

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY FINNORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. február

---

## Tartalomjegyzék

Gazdasági-politikai környezet .....	2
Demográfia, egészségi állapot.....	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	6
Egészségügyi szolgáltatások.....	9
Egészségügyi dolgozók .....	16
e-Egészségügy .....	17
Egészségügyi reformok .....	19
Irodalomjegyzék.....	21

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. február

## **Gazdasági-politikai környezet**

Finnországot az EU egyik sikertörténetének tartják. Az országot érintő, 1990-es évek elején jelentkező gazdaság válság kezelését példaértékű eredménnyel, a költségvetési kiadások drasztikus csökkentésével, adócsökkentéssel és a kutatás-fejlesztésre fordított pénzek növelésével oldotta meg. Ma nagymértékben iparosodott, versenyképes piacgazdasággal rendelkezik, az egyik legfejlettebb EU-tagállam. A gazdaság kulcsfontosságú szektorai a feldolgozóipar, a telekommunikációs és elektronikai ipar.

A 2008-ban begyűrűző világgazdasági válság a finn gazdaság helyzetére is negatív hatással volt. A reál GDP 2009-ben 8,5 százalékkal csökkent, 2010-ben 3,4 százalékkal, 2011-ben 2,8 százalékkal növekedett az előző évhez képest. 2012-ben 1 százalékos csökkenés mutatkozott. A munkanélküliségi ráta 2008-ig csökkenő tendenciát mutatott (6,4 százalék), azt követően nőtt, 2013 decemberében 8,4 százalék volt. Az ország GDP-arányos adósságállománya 2008-ig folyamatosan csökkenő volt (2008: 33,9 százalék), majd ismét növekedésnek indult, 2012-ben a GDP 53,6 százalékát tette ki. Az államháztartás egyenlege a GDP százalékában kifejezve 2008-ig többletet mutatott, 2009-től deficitese, 2012-ben a deficit mértéke a GDP 1,8 százaléka. Az éves infláció mértéke 2008-ban 3,9 százalékra nőtt, azóta mérséklődött, 2012-ben 2,2 százalék. (Eurostat; Statistics Finland)

Finnországban a legmagasabb közjogi méltóság a köztársasági elnök, akinek hivatali ideje 6 év, és legfeljebb két egymást követő periódusban töltheti be ezt a tisztséget. A jelenlegi köztársasági elnök, Sauli Väinämö Niinistö 2012. március 1-jén lépett hivatalba. A Parlament 200 tagját négyévente választják. A jelenlegi kormányt Jyrki Katainen miniszterelnök vezeti, aki 2011. június 22-én lépett hivatalba. A többségi koalíciót a Nemzeti Koalíció Pártja, a Szociáldemokrata Párt, a Baloldali Szövetség, a Finnországi Svéd Emberek Pártja, a Zöld Liga és a Kereszténydemokrata Párt alkotja. A kormányban 19 miniszter tevékenykedik.

Finnország 1995 óta tagja az EU-nak, a kezdetektől (2002) tagja az Európai Monetáris Uniónak.

## **Demográfia, egészségi állapot**

2013 végén Finnország népessége 5,450 millió volt. A születéskor várható élettartam 2012-ben a férfiak esetében 77,5 év, a nők esetében 83,4 év. 2011-ben a 14 év alattiak az összlakosság 16,5 százalékát, a 65 év felettiak pedig 18,1 százalékát tették ki. Habár az idősek aránya a népességen belül valamivel alacsonyabb, mint az EU-átlag, a jövőben várhatóan folytatódik a társadalom elöregedése, ami jelentős mértékben fogja növelni az egészségügyi és szociális ellátás iránti igényt. 2011-ben az élveszületések aránya 11,13 ezrelék, a halálozásoké 9,38 ezrelék, a teljes termékenységi arányszám 1,83, ami az EU-ban az egyik legmagasabb. A csecsemőhalandósági ráta 2011-ben 2,37 ezrelék, ami a világon az egyik legalacsonyabb. (Statistics Finland; Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2012; WHO-HFA)

A finnek egészségi állapotában jelentős javulás következett be az elmúlt pár évtizedben. Ugyanakkor nagy egyenlőtlenségek tapasztalhatók az egyes társadalmi-gazdasági csoportok, régiók, valamint a nemek között.

Folyamatos csökkenés mutatkozik a mortalitásban – ami elsősorban annak tudható be, hogy csökkent az elkerülhető halálozások száma (különösen az iszkémiás szívbetegség okozta mortalitás). 2012-ben a keringési rendszer megbetegedései okozták a legtöbb halálozást (az összes halálozás 39 százalékát), ezen belül továbbra is az iszkémiás betegségek okozták a leggyakoribb halálozást (az összes halálozás egyötödét). A második leggyakoribb halálokot (a halálozások 23 százaléka) a daganatos megbetegedések képezték. A daganatos betegségek közül a legtöbb halálozást férfiak körében a tüdőrák és prosztatarák, a nők körében pedig a mellrák és a tüdőrák okozták. A harmadik leggyakoribb halálokok, a demencia (beleértve az Alzheimer-kórt) a halálozások 14 százalékáért volt felelős, ami a korábbi évekhez képest növekedést jelent, és részben a lakosság elöregedésének tudható be. A demencia okozta halálozás a nők körében lényegesen magasabb (19 százalék), mint a férfiak körében (8 százalék), ami a nők magasabb várható élettartamából is adódik. Az elkövetkezendő években várhatóan minden negyedik 75 év fölötti finn polgár demencia következtében ápolásra fog szorulni. A légzőszervi betegségek az összes halálozás 4 százalékáért felelősek. Az öngyilkosságok okozta halálozás a 1990-es évek óta 40 százalékkal csökkent, 2012-ben az összes halálozás 2 százalékát okozták. Az öngyilkosságok száma a férfiak körében háromszor magasabb, mint a nők körében (Statistics Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013; WHO-HFA).

Az életmóddal kapcsolatos megbetegedések gyakorisága növekvő tendenciát mutat. 2011-ben a finn felnőttek 16,6 százaléka volt elhízott (ami nagyjából az OECD-átlagnak megfelelő, de a többi északi országnál magasabb arány). A serdülőkorúak körében az elhízottak aránya az elmúlt 30 évben háromszorosára nőtt, és fizikai aktivitásuk szintje is alacsony, csak egyharmaduk végez elegendő testmozgást. A diabétesz Finnországban is népbetegség: a cukorbetegek száma több mint félmillió.

A nyolcvanas évek óta a dohányzás népszerűsége csökkent mind az aktív korú népesség, mind a fiatalok körében. A nemek tekintetében a férfiak körében nagyobb, a nők esetében kisebb mértékű csökkenés volt tapasztalható. Az összlakosságot tekintve hozzávetőlegesen minden ötödik nő és minden negyedik férfi dohányzik napi rendszerességgel.

Az alkohol Finnországban messze a leggyakrabban fogyasztott mámorító szer. 2012-ben az alkohollal összefüggésbe hozható halálozások száma 1960 volt, ami az összes halálozás 4 százalékát jelenti. Az alkoholfogyasztás folyamatosan nőtt az elmúlt években, amelyhez a 2004-ben bevezetett változások - az alkoholtermékekre kivetett adó csökkentése és az importkorlátozások megszüntetése - is hozzájárultak. 2012-ben az egy főre jutó alkoholfogyasztás hosszú ideje először csökkent minimálisan 10 liter alá (9,6 liter) 100 százalékos alkoholban mérve. A mértéktelen ivás is gyakori. Finnországban az alkoholfüggők aránya 300-500 ezer közé tehető. (OECD Health Data 2013, Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2012; Ministry of Social Affairs and Health, 2013).

A fertőző betegségek nem jelentenek Finnországban különösebb problémát. A védőoltás-program jelentősen csökkentette a gyermekkori fertőző betegségek előfordulási gyakoriságát.

2012-ben mintegy 3000 HIV-fertőzött és közel 600 AIDS-beteg élt Finnországban, és mintegy 157 új megbetegedést diagnosztizáltak. (Egészségügyi és Szociális Minisztérium)

## **Az egészségügyi rendszer általános jellemzői**

A finn egészségügyi rendszer finanszírozása túlnyomórészt adóalapú. A részben vagy egészben közfinanszírozásban részesülő egészségügyi ellátásban az önkormányzati egészségügyi ellátás, a magán egészségügyi ellátás, valamint a foglalkozás-egészségügy vesz részt. Az egyes rendszerek

között jelentős különbségek vannak, például a nyújtott szolgáltatások körét, a fogyasztói díjakat és a várakozási időt tekintve. Az egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozási mechanizmusa is különböző: az önkormányzati ellátás adóbevételeken alapul, a foglalkozás-egészségügyi ellátás és a magánellátás részbeni finanszírozására, valamint a pénzbeli ellátásokra a kötelező biztosítási díjakból fenntartott Országos Társadalombiztosítás nyújt forrást.

Az *Egészségügyi és Szociális Minisztérium* a szociális jólét, valamint az egészségügy terén alkot törvényeket, továbbá irányítja és ellenőrzi ezek végrehajtását. A minisztérium a kormány javaslatára programot készít minden 4 éves parlamenti ciklusra vonatkozóan. Számos független intézmény és ügynökség működik a Minisztérium adminisztratív szektorán belül, amelyek a Minisztérium fejlesztési célkitűzéseinek elérését támogatják, illetve közreműködnek a kormányprogramban meghatározott feladatok megvalósításában. Tevékenységüket regionális szinten felügyelik.

