

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SVÉDORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. március

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	5
Egészségügyi szolgáltatások	7
Egészségügyi dolgozók	11
Minőségügy	12
e-egészségügy	14
Egészségügyi reformok	15
Források	17

Gazdasági-politikai háttér

Svédország jóléti modellje stabilan növekvő versenyképes gazdasággal, fegyelmezett költségvetési politikával, magas munkaerő-piaci részvétellel, magas újraelosztással és nagyon alacsony szegénységi rátával jellemezhető. 2011-ben az egy főre jutó GDP 57 114 amerikai dollár volt vásárlóerő-paritáson. A gazdasági válság előtt a svéd GDP növekedése 3-4 százalék körüli volt, 2008-ban 0,6, 2009-ben 5 százalékkal csökkent, de a gazdaság hamar megélénkült, és 2010-ben már 6,6 százalékos gazdasági növekedést realizáltak (ez volt a legmagasabb növekedés az EU tagországok között). Azóta mérsékelt növekedés tapasztalható: 2011-ben 2,9, 2012-ben 0,9 százalékkal nőtt a GDP. Az infláció mértéke 2013-ban 0,4 százalék. A munkanélküliség rátája 2013 decemberében 8 százalék (WHO-HFA 2013, Eurostat).

Az államháztartás korábban többletet mutatott, mely 2009-ben deficitbe fordult, 2012-ben mértéke -0,2 százalék. Az államadósság 2012-ben a GDP 38,2 százaléka (a 2009-es kismértékű emelkedést leszámítva csökkenő tendenciájú) (Eurostat).

Svédország államformája alkotmányos monarchia. Államfője XVI. Károly Gusztáv király. A törvényhozó hatalmat a parlament (Riksdag) gyakorolja. A parlamenti választások négyévente zajlanak. A legutóbbi, 2010 szeptemberében tartott választásokat a 2006 óta kormányzó Fredrik Reinfeldt miniszterelnök vezette négypárti jobbközép koalíció nyerte meg. 173 mandátumával a 349 fős parlamentben korábbi abszolút többségét elveszítette, és kisebbségi kormányt alakított. A legnagyobb ellenzéki párt a szociáldemokratáké, 112 képviselő hellyel, az általuk vezetett baloldali ellenzék 157 parlamenti hellyel rendelkezik. 19 parlamenti helyet foglal el a szélsőjobb, bevándorlás ellenes Svéd Demokraták pártja.

Svédország 1995 óta tagja az EU-nak, de az Európai Monetáris Unióhoz nem csatlakozott, ezért hivatalos fizetőeszköze továbbra is a svéd korona.

Demográfia

Lakossága 9,639 millió fő (2013. november) (Statistics Sweden). A születési ráta az 1990-es évek vége óta folyamatosan növekedett, 2011-ben 11,83 ezrelék volt, a halálozási ráta csökkenő tendenciájú, 2010-ben 9,65 ezrelék (WHO-HFA). A bevándorlások aránya duplája a kivándorlásokénak, mindezek következtében a lakosság növekedése 8-9 ezrelék körüli. A születéskor várható átlagos élettartam magas: 2011-ben férfiaknál 79,9, nőknél 83,8 év (OECD Health Data). A várható élettartam folyamatos növekedése részben a szívinfarktus és stroke mortalitásában bekövetkezett csökkenésnek köszönhető. Az idős lakosság aránya Európán belül Svédországban az egyik legnagyobb, majdnem minden ötödik ember (2010-ben 18,28 százalék) 65 éven felüli, miközben a 14 év alatti lakosság aránya 2010-ben 16,6 százalék (WHO-HFA). A lakosság valamivel több, mint 5 százalékát alkotják a 80 évnél idősebbek. Előrejelzések szerint 2020-ra Svédország népességszáma 9,7 millióra, a 65 év fölöttiek aránya pedig 21 százalékra fog növekedni.

Az 1990-es években a csecsemőhalálozás jelentősen csökkent, 2010-ben 2,54 volt 1000 élveszületésre. A betegségmegelőzési programok sikerrel jártak, pl. a szív- és érrendszeri megbetegedés által okozott halálozás csökkent, bár így is a legfőbb halálok (a nők esetében a halálozások 41 százalékát, férfiak esetében 39 százalékát okozza.) A daganatok képezik a második

leggyakoribb halálokat (26% férfiaknál, 22% nőknél). E betegcsoportban a nők körében 2005-ig a mellrák volt a vezető halálokat, de a megelőzésre irányuló programok következtében a mellrák okozta mortalitás csökkent. Így ma már a daganatos betegségek közül a nők körében a tüdőrák, a férfiak körében pedig a prosztaták a leggyakoribb halálokat. A gyomorrák okozta halálozás mindkét nem esetében mintegy felére csökkent az utóbbi 20 évben. (HiT,2012)

A nők esetében a krónikus obstruktív tüdőbetegség okozta mortalitás 2010-ben 84 százalékkal magasabb volt, mint 1987-ben. A mentális, ill. idegrendszeri betegségek okozta mortalitás mindkét nem esetében növekedett, ezen belül is a demencia okozta halálozások növekedése aggasztó mértékű: az ezzel kapcsolatos halálozási ráta 2010-ben négyszerese volt az 1980-as évek végi értéknek. (HiT, 2012)

A dohányzók száma jelentősen csökkent az utóbbi évtizedekben, 2011-ben a napi szinten dohányzó felnőttek aránya 13,1 százalék volt (vö.: 1980: 32 százalék) (OECD Health Data).

Az obezitás aránya növekedést mutat a felnőtt lakosság körében: 1989 és 2011 között megduplázódott, 5,5 százalékról 11 százalékra nőtt. (OECD Health Data)

Habár a svéd állampolgárok többsége jó egészségi állapotról, illetve egészségi állapota javulásáról számol be, különbségek tapasztalhatók a nemek, az eltérő iskolázottsággal, társadalmi és jövedelmi helyzettel rendelkezők egészségi állapotában. A 2000-es évek óta a svéd egészségpolitika hangsúlyt fektet az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdésére. Fontos projekt az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület által a súlyos betegséggel küzdők kezelésére vonatkozó, bizonyíték alapú irányelvek kidolgozása.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Svédország egészségügye kötelező adózási rendszeren alapul. Az egészségügyi rendszer három szinten szerveződik: országos, regionális (megyei) és helyi. Az egészségügyi rendszer alapját a megyei tanácsokon, illetve regionális tanácsokon keresztül működő regionális szint képezi. Svédországban 17 megyei tanács és 4 regionális testület (Västra Götaland, Skåne, Halland Gotland) – a továbbiakban: 21 megyei tanács –, és 290 helyi önkormányzat működik. (Gotland regionális testület és helyi önkormányzat is egyben.)

Országosan az egészségügy irányítása az Egészségügyi és Szociális Minisztérium feladata. A decentralizáció kulcsfontosságú tényező a svéd egészségügy szervezésében és irányításában. A megyei tanács és az önkormányzat számottevő autonómiát élvez a központi kormányzattal szemben. A központi kormányzat feladata alapelvek és irányelvek kidolgozása az ellátásra vonatkozóan, valamint az egészségügyi ellátás politikai napirendjének kialakítása. A központi kormány törvényeket és rendeleteket alkot a Svéd Helyi Önkormányzatok és Régiók Szövetségével (SALAR) egyetértésben, amely a megyei tanácsokat és helyi önkormányzatokat képviseli.

A központi kormányzat munkáját az alábbi országos intézmények segítik:

- **Országos Egészségügyi és Jóléti Testület (Socialstyrelsen):** a központi kormányzat szakértői és felügyelő testületeként tevékenykedik számos területen (egészségügyi és szociális ellátás, környezet-egészségügy, fertőző betegségek megelőzése, epidemiológia). Normákat, standardokat, klinikai irányelveket alkot, felügyeli az adatgyűjtés és elemzés folyamatát, tájékoztatást nyújt. Működteti az egészségügyi regiszterek egy részét és a hivatalos statisztikákat.

