

Julia Aleksandrowicz*

SZWEDZKI SYSTEM OCHRONY ZDROWIA – KLUCZOWE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA

1. Wstęp

Na całym świecie organizacja systemu ochrony zdrowia ma fundamentalne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Trudno znaleźć idealne rozwiązania a nawet więcej – znalezienie rozwiązań idealnych wydaje się niemożliwe, zwłaszcza że na efektywność funkcjonowania systemu wpływa wiele czynników związanych choćby z samą populacją. Wymieniając tylko niektóre, takie jak rozmieszczenie przestrzenne, struktura wiekowa, główne obszary zatrudnienia, ogólny stan zdrowia, długość życia, sposób spędzania czasu wolnego, odsetek osób uzależnionych oraz stopień zamożności społeczeństwa, widoczny staje się skomplikowania takiego przedsięwzięcia. Nie bez znaczenia są również czynniki geograficzne i infrastrukturalne: stan infrastruktury drogowej, ukształtowanie terenu, jakość łączności, dostępność nowoczesnych technologii, problem wykluczenia komunikacyjnego – to tylko dodaje zmiennych w poszukiwaniu rozwiązań dopasowanych do wszystkich.

Przegląd systemów funkcjonujących w innych krajach może być źródłem inspiracji również dla systemu polskiego, którego przemiany wdrożone na przestrzeni ostatnich dekad pokazują, że ustawodawca wciąż poszukuje nowych możliwości i rozwiązań. Poprawa jakości świadczeń, zadowolenie pacjenta i jednocześnie efektywność ekonomiczna to cele do jakich zmiany te dążą. Jako źródło inspiracji w niektórych obszarach może posłużyć system funkcjonujący w Szwecji – jest on oceniany jako nastawiony na respektowanie praw pacjentów oraz zapewnienie

* Mgr Julia Aleksandrowicz – mgr prawa, doktorantka na Uniwersytecie VISIA w Warszawie

wysokiej jakości świadczeń. Jednym z wyznaczników dobrostanu pacjentów w Szwecji jest średnia długość życia, która jest jedną z najwyższych w Unii Europejskiej, nawet pomimo wpływu pandemii¹.

2. Uwarunkowania demograficzne

Przystępując do analizy szwedzkiego systemu ochrony zdrowia należy zarysować kluczowe różnice dotyczące populacji obu krajów i ich uwarunkowań geograficznych. Jestto niezbędne do zilustrowania, z jak różnymi problemami na etapie założeń organizacyjnych musi mierzyć się Szwecja i stanowiąca punkt odniesienia Polska.

Polska ma mniejszą niż Szwecja powierzchnię, zajmuje bowiem 311 888 km², podczas gdy powierzchnia tej drugiej wynosi 528 447 km²². Biorąc pod uwagę wielkość kraju, populacja Szwecji jest niewielka. Polska ma blisko czterokrotnie większą liczbę ludności: 37 667 000 osób³ niż Szwecja, którą zamieszkuje 10 557 682 osób⁴. W jej największym mieście i stolicy – Sztokholmie mieszka tylko 984 685 osób, ale ogólny współczynnik ludności zamieszkującej w miastach jest wyższy – w Szwecji to 87%, podczas gdy w Polsce 64%⁵.

Szwecja podobnie jak Polska mierzy się z problemem starzenia się społeczeństwa oraz przyrostem naturalnym niegwarantującym zastępowalności pokoleń. Chociaż w Szwecji sytuacja jest lepsza niż w Polsce i stale się poprawia, nadal przeciętnie na kobietę przypada tam 1,67 dziecka, a w Polsce 1,38⁶. Szwecję charakteryzuje też najwyższy na świecie odsetek osób w wieku 80+, a przewiduje się, że grupa ta odnotuje najwyższy wzrost procentowy, jak i w liczbach bezwzględnych. Szwedzkich seniorów charakteryzuje jednak stosunkowo dobry stan zdrowia⁷.

¹ Opracowanie Komisji Europejskiej, *OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Sweden: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, Bruksela 2023, s. 3.

² *Familjens Världsatlas*, red. U. Olsen Eeg, L.-M. Biron, Greve 2020, s. 32-33.

³ Strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/> [dostęp 20.01.2024, dane wg stanu na październik 2023 r.].

⁴ Strona internetowa Urzędu Statystycznego Szwecji (Statistikmyndigheten SCB) https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/FolkmandNov/table/tableViewLayout1 [dostęp 20.01.2024 r., dane wg stanu na styczeń 2023 r.].

⁵ *Familjens Världsatlas...*, s. 32-33.

⁶ *Kraj o najniższej dietności na świecie*, „Rzeczpospolita”, data publikacji 22.02.2023 r., <https://www.rp.pl/gospodarka/art38004561-kraj-o-najnizszej-dietnosci-na-swiecie> [dostęp 10.12.2023 r.].

⁷ R. Bakalarczyk, *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym — przykład Szwecji*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2018, nr 18, s. 107-118.

Kluczową różnicą jest natomiast duże zróżnicowanie etniczne i kulturowe mieszkańców Szwecji, generujące konieczność wychodzenia naprzeciw potrzebom pacjentów, którzy mają szczególne oczekiwania wobec sposobu udzielania im świadczeń. W wielokulturowym społeczeństwie Szwecji kładzie się duży akcent na taką organizację życia publicznego, by nikt nie czuł się wykluczony z powodu przynależności etnicznej, czy wyznawanej religii. Dotyczy to również organizacji świadczeń, w tym np. gotowości do zapewnienia pacjentowi podczas hospitalizacji wyżywienia nie tylko odpowiedniego do jego stanu zdrowia, ale i uwzględniającego przekonania religijne, jak również poszanowanie tradycji i praktyk religijnych w innych wymiarach (choćby odpowiedniego stroju, poprzez uzupełnienie długiej koszuli u kobiet o spodnie, tak by ciało pozostawało stosownie zakryte)⁸.

3. Ramy prawne

Podstawę szwedzkiego systemu prawnego stanowi Konstytucja. Nie ma ona jednolitego i spójnego charakteru – jest zbiorem czterech podstawowych aktów prawnych o charakterze ustrojowym: Aktu o formie Rządu, Aktu o sukcesji, Aktu o wolności druku oraz Aktu o wolności wypowiedzi⁹. Konstytucja Królestwa Szwecji nie zawiera zapisów analogicznych do sformułowanego w art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia ujętego jako prawo podstawowe z uwagi na związek z godnością człowieka oraz prawem do ochrony życia¹⁰. Natomiast w § 7¹ rozdziału 8 Aktu o formie Rządu określono, że Rząd może, w drodze rozporządzeń na mocy upoważnienia ustawowego, regulować sprawy dotyczące ochrony życia, bezpieczeństwa osobistego lub zdrowia. Prawo do zdrowia nie zostało określone ani w odniesieniu do obywateli, ani cudzoziemców, których prawa zrównane z prawami obywateli szwedzkich zostały wyszczególnione w części Konstytucji poświęconej podstawowym prawom i wolnościom (rozdział 2 Aktu o formie rządu). Wobec tego podstawowe rozstrzygnięcia dotyczące funkcjonowania opieki zdrowotnej musiały zostać sformułowane na poziomie ustawowym.