*A minisztérium igazgatása alá tartozó fontosabb intézmények:*

- *Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet (THL):* a lakosság egészségi állapotának fejlesztésével, a betegségek és társadalmi problémák megelőzésével, a szociális és egészségügyi szolgáltatások fejlesztésével foglalkozó kutatás-fejlesztési intézet. Állami statisztikai hatóságként is funkcionál az egészség és jólét terén. Az intézményen belül működik az Egészségügyi Ellátás Technológiai Értékelő Egység, melyet 1995-ben hoztak létre, és az egészségügyi ellátás hatékonyságát, ill. költséghatékonyságát szabályozza.
- *Finn Gyógyszerügynökség (FIMEA):* 2009. nov. 1-én kezdte meg működését. Központi kormányzati ügynökségként a következő feladatokat látja el: engedélyezés és felügyelet a gyógyszersektorban, kutatás-fejlesztés, az orvosi termékekre vonatkozó tájékoztatás, tekintettel a gyógyszerellátás és gyógyszeres kezelés hatékonyságának fejlesztésére.
- *Országos Jóléti és Egészségügyi Felügyelő Hatóság (Valvira):* az egészségügyi és szociális ellátásokat felügyeli országos szinten. Felügyeleti tevékenysége kiterjed az állami és magán egészségügyi és szociális intézményekre, valamint az egészségügyi dolgozókra is. Engedélyeket ad ki magán egészségügyi szolgáltatók, valamint egészségügyi szakemberek számára. A környezet-egészségügy és alkoholpolitika terén szintén felügyeleti és engedélyezési hatáskörrel rendelkezik.
- *Finn Foglalkozás-egészségügyi Intézet:* a foglalkozásbiztonságra és –egészségügyre specializált szervezet és kutatóintézet.
- *Sugárzási és Nukleáris Biztonsági Hatóság (STUK):* tevékenysége a sugárzás káros hatásainak minimalizálására irányul.

Hat Regionális Adminisztratív Ügynökség van Finnországban, amelyek 2010. jan. 1-én kezdték meg működésüket. Tevékenységük kiterjed az alapvető jogok és jogi védelem, az alapvető közszolgáltatásokhoz való hozzáférés, munkahelyi-biztonság és –egészség, környezeti engedélyek, tűzvédelem, mentés, készenlét és rendőrség működtetésére. Az Ügynökségek felelősek a saját területükön az egészségügyi ellátás felügyeletéért. A regionális ügynökségek szorosan együttműködnek a helyi hatóságokkal. A Regionális Adminisztratív Ügynökségek és a Valvira közötti felelősségi körök megosztását felügyeleti program tartalmazza. A Regionális Adminisztratív Ügynökségek koordinálják és felügyelik a helyi önkormányzatok által nyújtott, valamint a magán egészségügyi és szociális szolgáltatásokat. Engedélyeket is adnak ki a magán szolgáltatók számára, és felügyelik az állami és magán szolgáltatók által nyújtott ellátás minőségét. Betegjogi panaszok kezelésével is foglalkoznak.

A helyi önkormányzatok felelősek az egészségügyi és szociális szolgáltatások (köztük az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés, az orvosi ellátás, a rehabilitáció, valamint a fogorvosi ellátás) megszervezéséért lakosaik számára. A helyi önkormányzatok az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat önállóan is megszervezhetik, vagy közös önkormányzati hatóságokat hozhatnak létre a feladatok ellátására. Emellett kiszervezhetik a feladatok ellátását más helyi önkormányzatok hatóságaihoz, NGO-khoz vagy magán szolgáltatókhoz. Törvény szabályozza azokat az alapvető szociális jóléti, népegészségügyi és szakorvosi szolgáltatásokat, melyeket minden helyi önkormányzat területén biztosítani kell. Ugyanakkor a helyi önkormányzatok döntenek a szolgáltatások, nagyságrendjéről, terjedelméről, modelljéről, ezért a nyújtott szolgáltatások helyi önkormányzatonként eltérőek lehetnek. 2013-ban 320 helyi önkormányzat működött, melyek átlagos lakosság száma 17 000 fő.

A helyi önkormányzatok kórházi körzetekbe tömörülnek, amelyek a szakellátás megszervezéséért felelősek. A kórházi körzetek tervezik meg és biztosítják a szakellátást saját területükön. Finnországban 20 kórházi körzet, illetve egy önálló tartomány (Åland) működik. Minden helyi önkormányzatnak csatlakoznia kell valamely kórházi körzethez. A kórházi körzetek olyan szakorvosi ellátásokat nyújtanak, amelyeket az alapellátó egészségügyi központokban nem lehet biztosítani. Felelősek emellett a helyi önkormányzatok laboratóriumi és képző szolgálatásainak, az orvosi rehabilitációnak és egyéb szakellátásoknak, a kutatás-fejlesztésnek, az oktatásnak és képzésnek a koordinálásáért és minőségellenőrzéséért, valamint az önkormányzatok egészségügyi informatikai rendszereinek harmonizálásáért.

Minden kórházi körzet az öt egyetemi kórház valamelyikének vonzáskörzetéhez tartozik. Az egyetemi kórházak koordinálják a szakorvosi ellátást, az információs rendszereket, az orvosi rehabilitációt és a beszerzést.

A helyi önkormányzatok által biztosított ellátást a helyi egészségügyi bizottság vagy más önkormányzati hatóság felügyeli. Az Egészségügyi és Szociális Minisztérium koordinálja a kommunikációt a minisztérium, a kormányzati ügynökségek és egyéb állami szervek között. A minisztérium négyéves teljesítmény-egyezményt köt a Regionális Adminisztratív Ügynökségekkel.

Az államilag finanszírozott egészségügyi ellátás legnagyobb részét az önkormányzati egészségügyi rendszer biztosítja (a járóbeteg orvosi vizitek 71 százalékát, a járóbeteg fogorvosi vizitek 59 százalékát, a fekvőbeteg ellátási periódusok 95 százalékát).

A munkáltatók foglalkozás-egészségügyi ellátást kötelesek nyújtani munkavállalók számára. A foglalkozás-egészségügyi ellátást a munkáltatók megszervezhetik saját szervezetükön belül, vagy kiszervezhetik valamely egészségügyi központhoz, magán orvosi központhoz, vagy egyéb szolgáltatóhoz. Az alkalmazottak mintegy 90 százaléka számára elérhető a foglalkozás-egészségügyi ellátás. A Finn Társadalombiztosítási Intézet a foglalkozás-egészségügyi ellátásra támogatást nyújt a munkaadók és munkavállalók által fizetett járulékokból.

A magán egészségügyi szolgáltatók a helyi önkormányzatokkal és a közös önkormányzati hatóságokkal is szerződhetnek szolgáltatás nyújtására, vagy szerződés nélkül nyújtanak a betegeknek térítés ellenében szolgáltatást.

A magán szolgáltatók, illetve NGO-k által biztosított szolgáltatások aránya növekvő. Jelenleg az egészségügyi és szociális szolgáltatások mintegy negyedét nyújtják.

## Finanszírozás

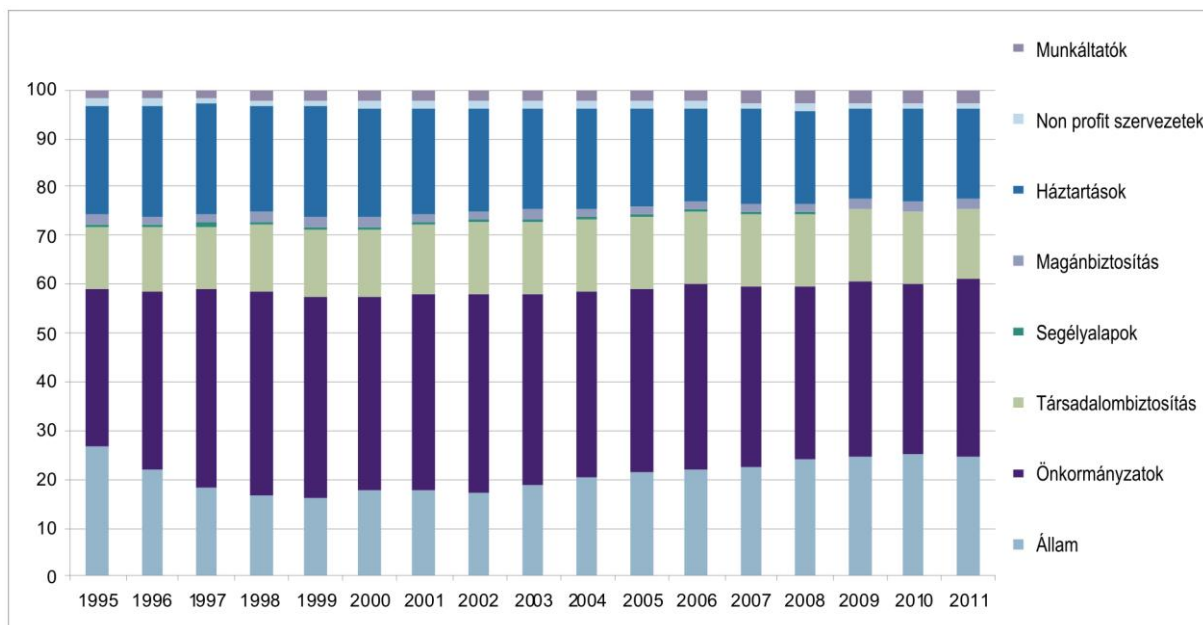
### Egészségügyi kiadások

2011-ben az egészségügyi kiadások a GDP 9 százalékát tették ki (vö.: OECD-átlag: 9,3 százalék, EU-átlag: 9,6 százalék). Az egy főre jutó egészségügyi kiadások értéke 2011-ben 3374 amerikai dollár volt vásárlóerő-paritáson, ami az OECD-átlagnak megfelelő. (OECD Health Data, WHO-HFA). 2000 és 2010 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások reálértékben évente átlagosan több mint 4 százalékkal nőttek, 2011-ben azonban 3 százalékkal csökkentek, ami a gazdasági válság következtében tett költségvetési megszorításoknak tudható be (OECD Health Data; THL 2013). 2011-ben az összes egészségügyi kiadás 17,1 milliárd EUR volt. (THL, 2013)

### Forrásgyűjtés

Az állami finanszírozás aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 2011-ben 75,5 százalék volt. Az állami egészségügyi kiadásokon belül a helyi önkormányzatok a kiadások 36,7 százalékát, a központi kormányzat a 24,4 százalékát, a Társadalombiztosítás pedig a 14,4 százalékát finanszírozza. A háztartások magánkiadásai az összes egészségügyi kiadás 18,6 százalékát teszik ki. A munkáltatók az egészségügyi kiadások 2,9 százalékát, a segélyalapok, magánbiztosítók és non-profit szervezetek pedig a 3,1 százalékát finanszírozták 2011-ben. (THL, 2013)

A finanszírozás forrásainak megoszlása (százalék) 1995-2011, 2011-es árakon



Forrás: THL, 2013.