- **Svéd Helyi Önkormányzatok és Régiók Szövetsége (SALAR):** a helyi önkormányzatok és a megyei tanácsok kormányzati, szakmai és munkáltatói érdekeit képviselik.
- **Egészségügyi és Szociális Szolgáltatások Felügyelősége:** 2013. június 1-től hozták létre ezt a kormányzati ügynökséget, mely az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület egyes felügyeleti funkcióit (egészségügyi és szociális szolgáltatók, regisztrált egészségügyi szakemberek felügyelete, állampolgároktól érkező panaszok kezelése) vette át.
- **Orvosi Felelősségi Testület (HSAN):** kormányzati ügynökség, mely az egészségügyi szakemberek által elkövetett lehetséges szabálysértéseket deríti fel.
- **Svéd Egészségügyi Technológia-értékelési Tanács (SBU):** feladata az egészségügyi technológiák orvosi, gazdasági, etikai és társadalmi szempontból történő értékelése.
- **Fogászati és Gyógyszerészeti Támogatási Ügynökség (TLV):** központi kormányzati ügynökség, amely meghatározza, hogy mely gyógyszer vagy fogászati eljárás legyen államilag támogatott.
- **Gyógyászati Termékek Ügynöksége (Läkemedelsverket):** országos hatóság, kormányzati szerv, mely a gyógyszerek és más gyógyászati termékek fejlesztésének, gyártásának és marketingjének monitorozásáért felelős.
- **Svéd Egészségügyi és Szociális Szolgáltatások Elemzési Ügynöksége (Vårdanalys):** 2011-ben hozták létre az egészségügyi és szociális szolgáltatások és intézkedések betegek és állampolgárok szempontjából történő értékelése céljából.
- **Svéd Társadalombiztosítási Ügynökség (Försäkringskassan):** feladata a társadalombiztosítás adminisztrációja. Az Ügynökségnek minden egyes megyei tanácsban működik regionális irodája, és 250 helyi irodával is rendelkezik.
- **Svéd Népegészségügyi Ügynökség (Folkhälsomyndigheten):** 2014. január 1-én hozták létre a Svéd Népegészségügyi Országos Intézet (Folkhälsoinstitutet) és a Svéd Fertőző Betegségek Ellenőrzési Intézet (Smittskyddsinstitutet) összeolvadásával. A fertőző megbetegedések ellenőrzéséért, valamint a népegészségügyért felelős. Az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület környezet-egészségügyre, valamint környezeti és népegészségügyi jelentésekre vonatkozó feladatait is átvette.
- **Svéd e-Egészségügyi Ügynökség:** 2014. január 1-től hozták létre, feladata az országos e-egészségügyi infrastruktúra fejlesztése. Felelős a Svédországban kiadott elektronikus recepteket tárolásáért, Svédországon belüli, illetve más országokba történő továbbításáért, valamint az országos gyógyszerstatisztikák fenntartásáért, a gyógyszer-értékesítésre vonatkozó statisztikák gyűjtéséért, feldolgozásáért és elemzéséért.

A 21 megyei tanács felelős a saját területén élő lakosság számára az egészségügyi szolgáltatások megszervezéséért és finanszírozásáért. Minden megyei tanácsot egy politikai testület kormányoz, melynek képviselőit 4 évre választják az általános választásokon. A megyei tanácsok munkájának 90 százaléka az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódik. Az alapellátás, kórházi és pszichiátriai ellátás megszervezése mellett biztosítják a fogászati ellátást is a 20 év alatti lakosaik számára.

A helyi önkormányzatok felelősek az idősek ellátásának megszervezéséért, ami magában foglalja a rokkantsággal élők és mentális problémákban szenvedők ellátását is. Emellett felelősek a kórházból elbocsátott betegek támogatásáért és ellátásért, valamint az iskolai egészségügyi ellátásért.

A svéd Országos Egészségügyi Szolgálat állampolgárságtól függetlenül ellátást nyújt minden lakos számára. 2003 óta a svéd betegek szabadon kezeltethetik magukat bárhol az országban, mindenhol ugyanolyan feltételek mellett, mint a saját megyéjükben. 2009. január 1-től az állami és magán szolgáltatók közötti versenyt a szolgáltatók szabad választásán alapuló törvény teszi lehetővé.

A svéd egészségügyi ellátás tradicionális alapelvei a következők:

- *Az emberi méltóság elve*: minden ember számára ugyanazokat a jogokat kell biztosítani, függetlenül társadalmi státuszától, származásától stb.
- *A szükségesség és szolidaritás elve*: azoknak kell prioritást biztosítani, akiknek a leginkább szükségük van egészségügyi ellátásra.
- *A költséghatékonyság elve*: ha különböző kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre, akkor azt kell választani, ahol ésszerű kapcsolat van a költségek és a várható – egészségi állapotban és életminőségben kifejezett – hatások között.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2011-ben Svédországban az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,5 százalékát tette ki (ez az arány az 1980-as évek eleje óta meglehetősen stabil), egy főre vetítve 3925 USD PPP.

Forrásgyűjtés

Az állami kiadások aránya 2011-ben az összes egészségügyi kiadás mintegy 82 százaléka volt. Az egészségügyi ellátás legnagyobb hányadát, mintegy 72 százalékát a megyei tanácsok adóbevételeikből finanszírozzák. 2011-ben a háztartások a költségek 18 százalékát viselték (ez szinte teljes egészében co-payment, az önkéntes magánbiztosítás aránya elenyésző), a helyi önkormányzat 8 százalékban, a kormány pedig 2 százalékban járult hozzá a kiadásokhoz. (OECD Health Data; Commonwealth Fund, 2013)

2011-ben a megyei tanácsok költségvetésük 91 százalékát fordították egészségügyi ellátásra (Commonwealth Fund, 2013).

Svédországban a társadalombiztosítás azt a jövedelemvesztéséget kompenzálja, amikor a személy képtelen munkából eltartani magát, például betegség vagy gyermekgondozás miatt. A társadalombiztosítást a Svéd Társadalombiztosítási Ügynökség adminisztrálja. Az Ügynökséget elsősorban a munkáltatók (ill. önfoglalkoztatottak) járulékaiból finanszírozzák. A társadalombiztosítási juttatások a következőket foglalják magukba: táppénz, szülői támogatás, alapvető öregségi nyugdíj, kiegészítő nyugdíj, gyermektámogatás, jövedelemtámogatás, lakhatási támogatás.

Svédországban a magán háztartások out-of-pocket kiadásokkal vesznek részt az egészségügy finanszírozásában. Minden megyei tanács maga határozza meg a készpénzfizetések rendjét a járóbeteg ellátásban, bár a parlament felső határt állapított meg az állampolgárok éves kifizetéseire.

A lakossági díjak 2013-ban a következőképpen alakultak: az alapellátó orvossal való konzultáció díja 120-200 svéd korona, a szakorvosi konzultáció 200-350 svéd korona megyei tanácstól függően. A kórházi tartózkodási díja napi 80 svéd korona. A 20 év alattiak majdnem minden megyei tanács esetében mentesülnek az egészségügyi díjak alól. Az idősek és rokkantsággal élők havonta maximum

1780 svéd koronát fizetnek a helyi önkormányzatok által nyújtott szolgáltatásokért. (Commonwealth Fund, 2013)

A fogászati ellátás, valamint a gyógyszerek co-paymentjét országosan határozzák meg. A 20 év alattiak számára az állami fogászati ellátás ingyenes. A 20 év fölöttiek (korcsoporttól függően) 150-300 korona közötti fix összegű éves támogatásban részesülnek a megelőző fogászati ellátásokra. A többi fogászati ellátás esetében 12 hónapos perióduson belül a 20 év fölöttiek a szolgáltatások teljes költségét fizetik 3000 koronáig, 3000-15000 korona között a felét, 15000 korona fölött pedig a 15 százalékát. A kompenzáció szintjét a minden egyes fogászati eljárásra meghatározott referencia-árak alapján kalkulálják. A szolgáltatókat arra kötelezik, hogy árlistát biztosítsanak saját áraikról és az államilag meghatározott referencia-árakról. A felírt gyógyszerek esetében éves szinten 1100 svéd koronáig a gyógyszerek teljes költségét kell fizetni, ami fölött a támogatás fokozatosan 100 százalékra emelkedik. (Commonwealth Fund, 2013)

Az egyéni költségeket költségplafon limitálja, melynek mértéke éves szinten 1100 svéd korona az egészségügyi vizitekre. A felírt gyógyszerekre vonatkozó plafon felnőttek számára éves szinten 2200 korona. Külön 2200 svéd korona összegű éves plafon van érvényben az egy családhoz tartozó gyermekek gyógyszerköltségeire. Egyes vényköteles, illetve a vénymentes gyógyszerek esetében azonban a teljes árat kell fizetni. A fogászati ellátás díjaira vonatkozóan nincs plafon. (Commonwealth Fund, 2013)

Az önkéntes magánbiztosítás igen korlátozott, és elsősorban a foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz kapcsolódik, mivel az esetek 90 százalékában a munkaadók fizetik, hogy elkerüljék a hosszú idejű táppénz fizetését. 2012-ben a lakosság mintegy 4 százaléka (az összes foglalkoztatott kb. 10 százaléka) rendelkezett önkéntes magánbiztosítással. (Commonwealth Fund, 2013)

Az alapellátás költségei az utóbbi években jelentősen megnövekedtek, amelynek oka, hogy nagyobb az igény az általános orvosi ellátás és a fizioterápiás szolgáltatások iránt, mint korábban.