Przełomowym rozwiązaniem dającym podstawy do stworzenia systemu w obowiązującym dziś kształcie była ustawa Prawo o zdrowiu i opiece zdrowotnej z 1982 r.¹¹, która przeniosła kompetencje do decydowania o kształcie opieki zdrowotnej na poziom lokalny. Pozwoliło to uelastyczyć proces decyzyjny względem zmian, jakie zachodziły w systemie. W tej ustawie opieka

⁸ K. Shirinzad, *Sjuksköterskans möte med kvinnliga muslimska patienter*, praca licencjacka przygotowana w Höskolan i Halmstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle (HOS), Halmstad 2007.

⁹ Konstytucja Królestwa Szwecji, tłum. K. Dembiński, M. Grzybowski, Warszawa 2000.

¹⁰ K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10, s. 113-126.

¹¹ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

zdrowotna została scharakteryzowana jako działania mające na celu zapobieganie, diagnozowanie i leczenie chorób. Określono cele opieki zdrowotnej wskazując na jakość, dostępność, bezpieczeństwo, równość w dostępie do świadczeń. Wskazano również zasady relacji między dostawcą i pacjentem opierające się na poszanowaniu niezależności i jednolitości oraz jakości relacji¹². W ramach delegowania zadań na poziom jednostek terytorialnych powierzono samorządom np. realizację programów szczepień ochronnych. Jednocześnie regiony i gminy zyskały większą swobodę w zakresie organizacji usług zdrowotnych, w tym promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Stanowiło to kontynuację rozwiązań przyjętych w ustawie o usługach społecznych z 1980 roku¹³, która nałożyła na gminy obowiązek opieki i pomocy osobom starszym na każdym etapie życia, pozwalając równocześnie na poziomie regionalnym kształtować politykę w tym zakresie¹⁴.

Kolejne reformy szwedzkiego systemu ochrony zdrowia wpłynęły na poprawę jego efektywności. Nie zmieniły one natomiast fundamentalnych założeń. W 1992 roku została wprowadzona gwarancja prawa każdego pacjenta do dostępu do świadczeń medycznych, która obejmowała możliwość wyboru dowolnego szpitala na terenie Szwecji w sytuacji, kiedy pacjent nie otrzyma stosownego leczenia w szpitalach znajdujących się na terenie regionu, w którym mieszka. Od 1994 r. analogiczne rozwiązania zostały wprowadzone w przypadku lekarza rodzinnego¹⁵.

Obecnie podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Szwecji jest Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), czyli Ustawa o zdrowiu i opiece medycznej wydana 9.02.2017r. Określa ona podstawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ustawa składa się z pięciu rozdziałów:

1. Sekcja I zawiera przepisy wprowadzające (rozdziały 1 i 2),
2. Sekcja II zawiera przepisy dotyczące całej opieki zdrowotnej (rozdziały 3-6),
3. Sekcja III zawiera postanowienia dotyczące odpowiedzialności regionu jako zlecniodawcy (rozdziały 7-10),
4. Dział IV zawiera przepisy dotyczące odpowiedzialności gminy jako zlecniodawcy (rozdziały 11-13)
5. Dział V zawiera inne postanowienia dotyczące zlecniodawców (rozdz. 13 a-18).

Spod ustawy wyłączone zostały usługi stomatologiczne, które są uregulowane w odrębnej ustawie o opiece stomatologicznej – tandvårdslagen (1985:125).

¹² M. Moks, *Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania*, „Oeconomia Copernicana” 2010, nr 1, s. 151-164.

¹³ Socialtjänstlag (1980:620).

¹⁴ B. Burström, A. Sagan, *Sweden* [w:] *Organization and financing of public health services in Europe. Country reports*, Praca zbiorowa, Londyn 2018, s. 125.

¹⁵ M. Moks, op.cit.

Patrząc na zakres regulacji można je na pewnym poziomie ogólności uznać za odpowiadające zakresom polskiej ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej¹⁶ oraz ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷. Szwedzka ustawa systemowa jest jednak znacznie mniej obszerna od polskich regulacji i nie opisuje tak szczegółowo wszystkich aspektów funkcjonowania systemu. Jej ogólny charakter wynika z faktu, że wiele kwestii pozostawiono do rozstrzygnięcia bezpośrednio organizatorom zabezpieczenia świadczeń na poziomie regionalnym. Polski system jest znacznie bardziej scentralizowany. Pomimo funkcjonowania struktur NFZ na poziomie poszczególnych województw, Oddziały Wojewódzkie NFZ nie mają wpływu na kształt regulacji na terenie swojego działania. W modelu szwedzkim przekazanie kompetencji do samorządów terytorialnych ograniczyło uprawnienia władz krajowych do określania prawnych ram funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Należy jednakże zauważyć przy tym, że mniejsza szczegółowość przepisów jest ogólnie jedną z cech szwedzkiego systemu prawnego¹⁸. Szwedzi szczycą się zaufaniem, jakim obdarzają się w sprawach publicznych. Zaufaniem w Szwecji rząd obdarza 67,1% mieszkańców, podczas gdy w Polsce jest to zaledwie 27,3%¹⁹.

4. Uprawnieni do korzystania

Współczesna Szwecja jest społeczeństwem wielokulturowym i wieloetnicznym, co sprawia, że oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia są bardzo różne. System musi dostosować się do różnych potrzeb, wprowadzając proste i skuteczne procedury m.in. w zakresie komunikowania się w języku obcym. Należy mieć świadomość, że pewne uwarunkowania kulturowe również mogą mieć wpływ na zdrowie, stąd personel medyczny musi wykazywać się zrozumieniem jednostki i jak najlepiej zaspokajać jej indywidualne potrzeby²⁰.

Duży nacisk kładziony jest na niedyskryminowanie pacjentów. Szwecja posiada obszerne regulacje dotyczące równouprawnienia. Utworzono urząd Rzecznika ds. Przeciwdziałania Dyskryminacji (*Diskreminerings Obudsmannen*), który stoi na straży ustawy antydyskryminacyjnej z 2008 roku (*Discrimination*

¹⁶ T. j.: Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.

¹⁷ T. j.: Dz. U. z 2025 r., poz. 1461.

¹⁸ A. Szahaj, *Uczyć się od Szwedów!*, „Odra” 2011, nr 12, s. 26-30.