A háztartások egészségügyre fordított magánkiadásain belül 50,4 százalék a felhasználói díjakra, 31 százalék a gyógyszerekre és egyéb gyógyászati eszközökre, 18,6 százalék az egyéb terápiás eszközökre, ill. egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó utazási költségekre fordított kiadások aránya. (THL, 2013)

Az Országos Egészségbiztosítási Alap a finn társadalombiztosítási rendszer része. A foglalkozás-egészségügyi ellátást (részben), a járóbeteg-ellátásban a gyógyszereket (szintén részben), a szállítási költségeket, a táppénzt és az anyasági segélyeket, valamint részben a magán egészségügyi ellátást finanszírozza. A rendszert az Országos Társadalombiztosítási Intézet (KELA) működteti. Az Országos Egészségbiztosítás bevételei 2011-ben a következőképp oszlanak meg: 35 százalék a munkáltatók hozzájárulásaiból, 37 százalék a munkavállalók és önfoglalkoztatók hozzájárulásaiból, 27 százalék a kormányzat egészségbiztosításra szánt hozzájárulásaiból és az önfoglalkoztatók foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásaira szánt hozzájárulásaiból, 1 százalék a beruházásokból származó hozamból és egyéb (pl. EU-s) forrásokból származik. (KELA)

A duális állami finanszírozási mechanizmus kihívást jelent az ellátás hatékonyságára, különösen a gyógyszerellátás terén, ahol a kettős finanszírozás költségáthárítási problémákat okoz.

A kiegészítő önkéntes egészségbiztosításnak marginális szerepe van a finn egészségügyben, és elsősorban a Társadalombiztosítás visszatérítéseinek kiegészítésére használják. Különösen a gyermekek körében magas az önkéntes biztosítások aránya, ami azzal magyarázható, hogy őket nem fedi le a foglalkozás-egészségügyi ellátás, amelyet a felnőtt lakosság gyakran az önkormányzati egészségügyi ellátás alternatívájaként vesz igénybe.

### **Out-of-pocket fizetések**

A gyógyító járóbeteg ellátásban 1993-ban vezették be a felhasználói díjakat. Azóta az állam többször emelte az önrész maximális értékét a járóbeteg ellátásban, a kórházi ellátásban és a nappali sebészetben. Többször fogalmazódtak meg aggodalmak a magas felhasználói díjak következményei miatt – főleg a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre gyakorolt hatása miatt – az alacsony jövedelmű csoportokban, mivel számukra nem voltak mentességek a díjak fizetésére. Ezek az aggodalmak a magán egészségügyi kiadások éves maximumának bevezetéséhez vezettek 2000-ben az állami egészségügyi szektorban. Az önrész plafonja 2014-ben 679 euró, ami után térítésmentessé válnak az egészségügyi szolgáltatások (kivéve a rövid távú kórházi ellátás, amelynek esetében a maximum díj elérése után a kórházi napidíj 34,8 euróról 16,1 euróra csökken). A maximum díjak a következőkre érvényesek: vizitek a járóbeteg egészségügyi központokban, a járóbeteg klinikákon, egynapos sebészet, fizioterápia, rehabilitáció, pszichiátriai kórházi ellátás. (City of Helsinki, 2014)

Térítésmentesek a megelőző szolgáltatások, az anya és gyermek egészségügyi szolgáltatások, a pszichiátriai járóbeteg ellátás, a védőoltások, bizonyos fertőző betegségek kezelése, bizonyos gyógyászati segédeszközök (kerekesszék, protézis) és az egészségügyi intézmények közötti betegszállítás. A 18 éven aluliak nem fizetnek a járóbeteg ellátásért, fogászati ellátásért, de a fekvőbeteg ellátásért hét napig napidíjat kell fizetniük. A járóbeteg díjakat két évente felülvizsgálják. A legutóbbi felülvizsgálat alapján meghatározott díjak 2014-től léptek hatályba (kivéve a nappali ellátás díjait, melyek 2014 augusztusától lépnek hatályba).

Az egészségügyi ellátás igénybevételekor fizetendő co-payment aránya körzetenként eltérő nagyságú lehet. A Helsinki City Egészségügyi Központban 2014. január 1-től a következő felhasználói díjak érvényesek (City of Helsinki, 2014):



- Az egészségügyi központban az orvosi vizit ingyenes Helsink-i lakosai számára (egyéb páciensek számára 14,7 EUR). Amennyiben a páciens nem jelenik meg a viziten, de azt előzetesen nem mondta le, büntetést kell fizetnie 36,2 EUR értékben (a büntetést a 15 év fölötti betegeknek számítják föl).
- A kórházi járóbeteg ellátás díja 29,3 EUR. A pszichiátriai osztályokon, illetve a drogfüggőségi osztályokon nem kell járóbeteg díjat fizetni.
- A kezeléssorozat díja alkalmanként 8 EUR, amelyet egy naptári éven belül max. 45 alkalommal lehet felszámítani.
- Az egynapos ellátás díja 16,1 EUR.
- A 18 év alattiak esetében egy naptári éven belül 7 kórházi napért kell fizetni, ezen felül a kórházi ellátás ingyenes. A 18 év alattiak számára a járóbeteg vizitek is díjkötelesek, kivéve a pszichiátriai járóbeteg ellátást. A kezeléssorozat a 18 év alattiak esetében ingyenes.
- A sürgősségi ellátás díja az egészségügyi központokban hétköznapokon 16-20 óra között 14,7 EUR, hétköznapokon 20-8 óra között, valamint hétvégéken és ünnepnapokon 29,3 EUR. A kórházak sürgősségi osztályán a sürgősségi ellátás díja 29,3 EUR (de egy éven belül a 14,7 EUR három alkalommal történő kifizetése fölött ingyenes). A 18 év alattiaknak nem kell díjat fizetniük.
- Az időleges otthoni ellátás díja 14,7 EUR orvosi vagy fogorvosi vizit esetében (más egészségügyi szakember esetében 9,3 EUR). Maximum napi 2 vizitért kell díjat fizetni. 18 év alatt nem kell díjat fizetni. Amennyiben otthoni ellátásra 2 hónapon túl is szükség van legalább hetente egyszer, havi díjat kell fizetni ugyanúgy, mint a folyamatos otthoni ellátás esetében. Ez a havi díj függ a beteg és családtagjainak jövedelmi helyzetétől, a családtagok számától, valamint az ápolási órák számától. 18 év alatt a folyamatos otthoni ellátás is ingyenes.
- A kórházi napidíj 34,8 EUR. (A maximum limit elérése után 16,1 EUR.)

#### *Co-payment a gyógyszerek esetében*

A betegek 35, 65 vagy 100 százalékos támogatásban részesülnek az Országos Egészségbiztosítástól több vényköteles gyógyszerre. Minden vényköteles gyógyszer kiváltásakor gyógyszerári kezelési díjat kell fizetni, amelynek összege jelenleg 0,43 euró, de a tervek szerint 2,39 euróra fog emelkedni. Egyes gyógyszereket csak bizonyos betegcsoportok számára támogatnak. A beteg által a gyógyszerekért fizetendő összegre is meghatároztak egy maximum éves nagyságrendet, melynek mértékét 2014-től 610 euróra csökkentették (korábban 670 euró volt). Az ezen felül felmerülő költségeket az Országos Egészségbiztosítás fizeti, bár a maximum elérése után létezik egy fix 1,5 eurós önrész gyógyszerenként. A fekvőbeteg ellátás alatt nyújtott gyógyszereket a kórházi napidíj vagy egyéb felhasználói díjak fedezik.

#### **Forrásallokáció**

2011-ben az összes egészségügyi kiadáson belül a legjelentősebb tételeket a szakellátásra, alapellátásra és gyógyszerekre fordított kiadások képezték. Szakellátásra az összes kiadás kb. egyharmadát, alapellátásra 18,6 százalékát fordították. A gyógyszerkiadásokra és egyéb gyógyászati termékekre fordított kiadások az összes egészségügyi kiadás 13,2 százalékát tették ki. (THL, 2013)

Az önkormányzatok tulajdonában lévő egészségügyi központok finanszírozását is maguk az önkormányzatok végzik. A költségvetés alapvetően bázisszemléletű, az összegeket különösebb ösztönzők nélkül allokálják. Nincs állami szabályozás arra vonatkozóan, hogy milyen formában történjen a különféle rendszerek finanszírozása. Az önkormányzatok általában elkülönült költségvetéssel rendelkeznek az egészségügyi központok és a kórházak finanszírozására.

Az állami alapellátást magán ellátás egészíti ki. Az alapellátásban legtöbb magán egészségügyi szolgáltatást a fizioterápia, valamint a foglalkozás-egészségügy területén nyújtják. Ezeket a szolgáltatásokat általában a háztartások, a munkaadók és a KELA finanszírozzák. Kisebb arányban a helyi önkormányzatok is vásárolnak magán egészségügyi szolgáltatásokat.

A helyi önkormányzatokkal szerződött magán egészségügyi szolgáltatók ellátásait a beteg a díjszabásokról szóló jogszabályban foglaltak szerint veheti igénybe, a biztosító pedig részben visszatéríti számára a szolgáltatás díját.

A jellemzően közalkalmazotti státuszú háziorvosok fizetése az önkormányzati egészségügyi központokban tradicionálisan havibér és szolgáltatás szerinti díjazás alapján történik. Azokban az alapellátó központokban, ahol bevezették a személyi orvos rendszerét (finn terminológiában leginkább a „saját orvosom” a helyes elnevezés), ott a bért a fejkvótával és a szolgáltatás szerinti díjazással kombinálják.

Az önkormányzatok, mint vásárlók évenként tárgyalnak a kórházi körzetükkel a szolgáltatásokról, a volumenre vonatkozó célkitűzésekről, valamint a kifizetésekről. A tervezett volumenek és költségek egyaránt az előző évin alapulnak. Számos esetben a forrásallokáció mértéke különbözik az önkormányzatok és a kórházi körzetek között. A tendencia az, hogy túl alacsonyan tartják a költségvetést, és az egyezményeket gyakran felülvizsgálják az év folyamán a kórházi körzetek által nyújtott szolgáltatások tényleges mennyisége és típusa szerint. Általában nincsenek explicit szankciók, ha eltérés tapasztalható a megegyezett céloktól és tervektől, és az önkormányzatok fedezik a deficitet, valamint fenntartják a megtakarítást a számlájukon. Formálisan egy tanács dönt a költségvetésről, amelynek tagjait az egyes önkormányzatok választják. A tanács jóváhagyja a pénzügyi beszámolókat (mint pl. kifizetési módszerek, valamint a kifizetések árai) is, és dönt a főbb befektetésekről.

