

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY NORVÉGIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. január

---

## Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	2
Gazdasági-politikai háttér .....	3
Demográfia .....	4
Az egészségügyi rendszer jellemzői.....	5
Finanszírozás .....	6
Egészségügyi szolgáltatások.....	9
Egészségügyi dolgozók.....	14
Minőségügy .....	14
e-egészségügy .....	16
Egészségügyi reformok .....	16
Források .....	18

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. január

## Vezetői összefoglaló

Norvégia egészségügyi rendszere a 2002-es reformok óta állami szintre (központi, valamint regionális szint) és helyhatósági szintre oszlik. A központi kormányzat elsősorban jogalkotói és finanszírozói hatáskört tölt be, az egészségügyi szolgáltatások nyújtása a négy regionális egészségügyi hatóság és a mintegy 430 helyi önkormányzat feladata. A helyi önkormányzatok feladata a prevenció, az alapellátás, a kórházon kívüli rehabilitáció, a krónikus betegek gondozásának megszervezése és finanszírozása, miközben az aktív szomatikus és pszichiátriai szakellátás tervezése, nyújtása és finanszírozása a regionális egészségügyi hatóságok hatáskörébe tartozik.

2012-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,4 százaléka volt. A kiadások 85,1 százalékát alkotják az állami kiadások (döntően adók), a háztartások készpénzkiadásai mintegy 15 százalékot tesznek ki. Norvégia minden lakosa, valamint az országban legálisan tartózkodók jogosultak a közfinanszírozott egészségügyi ellátásra. Az állami kórházakban és a regionális egészségügyi hatóságokkal szerződött magán kórházakban a fekvőbeteg-ellátásért nem kell co-paymentet fizetni, de a háziorvosi ellátás, szakorvosi ambuláns ellátás, fizioterápia, radiológiai és laboratóriumi tesztek, otthoni ápolás és intézményi krónikus ellátás, valamint a gyógyszerek esetében különböző mértékű önrész terheli a betegeket. Az out-of-pocket kiadásokra költségplafon van érvényben, egyes csoportok mentesülnek a co-payment fizetés alól.

A fejkvóta és szolgáltatás szerint finanszírozott alapellátást városokban az ambuláns klinikákon dolgozó általános orvosok (háziorvosok), a vidéki területeken pedig, egy- vagy két orvossal dolgozó magánpraxisok nyújtják. A betegek szabadon választhatnak háziorvost. A járóbeteg szakellátást részben a kórházak járóbeteg részlegei biztosítják, részben pedig magán szakorvosok, akik szerződésben állnak valamelyik regionális egészségügyi hatósággal.

A fekvőbeteg-ellátást elsősorban állami kórházak biztosítják. 2002-ben a kórházak tulajdonjogát és a kórházi ellátás megszervezésének feladatát a 19 megyétől az állam vette át, mely az irányítást négy regionális egészségügyi hatóságon keresztül gyakorolja. A regionális egészségügyi hatóságok állami tulajdonban vannak, és tulajdonosai a kórházaknak, amelyek trösztökbe szerveződve működnek. A központi kormányzat fejkvóta, illetve tevékenység alapú finanszírozást biztosít a regionális egészségügyi hatóságok számára, amelyek a helyi egészségügyi trösztökhöz allokalják a költségvetést a területükön élő lakosság becsült szükségletei, valamint a tényleges tevékenység alapján. Az egészségügyi trösztök költségvetése tartalmazza a tőkeköltségeket és az értékcsökkenést, felelősek a gazdasági eredményeikért, a kölcsönök, deficitek kezeléséért. A helyi egészségügyi trösztök a kórházakat ex ante fix költségvetésből (60 százalékban) és DRG-rendszer alapján (40 százalékban) finanszírozzák. (A járóbeteg szakellátás finanszírozásában is alkalmaznak DRG-t.)

Az elmúlt évtizedben az alapellátás és szakellátás közötti koordináció képezte a norvég egészségpolitika fő prioritását. 2008-ban dolgozták ki a Koordinációs Reformot, mely célul tűzte ki, hogy több beteget lássanak el az alapellátás és krónikus ellátás szintjén a kórházi kezelés helyett, valamint, hogy az aktív kórházakból korábban hazabocsássák a betegeket. A reformtervezet egyes rendelkezései végül módosításokkal 2012. január 1-től léptek hatályba, miszerint az önkormányzatnak fizetniük kell minden egyes extra napért, amit a beteg a kórházban tölt, miután kezelése befejeződött, viszont nem tud visszatérni a lakóhelyére további gondozásra. Ezen kívül az önkormányzat viseli a területéről kórházba került szomatikus betegek kezelési költségeinek 20 százalékát (a sebészeti beavatkozások kivételével). Az önkormányzatoknak az aktív kórházi ellátás elkerülését biztosító fekvőbeteg ellátási részlegeket kell létrehozniuk, amelyek 2016-tól kezdik meg működésüket.

---

## Gazdasági-politikai háttér

Norvégia területe 385 199 km<sup>2</sup>, lakosság száma 2013-ban 5 096 300 fő (évközi adat). 2011-ben az ország egy főre jutó GDP-je 579 632 norvég korona (68 822 euró), az OECD országok között Luxemburg után a legmagasabb (Statistics Norway, OECD Statistics). Gazdasága természeti erőforrásainak, elsősorban a kőolajnak és földgáznak, valamint az előrelátó gazdaságpolitikának köszönhetően a 2009-es visszaesés (a GDP 1,7 százalékkal csökkent) óta növekvő. A GDP 2011-ben 1,3 százalékkal, 2012-ben 2,9 százalékkal növekedett, 2013-ra 1,9, 2014-re 2,6, 2015-re 2,7 százalékos növekedést jeleztek előre. Vegyes gazdasággal rendelkezik, ahol a kulcsfontosságú vállalatok (pl. a Statoil norvég olajtársaság) és a legnagyobb bankok (DNB ASA) jelentős részben állami tulajdonban vannak. Az olajjvedelmeket a hosszú távú befektetéseket bonyolító Állami Nyugdíjalapba fektetik, az állam az alap reáljvedelmét használja. A norvég politika egyik prioritása a magas foglalkoztatottság biztosítása. A munkanélküliség rátája 2013-ban 3,3 százalék. A fogyasztói árindex 2013-ban 0,4. (Eurostat)

2012-ben a költségvetési egyenleg a GDP-hez viszonyítva 13,6 százalékos többletet mutatott, az államadósság a GDP 28,8 százaléka. (Eurostat)

Norvégia nem tagja az Európai Uniónak, az EU munkájában az Európai Unió és az Európai Szabadkereskedelmi Társulás tagjai által létrehozott Európai Gazdasági Térségről (EGT) szóló megállapodás alapján vesz részt.

Norvégia államformája alkotmányos monarchia, melyet parlamenti demokrácia irányít. Bár a király (V. Harald) tényleges politikai hatalma napjainkban csekély, államfőként és a norvég társadalom és gazdaság hivatalos képviselőjeként jelentős funkciót tölt be. Az államhatalom formálisan a Storting (országgyűlés, törvényalkotó hatalom), a kormány (végrehajtó hatalom) és a bíróságok (igazságszolgáltatás) között oszlik meg. A politikai hatalom földrajzilag az állami, megyei és helyi szintekre tagolódik. Norvégiában négyévente tartanak országgyűlési választásokat, és a mandátumokat az arányos képviselet elve alapján osztják szét. A legutóbbi parlamenti választásokra 2013 szeptemberében került sor, melynek eredményeképpen a korábbi 8 éves balközép koalíciós kormányt a Konzervatív Párt és a Haladás Párt alkotta jobbközép koalíció váltotta fel, Erna Solberg (Konzervatív Párt) kormányfő vezetésével. Mivel a kétpárti koalíció nem rendelkezik többséggel a parlamentben, a Kereszténydemokrata Párt és a Liberális Párt külső támogatására szorul. Az új kormány több lényeges átalakítást helyezett kilátásba, melyek célja az állam gazdasági szerepének csökkentése, és ezzel párhuzamosan a magánszektor erősítése. Ezt elsősorban az olajalap egy részének infrastrukturális beruházásokra fordítása, a jövedelemadó csökkentése, és a közigazgatás reformja révén kívánják elérni. A közigazgatási reform keretében a tartományok szerepét kívánják erősíteni az állammal és az önkormányzatokkal szemben.

Az Economist Intelligence Unit Demokrácia Indexe alapján 2010 óta a norvég demokrácia bizonyul a legjobban működőnek a világon a választási folyamat és pluralizmus, a kormány működése, a politikai részvétel, a politikai kultúra és a civil társadalom gyakorlata alapján.