¹⁹ D. Hołoga, J. Winiarski, *Ocena ekonomiczno-społeczna skutków walki z pandemią Covid-19 w Szwecji – zasoby, działania, rezultaty*, „Współczesna Gospodarka” 2021, vol. 12, nr 1(36), s. 11-30.

²⁰ N. Seffo, F. Krupic, K. Grbic, N. Fatahi, *From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System*, „Mater Sociomed” 2014, nr 26(2), s. 85-89.

Act 2008:567)²¹. Obszar zdrowia jest jednym z tych, w których może dochodzić do dyskryminacji będącej przedmiotem zainteresowania państwa. Ustawa wymienia siedem powodów dyskryminacji:

1. płeć,
2. tożsamość płciowa lub ekspresja płciowa,
3. przynależność etniczna,
4. religia lub inny światopogląd,
5. niepełnosprawność,
6. orientacja seksualna,
7. wiek²².

Z kolei wśród form dyskryminacji ustawa wymienia i odpowiednio definiuje takie działania jak:

- dyskryminacja bezpośrednia,
- dyskryminacja pośrednia,
- utrudniony dostęp,
- molestowanie,
- molestowanie seksualne,
- nakłanianie do dyskryminacji²³.

Co istotne, ustawa przyznaje prawo uzyskania specjalnego odszkodowania za dyskryminację, niezależnie od możliwości otrzymania niewielkich sum odszkodowania na podstawie innych przepisów²⁴. Kwestie zapewnienia równego, niedyskryminującego dostępu do opieki zdrowotnej zyskują zatem w Szwecji szczególny wymiar.

Wyrazem równości w dostępie do usług medycznych jest organizacja systemu oczekiwania na świadczenia. Od 2005 r. wprowadzono zasadę gwarancji świadczeń 0-7-90-90, gdzie 0 oznacza czas oczekiwania na kontakt z systemem opieki medycznej, 7 – maksymalny czas oczekiwania w przypadku lekarza pierwszego kontaktu, konsultację lekarza specjalisty w ciągu 90 dni oraz maksymalnie 90-dniowy okres oczekiwania pomiędzy diagnozą a leczeniem²⁵. Założenia te w zestawieniu z wielomiesięcznym czy nawet kilkuletnim terminem oczekiwania na niektóre świadczenia w polskim systemie ochrony zdrowia wydają się imponującym rozwiązaniem i niedoścignionym wzorem. Warto jednak zauważyć na podstawie praktyki, że również szwedzki system podlega pewnej reglamentacji świadczeń opartej na wąskich kanałach dostępu. Pacjent otrzyma świadczenie, o ile wstępnie

²¹ P. Pogodzińska, *Integracja i przeciwdziałanie dyskryminacji imigrantów na szwedzkim rynku pracy*, Warszawa 2011, s. 13-14.

²² K. Wencel, *Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na rasę, narodowości i pochodzenie etniczne w wybranych państwach członkowskich Unii Europejskiej*, „Analizy Raporty Ekspertyzy Stowarzyszenie Interwencji Prawnej” 2009, nr 8, s. 8.

²³ P. Pogodzińska, op. cit.

²⁴ K. Wencel, op. cit., s.8.

²⁵ M. Moks, op. cit.

zostanie ono zweryfikowane jako konieczne, a to bywa bardzo problematyczne. Zerowy czas oczekiwania na kontakt z systemem sprowadza się do możliwości zgłoszenia swojego akcesu do świadczenia w każdym czasie poprzez rejestrację na stronie internetowej lub nagranie się na sekretarkę automatyczną w przychodni. Jeżeli na podstawie zgłoszonych objawów potrzeba uzyskania pomocy zostanie uprawdopodobniona – odpowiednia jednostka kontaktuje się z pacjentem. Jednak takiej gwarancji dostania się jak w Polsce do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy na szpitalny oddział ratunkowy – nie ma.

Równość w dostępie do świadczeń determinowana jest również przez strukturę właścicielską podmiotów leczniczych. Większość szpitali jest własnością publiczną, jednak zarówno publiczne, jak i prywatne placówki opieki zdrowotnej są finansowane ze środków publicznych. Za opiekę doraźną odpowiadają regionalne szpitale publiczne, natomiast świadczenia wysokospecjalistyczne są domeną szpitali uniwersyteckich. Niezależnie od tego, czy szpital lub podstawowa opieka zdrowotna jest placówką prywatną czy publiczną – obowiązują te same przepisy, opłaty i krajowa gwarancja czasu oczekiwania²⁶.

5. Organizacja

Szwecja ma trzy poziomy administracyjne: krajowy, regionalny (21 rad powiatów) oraz lokalny (290 gmin). Gminy różnią się znacznie zarówno pod względem powierzchni, jak i liczby mieszkańców. Najmniejsza gmina – Sundbyberg liczy 9 km² a największa – Kiruna 19.155 km². Bjurholm ma tylko 2450 mieszkańców, a stołeczny Sztokholm aż 923 500²⁷.

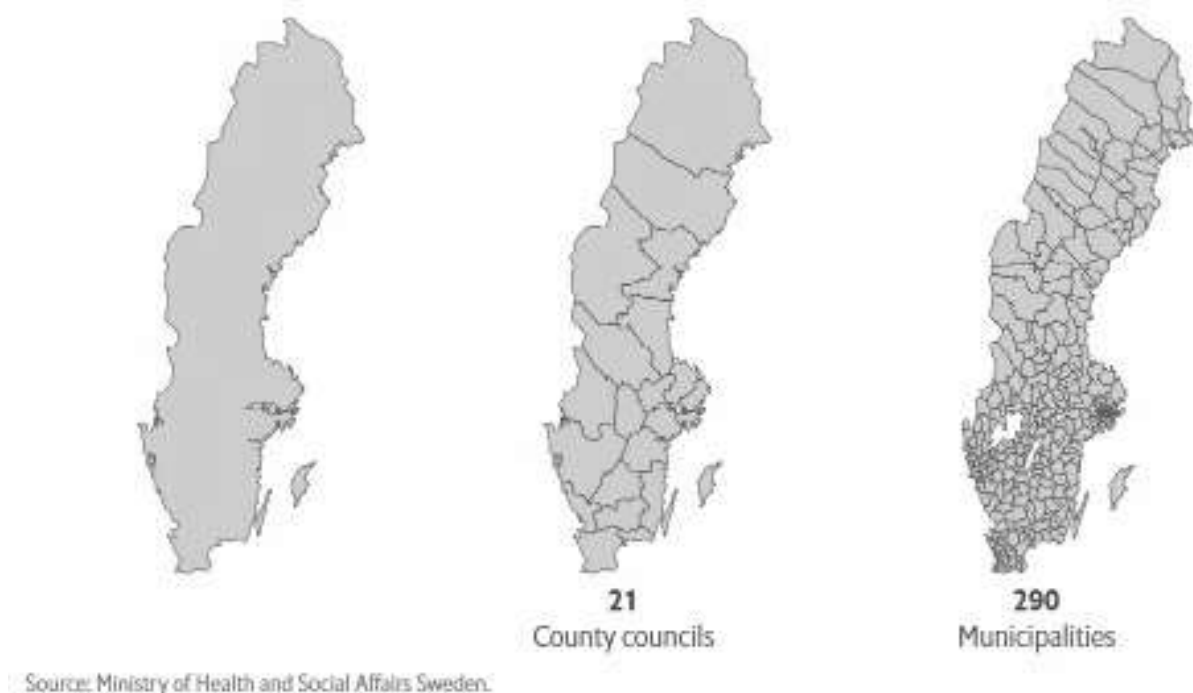
Zadania zorganizowania opieki zdrowotnej stosownie do potrzeb określonej populacji przerzucono na samorząd terytorialny. Ze względu na specyficzną strukturę przestrzenną i zaludnienie kraju, Szwecja ma wysoki stopień decentralizacji i stosunkowo słabe zarządzanie na szczeblu krajowym²⁸. Nie ma hierarchicznego powiązania pomiędzy gminami a regionami. Zdrowie jest tylko jednym z obszarów powiązanych z innymi, znajdującymi się w kompetencji rady regionu. Około 90% prac szwedzkich rad regionalnych dotyczy opieki zdrowotnej, ale zajmują się one także innymi obszarami, takimi jak np. kultura czy infrastruktura²⁹. Jest to rozwiązanie typowe dla krajów skandynawskich, w których od kilkudziesięciu lat odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia spoczywa na władzach