Az esetalapú finanszírozás bevezetése fokozatosan történt. Jelenleg 21 körzetből 13 DRG-alapú finanszírozást alkalmaz. A DRG-k alkalmazásának elvei és szabályai jelentősen változnak a kórházi körzetek között, mivel nincsenek országos irányelvek.

## **Egészségügyi szolgáltatások**

### **Népegészségügy**

Finnországban a hetvenes évek elején a népegészségügy fejlesztése politikai prioritássá vált. Evidenciaként kezelték az egészségre irányuló szektorközi együttműködés fontosságát a súlyos egészségügyi problémák (pl. kardiovaszkuláris megbetegedések, a dohányzás és alkoholfogyasztás magas aránya) leküzdése érdekében. Az együttműködés széleskörű programokon keresztül jogszabályokon alapuló, szisztematikus munkává fejlődött.

*Észak-Karéliai Projekt a kardiovaszkuláris megbetegedések csökkentésére*

A finn népegészségügy nemzetközi szinten elismert sikertörténete a kardiovaszkuláris megbetegedések csökkentésére irányuló *Észak-Karéliai Projekt*. A hetvenes években a szívkoszorúér betegség okozta halálozás Finnországban a világon a legmagasabbak közé tartozott, különösen az aktív korú férfiak körében, a földrajzi térségeket tekintve pedig az észak-karéliai tartomány volt a legsúlyosabban érintett. 1972-ben helyi kezdeményezésre egy eredetileg ötéves projektet indítottak e tartományban, melynek célja a szívkoszorúér betegség okozta magas halálozási arány csökkentése volt, a lakosság egészségesebb életmódra ösztönzésével. Az eredetileg közösségi alapon indult, ötévesre tervezett Észak-Karéliai Projekt végül a 1990-es évek végéig működött, és a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójára irányuló, országos programmá fejlődött. A helyi és országos hatóságok, szakértők, valamint a WHO együttműködésével közösségi és egyéni akciókat dolgoztak ki, és a projektet integrálták a helyi ellátórendszerbe és a szociális hálózatokba. A projekt során különböző módszereket alkalmaztak: egészségnevelés, tájékoztatás (média, találkozók, kampányok stb.), a beutalások és szűrések fejlesztése, környezeti változások ösztönzése (pl. a dohányzás korlátozása, zöldségtermelés szorgalmazása, együttműködés az élelmiszergyártókkal), gyermekeket és fiatalokat célzó prevenció, az egészségügyi szakemberek képzése és oktatása. A hetvenes években az alapellátás színtereiként önkormányzati keretek között megalakult egészségügyi központok a prevenció, egészségfejlesztés koordinálásának fontos szereplői lettek. A projekt számos eredményt hozott. Az Észak-Karéliában élő férfiak körében a dohányzás jelentősen visszaszorult: 1972-ben az itt élő férfiak valamivel több, mint fele dohányzott, 1997-ben már kevesebb, mint egyharmada. A táplálkozási szokásaikban is pozitív változások történtek. A 65 év alatti férfiak körében a szívkoszorúér betegség okozta halálozás 1995-re 73 százalékkal csökkent. A nők körében szintén jelentősen visszaesett a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás. A projekt két legfőbb sikertényezője a széles körű közösségi szervezés, valamint a lakosság jelentős körének elkötelezettsége volt. Az Észak-Karéliai Projekt nagymértékben hozzájárult az országos szintű politikai változásokhoz: az élelmiszeripar megkezdte az alacsony zsírtartalmú tejtermékek gyártását, valamint számos élelmiszer sótartalmának csökkentését. A dohányzás országos szinten is jelentősen csökkent, elsősorban a férfiak körében.

#### *Diabétesz Megelőzésének Országos Programja*

Az utóbbi időben a 2. típusú diabétesz növekvő gyakorisága képezi az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémát Finnországban. Ennek leküzdésére dolgozták ki a 2003-2010 közötti időszakra a *2. típusú Diabétesz Megelőzésének Országos Programját* (DEHKO). A programban több szervezet vett részt, a Finn Diabétesz Szövetség koordinálásával. A program három, egymással párhuzamos stratégiára irányult. 1. Lakossági Stratégia, mely a teljes lakosság egészségi állapotának fejlesztését célozta az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás előmozdításával, a cukorbetegség rizikófaktorainak (elhízás, metabolikus szindróma) minden korcsoportban történő csökkentése érdekében. 2. Magas Kockázatú Stratégia: a különösen veszélyeztetett csoportokra irányult, szisztematikus modellt biztosítva e csoportok szűrésére, oktatására, monitorozására. 3. Korai Diagnózis és Menedzsment Stratégia: az újonnan diagnosztizált betegek szisztematikus kezelését, valamint az olyan komplikációk kialakulásának megelőzését célozta, amelyek befolyásolják a páciens életminőségét, és költséges a kezelésük.

Az élelmiszeripar egyre inkább figyelembe veszi az egészséges táplálkozásra irányuló ajánlásokat a termékfejlesztés során. Így például bővült az állati zsíradékot alacsony arányban tartalmazó tejtermékek kínálata, valamint a növényi zsír alkalmazása. **2011-ben jövedéki adót vetettek ki az édességekre, csokoládéra, jégkrémre és más hasonló élelmiszerekre, valamint az üdítőitalokra.**

### *A népegészségügy szereplői*

Finnországban a lakosság egészségi állapotának fejlesztése országos, valamint helyi önkormányzati szinten történik, de számos NGO is szervez egészségfejlesztési programokat. Elsősorban önkormányzati költségvetésből finanszírozzák, de a központi kormányzatnak is van elkülönített kerete egészségfejlesztési célokra, amelyből a helyi önkormányzatok, NGO-k és egyéb szereplők az általuk végrehajtott projektek alapján részesülhetnek. Az *Egészségügyi és Szociális Minisztérium* országos szinten meghatározza a népegészségügy fő prioritásait, az egészségfejlesztés fő irányait, törvényileg szabályozza a fertőző betegségek ellenőrzését, jogszabályokkal befolyásolja a dohányzást és alkoholfogyasztást. A *helyi önkormányzatok* szintjén biztosított népegészségügyi szolgáltatások közül az egyik legfontosabb az ingyenesen igénybe vehető anya- és gyermek-egészségügyi ellátás, beleértve a szülés előtti kötelező szűrővizsgálatokat. A 65 év fölöttiek, valamint a 65 év alatti krónikus betegségben szenvedők ingyenesen részesülhetnek influenza elleni védőoltásban. Az önkormányzatok kötelesek szűrővizsgálatokat biztosítani a főbb daganatos betegségek (mellrák, méhnyakrák) esetében. Emellett illetékességi területükön felelősek a környezet-egészségügyi szolgáltatások végrehajtásáért. A Népegészségügyi Törvény 2010-es felülvizsgálata a helyi önkormányzatok számára kötelezővé tette az egészség minden szakpolitikába való belefoglalását, egészséghatás-értékelések készítését, más állami és magán szereplőkkel, NGO-kkal való együttműködést az egészségfejlesztés területén, a lakosság egészségi állapotának és az egészséget meghatározó tényezőknek a monitorozását, rendszeres egészségügyi jelentések készítését, valamint az egészségügyi egyenlőtlenségek kiküszöbölésére irányuló erőfeszítéseket. Az Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet az egészséghatás-értékeléseket a helyi önkormányzati hatóságokkal partnerségben fejlesztette ki. 2011-ben a helyi önkormányzatok egyharmada alkalmazta az egészséghatás-értékeléseket. Számos NGO is tevékenykedik Finnországban az egészségfejlesztés területén. Ezek ernyőszervezete a Finn Egészségfejlesztési Központ, melynek kb. 125 tagja van. Célja, hogy előmozdítsa a különböző hatóságok, egyetemek, szervezetek egészségfejlesztési célú tevékenységét. Számos kampányban, programban vesz részt (pl. iskolákban történő egészségfejlesztés, háztartási balesetek megelőzése, környezet-egészségügy, drogfüggőség), szakmai publikációkat, posztereket, jelentéseket készít, egészségfejlesztési magazint ad ki.

### *Folyamatban lévő népegészségügyi fejlesztési programok*

2001-ben fogadták el az *Egészség 2015* népegészségügyi programot, amely megfogalmazza a 2001-2015 közötti időszakra vonatkozó országos egészségpolitikai célkitűzéseket. A stratégia a korábbi, 1986-ban elfogadott országos finn Health for All 2000 program folytatása, melyet a WHO Health for All programja alapján alakítottak ki. A stratégia nyolc célkitűzést fogalmaz meg, melyek magukban foglalják a gyermekek, az aktív korú lakosság és az idősek egészségi állapotának fejlesztését, a fiatalok függőségi problémáinak (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) kezelését és visszaszorítását, a balesetek és erőszakos cselekmények okozta halálozások csökkentését, a munkakörülmények fejlesztését, az egészségben eltöltött életevek növelését, az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettség növelését, valamint az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését. A célkitűzések monitorozására indikátorokat határoztak meg. A program végrehajtását és monitorozását az Egészségügyi és Szociális Minisztérium, illetve a Minisztérium által kijelölt Népegészségügyi Bizottság koordinálja. A célkitűzések megvalósításában az egészségügy mellett más ágazatok, valamint a helyi önkormányzatok is aktívan részt vesznek, együttműködésüket két albizottság, a horizontális albizottság és a helyi akció albizottsága támogatja.