Az idősek hosszú távú ápolási ellátását az önkormányzatok finanszírozzák.

Forrásallokáció

Az alapellátásban az állami és magán szolgáltatók egyaránt fejkvóta finanszírozásban részesülnek. Ennek mértéke változó, a legtöbb megyei tanács esetében az alapellátó szolgáltatók teljes költségvetésének 80 százalékát alkotja (de pl. Stockholm megyei tanácsban kb. 40 százalékot). A fennmaradó hányadot (általában kb. 20 százalék) a szolgáltatás alapú díjazás, ill. meghatározott célok (pl. betegelégedettség, országos regiszterekben való regisztráció, a megyei tanács gyógyszerészeti bizottsága ajánlásainak való megfelelés) teljesítése esetén a teljesítmény alapú díjazás teszi ki. (Commonwealth Fund, 2013)

A kórházak finanszírozásában is érvényesül a megyék jelentős autonómiája. 1996-tól vezették be a fekvőbeteg ellátásban az esetalapú DRG-finanszírozást (NordDRG), amelyet ár- vagy költségplafonnal, illetve minőség elemekkel kombinálnak. 2004-ben kezdetét vette az a projekt, melynek célja a DRG kiterjesztése a járóbeteg-ellátásra (SK-OP projekt). Mivel a NordDRG bevezetése a megyei tanácsok számára önkéntes volt, jelentős különbségek vannak a DRG-finanszírozásban. Egyes komplikált eseteknél, melyek költsége túllépi az egy esetre jutó átlagos költséget, a finanszírozást napok szerinti kifizetésekkel egészítik ki. A kifizetések – a kifizetés módjától függetlenül – teljes költségen alapulnak. Egyes megyei tanácsok minőség alapú díjazást is bevezettek az elmúlt években, melyek a kórházi kifizetések mintegy 4 százalékát teszik ki. Célkitűzéseket határoztak meg, elsősorban a várakozási

időkre, preventív ellátásra, megbiztonságra, főbb betegségek klinikai indikátoraira vonatkozóan, amelyek nem teljesítése esetén a kórházi kifizetések egy részét visszatartják. (HiT, 2012; Commonwealth Fund, 2013)

Összességében véve a fekvőbetegek mintegy 90 százaléka DRG-csoportosítás alá eső kezelésben részesül, és 65 százalék a DRG finanszírozás aránya. A járóbeteg-ellátásban ezek az arányok: 80, illetve 30 százalék. Az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület felelős a NordDRG svéd verziójának fenntartásáért és fejlesztéséért.

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

A Svéd Népegészségügyi Ügynökség (Folkhälsomyndigheten) felelős a népegészségügyért, mely 2014. január 1-én jött létre két korábbi intézmény, a Svéd Népegészségügyi Országos Intézet (Folkhälsoinstitutet) és a Svéd Fertőző Betegségek Ellenőrzési Intézet (Smittskyddsinstitutet) összeolvadásával. Az Egészségügyi és Szociális Minisztérium alá tartozó Ügynökség fő feladata a lakosság egészségi állapotának fejlesztése a népegészségügyi ismeretek bővítése és terjesztése, a fertőzőes megbetegedések ellenőrzése, valamint környezet-egészségügyi és népegészségügyi jelentések készítése révén (mely utóbbi feladatkört az Országos Egészségügyi és Jóléti Tanácstól (Socialstyrelsen) vett át). Az intézmény fő célja egy olyan országos tudásbázis kialakítása, mely elősegíti a népegészségügy hatékonyabb működését. Feladata, hogy beazonosítsa és megvilágítsa azokat a főbb népegészségügyi kérdéseket, ahol hatékonyabb intézkedésekre van szükség. Az Ügynökség az egészségügyi egyenlőtlenségek leküzdéséhez is hozzá kíván járulni az egészséget meghatározó tényezők hatásainak tanulmányozása, a népegészségügyi intézkedések hatásainak kiértékelése, az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési tevékenységek fejlesztése, valamint a fertőző betegségek kontrolljának epidemiológiai és mikrobiológiai elemzésekkel történő támogatásával.

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Svédországban az alapellátás gyógyító és megelőző szolgáltatásokat nyújt. A lakosság alapellátását a megyei tanácsok tulajdonában lévő, vagy magántulajdonú körzeti egészségügyi központok, illetve vállalkozó magánorvosok biztosítják. Az egészségügyi központokban általános orvosok, ápolónők, szülésznők, fizioterapeuták, pszichológusok és bizonyos esetekben szakorvosok – gyermekorvosok és nőgyógyászok – látják el a betegeket. Minthogy a svéd egészségügy erősen decentralizált, így az alapellátás és az alapellátó központok szervezete is változhat megyéről megyére. Az alapellátás leggyakoribb formáját a 4-6 alapellátó orvostól és egyéb egészségügyi szakemberekből álló csoportpraxisok képezik. Az egy alapellátó orvostól álló magánpraxisok ritkán fordulnak elő.

Egyre elterjedtebb, hogy a megyei tanácsok szolgáltatásokat vásárolnak a magán egészségügyi szolgáltatóktól. A megyei tanácsok által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások 10 százalékát magán ellátók nyújtják. Egyezmény garantálja, hogy ilyen esetekben a betegek azonos szabályozások vonatkozzanak, és azonos díjakat fizessenek, mint az önkormányzati egészségügyi intézményekben.

2010. januárig minden megyei tanács kötelezően bevezette a választási rendszert az alapellátásban (ezt a rendszert a svéd parlament 2009 februárjában fogadta el). Ennek értelmében a betegek

szabadon dönthetnek arról, hogy állami vagy magán egészségügyi központban kívánják kezeltetni magukat. (Azon betegek esetében, akik aktívan nem regisztrálnak valamely alapellátást nyújtó szolgáltatónál, a rendszer automatikusan regisztrálja őket a legutóbbi vizit vagy a legrövidebb földrajzi távolság alapján.) Minden olyan állami vagy magán szolgáltató (egészségügyi központ), amely megfelel a megyei tanács követelményeinek, egyenlő feltételekkel jogosult állami támogatásra a megyei tanácstól. Például biztosítaniuk kell az előírt rendelési időt, valamint meghatározott szakmai kompetenciákat, pl. szociális munkást vagy pszichológust, otthoni egészségügyi ellátást és sürgősségi ellátást. Összesen mintegy 1100 alapellátó központ működik az országban, melyeknek kb. egyharmada magántulajdonban működik.

Az alapellátás Svédországban formálisan nem rendelkezik kapuőri funkcióval, és a betegek beutaló nélkül, közvetlenül fordulhatnak szakorvoshoz. Ugyanakkor a háziorvos a felnőttek, illetve idősek esetében gyakran az első kapcsolatfelvételi pontot jelenti az egészségügyi ellátással. A gyermekek esetében ez a feladatkör megoszlik az alapellátó orvosok, járóbeteg gyermekorvosok, illetve körzeti nővérek között.