²⁶ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 9.

²⁷ B. Burström, A. Sagan, op.cit., s. 123.

²⁸ L.-K. Tynkkynen, J. Pulkki, L. Tervonen-Gonçalves et al., *Health system reforms and the needs of the ageing population—an analysis of recent policy paths and reform trends in Finland and Sweden*, „European Journal of Ageing” 2022, nr 19, s. 221–232.

²⁹ B. Burström, A. Sagan, op. cit., s. 123.

Decentralised Sweden

Ryc. 1

samorządowych na poziomie gminy i powiatu (w Danii) oraz gminy i regionu (w Szwecji i Finlandii). Kraje skandynawskie słyną z najbardziej zaawansowanej decentralizacji systemów ochrony zdrowia, a szwedzki system jest dodatkowo uznawany jest za jeden z najbardziej socjalnych systemów NHS w Unii Europejskiej³⁰.

Każda rada regionu ma obowiązek zapewnienia mieszkańcom dobrej jakości usług zdrowotnych i opieki medycznej oraz działanie na rzecz promowania dobrego zdrowia całej populacji³¹. Samorządy w oparciu o zawarte porozumienia współpracują ze sobą w ramach sześciu okręgów realizując zadania w zakresie opieki wysokospecjalistycznej, ale również badań i kształcenia medycznego. Każdy z okręgów liczy od 1 do 1,9 mln mieszkańców, a na jego terenie działa co najmniej jeden szpital uniwersytecki³².

Zadania w zakresie ochrony zdrowia zostały przydzielone do każdego z poziomów. Region w większym zakresie odpowiada za organizację opieki zdrowotnej, podczas gdy na gminie spoczywa obowiązek zadbania o opiekę nad osobami

³⁰ S. Lis, K. Skuza, *Mechanizmy współfinansowania kosztów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej – analiza porównawcza*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2013, nr 908, s. 25-37.

³¹ B. Burström, A. Sagan, op.cit., s. 123.

³² Y.W. van Kemenade, *Healthcare in Europe 2018. The finance and reimbursement systems of 11 European country. Sweden*, Oxford 2018, s. 94.

starszymi i wsparcie dla osób z niepełnosprawnością³³. Regiony odpowiadają za finansowanie, nadzór i świadczenie podstawowej, specjalistycznej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Gminy koncentrują się na opiece nad osobami z niepełnosprawnością, usługach rehabilitacyjnych, opiece domowej, opiece nad osobami starszymi i opiece zdrowotnej w szkołach. Całość jest nadzorowana na szczeblu centralnym³⁴. Na poziomie centralnym określone są również główne kierunki narodowej polityki zdrowotnej oraz jednolite rozwiązania prawne i standardy ogólnie obowiązujące³⁵.

Na poziomie krajowym odpowiedzialne za politykę zdrowotną i opiekę jest Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych, które współpracuje bezpośrednio z centralnymi instytucjami rządowymi zaangażowanymi w obszar zdrowia i opieki zdrowotnej. Współpraca polega na rozwiązywaniu bardziej złożonych problemów, takich jak zmniejszenie absencji chorobowej³⁶. Do instytucji współpracujących z Ministerstwem zaliczyć można Krajową Radą ds. Zdrowia i Opieki Społecznej, Szwedzką Agencję ds. Zdrowia i Spraw Społecznych, Agencję ds. Wyróbów Medycznych, Szwedzki Inspektorat Nadzoru Społecznego czy Szwedzką Agencję ds. Oceny Technologii Medycznych³⁷.

Istotną cechą organizacji szwedzkiego modelu jest oddzielenie kompetencji merytorycznych dotyczących zdrowia od władzy politycznej. Pozwoliło to na skupieniu się specjalistów na problemach zdrowotnych mieszkańców, bez ingerencji politycznych i rozstrzygnięć podyktowanych interesem partii rządzącej. Przykładem urzędu złożonego z naukowców, ekspertów i lekarzy jest *Folkhälso-myndigheten* (Szwedzki Urząd ds. Zdrowia). Odpowiada on m.in. za tworzenie i rozpowszechnianie wiedzy naukowej promującej zdrowie, zapobieganie chorobom i urazom, ochronę ludności przed chorobami zakaźnymi, monitorowanie liczby infekcji na szczeblu krajowym oraz projektowanie i koordynowanie działań profilaktycznych. *Folkhälso-myndigheten* włącza się w prace nad zdrowiem publicznym między innymi współpracując z Unią Europejską i Światową Organizacją Zdrowia. W ramach urzędu działa *Statsepidemiolog* (Główny Epidemiolog Szwecji) – lekarz o kompetencjach profesora nadzwyczajnego lub profesora, posiadający specjalizację w zakresie mikrobiologii (wirusologii/bakteriologii) czy też chorób zakaźnych³⁸.

³³ M. Lundbäck, *Sveriges Sjukvårdssystem Framtidens sjukvård och omsorg*, "Ratioakademiens sjukvårdsprojekt" 2022, nr 6, s. 8-9.

³⁴ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 9.

³⁵ S. Lis, K. Skuza, op. cit.