2008-ban fogadták el a *Szociális Jólét és Egészségügy Fejlesztésének Országos Programját (KASTE, 2008-2011)*, amely a szociális és egészségügyi szolgáltatások hosszú távú fejlesztésére, modernizációjára, innovációjára vonatkozott a 2008-2011 közötti periódusban. 2012. január 2-án a finn kormány a *2012-2015 közötti periódusra* vonatkozóan megújította a programot. A Kaste program két fő célkitűzést tartalmaz: a jólét és egészség terén tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését, valamint az egészségügyi és szociális szolgáltatások felhasználó-orientált és gazdaságilag fenntartható módon történő megszervezését. Ez utóbbi magában foglalja az ellátás-szerkezet, valamint az alapvető állami szolgáltatások reformját, az egészségügyi és szociális szférában az információs rendszerek fejlesztését. Megerősíti az Egészség 2015 program prioritásait: a hátrányos helyzetű csoportok, a gyermekek, a fiatalok, a gyermekes családok, az idősek ellátásának fejlesztésére, valamint a munkahelyi egészség előmozdítására koncentrál. A Kaste program megvalósításában a helyi önkormányzatok, az önkormányzatok közös testületei, NGO-k, magáncégek, egyházközösségek, oktatási, valamint K+F intézmények együttesen koordinálják. A program stratégiai menedzsmentjéért a Minisztérium a felelős.

Az Egészségügyi és Szociális Minisztérium 2010 decemberében publikálta a *Társadalmilag Fenntartható Finnország 2020 – a Szociális és Egészségügyi Politika Stratégiája* című programot, amely az előbbi két programhoz hasonlóan az egészség és jólét minden szakpolitikában való figyelembevételére, az egyenlőtlenségek csökkentésére, az egészséges és biztonságos környezet megteremtésére, a munkahelyi jólétre, a felhasználó-orientált és fenntartható szolgáltatások kialakítására fókuszál.

A finn Egészségügyi Minisztérium *2013-ban országos stratégiát adott ki a lakosság fizikai aktivitásának előmozdítására*. Megfogalmazta az ülőhelyzetben eltöltött idő csökkentését, a fizikai aktivitás növelését, az egészségfejlesztés, prevenció, kezelés és rehabilitáció során a fizikai aktivitás előtérbe helyezését és a mozgás szerepének megerősítését a finn társadalomban.

#### *Dohányzásra és alkoholfogyasztásra irányuló politika*

A dohányzás visszaszorításához a dohánytermékekre kivetett adó növelése, a leszokásra ösztönző kampányok, valamint a dohányzás korlátozására vonatkozó törvények jelentősen hozzájárultak. Finnország az 1970-es évek óta vezet be dohányzásra vonatkozó törvényeket. 1995-ben dohányzási tilalmat vezettek be a munkahelyeken, 1999-től pedig korlátozásokat vezettek be az éttermekben történő dohányzásra. A Dohánytörvény 2006-os módosítása értelmében a bárókban és éttermekben a dohányzás csak elkülönített, szellőzést biztosító szobákban lehetséges, ahol ételt és italt nem szolgálnak fel. A kisebb pubokban 2007 júliusától, a nagyobb pubokban és éttermekben 2009 júliusától kellett bevezetni az új rendelkezéseket. Tilos a dohánytermékek marketingje, továbbá a 18 év alattiak számára történő értékesítése.

Finnországban a magasabb alkoholtartalmú szeszes italok és borok értékesítésével egy állami monopólium (Alko Oy) foglalkozik (a sör és alacsonyabb alkoholtartalmú italok, pl. almabor értékesítése széles körben, boltokban és kioszkokban történik), ami megkönnyíti a szeszes italok árának és értékesítésének szabályozását. A magas alkoholtartalmú italok marketingje tilos. Az alkoholpolitika 2004-2008 közötti szakasza a népegészségügy rossz példái közé tartozik. 2004-ben gazdasági szempontokra hivatkozva csökkentették a szeszes italokra kivetett adót. Az okok között döntő szerepet játszott, hogy a szomszédos Észtország EU-tagdá válása megkönnyítette az alkoholtermékek importját, és mivel a szeszes italok ára Észtországban alacsony volt, tartottak az alkoholimport jelentős növekedésétől. Átlagosan 33 százalékkal csökkentették a szeszes italokra kivetett adót az importnövekedés elkerülése érdekében. Az intézkedéssel a hazai értékesítés korábbi szinten tartását,

az Alko Oy profitveszteségének csökkentését, valamint a lakossági sörértékesítési üzletág védelmét célozták. Az adócsökkentés – ezáltal a szeszes italok árának csökkentése – azonban hozzájárult a fogyasztás növekedéséhez. Nőtt az alkohollal összefüggő halálozások aránya, az alkohollal kapcsolatos megbetegedések és alkoholmérgezések a leggyakoribb halállokká váltak a munkaképes férfiak és nők esetében. A megnövekedett alkoholfogyasztás hozzájárult az elveszített munkaórák növekedéséhez, valamint a családok szociális problémáinak növekedéséhez. A problémák a hátrányos helyzetű társadalmi rétegekben nagyobb arányban jelentkeztek. A kedvezőtlen jelenségek hatására 2008-tól ismét növelték a szeszes italokra kivetett adót.

## Alapellátás

A törvény értelmében minden önkormányzatnak rendelkeznie kell egy egészségügyi központtal, vagy több önkormányzat közösen hoz létre egészségügyi központot, amely gondoskodik az alapellátásba tartozó szolgáltatások ellátásáról. Egy 2007-es törvényi rendelkezés értelmében legalább 20 ezer lakos kell, hogy tartozzon egy egészségügyi központhoz. Jelenleg 161 egészségügyi központ működik Finnországban.

A legtöbb egészségügyi központ rendelkezik ágyakkal is a fekvőbetegek számára. Az egészségügyi központok általában jól felszereltek a személyzetet és a technológiát illetően is. A központokban az orvosok és nővérek rendelőin kívül röntgenek, laboratóriumok, kisebb sebészeti beavatkozásra alkalmas lehetőségek, endoszkópos vizsgálatra szolgáló berendezések, EKG és ultrahang is található. A személyzet különféle szakmákból kerül ki: háziorvosok, nővérek, közegészségügyi nővérek, szülészek, szociális munkások, fizioterapeuták, pszichológusok. Egy egészségügyi központban dolgozó háziorvosra általában 1500-2000 lakos jut.

A személyi orvos rendszerét 1986-ban vezették be, az önkormányzatok a bevezetésről maguk dönthettek. A hagyományos rendszerben az egészségügyi központban dolgozó bármely orvossal időpontot lehetett egyeztetni. A személyi orvosi rendszerben a személyt vagy családot az egészségügyi központban dolgozó meghatározott orvoshoz osztják be, rendszerint a lakóhely alapján. 2008-ban az egészségügyi központokban dolgozó orvosok mintegy fele tartozott a személyi orvosi rendszerhez. Az orvosok úgy szervezik rendelésüket, hogy a listájukon szereplő pácienseknek 3 napon belül időpontot tudjanak adni.

A szabad orvosválasztás a gyakorlatban sokáig meglehetősen korlátozott volt: a betegek csak a saját önkormányzati területükön működő egészségügyi központot választhatták, kivéve a sürgősségi eseteket. A 2011. május 1-én hatályba lépett új Egészségügyi Törvény értelmében a beteg évente egyszer megváltoztathatja kezelése helyét az állandó lakóhelye szerinti településen belül vagy az ún. együttműködési területen belül, amelyet a szomszédos kórházi körzetek alkotnak. A betegnek az első vizit előtt legalább három héttel értesítenie kell az új egészségügyi központot az egészségügyi ellátás igénybevételének igényéről (és a régi egészségügyi központot is tájékoztatnia kell). Ez esetben az állandó lakóhelye szerinti egészségügyi központnak ellátási tervet kell kidolgoznia. Az együttműködési területen belül a szakellátó egészségügyi központot is meg lehet választani, de ezzel kapcsolatban a betegnek konzultálnia kell azzal az orvossal, aki a beutalót adja. (A rendelkezések a nem sürgős esetekre vonatkoznak, sürgősségi ellátást továbbra is bármelyik egészségügyi központban igénybe lehet venni.)

2015-től a választási lehetőségeket várhatóan tovább bővítik: a beteg jogosult lesz arra, hogy az ország területén található bármely egészségügyi központot vagy szakellátó egészségügyi intézményt kiválassza kezelése helyszínéül.

Az önkormányzati egészségügyi ellátás alternatívjaként foglalkozás-egészségügyi ellátás vehető igénybe. A foglalkozás-egészségügyre vonatkozó törvényhozás minden munkáltatót kötelez arra, hogy preventív foglalkozás-egészségügyi ellátást biztosítson munkavállalóinak. A kötelező preventív foglalkozás-egészségügyi ellátás részeként számos nagy és közepes vállalat gyógyító járóbeteg-ellátást is biztosít (a járóbeteg-vizitek kb. 13 százalékát szolgáltatja a foglalkozás-egészségügyi ellátás). Az Országos Társadalombiztosítás a foglalkozás-egészségügyi költségek mintegy 60 százalékát visszatéríti a munkaadónak. A foglalkozás-egészségügyi ellátás igénybevétele a munkavállalók számára ingyenes.

### **Járó- és fekvőbeteg szakellátás**

A helyi önkormányzatok felelősek a szakellátás megszervezéséért is. E célból a helyi önkormányzatok kórházi körzetekbe tömörülnek, melyeket közös önkormányzati testület irányít. (összesen 21 kórházi körzet van Finnországban.) Mindegyik helyi önkormányzatnak kötelezően csatlakoznia kell valamely kórházi körzethez. A kórházi körzetekhez változó számú (6-58) önkormányzat csatlakozik, a körzeteket a tagönkormányzatok menedzselik és finanszírozzák. A legnagyobb kórházi körzet lakosainak száma 1,4 millió, a legkisebbé pedig 65 ezer. Minden körzetnek van egy központi kórháza, és egyes körzetekben egy kisebb helyi kórház is működik, amelyek biztosítják a járó- és fekvőbeteg-ellátást a területükön élő lakosság számára. A központi kórházak közül 5 egyetemi klinika, amelyek a szakorvosi ellátás nagyobb igényeket támogató formáit is biztosítják. Az egyetemi kórházak oktatási és kutatási tevékenységét a központi kormány támogatja. Összesen mintegy 70 állami kórház működik Finnországban.

Az orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók a kórházi körzetek alkalmazottjai.

