

Manuela Sofia Stănculescu (coord.) et al.:
A népegészségügyi rendszerek Délkelet-Európában
Friedrich-Ebert-Stiftung
Regional Project for Labour Relations and
Social Dialogue in South East Europe
Belgrade, April 2014
(Erősen tömörítve)

4. 7. Következtetések: a népegészségügyi rendszerek reformjának fő területei a délkelet-európai országokban:

4. 7. 1. Szocio-demográfiai vonatkozások:

A vizsgálat nyolc délkelet-európai ország – Albánia, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Horvátország, Koszovó, Macedónia, Románia és Szerbia – népegészségügyi rendszereire terjedt ki. Ezekben az országokban az egy főre eső GDP 1990. óta folyamatosan növekedett, az EU-28-akhoz viszonyítva azonban továbbra is alacsony maradt. A jólét szélesebben értelmezett definíciója szerint az életminőség az országok többségében magas, csak Horvátország kapott „nagyon magas”, Moldova pedig „közepes” minősítést.

A piacgazdaságra való átmenet, a társadalmi-gazdasági viszonyok megváltozása, direkt módon és bizonyos pszichoszociális tényezők folytán is befolyásolta a lakosság egészségi állapotának alakulását.

A népszaporulat alakulása: A termékenységi ráta Bulgáriában, Horvátországban, Moldovában, Romániában és Szerbiában negatív, míg Koszovóban, Macedóniában és Montenegróban pozitív értékeket mutat. A termékenységi ráta 1980. óta mind a nyolc országban csökkent, legnagyobb mértékben Moldovában, míg Montenegróban 2000. óta stabil maradt. Az összes ország magas mortalitási rátával és a gyermekhalálozás növekedésével szembesül.

A születéskor várható élettartam az utóbbi húsz évben a vizsgált országok szinte mindegyikében növekedett, Moldovában egy évvel, Romániában négy évvel. Az EU-val szembeni lemaradás továbbra is jelentős. A nők várható élettartama magasabb, mint a férfiaké. 2011-ben a különbség Moldovában nyolc év, Bulgáriában és Romániában hét év, Koszovóban és Macedóniában négy év volt. A jó egészségben töltött élettartam jóval alacsonyabb, mint az EU-15-ök átlaga (70 év).

A gyermekhalálozás rátája 1970. óta folyamatosan csökken, ennek ellenére meghaladja az EU átlagát. 2011-ben a gyermekhalálozás rátája csak Montenegróban és Horvátországban (4,4, ill. 4,7 ezrelék) volt az EU-28-ak átlagához mérhető (3,9 ezrelék). A gyermekhalálozás rátája a többi hat országban, elsősorban Koszovóban (13,1 ezrelék) és Moldovában (11 ezrelék) sokkal magasabb volt.

A legfontosabb halálokok:

A vizsgált országokban és az egész európai régióban az emberről emberre terjedő betegségek aránya a monitorizálási rendszerek elterjedésének és a megfelelő immunizációs lefedettségnek köszönhetően alacsony. A vizsgált országokban az AIDS és a tuberkulózis csak a Moldovai Köztársaságban képezi a morbiditás és a mortalitás legfőbb okát.

Ezzel szemben a halálokok 80%-át nem fertőző betegségek: a kardiovaszkuláris megbetegedések, a rákos megbetegedések, a légzőszervek megbetegedései, valamint a diabétesz okozzák. Európában 2009-ben a halálokozások mintegy 50%-át a keringési rendszer megbetegedései okozták. Ezt követték a rákos megbetegedések (a halálokozások 20%-a), a külső okok, mint balesetek és mérgezések (8%). A vizsgált délkelet-európai országok ebben a tekintetben az európai modellt követik. A legfontosabb halálokok mind a nyolc országban a keringési rendszer megbetegedései és a daganatos betegségek. A harmadik legfontosabb halálokot Bulgáriában és Horvátországban a balesetek és a mérgezések, Bulgáriában, Montenegróban és Szerbiában a légzőszervi megbetegedések, Moldovában és Romániában az emésztőszervi megbetegedések képezik.

A nem fertőző betegségek terhe mind a nyolc országban növekedik, ami a kockázati tényezők magas prevalenciájával függ össze. A megbetegedések többségét a dohányzás, a testmozgás hiánya, az egészségtelen táplálkozás, valamint az alkohollal való visszaélés okozza.

Egészségi egyenlőtlenségek:

A vizsgált országokban az egészségi egyenlőtlenségek a szegénységgel, a pénzügyi korlátokkal, az etnikai hovatartozással (romák), a földrajzi korlátokkal (vidéki területek, bizonyos régiók) és a migrációval függnek össze.