³⁶ B. Burström, A. Sagan, op. cit., s. 124.

³⁷ M. Lundbäck, op. cit., s. 11.

³⁸ D. Hołoga, J. Winiarski, op. cit.

6. Zdrowie publiczne

Szwecja ma długą tradycję działań profilaktycznych w obszarze zdrowia. Przykładowo już na przełomie XIX i XX wieku wdrożono działania, które miały odwrócić niekorzystne trendy w zakresie spożycia alkoholu. Utworzono także służbę zdrowia matki i dziecka, która miała na celu zmniejszenie śmiertelności noworodków. Już w latach 40. i 50. XX w. w Szwecji śmiertelność noworodków wynosiła 20 na 1000 żywych urodzeń, co w dużej mierze było efektem roztoczenia odpowiedniej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem³⁹. Polityka szeroko zakrojonych działań profilaktycznych jest kontynuowana. Dostęp do alkoholu jest reglamentowany przez państwo – alkohol powyżej 3,5% jest dostępny jedynie w nielicznych, zarządzanych przez państwo sklepach monopolowych (Systembolaget), o bardzo ograniczonych dniach i godzinach otwarcia. Obowiązują wysokie podatki na alkohol i wyroby tytoniowe, ale i duże ograniczenia w możliwości spożywania alkoholu i palenia wyrobów tytoniowych w przestrzeni publicznej. Efektem jest odsetek palących należący obecnie do najniższych w Unii Europejskiej oraz wyraźny spadek spożycia alkoholu, zwłaszcza wśród młodych ludzi⁴⁰.

Dbałość o zdrowie publiczne to nie tylko ograniczenia. Promowany jest model życia rodzinnego i wypoczynku, w którym duży nacisk kładzie się na aktywny wypoczynek, uprawianie sportu i przebywanie na świeżym powietrzu od najmłodszych lat, niezależnie od pogody. Szkoły aktywnie włączają się w takie działania oferując dzieciom różne formy aktywności w ramach zajęć wychowania fizycznego: zajęcia na pływalni, łyżwy, narty, biegi terenowe czy zjeżdżanie na sankach. Rodziny są zachęcane do aktywności tanimi biletami wstępu do obiektów sportowych⁴¹. W przestrzeni publicznej zwraca się dużą uwagę na dostępność ścieżek rowerowych i ich odpowiednie utrzymanie. Mała dostępność parkingów i wysokie koszty użytkowania samochodów (opłaty za wjazd do centrum miasta czy parkowanie) są elementami polityki zachęcającej do poruszania się pieszo lub rowerem.

Od 2003 roku Szwecja realizuje politykę zdrowia publicznego zdefiniowaną w ustawie rządowej 2002/03:25⁴² jako „Cele dla zdrowia publicznego” i zmodyfikowane w 2008 roku ustawą 2007/08:110⁴³. Obejmują one następujące zagadnienia:

³⁹ B. Burström, A. Sagan, op.cit., s. 125.

⁴⁰ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 3.

⁴¹ Przykładowy cennik zawarty na stronie internetowej Pływalni w Sundbyberg <https://www.sundbyberg.se/kultur-fritid/idrott-motion-och-friluftsliv/simhall-och-gym/simhallens-priser.html> wskazuje, że pięcioosobowa rodzina za roczny karnet wstępu bez ograniczeń czasowych zapłaci 3500 SEK. W przeliczeniu, wg kursu na dzień 1.02.2024r. oznacza to opłatę na poziomie jedynie 22,4 zł miesięcznie za osobę.

⁴² Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

⁴³ En förnyad folkhälsopolitik.

1. Uczestnictwo i wpływ w społeczeństwie,
2. Uwarunkowania ekonomiczne i społeczne,
3. Warunki dorastania dzieci i młodzieży,
4. Zdrowie w życiu zawodowym,
5. Środowisko i produkty,
6. Opieka zdrowotna promująca zdrowie,
7. Ochrona przed rozprzestrzenianiem się infekcji,
8. Seksualność i zdrowie reprodukcyjne,
9. Aktywność fizyczna,
10. Nawyki żywieniowe i żywność,
11. Tytoń, alkohol, narkotyki, doping i hazard⁴⁴.

7. Koordynacja

W szwedzkim modelu, w którym występuje decentralizacja, finansowanie z różnych budżetów i różna formuła własności podmiotów leczniczych występuje ryzyko fragmentacji świadczeń. System nie mógłby zatem efektywnie działać bez odpowiedniej koordynacji. Zasadniczo koordynacja dotyczy wzajemnych interakcji, komunikacji i wymiany informacji pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za opiekę podstawową, specjalistyczną, rehabilitację oraz opiekę społeczną⁴⁵. Na gruncie znowelizowanych w 2010 roku przepisów⁴⁶ skupiono się na osobach wymagających zarówno opieki zdrowotnej, jak i społecznej wprowadzając indywidualny plan opieki zapewniający ciągłość usług i bezpieczeństwo pacjenta (skoordynowany plan indywidualny, SIP). Na takie wsparcie mogą liczyć również osoby wypisywane ze szpitala⁴⁷. W Polsce brak koordynacji i przepływu danych pomiędzy systemem opieki zdrowotnej a opieką społeczną generuje wiele problemów dla pacjentów i ich bliskich. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak w Polsce odpowiednich rozwiązań informatycznych, które na gruncie szwedzkim zapewniają dostęp do informacji o pacjencie wszystkim podmiotom zaangażowanym w organizację opieki nad nim.

Poprawa integracji i koordynacji opieki jest efektem programu wdrażanego od 2010 roku, w ramach którego wprowadzono system zachęt finansowych mających na celu zwiększenie wykorzystania i poprawę jakości rejestrów medycznych.

⁴⁴ B. Burström, A. Sagan, op.cit., s. 126.

⁴⁵ S. Wadmann, M. Strandberg-Larsen, K. Vrangbæk, *Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden*, "International Journal of Integrated Care" 2009, vol. 9, s. 1-14.

⁴⁶ Przepisy dotyczące SIP zostały wprowadzone w 2010 r. do ustawy o usługach społecznych (Socialtjänstlagen 2001:453).

⁴⁷ L.-K. Tynkkynen, J. Pulkki, L. Tervonen-Gonçalves et al., op. cit.

Dane medyczne wykorzystano w ramach koordynacji skupiając się na rozwiązywaniu problemów dotyczących przede wszystkim osób starszych. Wprowadzono program dotyczący oceny farmakoterapii stosowanej u seniorów na podstawie analizy leków ordynowanych na receptę. W efekcie spożycie leków zmniejszyło się w latach 2005-2013 o niemal 40%. Efekty analizy doprowadziły także do wprowadzenia przeglądów lekowych czyli usługi weryfikacji farmakoterapii dla osób w wieku co najmniej 65 lat, które zażywają pięć lub więcej leków⁴⁸. W Polsce postulat realizacji przeglądów lekowych przez farmaceutów jest podnoszony od lat, jednak jak dotąd usługa ta nie została powszechnie wdrożona, mimo oczywistych korzyści w zakresie finansów, ale i wyeliminowania niekorzystnych efektów polipragmazji.