## Demográfia

A norvég lakosság egészségi állapota nemzetközi standardok alapján nagyon jó, és pozitív trendek figyelhetők meg számos egészségügyi indikátor, így pl. a várható élettartam, a kardiovaszkuláris betegségek mortalitása, valamint a felnőtt dohányosok arányának csökkenése tekintetében. Ugyanakkor az obezitás növekvő tendenciát mutat. A kedvező fejleményekhez minden bizonnyal hozzájárult a jobb prevenció, valamint az egészségügyi ellátás megszervezésében és minőségében tapasztalható fejlődés.

Norvégia lakossága növekvő tendenciájú. A születési ráta 2001 óta 12 ezrelék fölötti, 2011-ben 12,2 ezreléket ért el, a halálozási ráta 2004 óta 9 ezrelék alá csökkent, 2011-es értéke 8,3 ezrelék. A termékenységi arány 1,88 volt, a csecsemőhalálozás 2,3 ezrelék 2011-ben. (WHO HFA 2013. július)

Jellemző demográfiai tendencia a lakosság elöregedése. 2011-ben a 65 éven felüliek a lakosság 15,25 százalékát tették ki, az arány jelenleg viszonylag stabil, de további növekedése várható. A 14 év alatti lakosság aránya 2011-ben 18,63 százalék. (WHO-HFA 2013. július)

A születéskor várható átlagos élettartam növekvő tendenciájú, és 2010-ben elérte az eddigi legmagasabb értékét: férfiaknál 79,3, nőknél 83,7 évet. (WHO-HFA 2013. július) A várható élettartam növekedésében komoly szerepe van a leggyakoribb halálokok, a daganatos és a keringési betegségek okozta halálozás számottevő csökkenésének.

A daganatos megbetegedések okozta halálozás 2008 és 2012 között 100 ezer főre 179-ről 160-ra csökkent. A mellrák és a prosztaták okozta mortalitás csökkenő tendenciájú. A torok, a légcső, a hörgők és a tüdő daganatos megbetegedései okozta halálozás rátái esetében a férfiak körében volt tapasztalható csökkenés, a nők esetében emelkedés. A vastagbélrák halálozási rátái stabilak maradtak a vizsgált periódusban. A kedvező változásokat elősegítették az országos szűrőprogramok, a rákgyógyszerek elérhetősége és az új kezelési módszerek. (Statistics Norway; WHO HiT Norway 2013)

Az iszkémiás szívbetegség okozta mortalitás 1988 és 2012 között 100 ezer főre 183-ról 63-ra csökkent. A stroke és agyvérzés okozta halálozás szintén csökkent ebben az időszakban, 100 ezer főre 82-ről 37-re. (Statistics Norway)

A tüdőbetegségek az összes halálozás 10 százalékát okozták 2012-ben. Az ilyen jellegű halálozások közel fele krónikus obstruktív tüdőbetegségnek (COPD), 40 százaléka tüdőgyulladásnak volt betudható. Az utóbbi 30 évben a tüdőgyulladás okozta halálozás 100 ezer főre 43-ról 16-ra csökkent, de a COPD okozta halálozás 100 ezer főre 13-ról 25-re növekedett. (Statistics Norway)

A mozgásszervi betegségek képezik a betegszabadságok fő okát (2010-ben 41 százalékát), habár arányuk csökkenő. A mentális betegségben szenvedők aránya 1994-2010 között 10 százalékról 18 százalékra emelkedett. 2008-ban a felnőtt norvég lakosság 10 százaléka szenvedett valamilyen mentális betegségben, leggyakrabban szorongásban és depresszióban, a 85 év fölöttiek körében pedig magas arányú a demencia. (WHO HiT Norway 2013)

Az obezitás és a 2. típusú diabétesz a felnőttek körében jelentősen növekedett az utóbbi évtizedekben. 2008-ban a férfiak 32, a nők 21 százaléka rendelkezett 27 fölötti BMI-indexszel a 16-79 év közötti korosztályban (vö: az 1970-es évek elején a férfiak 14, a nők 15 százaléka). Ennek oka elsősorban a fizikai aktivitás hiánya a felnőttek körében. (WHO HiT Norway 2013)

A rendszeresen dohányzók aránya Norvégiában 1973 és 2009 között közel felére (40 százalékról 21 százalékra) csökkent. A dohányzás okozta standardizált halálozási ráta szintén csökkenést mutat a

kilencvenes évek óta. A rendszeres dohányosok arányának csökkenését eredményezték többek között a népegészségügyi kampányok, a dohánytermékekre kivetett magas adók és a dohányzás nyilvános helyeken való tilalma. A lakosság 5 százaléka szenved alkoholfüggőségben. (WHO HiT Norway 2013)

Ahogy más nyugati országokban, Norvégiában is megfigyelhető a fertőző betegségek visszaszorulása a jobb higiénának, védőoltásoknak és a fejlettebb életkörülményeknek köszönhetően. A HIV-járvány az 1980-as években sújtotta Norvégiát, de a hatékony intézkedések következtében napjainkban az új fertőzések száma évente 250-300 közötti. (WHO HiT Norway 2013)

## Az egészségügyi rendszer jellemzői

Norvégia adóalapú egészségügyi rendszere állami szintre (központi, valamint regionális szint) és helyhatósági szintre oszlik. Míg a központi kormányzat elsősorban jogalkotói és finanszírozói hatáskört tölt be, az egészségügyi szolgáltatások nyújtása a regionális hatóságok és a helyi önkormányzatok (430) feladata.

Norvégiában a kormány és az Egészségügyi Minisztérium (Helse- og omsorgsdepartementet) valósítja meg a Parlament által hozott egészségpolitikai döntéseket. Az országos testületek feladata az irányelvek meghatározása, a jogalkotás előkészítése, az országos költségvetés és tervezés irányítása, az intézmények akkreditációja és kapacitás-bővítésük engedélyezése.

A Norvég Egészségügyi Igazgatóság (Helsedirektoratet) a Norvég Egészségügyi Minisztérium végrehajtó testülete. Az Igazgatóság hatósági szabályozó és végrehajtó hatáskört tölt be az egészségpolitika területén. Irányítása alá tartozik a népegészségügy, az egészségügy finanszírozása, az e-egészségügy és az informatikai fejlesztések, valamint az adminisztráció. Külső részlege a Norvég Egészségügyi Gazdasági Adminisztráció (HELFO). Az Egészségügyi Igazgatóság irányítása alatt áll az önkormányzatok alapellátást (beleértve a fogyatékkal élők és az idősek gondozását), valamint egyes szakellátásokat szervező tevékenysége, továbbá a kormányzati tulajdonban lévő regionális egészségügyi hatóságok (RHA). Az önkormányzatoknak az alapellátás irányításában betöltött szerepét az Egészségügyi Minisztérium a Helyhatósági Igazgatási és Regionális Fejlesztésügyi Minisztériummal közösen felügyeli. Az állami fogászati ellátás megszervezése a megyék önkormányzatainak feladata.

Az Országos Egészségügyi Felügyeleti Tanács (Helsetilsynet) felügyeli az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat országos és helyi szinteken (a megyei kormányzó irodákon keresztül), valamint monitorozza a lakosság igényeit az egészségügyi és szociális szolgáltatások vonatkozásában.

A Norvég Népegészségügyi Intézet (Folkehelseintittet) monitorozási, szakértői és kutatási feladatokat lát el az epidemiológia, a járványellenőrzés, a környezet-egészségügy, a törvényszéki toxikológia és a kábítószerrel való visszaélés terén.

A 2002-ben végrehajtott reformok következtében a kórházak tulajdonjogát és a kórházi ellátás megszervezésének feladatát a 19 megyétől az állam vette át, mely az irányítást négy (korábban öt) regionális egészségügyi hatóságon keresztül gyakorolja. Ezek a regionális hatóságok állami tulajdonban vannak, és trösztökként működnek. A regionális egészségügyi hatóságok a tulajdonosai a kórházaknak, amelyek szintén trösztökként működnek.

Az önkormányzati szinten működő helyhatóságok nyújtják és finanszírozzák (többségében) az alapellátás szolgáltatásait. Az alapellátás tevékenységi körébe tartozik az egészségmegőrzés, a betegségmegelőzés, a belgyógyászati diagnosztika, fizioterápia és rehabilitáció, a sürgősségi ellátás és a krónikus betegek gondozói ellátása. A helyhatóságok jelentős szabadsággal rendelkeznek az

alapellátás megszervezése terén. Ugyanakkor bizonyos feladatok központilag szabályozottak, így pl. a háziorvosok finanszírozására vonatkozó döntéseket a központi kormányzat hozza meg.