A kórházi körzetek járóbeteg-szakellátást is nyújtanak. Elterjedőben van az egynapos sebészet. A betegek jelenleg nem választhatnak a kórházak között, de 2015-től várhatóan erre lehetőségük lesz. Az egészségügyi központok általában irányelvekkel rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy milyen diagnózissal hova kell utalniuk a betegeket. Az alap- és a szakellátás nem tökéletesen koordinált, az egészségügyi központok nem mindig kapnak információt arra vonatkozóan, hogy az általuk beutalt betegek milyen ellátásban részesültek. Általános célkitűzés, hogy az ellátást ellátási koordinátor szervezze, egy személyi orvos, aki teljes rálátással rendelkezik az ellátásra, és felelősséget tud viselni a betegért akkor is, amikor a beteget az egészségügyi ellátás különböző szintjein kezelik. A tervezett elektronikus betegrekord-rendszer segíthet ennek elérésében, de a helyi és regionális szintek is számos intézkedést hoznak az alapellátás és szakellátás koordinációjának javítására.

A kórházi ellátásnak csak néhány százalékát biztosítják a magánkórházak. A magán-kórházválasztás szempontjai között szerepel a rövidebb várólista, az orvosválasztás lehetősége, és az a remény, hogy ott jobb ellátásban részesülnek a betegek. A magánkórházakba nem szükséges beutaló, és a kezelés egy részét a társadalombiztosítás visszatéríti. Bár néhány önkormányzat és kórházi szektor is vásárol magánszolgáltatásokat magánkórházaktól, ez a gyakorlat nem elterjedt. A magánkórházi ellátásnál nagyobb arányban veszi igénybe a lakosság a magán járóbeteg szakellátást. A leggyakrabban látogatott magánrendelések a nőgyógyászat és a szemészet.

2011-ben a kórházi ágyak száma 1000 főre 5,5, ebből 96 százalék állami tulajdonban, 3 százalék magántulajdonban működött. A kórházi ágyak száma az utóbbi években csökkent. A kórházi tartózkodás időtartamában szintén csökkenés figyelhető meg, ezzel párhuzamosan az egynapos ellátások aránya növekedett. (OECD Health Data 2013)

Az elmúlt két évtizedben jelentősen nőtt a diagnosztikai technológiákhoz való hozzáférés. 2011-ben az MRI vizsgálatok száma 1 millió főre 20,2 volt (vö.: OECD-átlag 13,3), a CT-vizsgálatok száma pedig 1 millió főre 21,3 (vö.: OECD-átlag: 23,2). (OECD Health Data 2013)

A kormányzat ajánlásait követően a kórházi szolgáltatóknak csökken a száma és növekvő a mérete. Az utóbbi évtizedben számos helyi reform irányult a vertikális integrációra, a szolgáltatások egy szervezetbe foglalására. A reformok célja az alap-, a járóbeteg és a fekvőbeteg ellátás, valamint a szociális-jóléti szolgáltatások együttműködésének javítása.

2005-ben a kormány klinikai irányelveket vezetett be a kezelések széles körére vonatkozóan, amellyel az volt a célja, hogy növelje a konvergenciát Finnországban az elektív sebészeti eljárásokat illetően. Bevezette a maximális várakozási időre vonatkozó célkitűzést is a nem sürgős vizsgálatokra és kezelésekre az egészségügyi központokban és kórházakban. A kórházi körzeteknek bírságot kell fizetniük, amennyiben nem sikerül teljesíteniük a várakozási időre (6 hónap) vonatkozó célkitűzéseket. Ezek az intézkedések minden bizonnyal hozzájárultak ahhoz, hogy az utóbbi években csökkent a kórházi felvételre 6 hónapon túl várakozó betegek száma. 2008-ban 10 ezer lakosra 4,3 volt azon betegek száma, akik 6 hónapnál hosszabb ideig várokztak, 2011-re pedig 2,2-re csökkent. Ugyanakkor továbbra is jelentős regionális eltérések vannak a várakozási időkben. (THL, 2013)

## Gyógyszerek

Finnországban a piacra lépést megelőzően minden gyógyszert és gyógyászati terméket engedélyeztetni kell. A gyógyszerek piacra jutásának, a gyógyszertárak működtetésének engedélyezése az Egészségügyi és Szociális Minisztériumnak alárendelt Gyógyszerügynökség (FIMEA) hatáskörébe tartozik. A FIMEA értékeli a gyógyszerek és gyógyászati termékek hatékonyságát és biztonságosságát, valamint ellátja a gyógyszer-felügyeleti tevékenységet.

A gyógyszerek árusítása a gyógyszertárak kizárólagos joga. Ez a rendelkezés a receptköteles, valamint a vény nélkül is kapható gyógyszerekre egyaránt vonatkozik. Amennyiben egy adott településen nincs lehetőség gyógyszertár üzemeltetésre, gyógyszertári pultot lehet létrehozni (ahol vényköteles gyógyszerek kiváltása és vénymentes gyógyszerek vásárlása egyaránt lehetséges). Összesen mintegy 800 gyógyszertár, ill. gyógyszertári pult működik Finnországban. A gyógyszertárak magántulajdonban vannak, és online is értékesítenek gyógyszereket.

A kórházak és egészségügyi központok saját gyógyszertárral rendelkeznek a kezelt betegek ellátására, de ezek a betegek részére közvetlenül nem adhatnak el gyógyszert.

Az Elektronikus Gyógyszerfelírásra vonatkozó Törvény 2007-ben lépett életbe. 2013. április 1-től minden állami egészségügyi szolgáltató és gyógyszertár alkalmazza az elektronikus recepteket. A magán egészségügyi szolgáltatóknak 2014 áprilisától kötelező alkalmazniuk. Az orvosok által felírt recepteket egy országos receptközpontban tárolják, melyet a KELA működtet. Az orvosok és nővérek a receptközpontban tárolt információkhoz a beteg beleegyezésével hozzáférhetnek, és tájékozódhatnak a beteg számára felírt gyógyszerekről. A rendszerben a betegek is hozzáférhetnek online saját e-receptjeikhez.

Habár a '90-es években a gyógyszerköltségek évente mintegy 10 százalékkal növekedtek – elsősorban az új, drága gyógyszerek megjelenése miatt –, a gyógyszerfelírás továbbra is mérsékelt maradt. 1997 óta számos intézkedést hoztak, hogy megfékezzék a növekvő költségeket, így például elindítottak egy programot az orvosok gyógyszerfelírási gyakorlatának megváltoztatására. 2003-ban bevezették az általános helyettesítést, a gyógyszertáraknak fel kell ajánlani a lehető legalacsonyabb árú gyógyszert



alternatívaként, mely ugyanazokat a hatóanyagokat ugyanolyan összetételben tartalmazza, mint a felírt gyógyszer. A beteg így szabadon választhatja az olcsóbb alternatívát.

Finnország 2009 áprilisában vezette be a referencia-árazás rendszerét a gyógyszerpiacon. A referenciaár-rendszer számos referenciaár-csoportot magában foglal. Minden csoport egymással helyettesíthető gyógyszerekből áll. A gyógyszercégek negyedévente árjelentést tesznek az Egészségügyi és Szociális Minisztérium alá tartozó Gyógyszerárazási Testületnek (HILA), amely megerősíti a referenciaár-csoportot és minden gyógyszer referenciaárát. A referenciaárát a referenciacsoportba tartozó legolcsóbb alternatíva alapján kalkulálják. Amennyiben a referenciacsoportba tartozó legolcsóbb gyógyszer ára kevesebb, mint 40 euró, a referenciaár a legolcsóbb termék ára plusz 1,50 euró. Ha a referenciacsoportba tartozó legolcsóbb gyógyszer ára 40 euró fölötti, akkor a referenciaár a legolcsóbb gyógyszer ára plusz 2 euró. Amennyiben a referenciacsoportba tartozó gyógyszer ára magasabb, mint a referenciaár, a támogatást a referenciaár alapján kalkulálják. (KELA)

Egy új kormányzati rendelet a gyógyszerek fix díjaira vonatkozóan változásokat fog hozni a vényköteles gyógyszerek kiskereskedelmi árának számításában. Az új rendszerben a drágább gyógyszerek ára várhatóan csökkenni, míg a legolcsóbb gyógyszerek ára növekedni fog. (KELA)

Finnországban 2010 júliusában léptek életbe azok a törvényi módosítások, amelyek lehetővé teszik, hogy az ápolónők is felírassanak bizonyos gyógyszereket gondozóotthonban kezelt betegek számára. Ennek feltétele, hogy a nővérek alkalmazásban álljanak az adott egészségügyi központnál, teljesítsék az előírt továbbképzés követelményeit, és rendelkezzenek a beteg kezelőorvosától származó felhatalmazással. A korlátozott gyógyszerfelírási jog csupán előre meghatározott kórképek kezelésére vonatkozik.

A tervezett szabályozások értelmében a Finnországban az EU-s szabályozásoknak megfelelően felírt receptek az EU bármely más tagországában is kiválthatóak lesznek. Azoknak a betegeknek, akik más EU-tagországban akarják kiváltani a receptet, meg kell kérniük a kezelőorvosukat, hogy európai vényt állítson ki. A KELA támogatást biztosít azokra a külföldön kiváltott gyógyszerekre, amelyek Finnországban támogatottak.

## **Egészségügyi dolgozók**

Az egészségügyi dolgozók munkáját az Egészségügyi Dolgozók Törvénye szabályozza. A törvény célja, hogy elősegítse a betegek biztonságát, valamint az egészségügyi szolgáltatások magas színvonalát azáltal, hogy az egészségügyi dolgozók számára biztosítja a megfelelő képzést.

Az orvosok többsége az önkormányzatoknál vagy kórházi körzetekben dolgozik. Az egészségügyi központokban és a kórházi körzetekben dolgozó orvosok rendszerint az önkormányzatok fizetett alkalmazottai. A Helyi Önkormányzat Munkaadóinak Bizottsága, valamint a szakszervezetek önállóan tárgyalnak az egészségügyi dolgozók kereseteiről.

Az utóbbi években a magán egészségügyi és szociális ellátásban dolgozó szakemberek száma gyorsabban növekedett, mint az ugyanezen a területen állami szférában dolgozók száma, de a dolgozók háromnegyede továbbra is az állami szektorban tevékenykedik.

Az 1990-es évek vége óta számottevő orvoshiány van Finnországban, amely jelentős hatással van az egészségügyi rendszerre is. A helyzet javítása érdekében az orvostanhallgatók felvételi keretszámát jelentősen megnövelték.

