013. április 7-én tartották, és azon a korábbi elnök, Filip Vujanovics szerzett ismét többséget. A 81 fős, egykamarás parlamentben számos kisebb párt foglal helyet. A legnagyobb párt vezetője és az ország miniszterelnöke a politikai életben 1989 óta folyamatosan vezető szerepet játszó Milo Djukanovics. Montenegró 2010 óta az EU hivatalos tagjelölt országa.

Montenegró gazdasága a válság kitöréséig gyorsan, alapvetően extenzív módon nőtt, azóta azonban magas munkanélküliséggel küszködik. Az ország egyik vezető ágazata a turizmus, a másik pedig a fémkohászat. Utóbbi szektorban komoly kihívást jelent a Kombinat Aluminijska Podgorica (KAP) csődközeli helyzete. Az IMF szerint a gazdaság középtávon is csak visszafogott, évi 1-2 százalékos GDP-növekedésre számíthat. A fejlődés szempontjából központi jelentősége lenne a termelékenység növelésének és az infrastruktúra fejlesztésének. Az ország az eurót használja valutaként, amely szükségessé teszi magas valutatartalék felhalmozását, illetve az államadósság lefaragását. Ugyanakkor a külkereskedelmi mérleg súlyosan deficit: az export 2011-ben mindössze az import 25 százalékát fedezte.⁶

¹ Monstat

² Világbank

³ A Montenegrói Pénzügyminisztérium becslése

⁴ Montenegrói Központi Bank

⁵ CIA Factbook

⁶ Monstat

Demográfia

Montenegró lakossága 2011-ben 621 ezer fő volt; az elmúlt évtizedben kis mértékben nőtt. 2011-ben 7215 élve születéssel szemben 5847 halálozás állt⁷. Ugyanakkor a termékenységi ráta a korábbi magas szintről erőteljesen csökken, 2012-ben csupán 1,68 volt, így hosszabb távon a lakosság elöregedésére kell számítani.⁸

A csecsemőhalandóság 2011-ben 7/1000, a gyermekágyi halandóság 8/100 000 volt. A születéskor várható élettartam 76 év. A vezető halálokok a szív- és érrendszeri megbetegedések (2010-ben a halálozások 64 százaléka), a daganatos betegségek (18 százalék) és a légzőszervi betegségek (4 százalék). A kórházi felvételek leggyakoribb oka 2006-ban valamilyen keringési betegség volt (17 százalék), ezeket követték az emésztőszervi (11,5 százalék), illetve a légzőszervi (11 százalék) megbetegedések. A járóbeteg-ellátásban a légzőszervi betegségek ellátása óriási, 47 százalékos arányt képviselt. Bár a lakosság védőoltásokkal való ellátottsága jónak mondható, a tuberkulózis számottevő közegészségügyi problémát jelent (2010-ben 116 esetet regisztráltak). 2012-ben a felnőtt lakosság 32,7 százaléka dohányzott. 2008-ban 15,1 százalék volt az elhízottak, és 22,2 százalék az alkoholfogyasztók aránya.⁹

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2011-ben a montenegrói GDP 9,3 százalékát költötték egészségügyre. Ez a szint a régióban magasnak tekinthető. A korábbi évek 8-8,5 százalékos szintjéhez képest 2009-ben, a GDP jelentős visszaesésének köszönhetően következett be tartósan bizonyult emelkedés.¹⁰

Az egészségügyre fordított kiadások egy főre, vásárlóerő-paritáson 1254 USD-t tettek ki 2011-ben¹¹, ebből a közkiadások 840 USD-nak feleltek meg. Ez a fejlett európai országokhoz képest rendkívül alacsony érték. Az Egészségügyi Alap egészségügyi ellátási kiadásainak 41 százalékát költik az alapellátásra, 39 százalékát a szakellátásra és 19 százalékát a legmagasabb szintű speciális ellátásra, valamint egyéb kiadásokra. A gyógyszerek támogatása az alap teljes költségvetésének 23 százalékát teszi ki¹². Az Egészségügyi Alap finanszírozza a táppénz-ellátást is, de csak a 60. naptól: addig ez a költség közvetlenül a munkaadót terheli.

Forrásgyűjtés

2011-ben az egészségügyi kiadások 67 százalékát fedezte a költségvetés és a társadalombiztosítás, 33 százalékuk pedig magánforrásból származott. A magánkiadások túlnyomó része – 2011-ben a WHO