Norvégia négy regionális egészségügyi hatóságának (RHA) hatáskörébe tartozik a szakellátás finanszírozása, tervezése és nyújtása a lakosság számára. Az RHA-k gondoskodnak az alábbiakról: szomatikus ellátás, mentális problémák kezelése, alkohol- és kábítószerfüggők kezelése, laboratóriumi vizsgálatok, radiológiai és paramedikális szolgáltatások. A regionális hatóságoknak két törvényben meghatározott feladatkörük van, melyek esetenként ellentétesek egymással. Egyrészt szolgáltatói felelősségük van, azaz biztosítaniuk kell, hogy minden törvényben meghatározott feladatot teljesítsenek. Másrészt vállalkozói felelősségük van: a területükön lévő egészségügyi trösztök tulajdonosai, felelősek azok irányításáért és menedzsmentjéért. 2013-ban 27 egészségügyi tröszt működött a négy RHA irányítása alatt, közülük 21 kórházi tröszt (több kórházat átfogó, nonprofit állami egészségügyi tröszt), négy gyógyszerészeti tröszt, egy kórház előtti ellátásokkal foglalkozó tröszt és egy IT tröszt. Minden egészségügyi tröszt különálló jogi entitás, és a beruházások, az egészségügyi szolgáltatások megtervezése és ellátása, az erőforrások megszervezése és alkalmazása terén jóval nagyobb szabadsággal rendelkeznek, mint korábban a kórházak.

## Finanszírozás

### **Egészségügyi kiadások**

2012-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,4 százaléka volt. Norvégiában az egyik legmagasabb az egy főre jutó GDP értéke (85 százalékkal magasabb, mint az EU-27 átlaga), ezért az egy főre jutó egészségügyi kiadások magasabbak, mint a legtöbb országban. (WHO HiT Norway 2013)

### **Forrásgyűjtés**

A norvég egészségügyi rendszert elsősorban adókból finanszírozzák, amelyet önkormányzati, megyei és központi szinten vetnek ki. A parlament jóváhagyását követően, a központi kormányzat határozza meg az önkormányzatok és a megyék maximális adórátáit. Norvégiában nincs speciális egészségügyi adó.

A kötelező Országos Biztosítási Rendszert, a NIS-t 1967-ben hozták létre, a cél a jóléti szolgáltatások bővítése volt. A NIS egészségügyi költségvetése az Egészségügyi Minisztérium felelősségi körébe tartozik, és az Egészségügyi Igazgatóság alá tartozó HELFO kezeli.

2012-ben az összes egészségügyi kiadáson belül az állami kiadások részaránya 85,1 százalék (ezen belül a központi kormányzat a források 74,3, a NIS a 10,8 százalékát biztosítja), a magán egészségügyi kiadások aránya mintegy 15 százalék, amelyet döntően a háztartások készpénzkiadásai tesznek ki. Az önkéntes magánbiztosítás szerepe az egészségügyi ellátás finanszírozásában elhanyagolható (2011-ben az összes egészségügyi kiadás 0,69 százaléka) (OECD Health Data, WHO HiT Norway 2013).

A NIS forrásai a munkaadók, munkavállalók és az önfoglalkoztatottak hozzájárulásaiból, valamint állami támogatásból tevődnek össze. 2011-ben a járulék mértéke a bruttó kereset 7,8 százaléka a munkavállaló, 11 százalék az önfoglalkoztatottak és 4,7 százalék a nyugdíjasok számára. A 39 950 norvég korona (5356 EUR) alatti bruttó keresettel rendelkezők mentesülnek a járulékfizetés alól. A munkaadók által fizetett járulék mértéke régióként változó, 0-14 százalék közötti. (WHO HiT Norway 2013). A NIS számos jövedelemkieséshez kapcsolódó kockázat esetén védelmet nyújt. A NIS által lefedett személyek jogosultak nyugdíjra, túlélési vagy rokkantsági nyugdíjra, alapvető juttatásokra

---

rokkantság, rehabilitáció vagy foglalkoztatási sérülés esetén. Emellett a NIS biztosítja a táppénzt, az anyaság esetén járó pénzbeli ellátásokat, a munkanélküli segélyt, az egyedülálló szülők számára nyújtott juttatásokat, valamint a temetési támogatást.

Norvégia minden lakosa, valamint az országban legálisan tartózkodók jogosultak a közfinanszírozott egészségügyi ellátásra.

Nincs jóváhagyott lista arra vonatkozóan, hogy az állami egészségügynek milyen ellátásokat kell magában foglalnia. A gyakorlatban az állami egészségügyi rendszer a következőket fedi le:

- engedélyezett (a kék listán szereplő, azaz támogatott) receptköteles gyógyszerek,
- prevenciós szolgáltatások: ellenőrzések, szűrések, kisgyermek és iskoláskorú gyermekek védőoltásai, preventív mentális egészségügyi ellátás (elsősorban a gyermekek és fiatalok számára), népegészségügyi kezdeményezések vagy kampányok az egészséges életmód előmozdítására és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére (önkormányzattól függően),
- alapellátás, beleértve a háziorvosok, fizioterapeuták, kiropraktőrök által nyújtott szolgáltatásokat,
- a legtöbb szakorvosi ambuláns és kórházi ellátás (a plasztikai sebészeti eljárások esetében igazolni kell az orvosi szükségességet az állami támogatáshoz)
- sürgősségi ellátás,
- ápolási ellátás,
- fogászati ellátás (elsősorban a gyermekek és bizonyos csoportok számára)
- szemészet (a szemüveg általában nem támogatott).

Állampolgárságtól vagy tartózkodási engedélytől függetlenül bárki hozzáférhet az akut sürgősségi ellátáshoz, a terhes nők és a gyermekek hozzáférhetnek a védőoltáshoz és az alapellátáshoz.

Az állami és a regionális egészségügyi hatóságokkal szerződött magán kórházakban a fekvőbeteg-ellátásért nem kell co-paymentet fizetni (beleértve a nappali ellátást és egynapos sebészetet), ugyanakkor a háziorvosi ellátás esetében 2012-ben 180 (24 EUR) norvég koronát, a szakorvosi ambuláns ellátás esetében 307 norvég koronát (41 EUR) kell fizetni vizitenként. (A háziorvosi ellátás esetében az out-of-pocket kifizetések az összes kiadás 37 százalékát alkotják.) A fizioterápiás kezelések költsége változó. A járóbeteg kórházi ellátás díja 218 norvég korona (29 EUR), a radiológiai és laboratóriumi tesztek díja 47 norvég korona (6 EUR). A speciális kék listán szereplő (támogatott, vényköteles) gyógyszerek out-of-pocket költsége receptenként maximum 520 norvég korona (70 EUR). Az idősek és rokkantsággal élők számára biztosított otthoni ápolás és az intézményi krónikus ellátás co-paymentje magas, szintje a keresetekhez igazodik, a gondozóotthonokban az ápoltak jövedelmének 75-85 százalékát is eléri. (WHO HiT 2013 Norway)

Az 1980-as években bevezettek egy költségplafont az out-of-pocket kiadásokra, 2012-ben ez 1980 norvég korona volt (265 euró). (Ez vonatkozik minden orvosi vagy pszichológiai kezelésre, a kék listán szereplő vagy drága gyógyszerekre, és a kezelésekre kapcsolódó utazási költségekre). Amikor a beteg out-of-pocket kiadásai bármely naptári évben eléri a költségplafont, a további out-of-pocket kiadásokat a HELFO megtéríti, így a fennmaradó kezelések a beteg számára az adott naptári évben ingyenesek. 2010-ben hozzávetőlegesen a lakosság mintegy 25 százaléka érte el a költségplafont.)



Bevezettek egy másik költségplafont is, amely a fizioterápiai, a támogatásra jogosult fogászati ellátásra, a rehabilitációs központokban való elszállásolási díjra, valamint a külföldi kezelésekre vonatkozik, és mértéke 2012-ben 2560 norvég korona (342 euró). Az önkormányzati ellátásokra, így pl. az idősek és rokkantak számára biztosított otthoni ápolásra, valamint az idősek gondozóotthonokban történő fekvőbeteg ellátására nem terjed ki a költségplafon. Egyes csoportok mentesülnek a co-payment fizetés alól:

- a 7 év alatti gyermekek ingyenesen hozzáérhetnek az orvosi vagy fizioterápiai kezeléshez, a létfontosságú gyógyszerekhez és a kezeléshez kapcsolódó utazási költségek is támogatottak,
- a 16 év alattiak orvosi ellátása ingyenes, és ingyenesen férhetnek hozzá a kék listán szereplő létfontosságú gyógyszerekhez is;
- a 18 év alattiak számára ingyenes a pszichoterápiai és fogászati ellátás;
- a terhes nők orvosi vizsgálatai ingyenesek a terhesség alatt és a terhességet követően;
- a minimális nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosultak ingyenesen férhetnek hozzá a létfontosságú gyógyszerekhez és a nővéri ellátáshoz;
- a speciális fertőző betegségekben szenvedők (pl. HIV/AIDS) ingyenesen juthatnak hozzá az orvosi ellátáshoz és a gyógyszerekhez;
- munkahelyi sérülés vagy megbetegedés esetében ingyenes az ellátás. (WHO HiT Norway 2013).