2012-ben 21 106 orvos és 72 483 nővér volt Finnországban. 2012-ben 1 orvosra 257 lakos jutott. 2011-ben az orvosok 1000 főre vetített száma 3,3 (OECD-átlag: 3,2), a nővéreké 10,3 (OECD-átlag:8,7). (Statistics Finland, OECD Health Data 2013)

## e-Egészségügy

A finn kormány 2002-ben döntött az elektronikus betegrekordok országos szintű, 2007-végéig történő bevezetéséről, amit a Betegadattár (e-Archívum) létrehozásáról szóló 2006-os parlamenti döntés erősített meg. Korábban minden szolgáltatónak saját betegrekord rendszere volt, és ezek a rendszerek általában nem voltak interoperábilisak. 2004-ben megkezdődött az elektronikus betegrekord rendszerek minimális adatállományának kidolgozása, ami a következő elemeket foglalja magába: a betegazonosításra vonatkozó információ, klinikai adatok (diagnózisok, vizsgálatok, kezelések, gyógyszeresek, ápolási adatok, fiziológiai mérések stb.), egészségügyi kockázati és egyéb adatok, mint pl. kezelésbe vagy szervadományozásba való beleegyezés/elutasítás. 2009 őszéig a minimális adatállományt speciális klinikai területekre vonatkozóan továbbfejlesztették (sürgősségi ellátás, foglalkozás-egészségügy, fogászati egészség, légzőszervi megbetegedések, pszichiátria, diabétesz, keringési betegségek, anya- és gyermek ellátás).

Az Országos Egészségügyi Információs Archivumba (KanTa) az e-Archívumon (Betegadattár) kívül csatlakozik az e-Recept, a Gyógyszeradatbázis, valamint az állampolgárok saját betegadataikhoz való online hozzáférési portálja (My Health Information) is. A Finn Társadalombiztosító Intézet (KELA) feladata az e-Recept, a Betegadattár és a My Health Information kialakítása. 2011. január 1-től az Egészségügyi és Szociális Minisztérium felelős az egészségügyi és szociális ellátáshoz kapcsolódó elektronikus adatmenedzsment stratégiai irányításáért, valamint a fontosabb projektek végrehajtásáért. Az operatív menedzsment irányítója az Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet, amely a Kanta kódállományáért, valamint az adatrendszerek telepítésének előmozdításáért és támogatásáért is felelős.

A rendszer bevezetésére több lépcsőben, 2010-2016 folyamán kerül sor. 2011. május 1. óta az egy kórházi körzetben található kórházak és egészségügyi központok elektronikus betegregiszterei és archív betegrekordjai egy közös regisztert képeznek.

A gyógyszertárak és állami szolgáltatók már bevezették az e-receptet, a magán szektornak pedig 2014 áprilisáig kell csatlakoznia. A Betegadattár bevezetésének határideje az állami szolgáltatók esetében 2014. szeptember 1-je, a magán szolgáltatók esetében 2015. szeptember 1-je. A magán szolgáltatóknak csak abban az esetben kell csatlakozniuk a Betegadattárhoz, ha elektronikus rendszerrel rendelkeznek a betegrekordok tárolására. Az elektronikus receptek egy, a KELA által ellenőrzött központi adatbázisba, a Receptközpontba kerülnek.

A finn állampolgárok a KanTa már jelenleg is működő My Health Information portálján keresztül férhetnek hozzá a Receptközpontban és a Betegadattárban tárolt adataikhoz. A My Health Information rendszerbe online banki azonosítójukkal, elektronikus személyazonosító kártyájukkal (HST kártya), vagy (mobiltelefonról való használat esetén) mobil tanúsítvánnyal léphetnek be. A számukra felírt e-receptekről egy összefoglalót is kinyomtathatnak. Nemrég vezették be azt a szolgáltatást, hogy a betegek a gyógyszertáron keresztül meg is újíthatják a számukra felírt receptet. Az elektronikus receptekre és a gyógyszertárban kiváltott gyógyszerekre vonatkozóan a gyógyszerfelírás dátumától számított 2 és fél évig elérhető információk (ezt követően a Receptarchívumba kerülnek). A betegek megtekinthetik a gyógyszerfelírásra vonatkozó részleteket is (pl. a recept érvényességét). Megnézhetik, hogy mely egészségügyi intézmény, ill. gyógyszertár fért hozzá adataikhoz. A betegek jogosultak arra,

hogyan megtagadják a hozzáférést a Receptközpontban tárolt adataikhoz. Az állampolgár a saját betegadatait csak 18. életévének betöltése után tekintheti meg, de a rendszer a korábbi adatait is tárolja. A jelenlegi törvények értelmében a szülők nem nézhetik meg kiskorú gyermekeik adatait a My Health Information rendszerben, egy összefoglalót kérhetnek a kiskorú gyermekeik számára elektronikusan felírt gyógyszerekről a gyógyszerárban vagy az egészségügyi szolgáltatótól. (A betegek továbbra is igényelhetnek papíralapú receptet, amennyiben nem akarják igénybe venni az elektronikus receptet.)

Miután a beteg számára felírt vények bekerültek a Receptközpontba, a kezelőorvos a beteg beleegyezésével jogosult a teljes gyógyszerkezelés megtekintésére. A beteg kérésére a gyógyszerész is ellenőrizheti a beteg gyógyszerelését. A beteg beleegyezésével a kezelésben résztvevő nővér is hozzáférhet a beteg gyógyszerelési adataihoz.

Az egészségügyi szakemberek egészségügyi szakmai kártyájuk segítségével férhetnek hozzá a betegadat rendszerekhez. A kezelési kapcsolat is igazolható elektronikus úton. Minden, az egészségügyi rendszer és a Betegadattár között lezajló transzfer titkosított. A betegrekordhoz történő minden hozzáférés utólag ellenőrizhető.

Az elektronikus receptek teljes bevezetését követően minden egészségügyi intézmény és gyógyszerár a Gyógyszeradatbázis információit fogja alkalmazni. A Gyógyszeradatbázisban minden szükséges információ megtalálható a gyógyszer felírására és adagolására, árára, támogatási jogosultságára, valamint más készítményekkel való helyettesíthetőségére vonatkozóan.

A Receptarchívumban szereplő e-recepteket az egészségügyi intézmények és gyógyszerárak már nem használhatják. Ezek az információk monitorozás és ellenőrzés, gyógyszerbiztonsági intézkedések, gyógyszerátogatási döntések, valamint kutatás céljából használhatók fel, pl. a következő intézmények által: Valvira, Regionális Adminisztratív Ügynökségek, Finn Gyógyszerügynökség, KELA, Gyógyszerterápiás Fejlesztési Központ.

A kormány fedezi a Kanta adatrendszer szolgáltatásai létrehozásának költségeit, valamint a működési költségeket.

Az Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet (THL) felelős az egészségügyi statisztikákért, pl. az egészségügyi és szociális ellátásra, alkohol- és drogfogyasztásra, szociális védelemre és egészségügyi kiadásokra vonatkozóan. Ellátja az egészségügyi adatok regisztrációjának, elemzésének, közzétételének feladatát, és együttműködik e téren nemzetközi szervezetekkel (pl. WHO-val). Finnországban számos különböző egészségügyi regiszter működik, a legrégebbi a rákregiszter. A kórházi elbocsátások regisztere a HILMO, az alapellátási viziteket pedig az AvoHILMO regisztrálja.

Az e-receptek határon átnyúló transzferének tesztelésére az epSOS keretében Finnország – Svédországgal együtt – Tornedal térségében indított 2014 júliusáig tartó kísérleti projektet. Az első fázisban a finn betegek kiválthatják a számukra felírt e-receptet a kísérleti projektben résztvevő valamely svéd gyógyszerárban. A második fázisban a svéd betegek válthatják ki elektronikus receptjeiket a projektben résztvevő finn patikákban. A gyakorlatban a finn elektronikus receptinformációkat a Kela Receptközpontja és az epSOS kapcsolattartó pontja továbbítja a svéd gyógyszeráraknak. Amikor a beteg kiváltja a gyógyszert, a svéd gyógyszerár továbbítja az információt a finn Receptközpontnak.

A kormányzat egyik kulcsfontosságú programja a 2015-ig tartó SAdE program, amelynek célja, hogy elősegítse az állami szektor szolgáltatásainak költséghatékonyabbá és könnyebben hozzáférhetővé tételét a hatóságok, állampolgárok, vállalkozások és szervezetek számára. A program hét projektből

áll, melyek hét különböző terület fejlesztésére fókuszálnak. Az egészségügyi és szociális területen olyan online szolgáltatások kifejlesztése a cél, amelyek elősegítik az állampolgárok számára saját egészségi állapotuk és jóllétük monitorozását. Az online szolgáltatások alkalmazásával az állampolgárok saját maguk értékelhetik, hogy szükségük van-e szakember segítségére, összehasonlíthatják az elérhető egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, jelentkezhetnek a megfelelő ellátásra, és erről visszajelzést is kapnak. A gyermekek és fiatalok esetében pl. a gyermekkori elhízás megelőzésére, a fizikai aktivitás előmozdítására, a számítógépes játékok túlzott használatára fókuszálnának a szolgáltatások, az idősebb korosztály esetében pedig a memóriazavarokra, esésekre stb. A beteg elektronikusan kommunikálhat a szolgáltatóval. Az online szolgáltatások támogatják az öngyógyítást, hatékonyabbá és elérhetőbbé teszik az orvosi kezelést, és elősegítik a szolgáltatók számára működési hatékonyságuk fejlesztését.

## Egészségügyi reformok

A finn egészségügyi rendszer egyik fő problémáját az egészségügyi ellátás minőségében és elérhetőségében tapasztalható területi egyenlőtlenségek képezik, melynek egyik fő oka az egészségügyi rendszer túlzott fragmentáltsága. A finn helyi önkormányzatok háromnegyedének lakosság száma 10 ezer fő alatti. A kis létszámú helyi önkormányzatok és kórházi körzetek számára egyre nehezebb a rájuk ruházott feladatok ellátása. A lakosság elöregedése és az aktív korú lakosság arányának csökkenése következtében a helyi önkormányzatok egyre nehezebben tudják finanszírozni a szolgáltatásokat. Számos helyi fejlesztési projekt és kísérlet van folyamatban az önkormányzati szolgáltatásokra vonatkozóan (pl. az együttműködés szorosabbá tétele az önkormányzatok között, az alapellátó és járóbeteg-ellátó szolgáltatások között, valamint az önkormányzatok és a magánszektor között). Ugyanakkor ezeket a kezdeményezéseket országos szinten nem elég erőteljesen koordinálják, ami tovább növelheti a régiók között az ellátásszerkezetben megmutató különbségeket. Az utóbbi időben vannak arra utaló jelek, hogy a decentralizációs trend kissé megfordul, az országos szintű irányítás pedig növekszik.