Az egészségügyi rendszerek finanszírozása:

Az egészségügyre fordított kiadások tekintetében jelentős különbségek vannak: Koszovóban a GDP 3%-a, Romániában 5,8%-a, Szerbiában 10,4%-a, Moldovában 11,4%-a (az EU-27-ek átlaga 2011-ben a GDP 9,6%-a volt). A moldovai adat csalóka, az egy főre eső kiadások tényleges összege ugyanis a vizsgált országok között a legalacsonyabb, az EU 28-ak átlagának mindössze 12%-át teszi ki. (Románia 2012-ben a GDP 4%-ára csökkentette egészségügyre fordított kiadásait, amely Európában a legalacsonyabbak közé tartozik.)

Az egészségügyre fordított állami kiadások Koszovóban az állami összkiadások 8%-át, Romániában 15%-át, Bulgáriában, Horvátországban, Macedóniában és Montenegróban 19-21%-át (az EU-28-ak átlaga), Szerbiában 23%-át, Moldovában 29%-át teszik ki.

A tartós ápolás és az otthoni ápolás költségeit európai forrásokból (pl. Bulgáriában), vagy adományokból (pl. Romániában) finanszírozzák. Ezek az országok ebben a tekintetben nem tudnak megfelelni a kihívásoknak.

A vizsgálat tárgyát képező öt egészségi probléma helyzete a délkelet-európai régióban:

A délkelet-európai országokban a legfontosabb halálokok a keringési rendszer megbetegedései és a daganatos megbetegedések. A cerebrovaszkuláris megbetegedések okozta halálesetek száma az utóbbi években csökkent, de mind a nyolc vizsgált országban meghaladja az európai átlagot. A rák incidenciája 1990 és 2010 között jelentősen növekedett: Horvátországban a férfiak körében (100.000 lakosra 462), Szerbiában a nők körében (100.000 lakosra 330) meghaladja az EU-27-ek átlagát. A többi hat országban a rák incidenciája mind a férfiak, mind a nők körében alacsonyabb; Moldovában a legalacsonyabb: 100.000 lakosra férfiaknál 332, nőknél 229. Ennek ellenére a rákos megbetegedések okozta halálozás eléri, vagy meghaladja az EU-27-ek átlagát.

A balesetek okozta halálozás az utóbbi években csökkent, Horvátországban, Romániában és Moldovában azonban még mindig meghaladja az EU-28-ak átlagát. Azokban az országokban, ahonnan rendelkezésre állnak a megfelelő adatok, az öngyilkosság, a balesetek és az elesések képezik a halálos kimenetelű balesetek három legfőbb okát. Románia és Moldova kivételével az országok többségében a diabétesz okozta halálozási ráta eléri vagy meghaladja az EU-28-ak átlagát. A diabétesz okozta halálozás Macedóniában a legmagasabb, Romániában a legalacsonyabb.

A keringési rendszer megbetegedéseire vonatkozóan Koszovóban, Macedóniában, Montenegróban, Romániában és Szerbiában már protokollokat, guideline-okat, programokat és/vagy nemzeti stratégiákat vezettek be. A Moldovai Köztársaság még nem rendelkezik koherens és pénzügyileg fenntartható prevenciós stratégiával.

Bulgáriában, Horvátországban, Macedóniában, Romániában és Szerbiában már léteznek a nemzeti rákregiszterek, Montenegróban ennek bevezetése folyamatban van. Ezek a regiszterek azonban csak egyes országokban integrálódnak átfogóbb onkológiai programokba. Koszovó kivételével mindegyik országban elfogadták a megfelelő dokumentumokat és stratégiákat a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a kábítószerfogyasztás leküzdésére, továbbá az ételminőségbiztonságról szóló szabályozásokat (cukor, só, telített zsírok, egyéb adalékanyagok maximális mennyiségének meghatározása, az élelmiszerek egyértelműbb címkézése), amelyek hozzájárulnak a karcinómák megelőzéséhez.

A vizsgált országokban elfogadták a nem fertőző krónikus megbetegedések elleni stratégiákat, valamint a balesetmegelőzési programokat. Az összes országban kidolgozták a közúti közlekedés biztonságára, a kábítószerrel való visszaélés megelőzésére vonatkozó stratégiákat, beleértve az alkohollal és dohányossal való visszaélést.

Horvátországban, Macedóniában, Moldovában, Romániában és Szerbiában már léteznek diabétesz regiszterek, vagy a betegség leküzdésére irányuló nemzeti programok. Montenegróban ugyancsak folyamatban van egy nemzeti diabétesz-ellenes bizottság felállítása.

4. 7. 2. A politikai reformok hat területe:

A szolgáltatási csomagok jobb definiálásának és értébecslésének szükségessége: A nemzeti jogszabályok mind a nyolc országban komplex egészségügyi szolgáltatási csomagokat biztosítanak. A probléma abban áll, hogy a vizsgált egészségügyi rendszerek nem rendelkeznek a szükséges kapacitással a szolgáltatások nyújtásához. Következésképpen realistább szolgáltatási csomagokra van szükség, amelyek kulcsfontosságúak a pénzügyi fenntarthatóság szempontjából. Az univerzális lefedettség és egy teljesen komplett szolgáltatási csomag ígérete irreális és a régió több országában fenntarthatatlan. Dacára a politikai és technikai nehézségeknek és a méltányossággal kapcsolatos aggodalmaknak, szükségessé válhat, hogy az érintett országok mérlegeljék a szolgáltatásokhoz való jog bizonyos mértékű korlátozását. A közpénzek így a költségek vonatkozásában leghatékonyabb beavatkozások és a lakosság legszegényebb rétegei felé terelhetők.