### **Forrásallokáció**

A finanszírozás szereplői az önkormányzatok, a regionális egészségügyi hatóságok és az Országos Biztosítási Rendszer (NIS), a Norvég Egészségügyi Igazgatósághoz tartozó HELFO – Norvég Egészségügyi Gazdasági Adminisztráció közreműködésével, valamint a betegek. A fogászati ellátást általában magánkiadásokból finanszírozzák.

2010-ben az összes egészségügyi kiadás legnagyobb részét, 46 százalékát a gyógyító szakellátásra fordították. A hosszú távú ápolási kiadások az összes egészségügyi kiadás 27 százalékát tették ki, amely az európai OECD-országok között a legmagasabb. A gyógyszerekre, orvostechikai eszközökre fordított kiadások az összes egészségügyi kiadás 11 százalékát alkották. A magánfinanszírozás aránya a gyógyszerek és egyéb orvosi nem tartós fogyasztási cikkek, valamint a járóbeteg gyógyító ellátások esetén volt a legmagasabb. (WHO HiT Norway 2013).

A regionális egészségügyi hatóságok finanszírozása fejkvótából, ill. tevékenység alapú finanszírozásból tevődik össze. A fejkvóta-finanszírozás célja, hogy elősegítse, hogy az egyes regionális egészségügyi hatóságok azonos szintű egészségügyi szolgáltatásokat tudjanak biztosítani a lakosságuk számára. (WHO HiT Norway 2013)

A központi kormányzat által finanszírozott regionális egészségügyi hatóságok finanszírozzák a helyi egészségügyi trösztöket, amelyek pedig a kórházakat finanszírozzák. Az egyes egészségügyi trösztökhöz a költségvetést a területükön élő lakosság becsült relatív szükségletei, valamint a tényleges tevékenység alapján allokálják. A kórházakat ex ante fix költségvetésből (60 százalékban) és DRG-rendszer alapján (40 százalékban) finanszírozzák a szomatikus ellátások esetében. A többi szolgáltatást főként ex ante fix költségvetésből finanszírozzák. A fekvőbeteg-ellátás DRG-n alapuló finanszírozását szomatikus problémák esetén 1997-ben vezették be. Ezt 1999-ben terjesztették ki a

kórházak ambuláns ellátásában végzett sebészeti beavatkozásokra. 2003-ban a nem-sebészeti eljárásokra vonatkozó osztályozás is elkezdődött. 2006-ban a járóbetegeknél végzett kezelések regisztrálása is beindult. 2007-ben kismértékű visszatérítést vezettek be a teljes körű kódolásra a kódolás minőségének javítása érdekében. 2008-ban a kórházak finanszírozásának részeként bevezették az országos szintű ambuláns DRG-rendszert. Ekkor a norvég DRG-rendszer két különálló rendszerre oszlott:

- 1) DRG-k a fekvőbetegek és a nappali kórházi ellátásban részesülők számára
- 2) DRG-k a járóbetegek számára<sup>1</sup>

Az állami rendszerben résztvevő házi orvosokat három forrásból finanszírozzák. Az önkormányzatoktól fejkvóta alapú finanszírozásban részesülnek. Amikor a beteg felkeresi házi orvosát, a HELFO szolgáltatásonkénti díjazást fizet, miközben a beteg is fizet co-paymentet a házi orvosnak. A fejkvóta finanszírozás a házi orvos bevételeinek 30 százalékát teszi ki, a szolgáltatásonkénti díjazás és a co-payment együttesen a 70 százalékát. A szerződéses magán szakorvosok az RHA-któl kapják díjazásukat, melynek összege a praxisban töltött munkaidőtől (teljes munkaidő, részmunkaidő), a praxis felszereltségétől és asszisztenciájától függ. Emellett a HELFO a konzultációkra szolgáltatás szerinti díjat fizet, és a betegek is teljesítenek out-of-pocket kifizetést ellátásukért.

Az egészségügyi trösztök költségvetése tartalmazza a tőkeköltségeket és az értékcsökkenést. Az egészségügyi trösztök felelősek a gazdasági eredményeikért, a kölcsönök, valamint a költségvetésük esetleges deficitjének kezeléséért. A nagyobb beruházások esetében az egészségügyi trösztök speciális állami támogatást kérvényezhetnek. (Magnussen, 2011; WHO HiT Norway 2013)

2012-től a helyi önkormányzatok felelősek a területükről kórházba került szomatikus, nem sebészeti betegek kezelési költségeinek 20 százalékáért.

## Egészségügyi szolgáltatások

### Népegészségügy

Norvégiában a népegészségügyi tevékenységekben kormányzati és nem kormányzati szereplők is részt vesznek. A népegészségügyért elsősorban az Egészségügyi Minisztérium felelős. Ugyanakkor különböző központi szervek, így például az Egészségügyi Igazgatóság, az Országos Népegészségügyi Intézet, valamint az Országos Egészségügyi Felügyeleti Tanács is részt vesz az országos népegészségügyi politikák végrehajtásában és monitorozásában. A norvég népegészségügyi stratégia 10 éve van érvényben, és egy Fehér Könyv tartalmazza.

A népegészségügyi tevékenységeket többnyire önkormányzati szinten valósítják meg. Ezek a tevékenységek magukban foglalják a lakosság egészségi állapotának és jóllétének fejlesztését, a mentális és szomatikus betegségek, rendellenességek és sérülések megelőzését, valamint a megfelelő társadalmi és környezeti feltételek biztosítását. A népegészségügyi szolgáltatásokat a házi orvosok, az önkormányzati tisztiorvosok (önkormányzatonként egy) nyújtják a közösségi egészségügyi központokban/klinikákon, iskolákban és ápolási otthonokban stb.

---

<sup>1</sup> További információk a DRG-ről: Az észak-európai országok DRG rendszere – a NordDRG, GYEMSZI IRF tanulmány, 2011: [http://www.eski.hu/new3/politika/zip\\_doc\\_2011/eszak-europai%20orszagok%20NordDRG.pdf](http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2011/eszak-europai%20orszagok%20NordDRG.pdf)

---

A helyi önkormányzatok népegészségügyi feladatköre a lakosság egészségi állapotának, valamint az egészséget meghatározó tényezők monitorozására is kiterjed. Ezek az információk képezik az önkormányzatok népegészségügyi stratégiájának alapját. Az önkormányzatok felelősek más szektorokban (pl. oktatás, foglalkoztatás) történő intézkedések végrehajtásáért, amelyek szükségesek a népegészségügyi célok eléréséhez. Ugyanakkor a megyék is végeznek monitoringot és stratégiai tervezést saját földrajzi területükön, valamint gondoskodnak a középiskolákban a népegészségügyi feladatok ellátásáról. A 2012. január 1-én bevezetett Népegészségügyi Törvény új alapítványt hozott létre a szisztematikus népegészségügyi tevékenységek megerősítése, valamint hatékonyabb horizontális (szektorok és szereplők közötti) és vertikális (helyi, regionális és országos szintek közötti) koordinációja céljából.

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

Norvégia városaiban járóbeteg-ellátást az ambuláns klinikákon dolgozó általános orvosok (GP-k), a vidéki területeken pedig az egy- vagy két orvossal dolgozó praxisok nyújtanak. A tendencia a városi területeken kívül is a kisebb klinikák fejlesztésére irányul.

Az önkormányzatok szerződnek a háziorvosokkal (néhány háziorvos az önkormányzat alkalmazásában áll), foglalkoztatják az állami szektorhoz tartozó nővéreket, működtetik a gondozóotthonokat és a lakosság számára lakóhelyen történő ellátást nyújtanak.

A betegek szabadon választhatnak háziorvost, és 99 százalékuk szerepel is a háziorvosokhoz feliratkozott lakosok listáján. A GP-k kapuőr szerepkört töltenek be a betegek ellátásában, az ő beutalásuk szükséges a szakorvosi és a fekvőbeteg-ellátás igénybevételéhez, a sürgősségi ellátáshoz nem szükséges beutaló. A betegek évente kétszer válhatnak háziorvost.

2009-ben 3909 háziorvos dolgozott Norvégiában, 74 százalékban önfoglalkoztatottak, 14 százalékban alkalmazottak, 9 százalékban gyakornokként foglalkoztatottak, 3 százalékban olyan önfoglalkoztatottak, akik egy önkormányzattal sem állnak szerződésben. (WHO HiT Norway 2013)

A járóbeteg szakellátást részben a kórházak járóbeteg részlegei biztosítják (az ún. poliklinikák). Vannak szomatikus ellátást, mentálist ellátást, illetve alkohol- és kábítószerfüggőség kezelést biztosító járóbeteg részlegek. A járóbeteg részlegek laboratóriumi és radiológiai szolgáltatásokat is biztosítanak. Járóbeteg szakellátást önfoglalkoztatott, magán szakorvosok is nyújtanak (pl. nőgyógyászok, belgyógyászok stb.), akik többnyire saját praxisukban tevékenykednek, és szerződésben állnak valamelyik regionális egészségügyi hatósággal.