A körzeti nővérek az alapellátásban, valamint az önkormányzatok által biztosított ellátásban is tevékenykednek. Az önkormányzatok által alkalmazott körzeti nővérek otthoni viziteket nyújtanak, különösen az idősek számára. Korlátozott gyógyszerfelírási joggal rendelkeznek, de orvosi jellegű feladatokat kizárólag orvosi felügyelet alatt láthatnak el.

A járóbeteg-szakellátás a kórházak járóbeteg rendelőin keresztül történik.

Fekvőbeteg-ellátás

Svédországban a fekvőbeteg-ellátás több szintre oszlik. Az országban működő állami kórházak két nagy csoportra oszthatók: regionális kórházakra és megyei kórházakra. Összesen mintegy 70 megyei kórház működik Svédországban, melyek kb. kétharmada aktív kórház. Az aktív kórházak 24 órás ellátást kínálnak, és nagyobb számú klinikai kompetenciával rendelkeznek, mint a helyi kórházak. Mivel számos megyei tanács kicsi ellátási területtel rendelkezik, 6 egészségügyi régiót alakítottak ki a fejlettebb ellátás biztosítására. Az egyes régiók átlagosan több mint 1 millió fő számára biztosítanak szakellátást. (A 6 régió a következő: Északi régió, Uppsala-Örebro régió, Stockholm-Gotland régió, Nyugati régió, Délkeleti-régió, Déli régió). A régiókat az Országos Specializált Orvosi Ellátás Bizottsága koordinálja az Országos Egészségügyi és Jóléti Testületen belül. A hét regionális/egyetemi kórház magasan specializált ellátást nyújt, valamint oktatási és kutatási tevékenységet folytat. A regionális kórházak a következő városokban találhatóak: Göteborg, Malmö/Lund, Linköping, Örebro, Stockholm, Uppsala, Umeå. A megyék az egészségügyi szolgáltatásokat kiszervezhetik szerződéses ellátókhoz is. A tervezett ellátásban számos magánklinika vesz részt, amelyektől a megyék vásárolhatnak bizonyos szolgáltatásokat, hogy kiegészítsék a saját egészségügyi egységükön belül kínált ellátásokat. Ez egy fontos eleme a hozzáférés növelésére irányuló erőfeszítéseknek.

A kórházi ágyak száma folyamatos csökkenést mutat 1992 óta. Svédországban a legkevesebb a lakosságszámra vetített ágyak aránya sok más országgal összehasonlítva: 2010-ben 1000 főre 2,7 ágy jutott (OECD Health Data).

Csökkenő trend figyelhető meg a szakorvosokkal való találkozásban, miközben a fekvőbeteg esetek száma és az alapellátó orvosi vizitek száma növekedést mutat. A kórházi ellátásban eltöltött napok száma szintén csökken.

Hosszú távú ellátás

Az idősök hosszú távú ellátásának, a rokkantsággal élők támogatásának, az otthonápolási és rehabilitációs szolgáltatásoknak a megszervezése és finanszírozása a helyi önkormányzatok felelőssége. Ugyanakkor a megyei tanácsok felelősek e betegek egészségügyi ellátásáért. Ez okoz némi problémát az ellátás koordinációjában, melynek fejlesztése évek óta napirenden szerepel. Az ellátási tervek is a szolgáltatások koordinációjának fejlesztésére irányulnak. A kórházi ellátást követően a kezelőorvos (szociális ellátókkal, egyéb járóbeteg szolgáltatókkal és a beteggel együtt) ellátási tervet dolgoz ki a rehabilitációra. Az ellátási terv kidolgozását követően a beteg ellátásának felelőssége a helyi önkormányzatra hárul.

Az 1980-ban megalkotott és 2001-ben módosított Szociális Ellátás Törvény hangsúlyozza, hogy az egyének jogosultak önkormányzati ellátásokra. Azt is kimondja, hogy az idősöknek joguk van állami szolgáltatások igénybevételehez, valamint segítséghez az élet minden szakaszában.

Állami és magán ápolási otthonok, valamint otthoni ellátást biztosító szolgáltatók is működnek Svédországban. A magán ápolási otthonok száma fokozatosan növekedett, de számuk önkormányzatonként eltérő. A magán szolgáltatókat rendszerint szerződések alapján finanszírozzák, közbeszerzési eljárást követően. Az állami, ill. magán ápolási otthonban történő ellátásra való jogosultság szükségleten alapul, melyről az adott önkormányzat dönt. Az 1980-as évek óta országos politikát dolgoznak ki az otthoni segítség nyújtás és otthoni ápolás előmozdítására, előtérbe helyezésére az intézményi ellátással szemben. Az országos politikában az is szerepel, hogy az idősök jogosultak saját otthonaikban élni, ameddig ez lehetséges. Svédországban a 65 év feletti több mint 90 százaléka saját otthonában részesül ellátásban. Ezt többek között a szolgáltatások rugalmassága is lehetővé teszi ezt.

Az idősök és rokkantsággal élők ellátásának egyik fő kihívása a megfelelő képzettséggel rendelkező szakemberek hiánya az önkormányzati szektorban. Az önkormányzatok számára nehézséget jelent az ápolók és más szakdolgozók toborzása, ugyanakkor az idősök és a több krónikus betegségben szenvedők arányának növekedése miatt egyre nagyobb szükség lenne a személyzet számának bővítésére, valamint az ellátás koordinációjának, integrációjának megerősítésére.

Gyógyszerek

Svédországban a Gyógyászati Termékek Ügynöksége (Läkemedelsverket) felelős a gyógyszerek és gyógyászati termékek kifejlesztésének, gyártásának és értékesítésének szabályozásáért és felügyeletéért. A forgalomba hozatal előtt minden gyógyszert engedélyeztetni és regisztráltatni kell ennél a hatóságnál. Emellett az Ügynökség felelős a gyógyszerekről való tájékoztatásért, klinikai kísérletek engedélyezéséért, a természetes orvoslás engedélyezéséért és ellenőrzéséért.

Az Országos Gyógyszertámogatási Keretbe tartozó gyógyszerek listáját 2002 óta a Fogászati és Gyógyszerészeti Támogatási Ügynökség (TLV) határozza meg, amely a vényköteles és kórházi gyógyszerek technológia-értékelését is végzi. A vényköteles gyógyszerekre vonatkozóan értékalapú árazást alkalmaznak, ami azt jelenti, hogy a gyógyszer árának a társadalmi hasznát/értékét kell tükröznie, nem a termelés határköltségét vagy a más országok által alkalmazott árakat.

A fekvőbeteg gyógyszerek esetében a kórházak a kedvezményeket közvetlenül a szállítókkal tárgyalják meg.

2008-09 folyamán újraszabályozták a gyógyszerek kiskereskedelmét. Ezt megelőzően ugyanis 1970 óta a gyógyszerek kiskereskedelmét az állam által irányított Apoteket AB nevű vállalat végezte. Az Európai Bíróság 2005-ös határozata azonban (C-438/02 eset) úgy találta, hogy Apoteket AB monopolhelyzetet teremt, sérti az uniós szabályozást, és kötelezte Svédországot az Apoteket AB monopóliumának megszüntetésére. Először a kórházi gyógyszerellátásban hajtottak végre reformokat: 2008. szeptember 1-től a szolgáltatók nagyobb szabadságot kaptak a gyógyszerellátást illetően a kórházakon belül, és lehetővé vált az Apoteket AB-n kívüli működtetők, illetve maguk a szolgáltatók számára is a kórházi gyógyszertárak üzemeltetése. 2009. július 1-től azok, akik engedélyt kapnak a Gyógyászati Termékek Ügynökségétől, részt vehetnek a gyógyszerek és gyógyászati termékek kiskereskedelmében. A gyógyszertárakat arra kötelezték, hogy minden vényköteles gyógyszer elérhetőségét 24 órán belül biztosítaniuk kell. 2009. november 1-től bizonyos vény nélküli gyógyszerek (pl. egyes fájdalomcsillapítók, orrspray-k) kiskereskedelmét a járóbeteg gyógyszertárak mellett egyéb üzlethelyiségekben (drogériákban, benzinkutakon) is lehetővé tették, árverseny generálása céljából.