⁷ Monstat

⁸ WHO, Monstat

⁹ WHO, Master Plan Development

¹⁰ WHO

¹¹ WHO

¹² Master Plan Development

adatai szerint 91 százaléka – out-of-pocket kiadást jelent, annak ellenére, hogy a 2004-es egészségügyi reformtörvény bevezette a kiegészítő magánbiztosítások rendszerét. A törvény szerint az állami tulajdonú biztosítónak kötelessége ilyen terméket kínálni, de a piac a magántulajdonú szereplők számára is nyitott. A kiegészítő biztosítás olyan szolgáltatásokra terjed ki, amelyek a kötelező csomagban nem érhetőek el: ilyenek pl. a sportegészségügyi vizsgálatok, az esztétikai műtétek, és a mesterséges megtermékenyítés a második beavatkozás után. A kiegészítő biztosítás megkötésekor figyelembe vehető a beteg egészségügyi állapota és egészségügyi kockázata, valamint a biztosítási kifizetések bizonyos életvitelbeli feltételekhez is köthetők.¹³

A közösségi finanszírozás – Egészségügyi Alap - nagy része a kötelező társadalombiztosítás munkáltatók és munkavállalók által fizetett járulékaiból származott, de jelentős és növekvő az állami költségvetés szerepe is. 2008-ban az Egészségügyi Alap bevételeinek 20 százaléka származott a központi költségvetésből; ezen felül az állam finanszírozza az Egészségügyi Minisztérium és egyéb központi szervek működését, továbbá a szektor beruházásainak legnagyobb részét is.

A kötelező járulék 2009 óta, egy csökkentési sorozat eredményeként, a bruttó fizetés 10,5 százaléka. A csökkentések értékét a központi költségvetésnek kell pótolnia, csakúgy, mint a munkanélküliek járulékait. Gondot jelent a mezőgazdasági termelők és az önfoglalkoztatók járulékaiknak behajtása. Mindezek ellenére a válság előtti években az Alap finanszírozási többlettel rendelkezett.¹⁴

Az out-of-pocket kiadások közé sorolhatók egyrészt a magántulajdonú ellátók szolgáltatásaiért fizetett díjak, amelyeket nem finanszíroz a társadalombiztosítás, másrészt a közfinanszírozott ellátásban fizetendő co-payment. Montenegróban problémát jelent a hálapénz kérdése is az egészségügyben. Egy 2011-es felmérés szerint¹⁵ a páciensek 57 százaléka ad valamilyen formájú ajándékot az orvosának, és az egészségügyi dolgozók közel fele is úgy nyilatkozott, hogy kap ilyen juttatásokat. A hálapénz nyújtásának leggyakoribb oka (a válaszadók 30 százaléka szerint) a várólistakon való előrejutás, az egészségügyi dolgozók pedig első sorban alacsony fizetésüknek tulajdonították az ajándékok elfogadását. Mindezek ellenére relatív többségben (42 százalék) voltak azok, akik semmilyen előnyt nem vártak a hálapénz átadásától, és azt tisztán köszönetük kifejezésének szánták.

Forrásallokáció

Az Egészségügyi Alap egészségügyi ellátási kiadásainak 41 százalékát költik az alapellátásra, 39 százalékát a szakellátásra és 19 százalékát a legmagasabb szintű speciális ellátásra, valamint egyéb kiadásokra. A gyógyszerek támogatása az alap teljes költségvetésének 23 százalékát teszi ki¹⁶. Az Egészségügyi Alap finanszírozza a táppénz-ellátást is, de csak a 60. naptól: addig ez a költség közvetlenül a munkaadót terheli.

Az alapellátás finanszírozása 50 százalékban fejkvóta alapon, 50 százalékban pedig teljesítmény-alapon történik.

¹³ Law on Health Insurance, 2004

¹⁴ Master Plan Development

¹⁵ UNDP - WHO

¹⁶ Master Plan Development

A szakellátás finanszírozásában a kapacitás-alapú finanszírozásról az akut kórházi ellátásban DRG-alapú rendszerre, a krónikus ellátásban pedig napidíjra terveznek illetve kezdtek átállni.¹⁷

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az alapellátást az ország 18 alapellátást nyújtó egészségközpontja (*dom zdravlja*) koordinálja. Ezekben háziorvosi és járóbeteg-szakellátást egyaránt nyújtanak. Ugyanakkor háziorvosi magánpraxisok is szerződést köthetnek a biztosítóval. A háziorvos-választás a betegek részére tehát teljesen szabad, a háziorvosok ugyanakkor erős kapuőr feladatot látnak el: a rendszer magasabb szintjein csak beutalóval vagy sürgősséggel nyújtható közfinanszírozott ellátás.

Az egészségközpontok látják el mindezek mellett a regionális szintű pszichiátriai, gyermek-fogyatékosügyei, illetve nemi betegségekkel és TBC-vel kapcsolatos feladatokat is. Egyes egészségközpontok a reform után is megtarthatták korábbi fekvőbeteg-ellátási kompetenciáikat (2010-ben 96 ágy volt öt központban).