Az állam által finanszírozott járóbeteg-ellátás mellett párhuzamosan működik egy privát általános orvosokat és szakorvosokat foglalkoztató rendszer is. Ezeknek a magánorvosoknak a szolgáltatásaira az állam nem nyújt támogatást.

### **Fekvőbeteg-ellátás**

A fekvőbeteg-ellátást elsősorban állami kórházak biztosítják. Norvégia négy egészségügyi régióját irányító regionális egészségügyi hatóságok felelősek a saját régiójuk területén található kórházakat tömörítő egészségügyi trösztök költségvetéséért és tervezéséért, az aktív szomatikus szakellátás és a pszichiátriai szakellátás megszervezéséért a területükön élő lakosság számára. Az aktív szomatikus ellátás az alapvető orvosi és sebészeti ellátást nyújtó kis helyi intézményektől a szélesebb spektrumú szakellátásokat biztosító nagyobb kórházakon át az egyetemi képzést is biztosító klinikákig terjed (egy régióban egy oktató kórház található).

Minden állampolgár szabadon eldöntheti, hogy melyik kórházban kívánja kezeltetni magát. A választás csak azonos szintű kórházak között lehetséges, azaz a beteg nem választhat egy egyetemi kórházat, ha egy helyi kórházba utalják.

2011-ben összesen 20 778 ágy volt a szakellátásban, ebből az állami intézményekben lévő ágyak száma 16 282 (az összes ágy 78 százaléka). Az utóbbi 20 évben folyamatos csökkenés volt tapasztalható a kórházi ágyak számában. Az aktív ágyak száma 1990 és 2010 között 37 százalékkal csökkent, az általános ágyak száma 29 százalékkal, a pszichiátriai ágyak száma pedig 7 százalékkal. Az aktív ágyak csökkenése azt a célkitűzést tükrözi, hogy a fekvőbeteg ellátás tehermentesítése céljából lehetőség szerint minél több beteget lássanak el a járóbeteg, ill. az egynapos ellátás keretében. 2010-ben az aktív ágyak száma 1000 főre 2,4 volt, ami jóval az EU-átlag alatt van (3,9). (WHO HiT Norway 2013)

A kórházi tartózkodás átlagos időtartama 1990 és 2010 között több mint 40 százalékkal csökkent, 2010-ben 4,5 nap volt, ami szintén alacsonyabb, mint az EU-átlag (2009-ben 6,6 nap). Az ágyfoglaltsági arány viszont több mint 20 százalékkal növekedett, 2010-ben 93 százalék fölötti, ami jóval magasabb, mint az EU-átlag (2009-ben 76 százalék). Az összes orvos kórházi alkalmazottként dolgozik. (WHO HiT Norway 2013).

Csak néhány magán kórház van Norvégiában, ágyszámuk alacsony. A magán kórházak többsége szerződést köt valamely regionális egészségügyi hatósággal, például meghatározott számú csípőműtetre, mandulaműtetre, zöldhályog műtetre vonatkozóan. (WHO HiT Norway 2013)

### **Rehabilitáció és hosszú távú ellátás**

A rehabilitációnak nagy hagyománya van Norvégiában. Az utóbbi időben a rehabilitáció megközelítése is fejlődött: az elveszített funkciók visszaállítására irányuló, szűkebb orvosi fókusz helyett ma már egy átfogóbb megközelítés jellemző, amely nem orvosi (társadalmi, gazdasági) tényezőket, valamint szektorok közötti együttműködést is magában foglal. A rehabilitációt a norvég Egészségügyi Minisztérium a következőképp definiálja: „meghatározott célokkal és eszközökkel végzett, tervezett folyamatok, ahol számos szolgálat működik együtt, egy meghatározott időn belül”. A rehabilitációt az alapellátásban (fizioterápia, foglalkozás-terápia) és a szekunder ellátásban (speciális rehabilitáció) egyaránt biztosítják. Az utóbbi két évtizedben más országokhoz hasonlóan Norvégiában is kialakultak bizonyos átmeneti rehabilitációs szolgáltatások az alapellátás és szakellátás közötti megosztott ellátáson alapulva.

Az alapellátó rehabilitációt az önkormányzatok biztosítják a betegek otthonában, iskolákban és más, az önkormányzat által fenntartott intézményekben (pl. ápolási otthonokban). A szolgáltatásokat orvosok, fizioterapeuták, ápolók és szülésznők nyújtják. Az alapellátásban biztosított rehabilitáció mind a szomatikus, mind a mentális betegek számára elérhető, az alapellátó orvostól kapott beutalóval. A szakellátásban nyújtott rehabilitációt a kórházak kijelölt rehabilitációs vagy egyéb (reumatológiai, neurológiai) osztályain biztosítják. A rehabilitációt – különösen a műtét utáni rehabilitációt – a regionális egészségügyi hatóságokkal szerződésben álló magán rehabilitációs intézményekben is igénybe lehet venni. Ez utóbbi ingyenes, ha a beteget a házi orvos vagy a kórház utalja be az ellátásra. Speciális problémákkal küzdő betegek számára is hozzáférhető rehabilitáció a szakkórházakban (pl. tüdőbetegség, asztma és allergia kezelésére specializálódott gyermekórházak) és kompetenciaközpontokban (pl. ritka betegségekre specializálódott kompetenciaközpontok).

Az önkormányzatok és a regionális egészségügyi hatóságok felelősek a rehabilitációs szolgáltatások koordinálásáért, melynek céljából „koordinációs egységeket” hoznak létre. A koordinációs tevékenység magában foglalja a rehabilitációs szükségletek regisztrációját, az egyéni holisztikus (interdiszciplináris

megközelítést biztosító) rehabilitációs tervek készítését és követését, valamint interdiszciplináris rehabilitációs csoportok kezdeményezését, irányítását, monitorozását, amelyek a kooperáció magját jelentik a különböző szolgáltatói csoportok között.

A Rehabilitációra vonatkozó Országos Stratégia 2008-2011 számos kihívást azonosít a rehabilitációval kapcsolatban, melyek a következők: elegendő forrás biztosítása a rehabilitáció megfelelő kapacitásának fenntartásához, az egyéni rehabilitációs programok fejlesztése oly módon, hogy lehetővé tegye a szolgáltatáshoz való méltányos hozzáférést, megfelelő együttműködés a különböző szektorok között, valamint megfelelő adminisztráció az adminisztratív szintek és szakmai csoportok között, a betegek aktív részvételének ösztönzése.

A hosszú távú ellátás megszervezése a helyi önkormányzatok feladata, és a hosszú távú ellátást adminisztratív szempontból gyakran integrálják az egészségügyi és szociális szolgáltatásokba helyi szinten. A kisebb önkormányzatok esetében ezeket gyakran ugyanazon az osztályon belül szervezik meg (Egészségügyi és Szociális Osztály). A helyi önkormányzatok nagy szabadsággal rendelkeznek a hosszú távú ellátás megszervezését illetően. A hosszú távú ellátás biztosításának legfőbb vezérelve az, hogy a páciensek a saját otthonukban vehessék igénybe a szolgáltatásukat, ameddig ez lehetséges.

A hosszú távú ellátás a betegek otthonában, ápolási otthonokban és az önkormányzatok által működtetett, ún. védett házakban (sheltered house) biztosítják. Az ápolási otthonokban olyan betegeket kezelnek, akiknek magas fokú orvosi kezelésre van szükségük (pl. demenciában, szív- vagy tüdőbetegségben szenvedők), és a mindennapi tevékenységeikben támogatásra szorulnak. Vannak rövid távú rehabilitációs osztályok is az ápolási otthonokban, ahol a beteg például a kórházi elbocsátás után tartózkodhat. A védett házak ugyanazokat a szolgáltatásokat biztosítják a betegeknek, amelyek az otthonápolásban elérhetők, és gyakran az önkormányzatok hosszú távú ápolási otthonai közelében találhatóak. Az ápolási otthonok és a védett házak nem különíthetők el teljes mértékben. Egyes védett házakban nyújtott szolgáltatások inkább az ápolási otthonokban nyújtottakra, mások inkább a páciensek otthonában biztosított szolgáltatásokra hasonlítanak. Emellett léteznek idősek számára nappali ellátást biztosító központok is az ápolási otthonokon belül. A védett házakban gondozott betegek általában kevesebb ápolási szükséglettel rendelkeznek, mint az ápolási otthonokban gondozottak. Az ápolási otthonok és védett házak többsége az önkormányzatok tulajdonában van. Egyes ápolási otthonokat önkéntes szervezetek birtokolnak és működtetnek, de az önkormányzatok finanszíroznak. Néhány ápolási otthon kereskedelmi vállalkozás formájában szerveznek meg és működtetnek.

Az ápolási intézmények nem speciálisan az idősek számára vannak kialakítva. Az ápolási jogosultság kritériumait az önkormányzatok szabják meg. A jogosultságra vonatkozó döntést a szolgáltató vagy az önkormányzati egészségügyi rendszeren belül működő független egység hozza meg, a szükségletek értékelése alapján.