A reformok következtében mintegy 20 százalékkal nőtt a gyógyszertárak száma. 2011-ben kb. 1200 gyógyszertár működött az országban, melyek vényköteles és vénymentes gyógyszereket forgalmaznak, és a gyógyszertárakat 13 cég működteti. Az Apoteket AB továbbra is a gyógyszerpiac egyik fő szereplője, a gyógyszertárak mintegy 30 százalékát működteti.

2002 óta kötelező az orvosi szempontból egyenértékű gyógyszerek generikus helyettesítése (a Gyógyászati Termékek Ügynöksége dönt arról, mely termékek helyettesíthetők egymással). A gyógyszertárnak az elérhető legalacsonyabb árú generikus készítményt kell kiadnia, függetlenül a márkanévtől, amit az orvos a receptre felírt. Az orvosok ellenezhetik a helyettesítést orvosi okokból, de ez ritkán fordul elő. Amennyiben a beteg visszautasítja a generikus terméket, akkor ki kell fizetnie a generikus termék és a drágább gyógyszer közti árkülönbséget.

A megyei tanácsokon belül helyi szinten gyógyszerészeti bizottságok működnek, amelyek ajánlásokat tesznek a gyógyszerek alkalmazására vonatkozóan (elsősorban a járóbeteg gyógyszerek esetében). Törvény írja elő, hogy minden megyei tanácsnak legalább egy gyógyszerészeti bizottságot kell működtetnie.

A gyógyászati termékek szabályozása hasonlóan történik, mint a gyógyszerek esetében. A Gyógyászati Termékek Ügynökségének feladata a gyógyászati termékek biztonságosságának, hatékonyságának és minőségének felügyelete, miközben a TLV dönt arról, hogy felkerüljenek-e a támogatási listára.

2001 óta hozzávetőlegesen az egészségügyi kiadások 12 százalékát fordítják gyógyszerkiadásokra, ami más európai országokhoz viszonyítva alacsonynak tekinthető.

A svéd kormány és a Svéd Kutatásalapú Gyógyszeripar Szövetség (LIF) megegyezett arról, hogy árplafon modellt alakítanak ki a régebbi – azaz a 15 éve engedéllyel rendelkező – gyógyszerekre. Az egyezmény magában foglalja e gyógyszerek árainak kezdetben 7,5 százalékkal való csökkenését 2014. januártól, és 2015. januártól újabb árcsökkenést irányoztak elő.

Betegjogok

Svédországban a betegjogok kérdését prioritásként kezelik. Jelenleg ugyan – más északi országoktól eltérően – nincs külön betegjogi törvény, de a betegek jogai más törvényekbe, valamint a központi kormány és a megyei tanácsok közötti egyezményekben foglaltak. A szabályozások általában az egészségügyi szakemberek magatartására irányulnak, nem közvetlenül a betegjogokra. Az egészségügyi rendszerben a betegnek biztosítani kell:

- Az egyénre szabott információt,
- A lehetőséget az alternatív kezelési módok közötti választásra,
- A másodlagos véleményre való jogot, amikor a páciens életveszélyes vagy súlyos betegségben vagy sérülésben szenved.

Amennyiben a beteg az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódóan szenved el komoly sérülést, vagy kap valamilyen betegséget, az egészségügyi ellátónak jelentenie kell ezt az Országos Egészségügyi és Jóléti Testületnek. Azok a betegek, akik az egészségügyi rendszer szabálytalanságairól és hiányosságairól kívánnak jelentést tenni, a Testület 6 regionális felügyeleti egységének valamelyikéhez fordulhatnak.

Minden megyei tanácsnak és önkormányzatnak van betegbizottsága, amely a betegek véleményei és panaszai alapján segítséget nyújt a betegeknek, és hozzájárul az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztéséhez.

Svédországban 1975 óta önkéntes alapon, 1997 óta kötelező módon működik a károkozói felelősségtől függetlenül érvényes no-fault rendszer, a Beteg Kártalanítási Biztosítás keretén belül. A rendszer eredetileg az egészségügyi ellátók és a biztosítók konzorciumainak önkéntes szerződésein alapult. 1995 óta a rendszer kötelezően működik, biztosítók konzorciumát felváltotta Megyei Tanácsok Kölcsonös Biztosító Társasága. A no-fault kompenzációs rendszerek egyik fő jellegzetessége, hogy az elrettentési mechanizmusok és intézmények többnyire elválnak a kompenzációs funkciótól. Svédországban is speciális testületek felelősek az elrettentési kezdeményezésekért, az orvosi hibák elemzéséért, és esetlegesen a kockázatkezelési eszközök fejlesztéséért. A betegek kártérítését a Megyei Tanácsok Kölcsonös Biztosító Társasága biztosítja, miközben az egészségügyi szolgáltatók által elkövetett lehetséges szabálysértéseket az Orvosi Felelősségi Testület (HSAN) deríti fel.

2013-ban törvényjavaslat készült az új betegjogi törvényről, amely 2015-ben léphet hatályba. A törvény egyik célkitűzése, hogy megerősítse a beteg pozícióját azáltal, hogy minden, a betegjogokkal kapcsolatos rendelkezést egy betegjogi törvényben foglalja össze. A törvényjavaslat a következő kérdéseket taglalja: a lakosság számára az egészségügyi ellátás egyenlő feltételekkel való biztosítása, a betegek választási lehetőségeinek megerősítése és bővítése, a tájékoztatáshoz való hozzáférés növelése, a kormányzati ügynökségek ösztönzése a betegek pozíciójának megerősítésére, a betegek és az egészségügyi szakemberek közötti hatékonyabb kommunikáció előmozdítása.

Egészségügyi dolgozók

Svédországban 2010-ben 170 000 fő dolgozott a megyei tanácsok által biztosított egészségügyi ellátásban (17 százalékban orvosok, 42 százalékban nővérek, 30 százalékban nővérasszisztensek). A helyi önkormányzatok által nyújtott ellátásban 195 ezer fő dolgozott, 7 százalékban nővérek, 83 százalékban nővérasszisztensek.

2010-ben 1000 főre 3,9 orvos és 11,1 nővér jutott, ami az OECD-átlag fölötti (OECD Health Data 2013). Ugyanakkor egyes szakmákban (pl. szakápoló), orvosi szakterületeken (pl. alapellátó orvos, geriatríai orvos) és földrajzi térségekben humán erőforrás hiány tapasztalható. Az orvoshiányhoz minden bizonnyal hozzájárul, hogy jelentős számú orvos éri el a nyugdíjkorhatárt, illetve, hogy viszonylag kevés orvost képeznek a svéd egyetemeken. 2003 óta a minősített orvosi engedélyek többségét külföldön képzett hallgatóknak adták ki (visszatérő svédeknek vagy emigránsoknak). A problémát az

orvostanhallgatók számának növelésével, valamint külföldi egészségügyi dolgozók alkalmazásával próbálják ellensúlyozni.

Svédországban nagy hagyománya van a szülésznők képzésének. Kutatások szerint ez nagyban hozzájárult ahhoz, hogy jelentősen csökkent az anyák gyermekágyi halandósága. Jelenleg az anyai halandóság Svédországban a világon az egyik legalacsonyabb (átlagosan 3 halálozás 100 ezer újszülöttre). Az ENSZ Népesedési Alapja (UNFPA) és a WHO modellként tekinti a svéd szülésznői rendszert az egyik fő Millenniumi Célkitűzés, az anyai halálozások 2015-ig felére csökkentésének elérése szempontjából.

2013-ban a Svéd Egészségügyi és Szociális Szolgáltatások Elemzési Ügynöksége jelentést adott ki, melyben azonosította az egészségügyi humán erőforrással kapcsolatos problémákat, és ajánlásokat tett az orvosok képességeinek és munkaidejének hatékonyabb felhasználására. Az ajánlások az adminisztratív terhek racionalizálására, az IT-támogatás fejlesztésére, az egészségügyi személyzet közötti munkamegosztás optimalizálására, valamint az egészségügyi humán erőforrás betegek szükségletei alapján történő tervezésére és szervezésére vonatkoznak. 2013 novemberében kijelöltek egy országos koordinátort, akinek feladata, hogy 2015. december 31-ig helyi, regionális és országos szintű intézkedéseket javasoljon a humán erőforrás fejlesztésére és hatékonyabb felhasználására vonatkozóan, az ellátás költséghatékonyságának és minőségének javítása céljából.

