

DOSYA/DERLEME**NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ**

Galip EKUKLU*

1. GİRİŞ

2005 yılı nüfusu yaklaşık 4.6 milyon olan Norveç, hem kişi başına gelir hem de pek çok sağlık göstergesi bakımından Avrupa'nın, hatta dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biri olma özelliğine sahiptir. Ülkede yürürlükte olan sağlık sistemi, önemli oranda (%85.5) kamu tarafından (genel bütçeden) finanse edilen ve sağlık hizmetlerinde nitelik ve erişilebilirliği önceleyen özellikler taşımaktadır. Son on yıl içinde önemli değişiklikler yaşamakla birlikte, sağlık alanı kamusal özelliğini yitirmemiş görünmektedir. Norveç, sağlık alanına GSMH bazında %10'luk payla ve kişi başına 4352 avro'luk sağlık harcamasıyla kendisiyle aynı ekonomik büyüklüğe sahip ülkeler arasında oldukça önde görülmektedir. Ülkeye ve sağlık sistemine ait kimi genel özellikler Tablo 1'de sunulmuştur.

2. NORVEÇ EKONOMİSİ VE ÜLKENİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Norveç, Batı Avrupa'da kapitalist pazar ekonomisinin en etkin olduğu ülkelerden birisidir. Sanayinin pek çok alanında özel sektör hakları ve mülkiyeti oldukça yaygındır. Kimi sektörlerde de kamu hakimiyeti varlığını sürdürmektedir. Bu yapıyla Norveç ekonomisi için, pazar ve planlı ekonominin birlikte yürüdüğü karma ekonomi tanımlaması yapılabilir. 2002 yılı toplam yurtiçi geliri 200 milyar avro dolayında olan ülkede kişi başına gelir 43 000 avro dolayındadır ve gelir dağılımı ideal olmamakla birlikte göreceli olarak pek çok dünya ülkesine göre daha adil görünmektedir (Şekil 1). Kişi başına gelir ve bu gelirin dağılımı dikkate alındığında Norveç, dünyanın en zengin ülkeleri arasındadır ve toplam yurtiçi geliri AB ülkeleri

ortalamasından %40 daha fazladır. Ülkenin gelir kaynakları irdelendiğinde; tarım sektörünün 1. sırada, imalat sektörünün 2. sırada, hizmet sektörünün ise 3.sırada yer aldığı görülmektedir. Toplam istihdam kapasitesinin %4'ü tarım sektöründe çalışırken, %22'si imalat sektöründe ve %75'i hizmet sektöründe yer almaktadır (Johnsen, 2006).

Son 50 yıl içinde Norveç sanayisi önemli değişiklikler göstermiş, tarım ve imalat sektörü hızla azalarak hizmet sektörüne kayma gerçekleşmiştir. Bugün ülkedeki toplam işgücü kapasitesinin yalnızca %4'ü tarım sektöründe çalışmaktayken, hizmet sektöründe bu oran %75'lere çıkmıştır ve profesyonellerle birlikte yaklaşık 360 000 kişinin çalıştığı sağlık sektörü bu sektörler içinde oldukça ağırlıklı bir önem taşımaktadır. Bu sektörlerin ekonomiye katkıları da sırasıyla %2 ve %59 olarak değişmiştir. Elli yıl önce tarım ülkesi olan Norveç, hızlı bir değişimle ekonomide ve çalışma yaşamında hizmet sektörünün ağırlıklı olduğu bir ülkeye dönüşmüştür.

Norveç dış ticaretinde dış satımın 3/4'ü AB ülkelerine yapılırken, dış alımın 2/3'ü bu ülkelerden yapılmaktadır. Dış satımda ilk 3 sırada yer alan ürünler; petrol (özellikle doğal gaz), metaller (özellikle alüminyum) ve balık iken, iç alımda genellikle motorlu taşıtlar önemli yer tutmaktadır (Nielsen, 2006).

3. NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİNDE ÖRGÜTLENME

Norveç sağlık sistemi; sosyoekonomik düzey ve coğrafyasal farklılık gözetilmeksizin, ülkede yaşayan herkesin nitelikli sağlık hizmetine ulaşabilmesi ilkesi üzerine kurulmuştur. Temel felsefesi herkese nitelikli sağlık hizmeti olan sistem, merkezi yapıdan çok yerel düzeyde örgütlenmiş bir model özelliği taşımaktadır. Merkezi yönetim (Sağlık Bakanlığı) ülke geneliyle ilgili

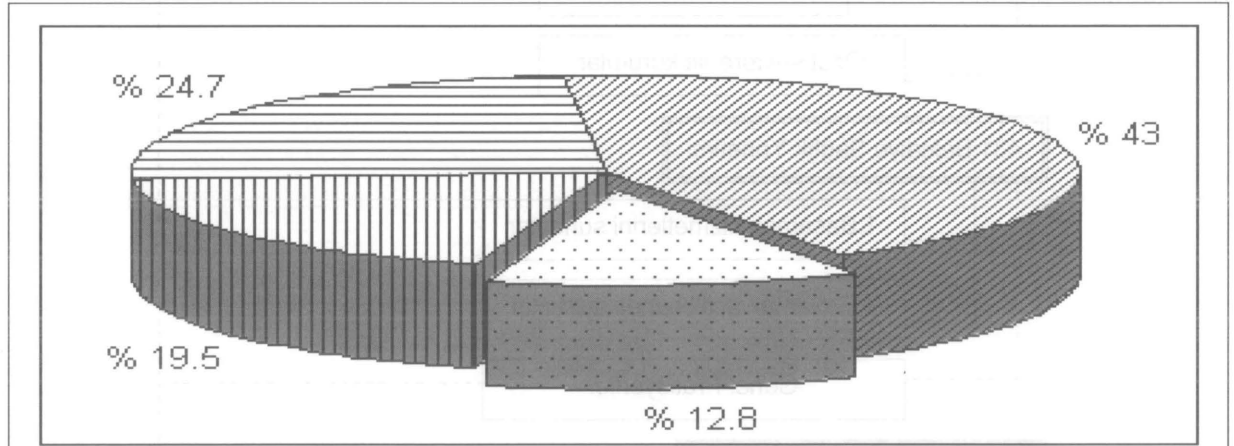
*Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tablo 1. Genel özellikleriyle Norveç ve Norveç sağlık sistemi 2004

Değişken	Sayı
2004 yılı nüfusu	4 600 000
Yıllık doğum sayısı	57 000
Kaba Doğum Hızı (binde)	12.4
Kaba Ölüm Hızı (binde)	9.0
Bebek Ölüm Hızı (binde)	3.2
Toplam doğurganlık hızı	1.8
Doğuştan beklenen yaşam süresi (yıl)	
Erkeklerde	76.9
Kadınlarda	81.9
Toplam sağlık harcaması (milyon avro)	167 259
Kişi başına sağlık harcaması (avro/kişi-yıl)	4352
Net olmayan Ulusal Gelirden (GSMH) sağlığa ayrılan pay (%)	10.0
Toplam hekim sayısı	16 000
Genel pratisyen sayısı	4 000
Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı	348
Toplam hemşire sayısı	68 000
Yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı	1 487
Toplam hastane yatağı sayısı	16 200
Özel sağlık kuruluşlarına ait toplam hastane yatağı sayısı	300
On bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı	35
İşsizlik oranı (%)	4.5

Kaynak : <http://www.nom-nos.dk/Database/Indicators.htm>, http://www.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm (core health indicators) 05.01.2007

Şekil 1 . Norveç'te % 25'lik nüfus dilimlerine göre gelir dağılımı (2003)