A hosszú távú ápolás terén léteznek ugyan minőségi szabályozások, de nem biztosítanak jogi kötelezettséget a személyzet-beteg arányra vonatkozóan, előírásokat sem tartalmaznak a gondozók képzettségére vonatkozóan. Jelenleg hiány tapasztalható megfelelően képzett személyzetből a hosszú távú ellátás terén.

## **Gyógyszerek**

Norvégiában az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó Norvég Gyógyszerügynökség (NoMA) felügyeli az új és meglévő gyógyszereket és a teljes kínálati láncot, beleértve a gyógyszergyártás, kísérletezés és marketing folyamatokat, végzi a gyógyszerpiaci engedélyezést, monitorozza a gyógyszerek költség-hatékony, hatásos és dokumentált alkalmazását, szabályozza az árakat és a gyógyszerárak

kereskedelmi feltételeit, tanácsot ad a szakellátáson kívüli gyógyszerek támogatásának meghatározásában, valamint gyógyszerértékoztatást folytat az orvosok és a nagyközönség számára.

A NoMA végzi a gyógyszerek osztályozását. Négy csoportot különböztetnek meg: A- narkotikumok, B- függőséget okozó gyógyszerek, C- egyéb receptköteles gyógyszerek, F- nem receptköteles gyógyszerek.

A NoMA hatáskörébe tartozik a maximált gyógyszerári beszerzési árak meghatározása. Erre az árra a patika meghatározott mértékű árrést számíthat fel. Az árrés a vényköteles gyógyszerek esetében 200 NOK (27 EUR) beszerzési árig 7 százalék, e fölött 4 százalék lehet. Mindehhez hozzájárul még csomagonként egy 22 NOK (3 EUR) átalánydíj és a 25 százalékos általános forgalmi adó. A narkotikumokra és a pszichotrop szerekre 10 NOK-ot (1,4 EUR) kitevő további átalánydíj számítható fel. A nem vényköteles gyógyszerek árára nincs érvényben szabályozás.

2002 óta nemzetközi referenciaár-rendszer alapján történik a gyógyszerek árának maximálása. Az ár a három legalacsonyabb gyógyszerári beszerzési ár átlagán alapul a következő országokkal történő összehasonlításban: Ausztria, Belgium, Dánia, Finnország, Németország, Írország, Hollandia, Svédország, Egyesült Királyság. 2005-ben vezették be a lépcsőzetes árképzési modellt (Trinprismodellen), melynek keretében bizonyos gyógyszerekre – originális szerekre és generikumokra egyaránt – maximális támogatási árszintet határoznak meg, mely a szabadalom lejárta után automatikusan lépcsőzetesen csökken. Az árcsökkenések mértéke a generikummal való helyettesíthetőség előtti és utáni éves forgalmazástól függ. 2011-ben a betegek számára előírt hozzájárulás a támogatott gyógyszer összköltségének 38 százalékát tette ki. A súlyos fertőző betegségek pl. tuberkulózis, HIV/AIDS kezelésére használt gyógyszerek támogatása 100 százalékos. A fekvőbeteg-ellátásban a betegek gyógyszerelése térítésmentes, a kórházak viselik a gyógyszerköltségeket.

A támogatott gyógyszerek listáját, a kék listát a Norvég Gyógyszerügyi Hatóság havonta aktualizálja. A HELFO dönt az általános fedezet alá nem tartozó gyógyszerekre egyéni kérelmek alapján nyújtandó támogatásról. A HELFO monitorozza a járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok gyógyszerrendelését is.

Többnyire a településeken és a kórházakban működő 674 gyógyszerár szolgáltat ki gyógyszereket a lakosság számára. A 674 gyógyszerártól 33 működik kórházban. Az egy gyógyszerárra jutó lakosok száma megközelítően 7300 fő. A patikákon kívül, a hozzájuk tartozó kis outlet árusítóhelyeken (1100) is beszerezhető gyógyszer, valamint a vegyes boltokban és a benzinkutaknál korlátozott számban elérhetőek a nem vényköteles szerek. Néhány online gyógyszerár is működik Norvégiában, melyek kizárólag nem vényköteles gyógyszereket árusíthatnak. (WHO HiT Norway 2013)

A gyógyszerek a kórházak és a gondozóotthonok betegei számára ingyenesek. A betegek által a járóbeteg gyógyszerek esetében fizetett co-paymentre vonatkozóan költségplafon van érvényben, a lakosság egyes csoportjai pedig mentesülnek a gyógyszerek co-paymentje alól. A járóbeteg gyógyszerek magánfinanszírozása a járóbeteg gyógyszerekre fordított összköltség 27 százalékát teszi ki. (WHO HiT Norway 2013)

A gyógyszerekhez való hozzáférés sokat fejlődött az elmúlt években. Ennek egyik oka, hogy a gyógyszerek ára csökkent, 2000 és 2011 között évente átlagosan 2,4 százalékkal nominálértéken. A 2000-es Gyógyszerári Törvény liberalizálta a gyógyszerárakat piacát, így a gyógyszerárak száma jelentősen növekedett. 2010-ben 100 ezer lakosra 78 gyógyszerár jutott Norvégiában, ami az EU-átlag (62) fölötti. (WHO HiT Norway 2013)

A generikumok részaránya a gyógyszerpiacon növekedett 2000 és 2008 között, de a legutóbbi években stabilizálódott. 2011-ben a generikumok értékesítése az összes gyógyszereladás 41,5 százalékát alkotta. (WHO HiT Norway 2013)

## Egészségügyi dolgozók

Norvégiában az egészségügyi szakemberek száma folyamatosan nő. 2011-ben az orvosok 10 ezer főre vetített aránya 37,2, a nővérek 10 ezer főre vetített aránya 133,2, mindkettő jóval az EU-átlag fölötti. (WHO HFA Database 2013). A szakorvosok száma 2000 és 2009 között közel 38 százalékkal emelkedett. 2009-ben az összes orvos mintegy 42 százaléka rendelkezett specializációval. (WHO HiT Norway 2013)

A fogorvosok száma szintén növekedett az elmúlt években, 2010-ben 100 ezer főre 88 fogorvos jutott, ami jóval az EU-átlag (66) fölötti. 2011-ben a fogorvosok 70 százaléka magánpraxisban dolgozott. (WHO HiT Norway 2013)

2010-ben az egészségügyi végzettségű szakemberek 79 százaléka dolgozott az egészségügyi és szociális ellátásban. Több mint 140 ezren dolgoztak a helyi önkormányzatoknál, és mintegy 88 ezren álltak a központi kormány, az egészségügyi trösztök alkalmazásában. Az egészségügyi és szociális ellátásban foglalkoztatottak 10 százaléka többes szerződések révén folytatja tevékenységét, és közülük az orvosok választják a leggyakrabban praktizálásuknak ezt a formáját. A 2010-es év végén a szakorvosok 24 százaléka és az általános orvosok 19 százaléka dolgozott többes szerződések alapján.

2010-ben 25 600 külföldi munkavállaló dolgozott az egészségügyben, ez 7 százalékos növekedést jelentett 2009-hez képest. A külföldi munkavállalók közül 8200-an rendelkeztek ápolónői képesítéssel. (Statistics Norway)

## Minőségügy

A Norvég Egészségügyi Igazgatóság felelős az egészségügyi rendszerben a minőség fejlődésének biztosításáért. A biztonságra, a hatékonyságra, a betegközpontúságra, a koordinációra és a folytonosságra fókuszál, valamint a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek kiküszöbölése, az egészségfejlesztés, a prevenció szintén fontos prioritásai közé tartoznak. Az igazgatósághoz tartozó Egészségügyi Szolgáltatások Norvég Tudásközpontja (NOKC) információt gyűjt és terjeszt az egészségügyi szolgáltatások minőségéről és hatásosságáról tudás-szintézis (szisztematikus felülvizsgálatok és egészségügyi technológiaértékelés), a Norvég Elektronikus Egészségügyi Könyvtár, illetve teljesítménymérések révén, támogatja a minőségfejlesztést, a betegbiztonságot és a bizonyíték alapú gyakorlatot. A Norvég Elektronikus Egészségügyi Könyvtár (Helsebiblioteket) egy államilag finanszírozott online szolgáltatás az egészségügyi szakemberek, ill. az egészségügyi képzésen részt vevő hallgatók számára, mely hozzáférést nyújt az irányelvekhez, szisztematikus áttekintésekhez, tudományos szakfolyóiratokhoz és egyéb forrásokhoz. A Norvég Egészségügyi Szakemberek Regisztrációs Hatósága (SAK) engedélyezi az összes egészségügyi szakember működését. A Norvég Egészségügyi Felügyeleti Testület végzi az egészségügyi rendszer minden szintjén az auditot, beleértve az egészségügyi munkaerőt is.