A magánszektorban összesen 153 ellátó található; közülük 70 a fogászat területén működik, de több kisebb sebészeti magánklinika is a páciensek rendelkezésére áll.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ágyak száma 2466, ebből az aktív ágyak száma 1962. 100 ezer lakosra 398 kórházi ágy jut. A kórházi ágyak száma 1998-hoz képest mintegy 10 százalékkal csökkent, összhangban a kórházi kezelések rövidülésére vonatkozó nemzetközi trendekkel, illetve a kormányzati célokkal.¹⁸

Az országban 7 általános kórház működik 1110 ágygal, melyek fekvő- és járóbeteg-ellátást is nyújtanak. A kórházi kapacitások tervezése 2010-ig egy merev lakosságszám-arányos metódus szerint történt, de ezt nem sikerült tartani, illetve világossá vált a valós igényekkel fennálló diszkrpanciája. Ezért ekkor tervbe vették egy, a tényleges betegutakon alapuló rendszer kidolgozását. Ehhez szükséges igazítani a finanszírozási rendszert is.

Az ellátórendszer harmadik szintjét 3 speciális ellátást nyújtó kórház (pszichiátriai kórház - Kotor, ortopédiai (neurológiai, neurosebészeti – Risan, tüdőkórház - Nikšić) 504 ágygal, a Herceg Noviban működő rehabilitációs intézet illetve a fővárosban, Podgoricában található klinikai központ (756 ágygal) alkotják.

Gyógyszerügy

A gyógyszerellátást 169 gyógyszertár biztosítja, melyek közül 44 az állami tulajdonú Montefarm kezelésében működik.

¹⁷ Master Plan Development

¹⁸ UNDP - WHO

Egészségügyi dolgozók

2010-ben Montenegróban 1276 orvos dolgozott. A 100 000 lakosra jutó orvosok száma 206. Az orvosok száma nemzetközi összehasonlításban kifejezetten alacsony (a WHO európai régiója országainak átlaga 2010-ben 330 volt), ugyanakkor az 1998-as szinthez képest majdnem 80 százalékos növekedést mutat.

Egészségügyi reformok

A 2004-ben elindított egészségügyi reform bevezette a szabad háziorvos-választást, aki kapuőr szerepet is betölt. A háziorvoslás megjelent a képzésben is, és a korábbi alkalmazotti bérezés rendszeréről áttértek a fejkvóta és a szolgáltatás szerinti finanszírozás együttes alkalmazására. Bevezették a magánpraxisokkal való szerződés-kötés lehetőségét, és a kiegészítő egészségbiztosítást. A reform hosszú távú célja az egészségügyi rendszer rugalmasságának növelése, az ellátás és az igények jobb megfeleltetése, piaci vagy ahhoz hasonló mechanizmusok igénybe vétele segítségével. Ennek a tervnek része az akut fekvőbeteg-ellátásban a DRG-alapú finanszírozásra való áttérés.

Szintén kiemelt fontosságú, és (az utolsó, 2010-es terv kiadásakor) még megoldatlan, feladat a várólisták csökkentése a kapacitások és a szakemberek kedvezőbb földrajzi és szakmai eloszlásának biztosításával. Ehhez a kórházak átszervezésére, egyes intézmények megszüntetésére is szükség lesz. További prioritás, elsősorban a speciális ellátásban, a szakmai protokollok kidolgozása. A humán erőforrások területén szükséges az orvosok számának növelése, egyidejűleg az adminisztratív alkalmazottak létszámának csökkentése.

Irodalomjegyzék

- CIA, *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mj.html>
- Economist.com, *Leader of the pack*, <http://www.economist.com/news/europe/21583677-balkan-survivor-gets-closer-eu-his-power-may-be-waning-leader-pack>
- Európai Bizottság, *Enlargement, Montenegro*, http://ec.europa.eu/enlargement/countries/detailed-country-information/montenegro/index_en.htm
- Health Statistical Yearbook 2010 of Montenegro, INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH <http://www.ijzcg.me/wp-content/uploads/godisnjaci/IJZ%20-%20STATISTICKI%20GODISNJAK%20-%202010.pdf>
- Law on Health Insurance, <http://www.mipa.co.me/page.php?id=32>
- Master Plan *Development of Healthcare System of Montenegro for the Period 2010-2013*, Ministry of Health, <http://www.mzdravlja.gov.me>
- Monstat, *Statistical Office of Montenegro*, <http://www.monstat.org/eng/>
- Montenegrói Központi Bank, *Central Bank of Montenegro*, <http://www.cb-mn.org/eng/index.php?mn1=statistics>

- Statistical yearbook 2012, http://www.monstat.org/eng/publikacije_page.php?id=1074
- UNDP – WHO, *Intergrity Assessment of the Health Care System in Montenegro*, <http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/MNE/00049339/Integrity%20Assessment%20of%20the%20Health%20Care%20System%20in%20Montenegro.pdf>
- Világbank, *World Bank Data*, <http://data.worldbank.org/country/montenegro>
- WHO, *Global Health Observatory Data Repository*, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.475?lang=en>
- WHO, *Cooperation Strategy at a glance: Montenegro*, <http://www.who.int/countries/mne/en/>