Minőségügy

Az utóbbi időben az ellátás minőségének, a megbízhatóságnak a fejlesztése a svéd egészségpolitika fontos napirendi pontjává vált. Habár Svédországban az egészségügyi ellátással kapcsolatos fertőzések aránya más országokhoz képest alacsony, az országon belül jelentős regionális különbségek tapasztalhatók az ellátás minősége tekintetében, amelyek szükségessé teszik az ellátás minőségének, illetve a megbízhatóságnak a fejlesztését.

Az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület az Országos Népegészségügyi Intézettel és a TLV-vel együttműködésben szisztematikus áttekintést készít a megyei tanácsok betegségmegelőzési programjainak támogatására. A cél a regionális irányelvek kidolgozása annak érdekében, hogy elkerüljék a szükségtelen különbözőségeket a klinikai gyakorlatban. 2009-ben például országos ráktervet dolgoztak ki, és megkezdték a hat regionális rákközpont kialakítását.

Mintegy 90 országos minőségi regiszter működik Svédországban, melyek egyre nagyobb szerepet játszanak a szolgáltatók által nyújtott ellátás monitorozásában és értékelésében, valamint a kezelési opciók és klinikai gyakorlatok kiértékelésében. A regiszterek egyéni adatokat tartalmaznak a diagnózisra, kezelésre, valamint a kezelési kimenetekre. Ezeket évente egy végrehajtó bizottság monitorozza, amelyet a központi kormány és a megyei tanácsok finanszíroznak.

2009 óta az alapellátással kapcsolatos betegstatisztikákat elkülönülten gyűjtik a standardizált, kétévente szervezett Országos Betegfelméréseken keresztül, melyeket Interneten keresztül tesznek elérhetővé annak érdekében, hogy elősegítsék az alapellátó választást.

Az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület és a SALAR 2006 óta évente tesz közzé jelentést a megyék egészségügyi ellátásának indikátorok alapján történő összehasonlításáról. A 2012-es publikáció 169 indikátort tartalmaz, melyek két nagy csoportra oszthatók: általános indikátorokra és egészségügyi terület szerinti indikátorokra. Az általános indikátorok a mortalitásra, egészségi állapotra, gyógyszeres kezelésre, a betegek tapasztalataira, a szolgáltatások elérhetőségére és költségeire

irányulnak. Az egészségügyi területek szerinti indikátorok a következőket fedik le: terhesség, szülés, újszülött ellátás, nőgyógyászat, mozgásszervi betegségek ellátása, diabétesz ellátás, kardiovaszkuláris betegségek ellátása, stroke ellátás, daganatos betegségek kezelése, vesebetegségek ellátása, pszichiátriai ellátás, sebészet, intenzív ellátás, egyéb ellátás. Az adatokat többféle forrásból nyerik, pl. országos minőségi regiszterek, Országos Betegfelmérések, Országos Egészségügyi Barométer stb.

A 2012. évi jelentés (SALAR-Socialstyrelsen, 2013) alapján minden túlélési és mortalitási indikátor javuló tendenciát mutat. Ugyanakkor egyes indikátorok esetében megfigyelhető volt, hogy az alacsonyabb iskolázottsággal rendelkezők mortalitási és túlélési mutatói kedvezőtlenebbek, és esetükben nagyobb az elkerülhető kórházi felvételek gyakorisága. A nemek között pedig különbségeket tapasztaltak az ellátás minősége tekintetében. A főbb betegcsoportok eredményei az alábbiakban foglalhatók össze:

- A mozgásszervi betegségek ellátása számos indikátor alapján javult (pl. a műtéti várólisták rövidültek, javult az implantátum túlélési arány), de pl. a törés utáni osteoporosisban szenvedő nők gyógyszeres kezelése hiányosságokat tükröz, és különös figyelmet igényel.
- A diabétesz ellátásban javult a hozzáférés a kezelésre vonatkozó adatokhoz, és emelkedett azon betegek aránya, akik esetében sikerült elérni a vérnyomásra és LDL koleszterinszintre vonatkozó országos célkitűzést, de a glükózsztint esetében a célkitűzést elérő betegek aránya stagnál. A betegeknek kevesebb, mint fele éri el mindhárom célkitűzést.
- A kardiovaszkuláris betegségek kezelésének egyik fontos mutatója a miokardiális infarktussal történő hospitalizációt követő halálozás, amely régóta csökkenést mutat. A szívbetegség gyógyszeres kezelésében is pozitív tendenciák figyelhetők meg. Egyes sürgősségi beavatkozások azonban még fejlesztést igényelnek.
- A stroke ellátásban számos területen javulás figyelhető meg, így pl. a speciális stroke egységben történő kezelést, valamint a nyelési teszt adminisztrációját. A trombolitikus terápiában részesülő páciensek aránya folyamatosan növekszik, bár a Svéd Stroke Regiszter által előírt célkitűzést csak néhány kórház, ill. megyei tanács tudja teljesíteni. A stroke okozta halálozás hosszú időn keresztül csökkenő tendenciát mutatott, de az utóbbi években változatlan maradt. A stroke-ot követő 90 napon belüli halálozás esetében jelentős különbségek vannak az egyes kórházak között. Kismértékben nőtt azon betegek aránya, akik a stroke-ot követően mindennapi tevékenységeiket önállóan tudják végezni.
- A daganatos megbetegedések négy fő típusa esetében a mortalitási, illetve túlélési ráták kedvezően alakulnak. A várakozási idők terén azonban jelentős különbségek vannak az egyes megyei tanácsok között.

Az OECD Health Care Quality Review Sweden 2013 a svéd egészségügyi ellátást általában véve jónak értékelte. Egyes krónikus betegségek (pl. asztma) elkerülhető kórházi felvételi rátái az OECD-országok között a legalacsonyabbak közé tartoznak. Az alapellátással a betegek 90 százaléka elégedett. A svéd minőségi regiszterek az OECD-országok között a legfejlettebbek közé tartoznak. A több krónikus problémával küzdő betegek ellátásának koordinációja azonban nem elég fejlett. Az 1. típusú diabéteszrel küzdő betegeknek kevesebb, mint fele esetében ellenőrzik rendszeresen a vérnyomást, és az egyes megyei tanácsok között 26-68 százalék között változik ez az arány. Csak minden hatodik stroke-kal kezelt beteg veszi fel a kapcsolatot a kórházi elbocsátás után egy orvossal vagy speciális nővérrel, de ezen a területen is lényeges különbségek vannak az egyes megyei tanácsok között. A 80 év fölöttiek nem ellenőrzött diabétesz miatti kórházi felvételeinek aránya az OECD-országok között az

egyik legmagasabb. A szívinfarktussal történő felvétel esetében a kórházi tartózkodás átlagos időtartama kevesebb, mint 5 nap, ami a kórházi kezelés hatékonyságára utal, ugyanakkor a helyi önkormányzatok gyakran nem rendelkeznek megfelelő felszereléssel ahhoz, hogy kezelni tudják a kórházból korán hazabocsátott betegeket. Az alapellátó orvosoknak csak mintegy 20 százaléka nyilatkozta, hogy megkapja a kórházból hazabocsátott beteg kezeléséhez szükséges információt. Az OECD az ellátás koordinációjának fejlesztése céljából javasolja a felelősségi körök világos körülhatárolását, a bizonyíték alapú standardok kidolgozását, valamint az ismeretek megosztását. Javasolja továbbá a központi hatóságok határozottabb szerepvállalását a szolgáltatások minőségének biztosításában, országos minőségi standardok kidolgozása révén. A világos standardok meghatározása az önkormányzatok által kialakítandó, átmeneti ellátást biztosító intézmények megerősítése céljából is fontos. Az információs infrastruktúra fejlesztésére is szükség van, a házi orvosok és az idősek ellátását biztosító szolgáltatók számára új minőségi indikátorok kidolgozásával, valamint a különböző adatforrások összekapcsolásával. Az alapellátásban nemrég bevezetett szolgáltató-választás esetében törekedni kell arra, hogy ezek a reformok ne vezessenek a komplex ellátási igényekkel rendelkező betegek ellátásának fragmentációjához. Az idősek ellátása terén is szükség lenne minőségi standardok bevezetésére, valamint az eredmények monitorozására. A betegek igényeire való fogékonyság, a kórházi elbocsátás utáni rehabilitáció, valamint a másodlagos prevenció fejlesztése elősegítené a váratlan egészségügyi problémákra (pl. csípőtörés, stroke) való hatékonyabb válaszadást. (OECD Health Care Quality Review Sweden 2013)

e-egészségügy

Svédországban számos különböző IT-rendszert alkalmaznak az egészségügyi szektorban, amelyek magas színvonalúak, és a kórházak és alapellátók jelentős része alkalmazza őket. A kórházak maguk dönthetnek arról, milyen IT-rendszert alkalmaznak.