Az egészségügyi adatok fontos gyűjtőhelyei a regiszterek. 2012-ben 15 központi regiszter működött Norvégiában (pl. születési, halálóki, védőoltás, tbc stb.), amelyek különböző típusú egészségügyi

---

adatokat gyűjtenek a teljes lakosságra vonatkozóan. A központi regiszterekben található adatokat rendszeresen elemzik és közzéteszik. Ezen regiszterek esetében az adatgyűjtéshez nem szükséges a páciens beleegyezése, és az egészségügyi szolgáltatók számára kötelező a jelentéstétel.

Az Országos Népegészségügyi Intézet felelőssége a regiszterek többsége esetében az adatok magas minőségének, az adatokhoz való hozzáférésnek, valamint a személyes adatok védelmének a biztosítása.

A központi regiszterek mellett számos minőségi regiszter is működik, amelyek speciális kezelésekre vagy diagnózisokra vonatkozóan gyűjtenek adatokat. 2012-ben mintegy 200 minőségi regiszter működött, amelyek közül 33 rendelkezett országos adatbázis státusszal. A regiszterek fejlesztésére az elmúlt időszakban programok indultak, amelyek elsősorban a regiszterek koordinációjára, menedzsmenjtjére, szervezésére és finanszírozására, valamint az adatvédelemre és a törvényi szabályozásra fókuszálnak. A Statisztikai Hivatal honlapján<sup>2</sup> több minőségi indikátor eredménye található meg, így pl. a vastagbélrák és a tüdőrák esetében a beutalástól az első kezelésre történő várakozás idejéről, a császármetszések arányáról stb. A Helsenorge.no portál (Népegészségügyi Portál) 2010 óta publikál a szívinfarktust, stroke-ot, illetve csípőtörést követő 30 napon belüli túlélési arányokat, az adatok online elérhetőségével. A Tudásközpont országos betegtapasztalati felméréseket készít, és az eredményeket online közzéteszi (Statistics Norway).

A Beteg Kártérítés Norvég rendszere (NPE) kezeli azon betegek panaszait, akik egészségügyi ellátásuk során káresetet szenvedtek el, adatokat gyűjt ezekről a káresetekről, minőségfejlesztés és a káresetek megelőzése céljából, és tájékoztatja a nyilvánosságot, a betegeket és az egészségügyi szakembereket a betegek kártérítési rendszeréről.

A minőséghez, hozzáféréshez tartozó problémák közé tartozik, hogy az ellátás egyes típusai esetében hiányoznak a minőségi standardok és irányelvek. A kifizetéseket általában nem kapcsolják össze a minőséggel (habár vannak kezdeményezések a kórházak finanszírozásának az ellátás minőségéhez és biztonságához kapcsolására). Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben jelentős eltérések tapasztalhatók az egyes földrajzi térségek között, a vidéken, ill. a távoli területeken élő lakosoknak sokat kell utazniuk az egészségügyi ellátás igénybevételéhez. Az egészségügyi szakemberek lakosságszámra vetített magas aránya ellenére hosszú várólisták vannak az elektív ellátásban.

2012-ben az Egészségügyi Minisztérium Fehér Könyvet adott ki a parlament számára, melyben az egészségügyi ellátás biztonságának és minőségének fejlesztésére vonatkozó intézkedéseket javasolt, a betegorientált egészségügyi szolgáltatásokra, a szisztematikus minőségfejlesztésre és a káros események elkerülésére helyezve a hangsúlyt. A javasolt intézkedések között szerepelt egy ötéves országos betegbiztonsági program bevezetése, egy állandó vizsgálati egység felállítása, mely gyorsan tud reagálni a súlyos káresetekre, a betegek és hozzátartozóik törvényi pozíciójának megerősítése, egy országos kísérleti projekt a kórházak minőség alapú finanszírozására, több minőségi indikátor kidolgozása és közzététele, valamint a technológiaértékelés alkalmazásának továbbfejlesztése. A parlament 2013 áprilisában elfogadta a javaslatokat, a technológia-értékelés fejlesztésére vonatkozó intézkedések végrehajtása már 2013 első felében megkezdődött.

---

<sup>2</sup> <http://www.ssb.no>



## e-egészségügy

Az elektronikus egészségügy fejlesztésére Norvégiában meglehetősen nagy hangsúlyt fektetnek. Az elektronikus betegrekordokat a nyolcvanas években vezették be, és ma már minden házi orvos alkalmazza őket. A döntéstámogatási rendszereket a házi orvosi praxisok 93 százaléka alkalmazza. Az elektronikus betegadat-átvitel alkalmazása szintén jellemző: a házi orvosi praxisok orvosi adatokat cserélnek elektronikus úton más egészségügyi szakemberekkel vagy szolgáltatókkal, és digitális formában kapnak laboreredményeket. A Norvég Egészségügyi Hálózatot (Norsk Helsennett) 2009-ben hozták létre a beteginformációk hatékony és biztonságos elektronikus átvitele céljából egy olyan egészségügyi kommunikációs hálózaton keresztül, amely az egészségügyi és szociális szektor minden releváns szereplőjére kiterjed, és lehetővé teszi az együttműködést mind az egyes adminisztratív szintek, mind a régiók között. Jelenleg az összes állami kórház és gyógyszertár, valamint 365 önkormányzat (amely a lakosság 90 százalékát lefedi) csatlakozott a hálózathoz. Az elektronikus receptfelírás kísérleti projektje 2010-ben zajlott, országosan 2011-ben vezették be, a teljes kiépítést 2013 végére tervezték. Az elektronikus beutalók alkalmazása 2011-ben 40-50 százalék közötti, az alkalmazásban jelentős eltérések vannak mind a regionális egészségügyi hatóságok, mind a kórházak között. A kórházakban az elektronikus alkalmazások kevésbé elterjedtek, mint a házi orvosi praxisokban, de fokozódó a használatuk. A zárójelentések elküldését 2012-ben a négy közül egy régió (az Északi) vezette be az összes kórházában, a többi régió a kórházak 80 százalékában. Elektronikus betegrekordokat minden kórházban alkalmaznak. Az elektív ellátások esetében nincs lehetőség elektronikus időpontfoglalásra, és jelenleg nincs terv ennek bevezetésére sem.

Norvégia, mint a többi északi ország hagyományosan szorgalmazta a telemedicina alkalmazások bevezetését az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés előmozdítása céljából, különösen a távoli, ritkán lakott térségek számára (pl. Északi régió). A telemedicina használata elterjedőben van. A Tromsøban található Északi Egyetemi Kórház Integrált Ellátási és Telemedicina Központja foglalkozik a telemedicinával kapcsolatos kutatásokkal. Az újfajta alkalmazások magukban foglalják a teleradiológiát (a kórházak és házi orvosi rendelők közötti konzultáció, illetve a második vélemény céljából), valamint a videokonferenciákat a pszichiátria és a rákellátás területén. Egyes térségekben a telemedicinát a radiológia és a dialízis területén is alkalmazzák, lehetővé téve a pácienseknek, hogy elkerüljék a konzultáció és értékelés céljából való hosszas utazásokat.

## Egészségügyi reformok

Az elmúlt évtized reformjai közül kiemelkedik a kórházak recentralizációjának folyamata. 2002-ben a központi kormányzat a megyei önkormányzatoktól (19 megye) magához vette a kórházak tulajdonjogát. Kb. 100 ezer dolgozó és a megyei tanácsok költségvetésének 60 százaléka került az államhoz. A döntés oka a hosszú várólisták, a kórházi szolgáltatásokban jelenlévő egyenlőtlenségek, a pénzügyi felelősség és transzparencia hiánya, a központi kormányzat és a megyei önkormányzatok közötti kölcsönös vádaskodások problémájának megoldása volt. A tulajdon centralizációja után a szervezetben ezt követően decentralizációs lépések következtek. Az 1974-ben létrehozott öt egészségügyi régiót lefedve (a régiók az egészségügyi ellátás koordinációjának és irányításának szervezetei), a minisztérium saját tulajdonlásával öt regionális egészségügyi hatóságot hozott létre. A regionális egészségügyi hatóságok kötelező felelősséggel tartoznak a földrajzi területükön élő lakosság egészségügyi ellátásáért, s egyben tulajdonosai is a régió legtöbb egészségügyi szolgáltatójának, tehát a központi tulajdon regionálisan a hatóságok között került megosztásra. A regionális egészségügyi

---

hatóságok alá rendelve, a kórházakat és klinikákat 42 helyi trösztbe szervezték. A regionális hatóságok képviselői a helyi trösztök testületeinek irányítói. 2007-ben a regionális egészségügyi hatóságok száma négyre csökkent. A helyi trösztök esetében összeolvadások figyelhetők meg: 2011-re az egészségügyi trösztök száma 21-re csökkent, amelyekben több mint 100 kórház található. A reformot, különösen a kórházak összeolvadásait mindmáig viták övezik. A kórházi menedzserek és a kórházak személyzete körében ugyanakkor nem váltott ki jelentősebb ellenállást a reform végrehajtása, mivel a kórházak az állami rendszer részét képezik, relatíve korlátozott autonómiával. (WHO HiT Norway 2013)

A minisztérium a regionális hatóságok stratégiai és operatív irányításáért, valamint a működés szervezeti és pénzügyi keretfeltételeinek megteremtéséért felelős.