2010 tavaszán törvényjavaslatot fogadtak el az egészségügyi szolgáltatások újjászervezéséről, amelynek első fázisa 2011. május 1-től lépett életbe. Az Egészségügyi Törvény az egészségügyi szolgáltatások jobb elérhetőségét, az ellátás helyszínének szabadabb megválasztását és az ellátás színvonalának és biztonságosságának szem előtt tartását tűzte ki célul.

A törvény értelmében 2011. május 1. óta a betegek állandó lakóhelyükön kívül egy másik településen is igénybe vehetnek egészségügyi szolgáltatásokat, amennyiben rendszeresen vagy hosszú távon egy másik településen tartózkodnak (pl. munka, tanulás, közeli rokon, vagy hasonló okokból kifolyólag).

2015-től várhatóan tovább bővítik a választási lehetőségeket: a beteg jogosult lesz arra, hogy az ország területén található bármely egészségügyi központot vagy szakellátó egészségügyi intézményt kiválassza kezelése helyszínéül.

Jelenleg folyamatban van a helyi önkormányzatok reformjának előkészítése, amely az egészségügyi ellátórendszer és szociális jóléti rendszer struktúráját is jelentősen érinteni fogja. Az új rendszerben az egészségügyi és szociális ellátás megszervezése elsősorban az önkormányzatokból álló ún. SOTE régiók (szociális, jóléti és egészségügyi), illetve bizonyos tekintetben az alapellátási területek feladata lesz. A SOTE régiók lesznek felelősek az önkormányzatok minden kötelező egészségügyi és szociális feladatának ellátásáért. A 20-50 ezer közötti lakosságszámmal rendelkező helyi önkormányzatok *alapellátási területeket* alkotnak, amelyek megszervezik lakosaik számára az egészségügyi

központokban nyújtott alapellátáshoz tartozó szolgáltatásokat, valamint a szociális ellátást. A szakellátás megszervezése a mintegy 34 SOTE régió feladata lesz. A SOTE régiók tehát elsősorban a jelenlegi kórházi körzetek feladatkörét vennék át, melyek 2016 végétől megszűnnek. A 20 ezer lakos alatti lakosságszámú helyi önkormányzatok számára vagy a SOTE régió, vagy valamely alapellátási terület biztosítaná a szolgáltatásokat. A SOTE régiók és az alapellátási körzetek között együttműködési struktúrákat kell kialakítani, hogy az ellátási láncok megfelelően működjenek.

A SOTE régiók kétfajta szervezési elv alapján fognak működni: az „alapellátási felelősséggel rendelkező önkormányzat” modellje alapján (a helyi önkormányzatok közösen megegyeznek arról, hogy egy önkormányzat lesz felelős az egészségügyi és szociális ellátások megszervezéséért, a többi önkormányzat segítségével), vagy a régiót alkotó önkormányzatok által létrehozott közös önkormányzati hatóság felelőssége lesz az egészségügyi és szociális szolgáltatások megszervezése.

A SOTE régiók és alapellátási körzetek tevékenységét öt *speciális ellátási terület* fogja koordinálni, melyek a fejlett technológiát igénylő, költséges szakellátásokat biztosító öt egyetemi kórház köré szerveződnenek. Feladatuk elsősorban azokra a területekre terjed ki, amelyek a SOTE régiók között szorosabb együttműködést igényelnek (sürgősségi ellátás, nagyobb igényeket támaztó szociális ellátások, ill. egészségügyi szakellátások), valamint a kutatás-fejlesztési és oktatási tevékenység koordinálására.

A helyi önkormányzatok továbbra is részt vesznek az ellátás finanszírozásában. Az alapellátási területek és a SOTE régiók költségeit fejkvóta modell alkalmazásával, azaz lakosságszám alapján (a lakosság korszerkezete és morbiditása szerinti súlyozással) osztják meg az egyes helyi önkormányzatok között. Ezáltal a kifizetések a lakosság szükségletei szerint alakulnának. Az alapellátási körzetekben a biztosított szolgáltatásokat teljesítmény alapon finanszíroznák. A központi kormányzat továbbra is biztosítana transzfereket a helyi önkormányzatoknak (pl. egészségfejlesztés finanszírozására).

Az Egészségügyi és Szociális Minisztérium számára a kijelölt bizottság 2013. december 19-én nyújtotta be az ellátórendszer szerkezeti reformjára vonatkozó törvényjavaslatot. A Minisztérium 2014. január elején megküldte a javaslatot a helyi önkormányzatoknak, amelyek 2014. március 13-ig véleményezhetik a tervezetet. 2014 márciusában az egészségügyi miniszter mind a hat régióban vitanapot tart a reformokról. A törvényjavaslatról várhatóan 2014 tavaszán fog szavazni a Parlament, és várhatóan 2015 elején léphet hatályba. A törvényjavaslat elfogadását követően tárgyalhatnak a helyi önkormányzatok a SOTE régiókba történő szerveződésről, amelyek legkésőbb 2017 elején kezdenék meg működésüket. (Egészségügyi és Szociális Minisztérium)

2014. január 1-től lépett hatályba a határon átnyúló ellátásra vonatkozó törvény, melynek elsődleges célja a Határon Átívelő Ellátásra vonatkozó Irányelv (2011/24/EU) végrehajtása. Ennek értelmében a külföldön igénybe vett kezelések költségeit - ha a beteg kimondottan orvosi kezelés igénybevétele céljából utazott külföldre, vagy a külföldi utazás során felmerülő egészségügyi probléma miatt volt szükség orvosi kezelésre - csak azon szolgáltatások esetében és csak olyan mértékig térítik, amelyekre vonatkozóan a finn Társadalombiztosító Intézet, a KELA a finn állami egészségügyi ellátás keretében támogatást nyújt. Mindkét esetben a betegnek kell fizetnie a kezelés költségét a szolgáltatónak, de később visszatérítést igényelhet a KELA-nál. A betegeknek a tervezett külföldi egészségügyi ellátás esetében sem kell előzetes engedélyt kérnie, ha az EU, ill. az Európai Gazdasági Térség valamely tagországában vagy Svájcban akarja kezeltetni magát. A KELA 2014. január 1-től Országos Kapcsolattartó Pontot működtet, melynek fő feladata a polgárok határon átnyúló ellátási lehetőségekről való tájékoztatása.

## Irodalomjegyzék

- A finn Egészségügyi és Szociális Minisztérium honlapja: <http://www.stm.fi/en/frontpage>
- A finn kormány honlapja: <http://valtioneuvosto.fi/etusivu/en.jsp>
- City of Helsinki: <http://www.hel.fi/hki/Terke/en/Patient+Fees>
- Doupi, P. et al: e-Health Strategies Country Brief: Finland. European Commission, 2010. október. [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland_CountryBrief_eHStrategies.pdf)
- Egészségügyi és Szociális Minisztérium: eHealth Strategy and Action Plan of Finland in a European Union Context, Peer review. Helsinki, 2013. február. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511574&name=DLFE-26860.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26860.pdf)
- Egészségügyi és Szociális Minisztérium: Socially Sustainable Finland 2020 – Strategy for social and health policy. 2010. december. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2765155&name=DLFE-15321.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15321.pdf)
- Eurostat: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural\\_indicators/indicators/economical\\_context](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/indicators/economical_context)
- Finn Foglalkozás-egészségügyi Intézet: <http://www.ttl.fi/en/Pages/default.aspx>
- Finn Gyógyszerügynökség (FIMEA): <http://www.fimea.fi/frontpage>
- Finn Társadalombiztosítási Intézet (KELA): <http://www.kela.fi/web/en>
- Health expenditure and financing 2011. THL, 2013. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110448/Tr06\\_13.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110448/Tr06_13.pdf?sequence=4)
- Leppo, K. et al: Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, THL, European Observatory on Health Systems and Policies, 2013. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26450.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26450.pdf)
- Melkas, T: Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. Scandinavian Journal of Public Health, 2013. 41 (Suppl 11): 3-28.
- National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste) [http://www.stm.fi/en/strategies\\_and\\_programmes/kaste](http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/kaste)
- OECD Health Data 2013.
- OECD Health Data 2013. How Does Finland Compare. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-FINLAND-2013.pdf>
- Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet (THL): [http://www.thl.fi/en\\_US/web/en](http://www.thl.fi/en_US/web/en)
- Országos Egészségügyi Információs Archívum - KanTa: <http://www.kanta.fi/en/>
- Országos Jóléti és Egészségügyi Felügyeleti Hatóság (Valvira): <http://www.valvira.fi/en/>
- Pénzügyminisztérium: <http://www.vm.fi/>

- 
- Pénzügyminisztérium: SADe programme. Action Programme on eServices and eDemocracy, 2013. [https://www.vm.fi/vm/en/04\\_publications\\_and\\_documents/03\\_documents/Esite\\_englanti\\_20130626.pdf](https://www.vm.fi/vm/en/04_publications_and_documents/03_documents/Esite_englanti_20130626.pdf)
  - Regionális Adminisztratív Ügynökségek: <http://www.avi.fi/en/web/avi-en/#.UwSg-vl5OfY>
  - Sarlio-Lähteenkorva, S.: Finnish experience in the reduction of diet-related NCD's. Egészségügyi és Szociális Minisztérium, 2013. június 27. [http://www.who.int/nutrition/topics/Sirpa\\_presentation27June13.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/Sirpa_presentation27June13.pdf)
  - Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2012. THL, 2013. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104371/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202012\\_verkkoversio\\_korj%20%20%20.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104371/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202012_verkkoversio_korj%20%20%20.pdf?sequence=1)
  - Statistics Finland: [http://www.stat.fi/index\\_en.html](http://www.stat.fi/index_en.html)
  - WHO- European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition (HiT) Finland, 2008. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/80692/E91937.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf)
  - WHO-HFA Database 2013.

A weboldalak elérhetősége 2014. február 19-20. között ellenőrzött.

Budapest, 2014. február.