2008-ban indult az Örebro Megyei Tanácsban az Országos Betegösszefoglaló (National Patient Summary - Den nationella patientöversikten, NPÖ) nevű nyilvántartás, amely 2011-re az egész országra kiterjedt. Az egyéni szintű információk a lakos egészségügyi ellátással való találkozásait, krónikus betegségeit, személyi adatokat, figyelmeztető információkat (pl. allergia), megelőző időszakokra vonatkozó orvosi vizsgálati eredményeket tartalmazzák. A törvény értelmében az egészségügyi szakemberek hozzáférhetnek az ugyanabban a megyei tanácsban dolgozó egészségügyi szakemberek adataihoz, a beteg beleegyezését követően. Az alapellátók több mint 90 százaléka alkalmazza az elektronikus betegrekordokat diagnosztikai adatok céljából.

Nehézséget jelent, hogy a gyakorlatban nincs olyan IT-alkalmazás, amely lehetővé teszi az információk egészségügyi szakemberek közötti megosztását. Néhány megyei tanács kezdeményezte a betegrekordok harmonizációját az ország összes kórházában. 2010-ben az Egészségügyi Minisztérium, a SALAR és más országos egészségügyi hatóságok országos IT-stratégiát dolgoztak ki, amely a kórházakban alkalmazott, különböző informatikai rendszerek integrálását és kompatibilissé tételét, az IT alkalmazások fejlesztését és felhasználóbaráttá tételét, valamint az adatokhoz való hozzáférés javítását célozza.

Az e-receptek alkalmazása elterjedt, jelenleg az összes recept 90 százaléka e-recept. A telemedicina szolgáltatásait is széles körben alkalmazzák, leggyakoribb formájuk a telekonzultáció (orvos-beteg) és a telemonitoring (radiológia, ebben is a röntgen, a tomográfia és az MR).

Svédországban minden megyei tanács, valamint a kórházak és alapellátók többsége rendelkezik weboldallal, ahol a beteg tájékozódni tud az egészségügyi szolgáltatásokról. Emellett van egy országos szintű, állami kezdeményezés is a SALAR vezetésével (www.1177.se), illetve egy magán kezdeményezés a Svéd Vállalatok Konföderációja vezetésével (<http://www.omvard.se/>), ahol összehasonlító információk találhatók az egészségügyi szolgáltatókról.

A Svéd e-Egészségügyi Ügynökség (eHälsomyndigheten) 2014. január 1-én kezdte meg működését egy országos e-egészségügyi infrastruktúra kialakításának céljával. A kormányzati ügynökség egyik fő feladata a Svédországban kiállított e-receptek tárolása és továbbítása, az ország területén belül, illetve külföldre is. Jelenleg részt vesz egy olyan európai projektben, amely lehetővé teszi a svéd receptek más EU-tagországok gyógyszer-táraitában való kiváltását. Emellett országos gyógyszerstatisztikákat készít, feladata a gyógyszer-értékesítésre vonatkozó adatok gyűjtése, feldolgozása és közzététele. Felelős az ún. HälsaFörMig szolgáltatás kifejlesztéséért, amely egy olyan egyéni egészségügyi számla, ahol a beteg megnézheti, elmentheti és kezelheti a saját egészségi állapotára vonatkozó adatokat. Tanácsadást nyújt az egészségügyi szakemberek és politikai döntéshozók számára, és szerepet játszik a lakosság e-egészségügyi alkalmazásokba való bevonásában.

Egészségügyi reformok

Az utóbbi évtizedekben a svéd egészségügyi rendszer fejlődése a szerepek, feladatok és felelőségek megnövekedett differenciálódásához vezetett. A változás fő mozgatórugói a decentralizáció, a specializáció és a professzionalizáció. A felelősségi körök alacsonyabb szintre való helyezése sikeresnek tekinthető a tevékenységek racionalizálása szempontjából. A klinikai specializáció kétségkívül elősegítette a lakosság egészségi állapotának javulását. A menedzsment szakmai alapokon való szervezése mára mélyen beépült az egészségügyi rendszerbe. Ugyanakkor a fejlődésnek negatív következményei is vannak az egészségügyi rendszer egésze számára, mint például a szervezeti, klinikai fragmentáció.

A strukturális reformok az alapellátást és a szakellátást egyaránt érintik. 2007-2010 között lehetővé tették az alapellátók közötti szabad választást a megyei tanácsok által akkreditált állami és a magán szolgáltatók között. A szakellátás terén a reformok a szolgáltatások specializációjára és koncentrációjára irányulnak. 2007-ben a fejlett technológiát igénylő ellátásokat a hét regionális/egyetemi kórházba koncentrálták. 2011-ben a központi kormányzat döntött a regionális rákközpontok kialakításáról, valamint a daganatos betegségek megelőzésére, diagnosztikára és kezelésére irányuló terv kidolgozásáról a betegség minden stádiumára vonatkozóan. Hat rákközpont alakítottak ki – régióként egyet – a daganatos betegségek prevenciójának és kezelésének koordinálása és fejlesztése céljából.

A fragmentáció kiküszöbölésére a politikai döntéshozók az integrált egészségügyi ellátás formáinak bevezetését javasolták. 2000-ben a központi kormány országos akciótervet indított az alapellátás, pszichiátriai ellátás és idősellátás megerősítésére. 2001-2004 között extra támogatást nyújtottak a megyei tanácsoknak e három terület fejlesztése, valamint a megyei tanácsok és helyi önkormányzatok közötti együttműködés szorosabbá tétele céljából. A 2000-es évek elején a helyi önkormányzatok által kezdeményezett reformprojektek a *közösségi szolgáltatások (närsjukvård)* fejlesztésére fókuszáltak. Ezek helyileg szervezett és biztosított, a lakosság igényeire szabott, preventív és gyógyító szolgáltatásokat jelentenek. A gyakorlatban a közösségi szolgáltatások megyei tanácsokként eltérően fejlődtek. Egyes megyei tanácsokban a reformok elsősorban a kisebb kórházak új szerepkörére

irányultak, miközben más megyei tanácsokban az alapellátás fejlesztésére koncentráltak. Vannak azonban bizonyos közös jellemzők: a helyi egészségügyi ellátás elsősorban olyan betegségek felé orientálódik, amelyek gyakran fordulnak elő, és a főbb lakossági csoportok szükségleteit elégítik ki, mint pl. gyermekes családok, idősek, krónikus betegek. A szervezeti integráció nem jellemző (csak pár megye szervezte az ellátást új szervezeti formákba), sokkal inkább jellemző a szolgáltatók (kórházak, alapellátók, önkormányzatok) együttműködő klinikai hálózatokba kapcsolása.

A hagyományos, társadalmi szolidaritásra és költségkontrollra irányuló szemlélet mellett egyre inkább előtérbe kerül a szolgáltatók teljesítményének ösztönzése. Az ellátáshoz való hozzáférés fejlesztése a '90-es évek óta szerepel a svéd egészségpolitikai célkitűzések között. 2005-ben új várakozási idő garanciát vezettek be az elektív szolgáltatásokra:

- Kapcsolatfelvétel ugyanazon a napon: a beteg felveheti a kapcsolatot telefonon vagy személyesen az egészségügyi központtal ugyanazon a napon, amikor ellátásra van szüksége.
- Amennyiben a betegnek szüksége van háziorvosi vizitre, azt 7 napon belül biztosítani kell.
- A szakorvosi vizitet a beutalástól számított 90 napon belül biztosítani kell.
- A kezelést a szakorvosi diagnózist követő 90 napon belül biztosítani kell. Amennyiben a betegnek a kezelést 90 napon belül nem tudják biztosítani, akkor máshol ajánlanak kezelést. Ez esetben a költségeket – beleértve minden, az ellátáshoz kapcsolódó utazási költséget – a megyei tanács finanszírozza.