A 2002-es reform másik fontos eleme az volt, hogy a tőkeköltségek finanszírozását belefoglalták a regionális egészségügyi hatóságok költségvetésébe. Korábban a beruházásokat elkülönítve finanszírozták, és az értékcsökkenést nem tekintették költségnek. A reform elemei közé tartozott, hogy országos képzési programot indítottak a középszintű kórházi menedzsereknek. A 2002-es reform eredményeiről megjelenő értékelések között egyes tanulmányok az ellátás hatékonyságának javulásáról, a várólisták csökkenéséről számolnak be. A rendszer a politikai pártok körében azonban továbbra is erőteljesen vitatott. Az állami átvétel egyik fő ösztönzője az volt, hogy véget vessenek a kórházak, megyék és az állam közötti, gazdasági felelősségről szóló vitáknak. A kórházak működése deficitese volt, és a megyéktől – mint tulajdonosoktól – vártak segítséget. A megyék azonban Norvégiában nem vehetnek ki saját adókat tetszés szerint, ezért rendszeresen állami támogatásra volt szükségük a költségvetési hiány kiegyenlítéséhez. Ebben az összefüggésben az állami átvétel jó ötletnek tűnt, a teljes (tulajdonjogi és finanszírozási) felelősség egy szintre helyezésével. A kezdeti időszakban azonban a regionális egészségügyi hatóságok is többnyire deficitesek voltak, és az egymást követő kormányok extra finanszírozással próbálták megoldani a problémát, miközben azt az üzenetet közvetítették, hogy ez a deficitfinanszírozás csak egyszer fordult elő. A regionális egészségügyi hatóságoknak csak 2009 óta sikerül többletet realizálniuk. Bár a politikai viták a jövőben további reformokhoz vezethetnek, a korábbi, decentralizációs rendszerhez való visszatérés és a megyék szerepének újbóli megerősítése a szakellátás terén nem valószínű. Az egyik lehetséges opció a regionális egészségügyi hatóságok megszüntetése az országos szint további erősítése céljából, melynek során a kórházak közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium vagy az Egészségügyi Igazgatóság irányítása alá kerülnének. A kórházak összeolvadásai következtében jelentősen csökkent a kórházak száma, ami megkönnyíti a felelősség állami szintről helyi szintre történő delegálását. Egy másik lehetséges forgatókönyv, hogy az önkormányzatok tömörüljenek nagyobb egységekbe, hogy ki tudják aknázni a méretgazdaságosság előnyeit az alapellátás és ápolás terén.

A helyi önkormányzatok fő felelősségét az alapellátás és a hosszú távú ápolás terén nem valószínű, hogy állami szinten központosítani fogják, mivel ez jelentős ellenállást váltana ki, és a hagyományos, decentralizált egészségügyi rendszertől való, túlzottan drasztikus elmozdulást jelentene. (Magnussen, 2011; European Observatory of Health Systems and Policies, 2013)

### **Koordinációs reform**

Az elmúlt évtizedben az alapellátás és szakellátás közötti koordináció a norvég egészségpolitika központi kérdésévé vált.

2001-ben kötelező egyéni ellátási tervet vezettek be, amely lehetővé tette a komplex vagy krónikus egészségi problémákkal küzdő betegek koordinált ellátását, valamint bevonásukat az egészségügyi és szociális ellátásuk megszervezésébe. Habár ezt a rendszert törvény tette kötelezővé, a gyakorlatban

csak kevés ellátási terv valósult meg, és problémát jelentett a szakemberek felelősségének hiánya is, emiatt az országos célkitűzéseket ezen a területen nem sikerült megvalósítani. 2003-ban a kormány az ún. Wisløff-bizottságot bízta meg azzal, hogy azonosítsa a norvég egészségügy koordinációs problémáit, és dolgozzon ki gyakorlati javaslatokat a koordináció megerősítésére a teljes ellátórendszerben. A jelentés hat különböző betegcsoportot azonosított, akik különösen érzékenyek a koordinációs problémákra: daganatos betegek, magas komorbiditással rendelkező idősek, halálos betegek, krónikus betegek, pszichiátriai betegek, valamint drogfogyasztók. A jelentés egy egyezmény-rendszert javasolt a kórházak és a közeli önkormányzatok között az egész országban, melyek a szükségtelen kórházi felvételek és a kórházi elbocsátás előtti várakozási idő csökkentését célozták, valamint azt, hogy a kórházból való hazaszállítás a lehető leghatékonyabb és legbiztonságosabb legyen a beteg számára. A bizottság hangsúlyozta, hogy a megfelelő koordináció előfeltétele az alapellátás és szakellátás közötti kompetenciák egyensúlyba hozatala (mivel a szakellátást erősebbnek vélte). 2005-2008 között megtörtént a kórházak és helyi önkormányzatok közötti formális egyezmények kialakítása.

2008-ban dolgozta ki az egészségügyi tárca a Koordinációs Reformot, mely két fő célt tűzött ki: egyrészt, hogy több beteget lássanak el az alapellátás és krónikus ellátás szintjén a kórházi kezelés helyett, másrészt pedig, hogy az aktív kórházakból korábban hazabocsássák a betegeket. E célok elérésére strukturális változtatásokat, valamint gazdasági ösztönzőket javasolt. A reformtervezet szerint az önkormányzatoknak olyan kórház előtti ellátási osztályokat kell létrehozniuk, ahol a kevésbé súlyos fekvőbeteg eseteket kezelik. Emellett az önkormányzatoknak fizetniük kell a kórházak számára az általános kórházi felvételek esetében, valamint büntetési díjat abban az esetben, ha a kórházból elbocsátott betegeket további kezelés szükségessége esetén nem fogadják azonnal a rehabilitációs vagy krónikus ellátó intézményekben. A reformtervezetet végül módosításokkal 2011 júniusában fogadta el a parlament. 2012. január 1-től léptek hatályba az új rendelkezések, miszerint az önkormányzatnak 4000 norvég koronát kell fizetnie minden egyes extra napért, amit a beteg a kórházban tölt, miután kezelése befejeződött, viszont nem tud visszatérni a lakóhelyére további gondozásra. Ezen kívül az önkormányzat viseli a területéről kórházba került szomatikus betegek kezelési költségeinek 20 százalékát (a sebészeti beavatkozások kivételével). 2012-ben 5,6 milliárd norvég koronát transzferálnak az önkormányzatokhoz ennek fedezetére<sup>3</sup> (a kórházak költségvetését ezzel párhuzamosan csökkentik). Az önkormányzatokhoz tartozó kórház előtti ellátási osztályok 2016-tól kezdik meg működésüket. (Romøren, 2011)

## Források

- European Observatory of Health Systems and Policies: The Changing National Role in Health System Governance – A case-based study of 11 European countries and Austria, 2013.
- Eurostat structural indicators:  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural\\_indicators/indicators/economical\\_content](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/indicators/economical_content)
- HELFO, Norwegian Health Economics Administration: <http://helfo.no/>

<sup>3</sup> National Budget 2012. NOK 5.6 billion for municipal interaction. Press release, 06.10.2011.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/press/press-releases/2011/nok-56-billion-for-municipal-interaction.html?id=657073>

- [Helsenorge.no](http://helsenorge.no) – Népegészségügyi Portál
- Magnussen, Jon : Recentralization 10 years later – success or failure in Norway? In: Euro Observer, 14. évfolyam, 1. szám. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- National Board of Health Supervision: <http://www.helsetilsynet.no>
- NOKC: <http://www.kunnskapssenteret.no/home>
- Norwegian Directorate of Health: <http://www.helsedirektoratet.no>
- Norwegian Electronic Health Library: <http://www.helsebiblioteket.no/English>
- Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet): <http://www.fhi.no/>
- OECD Health Data: <http://stats.oecd.org/index.aspx>
- OECD Statistics: <http://stats.oecd.org/>
- PHIS Pharma Profile: The Norwegian Health Care System and Pharmaceutical System, 2011.11.09.
- Romøren, Tor Ing; Torjesen, Dag Olaf; Landmark, Brynjar: Promoting coordination in Norwegian health care. International Journal of Integrated Care, 7 October 2011
- Statistics Norway, <http://www.ssb.no/>
- WHO Health for all Database, 2013. július.
- WHO Health Systems in Transition (HiT) Norway. WHO - European Observatory of Health Systems and Policies, 2013.

Weboldalak letöltése: 2014. január 6-15.