A prevenció szolgáltatások fejlesztésének szükségessége: Az országok többségében léteznek ilyen-olyan prevenció intézkedések, ezek eredményei azonban nem kielégítőek. A házi orvosoknak és a szakorvosoknak a prevencióhoz való hozzájárulása az esetek többségében a kezelési folyamatban kezdődik, anélkül, hogy a beteg nevelésének gondolata akár felmerülne. A prevenció szolgáltatások fejlesztése a régióban jelentkező magas mortalitás miatt még fontosabbnak látszik.

A rehabilitációs, palliatív és tartós ápolási rendszerek fejlesztésének szükségessége: A régió népegészségügyi rendszereiben a palliatív és tartós ápolás, valamint a rehabilitáció fejlesztése nem megfelelő. A tartós ápolásra többnyire családi körben kerül sor, az informális gondozók tekintetében még nem állnak rendelkezésre a szükséges erőforrások.

A népegészségügyi rendszerek finanszírozásának javítása: A régió népegészségügyi rendszerei elsősorban a pénzügyi jellegű megszorítások miatt alulfinanszírozottak. Ennek ellenére egyes országokban az alulfinanszírozottság annak tulajdonítható, hogy a kormányok nem részesítik prioritásban az egészségügyi szektort. A népegészségügyi rendszerek teljesítményének javítása tekintetében a politikai akarat is fontos tényezőnek számít.

A tanulmány szerint nemcsak a finanszírozás növeléséről van szó, hanem a tőkebefektetéseknek a felszerelések és technológiák felé irányításáról is. A szekundér és terciér egészségügyi szolgáltatásokba való tőkebefektetés országonként változó, általában azonban alacsonyabb, mint az elsődleges egészségügyi szolgáltatásokba való befektetések.

Általános szabály, hogy a csúcstechnológiai berendezések csak a nagy központokban állnak rendelkezésre, az alacsonyabb szintű, rutinbeavatkozásoknál alkalmazott technológiák egyes régiókban és elsősorban a kisebb egészségügyi intézményekben teljesen hiányoznak, vagy túlhaladottak. Ezekben az országokban az információtechnológia alkalmazása koordinálatlan.

Az emberi erőforrások politikájának javítása az egészségügy területén: A vizsgált országok többségében orvoshiány van, a rendelkezésre álló egészségügyi személyzet nem éri el az európai átlagot. Az emberi erőforrások tervezése az utóbbi években mindenütt prioritássá lépett elő. Számptalan orvos és ápoló hagyta el a pályát, vagy akár az országot is. Az egészségügyi személyzet mobilitása elsősorban azért aggasztó, mert a migráció leginkább a hátrányos gazdasági helyzetben levő régiókat sújtja.

A hiány nemcsak az orvosok létszámát, hanem szakirányát is érinti. A szegényebb vidékeken akár néhány szakorvos távozása is súlyos következményekkel járhat.

A háziiorvosi gyógyászat az EU tagállamaiban is a legkeresettebb szakirányok közé tartozik. Ezért nagyon is lehetséges, hogy a háziiorvosok migrációja következtében az alapellátás igénybevétele tekintetében az egyenlőtlenségek fokozódni fognak.

A szakorvoshiányt a vizsgált országokban – Horvátországban, Macedóniában, Koszovóban és Moldovában – is jelezték, ami nem feltétlenül az egészségügyi személyzet migrációjával függ össze.

A hálapénz kérdése az egészségügyi rendszerekben: A tanulmány szerint az informális pénzmozgások, elsősorban a krónikus betegségek tekintetében, akadályozzák a csúcsminőségű kezelést. A hálapénz kérdését tehát prioritásként kell kezelni. A direkt fizetésekre vonatkozó adatok arra utalnak, hogy ezek mind az ambuláns ellátások, mind a kórházi kezelésekt területén rendkívül elterjedtek és egyes országokban a finanszírozás fő forrásainak számítanak. Az informális fizetések kulturális és történelmi tényezőkkel függnék össze, de elsősorban annak tulajdoníthatók, hogy a rendszer nem képes biztosítani az alapellátásokhoz való adekvát hozzáférést.

[A tanulmány angol nyelven a Friedrich-Ebert-Stiftung honlapján (264 p.):

<http://library.fes.de/library/fr-voll-digbibnew.html/>

Publikationen/Neuerscheinungen / Neu im Mai 2014] (KB)