Szwedzi dostrzegają problemy związane ze starzeniem się społeczeństwa. Już teraz stawiają na prowadzenie rejestrów medycznych pozwalających lepiej wykorzystać dane medyczne dotyczące chorobowości i leczenia populacji. Istotnym elementem wdrażania Medycyny Opartej na Wartościach jest prowadzenie rozbudowanej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Starzenie się społeczeństwa będzie wymagało zarówno ogólnego planowania, jak i rozwiązań oddolnych, a także usprawnień w systemach informatycznych pozwalających na lepsze wykorzystanie technologii, takich jak telemedycyna, do świadczenia opieki w bardziej odległych regionach. Ponadto ewolucja rozwiązań bazujących na sztucznej inteligencji powinna ułatwić pełne wykorzystanie szwedzkich rejestrów medycznych⁴⁹.

Szwecja jest jednym z liderów cyfryzacji i na tle innych krajów OECD wyróżnia się niewielkimi nierównościami w dostępie do usług informatycznych. Obecnie już około 82% populacji w wieku powyżej 16 lat szuka opieki medycznej on-line, natomiast 10% decyduje się na skorzystanie z usług on-line zamiast wizyty w przychodni. Oczywiście nadal są dostrzegalne różnice w korzystaniu z usług cyfrowych. W mniejszym stopniu korzystają z nich osoby starsze i gorzej wykształcone oraz nieco częściej korzystają kobiety niż mężczyźni⁵⁰. Szwedzi bardzo pragmatycznie podchodzą do kwestii organizacji wizyt, zapewniając obywatelom możliwość rejestracji przez stronę internetową oraz przesyłając powiadomienia SMS-owe – zazwyczaj dwa dni przed planowaną wizytą, podając przy tym również sposób jej odwołania. Mniej wizyt, na które pacjent się nie zgłosi to oczywista korzyść dla systemu. Jak wynika z badań dotyczących regionu Västra Götaland w 2016 roku na wizytach nie pojawiło się 150 000 pacjentów, co spowodowało niepotrzebne koszty w wysokości ponad 400 mln SEK (około 37 mln EUR)⁵¹.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ A. Chipman, *Value-Based healthcare in Sweden. Reaching the next level*, Londyn 2019, s. 29-30.

⁵⁰ S. Dahlin, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2020*, Järfälla 2020, s. 7.

⁵¹ M. Blix, C. Levay, *Digitalization and Health Care – a Report to the Swedish Government's Expert Group on Public Economics*, Sztokholm 2018, s. 51.

Szwecja jest krajem o dużym obszarze zamieszkałym przez stosunkowo niewielką populację skupioną wokół większych ośrodków miejskich. Sprzyja to występowaniu różnic w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach, co przeczy założeniom systemu, który z uwagi na finansowanie ze wspólnych zasobów powinien być tak samo dostępny dla wszystkich. Koszty opieki i jej jakość różnią się jednak znacząco w 21 regionach Szwecji⁵². W szwedzkim społeczeństwie kładzie się bardzo duży nacisk na równość i aktywne działania na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji czy wykluczeniu społecznemu, zatem omawiane zjawisko nierówności jest w tym kontekście bardzo niepożądane.

8. Finansowanie

Głównym źródłem finansowania szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej są podatki. Udział w systemie ubezpieczenia społecznego jest obowiązkowy, a zakres ubezpieczenia obejmuje zarówno utratę dochodów spowodowaną chorobą, jak i koszty leczenia. System dysponuje środkami pochodzącymi w przeważającej większości ze składek opłacanych przez pracodawców, uzupełnianych przez transfery dokonywane przez rząd centralny⁵³. Wydatki publiczne stanowiły 86% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną (średnia unijna wynosi 81%). Większość pozostałych wydatków na opiekę zdrowotną (13%) pochodzi bezpośrednio od pacjentów – to nieco poniżej średniej unijnej kształtującej się na poziomie 15%. Pozostały 1% pochodzi z dobrowolnych ubezpieczeń⁵⁴.

Wydatki ponoszone przez pacjentów z własnej kieszeni obejmują współpłacenie za usługi zdrowotne. Obejmuje ono prawie wszystkie rodzaje usług, za wyjątkiem pewnych szczególnie wrażliwych obszarów tj. w szczególności usług związanych z macierzyństwem, usług świadczonych dzieciom w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz niektórych usług dla osób powyżej 85 roku życia⁵⁵. Godnym uwagi rozwiązaniem są niższe dopłaty wprowadzone dla pacjentów, którzy zdecydują się skorzystać ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zamiast specjalisty⁵⁶.

W Szwecji wprowadzone zostały limity rocznych wydatków z tytułu konieczności współpłacenia za opiekę zdrowotną⁵⁷. Opłaty za usługi są ustalane przez regiony. Tylko współpłacenie za leki na receptę i usługi dentystyczne jest ustalane

⁵² N. Johansson, *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso och sjukvård?*, „SNS analys” 2021, nr 75, s. 3.

⁵³ M. Moks, op. cit.

⁵⁴ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 9.

⁵⁵ Ibidem, s. 14.

⁵⁶ S. Lis, K. Skuza, op. cit.

⁵⁷ Ibidem.

na poziomie krajowym. Największe wydatki z własnej kieszeni pacjenci ponoszą na farmaceutyki oraz opiekę dentystyczną⁵⁸. Opłaty za konsultacje lekarskie są ograniczone do 1 300 SEK (116 EUR) na osobę rocznie, a za leki na receptę – do 2 600 SEK (233 EUR)⁵⁹. Oznacza to, że do osiągnięcia tego pułapu kosztów pacjent ponosi opłaty, a po przekroczeniu tej kwoty jest zwolniony z kolejnych dopłat do świadczeń.