2008-ban teljesítmény-bónuszokat vezettek be azon megyei tanácsok számára, amelyek teljesítik az előírt várakozási idő garanciákat (ahhoz, hogy a megyei tanácsok bónuszt kapjanak, a betegek 70 százalékát el kell látniuk a kijelölt időkereten belül). Emellett adatokat kell szolgáltatniuk a várakozási időről egy új országos adatbázisba. Ez hozzájárult a várakozási idők csökkentéséhez, ugyanakkor bírálat érte amiatt, hogy a kevésbé súlyos betegek kezelését ösztönzi a súlyosabb betegek rovására. 2010 májusában azon betegek számát, akiknek 90 napon túl kell várakozniuk a kezelésre, 50 százalékkal csökkenteni kellett. 2010 júliusában törvényben is rögzítették a várakozási idő garanciákat.

2006-ban az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület és a SALAR kidolgozták a megyei tanácsok egészségügyi ellátásának teljesítményét összehasonlító jelentést, melyet azóta évente publikálnak.

2008-ban a fogászati ellátáshoz való hozzáférés fejlesztése céljából bevezettek egy juttatáscsomagot a fogászati prevenció és rendszeres fogászati ellenőrzés támogatására, valamint költségplafont a többi fogászati ellátás co-paymentjére vonatkozóan.

2009-ben újraszabályozták a gyógyszerek kiskereskedelmi forgalmát. Megszüntették a gyógyszerforgalmazás állami monopóliumát, az Apoteket AB tulajdonában lévő gyógyszertárak mintegy 50 százalékát privatizálták. Lehetővé tették egyes vény nélküli gyógyszerek gyógyszertárakon kívül, egyéb üzlethelyiségekben történő árusítását. A reform elsősorban a gyógyszertárakhoz és a gyógyszerekhez való hozzáférés növelésére irányult, a hosszabb nyitvatartási idők, valamint a gyógyszertárak számának növelése révén. A reform következtében a gyógyszertárak száma mintegy 20 százalékkal nőtt, és ennek következtében a gyógyszerekhez való hozzáférést javult.

A betegbiztonság, a betegjogok fejlesztése prioritásként szerepel a svéd egészségpolitika napirendjén. 2011. január 1-én új betegbiztonsági törvény lépett hatályba, mely meghatározta az egészségügyi szolgáltatók felelősségét. 2013-ban egy erre kijelölt bizottság törvényjavaslatot készített a kormánynak az új betegjogi törvényről, amely 2015-ben léphet hatályba. A törvény egyik célkitűzése, hogy megerősítse a beteg pozícióját azáltal, hogy minden, a betegekre vonatkozó törvényt egy betegjogi törvényben foglalja össze.

2013-ban a svéd kormány stratégiát dolgozott ki a krónikus betegek ellátásának fejlesztésére. Főbb célkitűzéseként az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítását, a betegek kezelésbe való fokozottabb bevonását, valamint az ellátási láncok fejlesztését határozták meg. A négy éves stratégia részeként 2014-ben 19 kezdeményezést valósítanak meg, melyek elsősorban a betegközpontúság, a bizonyíték-alapú ellátás, valamint a prevenció és korai felismerés fejlesztésére irányulnak. A stratégia keretében az Országos Egészségügyi és Jóléti Testület feladata, hogy célkitűzéseket határozzon meg a stroke-ra, diabéteszre és szívellátásra vonatkozó országos irányelvekben szereplő minőségi indikátorokra vonatkozóan. A Testületnek olyan modellt kell kialakítania, amelyet korábban a daganatos betegségek ellátására vonatkozóan dolgozott ki. A célkitűzések elősegítik az ellátás és kezelés fejlesztésére irányuló stratégiák kialakítását, és nyomon követik az ellátás hatékonyságát azáltal, hogy az egészségügyi kiadásokat az elért célokhoz kapcsolják.

A jelenlegi kormány tervei közt szerepel az idősek egészségügyi és szociális ellátásának fejlesztése. A kormány a SALAR-ral egyezményt kötött a 2014-es évre, melynek keretében különböző támogatásokat biztosít erre a célra teljesítmény alapon. Az intézkedéssel az idősek számára ellátást biztosító egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti szorosabb együttműködést és koordinációt célozzák, mely kiterjed az otthoni ellátásra, idősellátásra, egészségügyi központokra és kórházakra.

A kormány egy szakértőt kért fel annak tanulmányozására, hogy milyen lehetőségek vannak a specializált ellátás fejlesztésére, az ellátás koncentrációjának növelésével. A szakértő arra is megbízást kapott, hogy hatékony modellt javasoljon az értékelési, szelekciós, végrehajtási és monitoring feladatokra. A specializált ellátás koncentrációjának célja, hogy fejlessze az egészségügyi eredményeket, valamint előmozdítsa a méltányosságot. Az erre vonatkozó javaslatait 2015. november 25-re kell előterjesztenie.

A mentális betegségek megelőzésére és ellátásának fejlesztésére is hangsúlyt fektetnek: 2012-2016 között extra forrásokat biztosítanak erre a célra a „PRIO mentális betegségek” stratégia keretében. A program elsősorban a gyermekek és fiatalok, valamint a súlyos vagy komplex pszichiátriai problémákban szenvedők ellátására fókuszál.

Források

- Egészségügyi és Szociális Szolgáltatások Felügyelősége (IVO): <http://www.ivo.se/>
- Gyógyászati Termékek Ügynöksége: www.lakemedelsverket.se
- Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. http://sjp.sagepub.com/content/40/9_suppl.toc
- Ministry of Health and Social Affairs: <http://www.government.se/sb/d/2061>
- OECD Health Data 2013.
- OECD Health Data 2013. How does Sweden compare. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SWEDEN-2013.pdf>
- OECD Reviews of Health Care Quality Sweden. Raising standards. 2013. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-sweden-2013_9789264204799-en%20#page1

-
- OECD: Sweden has excellent health care but must improve care co-ordination. 2013.12.12. <http://www.oecd.org/sweden/sweden-has-excellent-health-care-but-must-improve-care-co-ordination.htm>
 - Országos Egészségügyi és Jóléti Testület: www.socialstyrelsen.se
 - Orvosi Felelősségi Testület: www.hsan.se
 - SALAR – Socialstyrelsen (2013): Quality and efficiency in Swedish health care – regional comparisons 2012. http://english.skl.se/BinaryLoader.axd?OwnerID=0d4cb14d-48e5-4ec5-b349-c84bc89bed33&OwnerType=0&PropertyName=EmbeddedImg_203ee2bd-b090-4b27-911c-5e02173b52bd&FileName=Quality+and+efficiency+in+Swedish+health+care+2012.pdf&Attachm ent=False
 - SALAR: <http://english.skl.se/>
 - Statistics Sweden: <http://www.scb.se/en/>
 - Svéd e-Egészségügyi Ügynökség: <http://www.ehalsomyndigheten.se/>
 - Svéd Egészségügyi és Szociális Szolgáltatások Elemzési Ügynöksége: <http://vardanalys.se/>
 - Svéd Egészségügyi Technológia-értékelési Tanács: www.sbu.se
 - Svéd Népegészségügyi Ügynökség (Folkhälsomyndigheten): <http://folkhalsomyndigheten.se/>
 - Svéd Parlament: <http://www.riksdagen.se/>
 - The Commonwealth Fund: International Profiles of Health Care Systems, 2013. 2013. november. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_T homson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf
 - The Health Care in Sweden: <http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Health-care/>
 - The Health Systems and Policy Monitor: www.hspm.org
 - WHO –European Observatory on health Systems and Policies: Health Care Systems in Transition (HiT) Sweden, 2012: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
 - WHO-HFA 2013.

A letöltések 2014. február 17-21. között történtek.

Budapest, 2014. február.