Pomimo tego, że szwedzki pacjent współpłaci za usługi medyczne oferowane przez państwo, prywatne wydatki na ochronę zdrowia stanowią mniejszy odsetek niż w Polsce, gdzie z prywatnej kieszeni pochodzi 27,5% ogółu wydatków na zdrowie czyli dwukrotnie wyższy odsetek niż w Szwecji. Wydatki z budżetu państwa stanowią w Polsce 72,5%. Wydatki prywatne obejmują natomiast również dobrowolne ubezpieczenia i stanowią 5,8% ogółu wydatków publicznych i prywatnych na zdrowie⁶⁰. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne cieszą się zatem dużo większym zainteresowaniem niż w Szwecji, mimo że w ciągu ostatnich 15 lat znacząco wzrosła tu liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne. W 2021 r. dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym objętych było około 7% Szwedów⁶¹. Analizując fenomen popularności ubezpieczeń dodatkowych w znacznie biedniejszym przecież społeczeństwie polskim, należy zwrócić uwagę na korzyści jakie daje dodatkowe ubezpieczenie w Polsce i w Szwecji. Niewątpliwa popularność tego rozwiązania w Polsce wynika z długiego czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne w systemie publicznym. W Szwecji, gdzie czas oczekiwania został ustawowo ograniczony, korzyści z dodatkowego ubezpieczenia nie są tak oczywiste. Niemniej Szwedzi mają obawy, że w nastawionym na równouprawnienie społeczeństwie, rosnąca popularność ubezpieczeń dodatkowych stoi w sprzeczności z postulatem równego dostępu do świadczeń, mimo że z polskiej perspektywy można by oceniać różnice w czasie oczekiwania w sektorze publicznym i prywatnym jako niezbyt znaczące. W umowach z ubezpieczycielami zastrzega się bowiem, że oczekiwania na wizytę specjalistyczną często jest ograniczony do 7 dni, a na operację do 21 dni⁶².

Szwedzi dążą do optymalnego wykorzystania zasobów. Zdecydowana większość przedstawicieli zawodów medycznych jest zatrudniona w oparciu o umowę o pracę. W prywatnych ośrodkach składowymi wynagrodzenia jest obok pensji dodatek za liczbę zapisanych pacjentów oraz opłata za usługę. Pielęgniarki i lekarze mają znacznie lepsze warunki pracy, ponieważ mają statystycznie mniej pacjentów pod opieką. Wskaźniki dotyczące liczby lekarzy oraz pielęgniarek na 1000

⁵⁸ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 14.

⁵⁹ Ibidem, s. 9.

⁶⁰ Główny Urząd Statystyczny, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022. Informacje sygnalne*, Warszawa 2023.

⁶¹ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 9.

⁶² Ibidem.

pacjentów wypadają znacznie powyżej średniej unijnej⁶³. Porównując statystyki dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce i w Szwecji widoczny jest duży rozdźwięk pomiędzy tymi dwoma krajami. W Polsce na ochronę zdrowia przeznaczają się 6,7% PKB, w Szwecji natomiast 10,7%⁶⁴. Szwecja przeznaczają dużo pieniędzy na ochronę zdrowia, a jej wydatki na mieszkańca oraz udział w PKB należy do najwyższych w Unii Europejskiej⁶⁵.

Szwedzki system ochrony zdrowia stawia nie tylko na rozbudowaną profilaktykę, ale również cechuje się koncentracją na leczeniu ambulatoryjnym zamiast leczenia naprawczego i hospitalizacji, co jasno widać w podstawowych danych statystycznych dotyczących organizacji systemu. Na 1000 pacjentów w Szwecji przypada 4,3 lekarza oraz 10,7 pielęgniarki. Dla porównania: średnia dla krajów OECD wynosi odpowiednio 3,7 oraz 9,2, natomiast w Polsce to 3,4 i tylko 5,7. Szwecja wydaje się nie obiegać znacząco od średniej, jeżeli chodzi o liczbę personelu przypadającego na 1000 mieszkańców, ale większe znaczenie ma to, jaka liczba łóżek szpitalnych pozostaje pod opieką medyków. W Szwecji na 1000 mieszkańców przypadają średnio tylko 2 łóżka, a w Polsce aż 6,3 przy średniej dla krajów OECD na poziomie 4,3⁶⁶ i 5,4 dla krajów Unii Europejskiej⁶⁷. Patrząc na ogólne tendencje – zazwyczaj najmniej łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców odnotowuje się w krajach z liczbą medyków, zwłaszcza pielęgniarek, kształtującą się również poniżej średniej, natomiast tam, gdzie liczba łóżek wypada powyżej średniej – pacjenci mogą liczyć na odpowiednio liczną grupę pielęgniarek. W Polsce widoczny jest zatem duży rozdźwięk pomiędzy liczbą łóżek a personelem mogącym zająć się pacjentami. To oczywiście tylko jeden z aspektów nieprawidłowości w organizacji świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Nawet uwzględniając fakt obłożenia łóżek na poziomie 71,42%⁶⁸ (co samo w sobie plasuje wykorzystanie łóżek szpitalnych w Polsce poniżej poziomu racjonalności), widać, że jest ich za dużo – z resztą często o profilu nieadekwatnym do potrzeb pacjentów. Natomiast drastycznie mało jest pielęgniarek, które mogłyby zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę. W Szwecji pielęgniarek jest na tyle dużo, że są one w stanie zająć się pacjentami wymagającymi hospitalizacji, ale przede wszystkim są one angażowane w opiekę ambulatoryjną.

⁶³ S. Wadmann, M. Strandberg-Larsen, K. Vrangbæk, op.cit.

⁶⁴ Opracowanie OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris 2023, s. 29.

⁶⁵ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 22.

⁶⁶ Opracowanie OECD, op. cit., s. 29.

⁶⁷ Opracowanie Komisji Europejskiej, op. cit., s. 11.

⁶⁸ Strona internetowa Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/> [dostęp 28.01.2024].

Podsumowanie

Szwedzki system opieki zdrowotnej znacząco odbiega od modelu przyjętego w Polsce. Pod kątem organizacyjnym zwraca uwagę silna decentralizacja polegająca na przeniesieniu procesów organizacji i redystrybucji środków na poziom samorządu terytorialnego. Pozwala to lepiej odpowiadać na lokalne potrzeby, które mogą się różnić w dużym, ale słabo zaludnionym kraju.

Nie bez znaczenia dla organizacji systemu jest specyfika szwedzkiego społeczeństwa, które jest bardziej zróżnicowane kulturowo, a zatem wymaga odpowiedniego podejścia systemowego i starsze, co wymusza wdrożenie działań nakierowanych na zapewnienie seniorom odpowiedniej opieki systemowej – zarówno pod kątem ochrony zdrowia, jak i opieki społecznej.

Szwecja jest na zaawansowanym etapie wdrożeń rozwiązań informatycznych w systemie opieki zdrowotnej. Zbieranie i wymiana danych o pacjencie za pośrednictwem systemów informatycznych jest również podstawą do wdrożenia koordynacji w obszarze usług medycznych. To z kolei pozwala zoptymalizować procesy w zakresie opieki, ale i ograniczyć koszty – przede wszystkim w obszarze farmakoterapii.

Poszukując inspiracji dla Polski w szwedzkim systemie ochrony zdrowia warto przeanalizować rozwiązania w zakresie profilaktyki obejmującej bardzo szeroki wachlarz oddziaływań społecznych i współpracy na różnych poziomach – począwszy od systemu dystrybucji alkoholu i wyrobów tytoniowych, poprzez organizację zajęć szkolnych oraz tani i powszechny dostęp do obiektów sportowych, po opiekę nad seniorami. Takie działania wpływają na ogólny stan zdrowia populacji i w perspektywie mniejsze koszty dla systemu ochrony zdrowia pozwalające na przerzucenie akcentu z leczenia szpitalnego wielochorobowych pacjentów na leczenie ambulatoryjne.

Rozwiązaniem godnym uwagi jest również szeroka koordynacja usług pomiędzy systemem ochrony zdrowia a systemem opieki społecznej. Tego przepływu informacji i narzędzi współpracy służb brakuje w polskim modelu określanym często mianem „modelu zagubionego pacjenta”.

Szwedzki system posiada jednak również mankamenty w postaci realnej trudności w uzyskaniu pomocy medycznej na podstawowym poziomie – na tym tle polski model jawi się jako bardziej otwarty. Polacy co prawda więcej wydają również na usługi prywatne, ale są one powszechniej dostępne na rynku niż usługi tego rodzaju w Szwecji. Niezależnie od struktury własnościowej, polskie podmioty lecznicze mogą realizować usługi komercyjne bez powiązania z systemem powszechnej opieki zdrowotnej, odmiennie niż ma to miejsce w Szwecji, które integruje wszystkie podmioty wokół publicznego systemu zostawiając pacjentowi niewiele przestrzeni na swobodny zakup usług na rynku.

Bibliografia

- Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym — przykład Szwecji*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2018, nr 18, s. 107-118.
- Blix M., Levay C., *Digitalization and Health Care – a Report to the Swedish Government’s Expert Group on Public Economics*, Sztokholm 2018.
- Burström B., Sagan A., *Sweden* [w:] *Organization and financing of public health services in Europe. Country reports*, Praca zbiorowa, Londyn 2018.
- Chipman A., *Value-Based healthcare in Sweden. Reaching the next level*, Londyn 2019.
- Dahlin S., *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2020*, Järfälla 2020.
- Hołoga D., Winiarski J., *Ocena ekonomiczno-społeczna skutków walki z pandemią Covid-19 w Szwecji – zasoby, działania, rezultaty*, „Współczesna Gospodarka” 2021, vol. 12, nr 1(36), s. 11-30.
- Johansson N., *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso och sjukvård?*, „SNS analys” 2021, nr 75.
- Kemenade Y.W. van, *Healthcare in Europe 2018. The finance and reimbursement systems of 11 European country. Sweden*, Oxford 2018.
- Lis S., Skuza K., *Mechanizmy współfinansowania kosztów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej – analiza porównawcza*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2013, nr 908, s. 25-37.
- Lundbäck M., *Sveriges Sjukvårdssystem Framtidens sjukvård och omsorg*, „Ratioakademiens sjukvårdsprojekt” 2022, nr 6.
- Moks M., *Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania*, „Oeconomia Copernicana” 2010, nr 1, s. 151-164.
- Familjens Världsatlas*, red. Olsen Eeg U., Biron L.-M., Greve 2020.
- Pogodzińska P., *Integracja i przeciwdziałanie dyskryminacji imigrantów na szwedzkim rynku pracy*, Warszawa 2011.
- Ryś K., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10, s. 113-126.
- Seffo N., Krupic F., Grbic K., Fatahi N., *From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System*, „Mater Sociomed” 2014, nr 26(2), s. 85-89.
- Shirinzad K., *Sjuksköterskans möte med kvinnliga muslimska patienter*, praca licencjacka przygotowana w Höskolan i Halmstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle (HOS), Halmstad 2007.
- Szahaj A., *Uczyć się od Szwedów!*, „Odra” 2011, nr 12, s. 26-30.
- Tynkkynen L.-K., Pulkki J., Tervonen-Gonçalves L. et al., *Health system reforms and the needs of the ageing population—an analysis of recent policy paths and reform trends in Finland and Sweden*, „European Journal of Ageing” 2022, nr 19, s. 221-232.
- Wadmann S., Strandberg-Larsen M., Vrangbæk K., *Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden*, „International Journal of Integrated Care” 2009, Vol. 9, s. 1-14.
- Wencel K., *Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na rasę, narodowości i pochodzenie etniczne w wybranych państwach członkowskich Unii Europejskiej*, „Analizy Raporty Ekspertyzy Stowarzyszenie Interwencji Prawnej” 2009, nr 8, s. 8.

Źródła internetowe

- Kraj o najniższej dzietności na świecie [w:] Rzeczypospolita, data publikacji 22.02.2023r., <https://www.rp.pl/gospodarka/art38004561-kraj-o-najnizszej-dzietnosci-na-swiecie>.
- Strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/>.
- Strona internetowa Urzędu Statystycznego Szwecji (Statistikmyndigheten SCB) https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/FolkmangdNov/table/tableViewLayout1/.
- Strona internetowa Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>.
- Strona internetowa Pływalni w Sundbyberg <https://www.sundbyberg.se/kultur-fritid/idrott-motion-och-friluftsliv/simhall-och-gym/simhallens-priser.html>.

Streszczenie

Szwecja jest krajem o znacznie większym obszarze niż Polska, ale z dużo niższą liczbą ludności. Organizacja opieki zdrowotnym na takim terenie jest dużym wyzwaniem, zwłaszcza w obliczu wielokulturowości szwedzkiego społeczeństwa i narastającego problemu starzenia się szwedzkiej populacji. Szwedzi organizując swój system opieki zdrowotnej, podobnie jak pozostałe kraje skandynawskie, stawiają na decentralizację i delegowanie zadań do gmin i regionów. Szwecja przeznaczą na opieką zdrowotną ponad 10% PKB a zdecydowana większość świadczeń jest finansowana ze środków publicznych. Kluczową rolę odgrywa profilaktyka zdrowotna. Szwedzi mają niewielką liczbę łóżek szpitalnych i koncentrują się na świadczeniach ambulatoryjnych.

Abstract

Sweden is a country with a much larger area than Poland, but with a much lower population. Organizing health care in such an area is a big challenge, especially in the face of the multicultural nature of Swedish society and the growing problem of the aging Swedish population. When organizing their health care system, like other Scandinavian countries, the Swedes focus on decentralization and delegation of tasks to municipalities and regions. Sweden spends over 10% of GDP on health care and the vast majority of services are financed from public funds. Health prevention plays a key role. The Swedes have a small number of hospital beds and focus on outpatient services.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, Szwecja, system ochrony zdrowia, finansowanie opieki zdrowotnej, szwedzki system ochrony zdrowia⁹

Keywords: health care, Sweden, health care system, financing health care, Swedish health care system