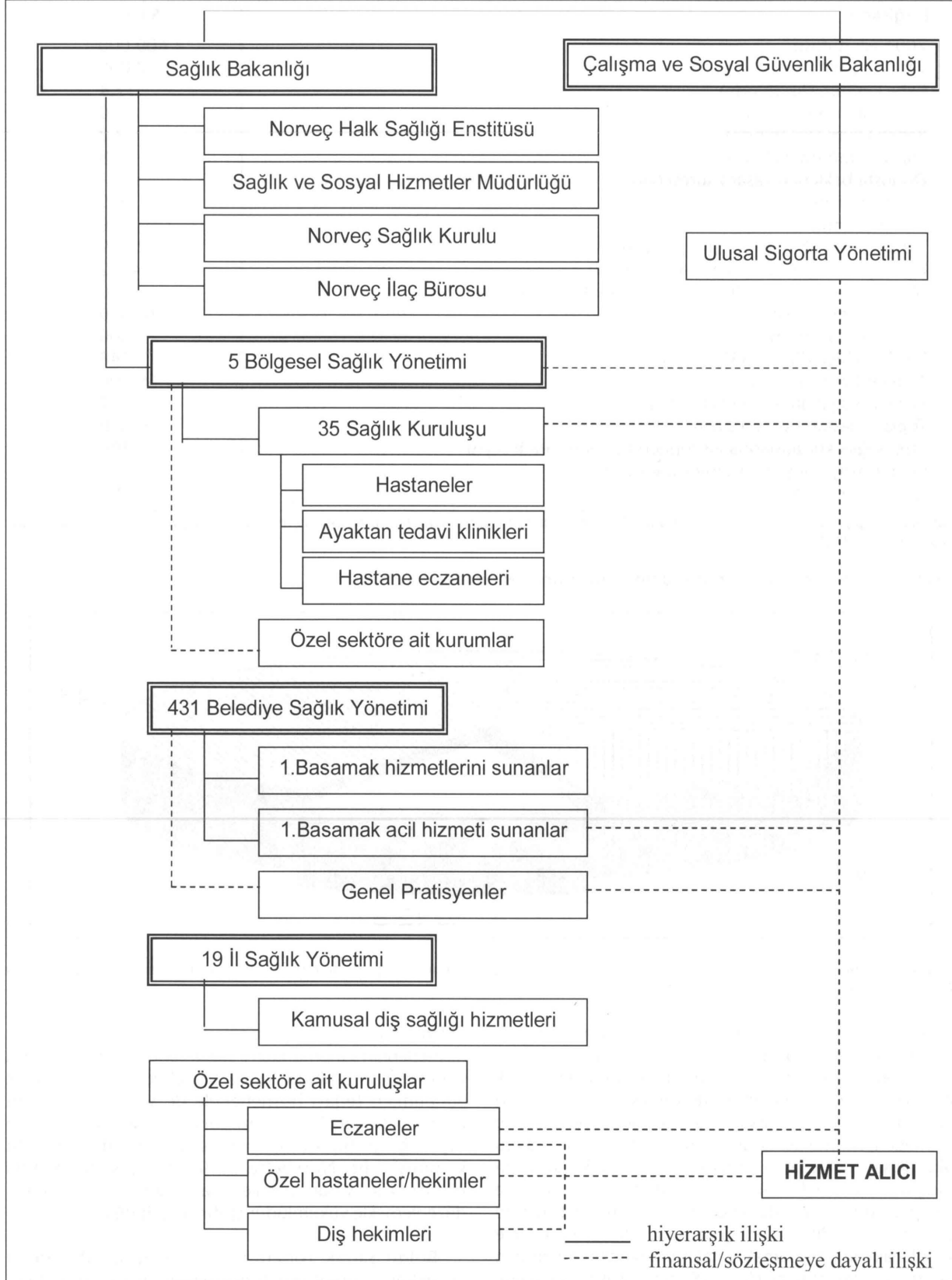
Kaynak : Johnsen, JR.(2006). Ed. By Vaida Bankauskaite V. European observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Norway Vol. 8 No. 1, s.2-158.

değerlendirmeler ışığında politika oluşturan, sağlık bütçesini ve yasal düzenlemeleri yapan, sağlık hizmetlerinin niteliğini kontrol eden bir konumdadır. Sağlık Bakanlığı'nın bir başka görevi de yerel sağlık yönetimleri ile iş birliği içinde yataklı tedavi hizmetlerini (hastane hizmetleri) sunmaktır. Örgütlenme, politik yapıda olduğu gibi ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere 3 düzeyden oluşmaktadır. Ülke sağlık sisteminin örgütlenme mantığında, ulusal düzeyde tüm sağlık sektörünün sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Uzman hekimlerce sunulacak ikinci basamak yataklı tedavi hizmetlerinden bölge sağlık yönetimleri (5 bölge), hemşirelik hizmetlerinde dahil olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinden

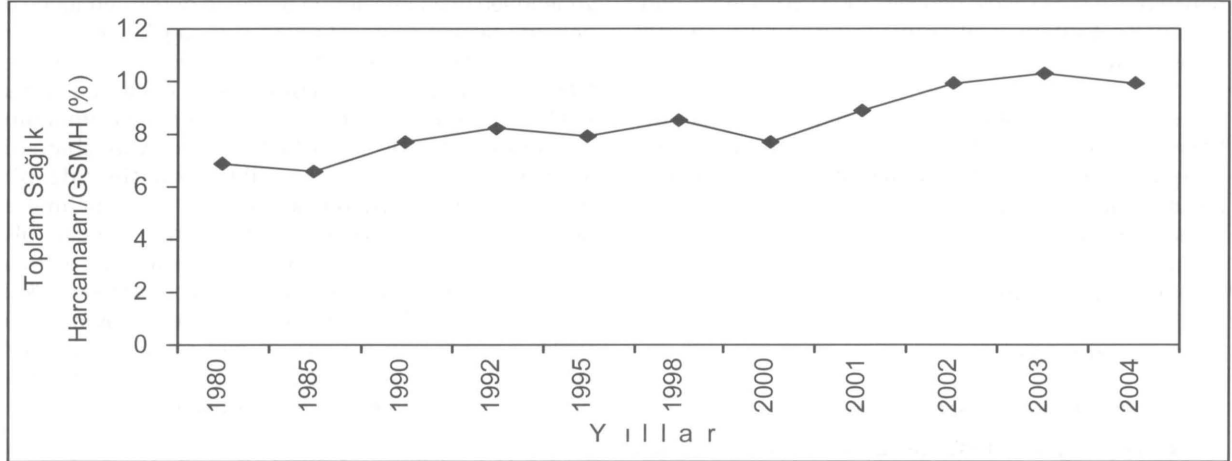
belediyeler düzeyindeki sağlık yönetimleri ve dış sağlığı hizmetlerinin sunumundan il sağlık yönetimleri (19 il sağlık yönetimi) sorumludur (Şekil 2). 2006'ya dek il sağlık yönetimleri tedavi hizmetleriyle de sorumlu oldukları halde, hastanelerin merkezi yönetime devriyle yalnızca dış sağlığı hizmetlerinin sunumundan sorumlu kılınmışlardır. Norveç'te parlamento, sağlıkla ilgili planlamaları, yasal düzenlemeleri, bütçeleri ve vergileri düzenlemekle yükümlüdür (Johnsen, 2006).

Bölge Sağlık Yönetimleri (5 bölge); ruh sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gibi özel bilgi ve

Şekil 2. Norveç sağlık sistemi örgütlenme yapısı



Şekil 3. Norveç'te yıllara göre toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı (1980-2004)



Kaynak : (Johnsen, JR.(2006). Ed. By Vaida Bankauskaite V. European observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Norway Vol. 8 No. 1, s.2-158).

donanım gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludurlar. Bu hizmetleri sunarken farklı özellikleri olan 35 sağlık kuruluşundan yararlanılır.

Yerel sağlık yönetimleri ve belediyeler, halk sağlığı hizmetlerini ve öteki sosyal hizmetleri mevzuata ve ekonomik kaynaklarına göre bağımsız olarak planlayıp, yürütebilmek hakkına sahiptirler. Ancak bu bağımsızlıkları ekonomik kaynaklarıyla sınırlıdır. Yerel yönetimler özellikle koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere aşağıdaki hizmetlerin sunumundan sorumludurlar;

- Genel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetleri,
- Hastalık ve yaralanmalardan koru(n)ma,
- Çocuk bakımevi ve kreşlerde sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi,
- Okul sağlığı hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi,
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi,
- Aşılama hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi,
- Hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık çalışanları aracılığıyla acil sağlık hizmetleri dahil; tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması,
- Evde, alanda hemşirelik bakım hizmetlerinin sunulması.

Bu hizmetlerin yanında, 1999 yılında başlayan ve 2008 yılına kadar ülke genelinde yaygınlaştırılması planlanan Ulusal Ruh Sağlığı Programı da ağırlıklı olarak yerel sağlık yönetimleri ve belediyelerce yürütülmektedir. Bu programla; ruh sağlığı hizmetlerinin ülkenin her yerinde nitelikli ve ulaşılabilir hale getirilmesi amaçlanmaktadır (Johnsen, 2006).

Yerel sağlık örgütlerinin sunmakla sorumlu oldukları bir başka sağlık hizmeti de dış sağlığı hizmetleridir. Bu bağlamda;

- 21 yaş altı çocuk ve adolesanların,
- Özürlü ve engelli erişkinlerin,

- Bakıma muhtaç, kronik hastalıklı ve huzureverlerinde yaşayan yaşlıların dış sağlığı hizmetleri yerel yönetimler ve yerel sağlık yönetimlerince ücretsiz verilmektedir. Bunun dışındaki dış sağlığı hizmetleri cepten ödeme yapılarak özel dış hekimlerinden alınmaktadır.

4. FİNANSMAN

Norveç'te toplam sağlık harcamaları yıllar içinde artarak 2003 yılında net olmayan ulusal gelirin %10'una ulaşmıştır (Şekil 3). Kişi başına sağlık harcaması ise, satın alma gücü paritesi bazında 4352 avro/kişi-yıl'dır ve bu miktar AB ortalamasının üzerindedir. Sağlığa yaptığı harcamalar bakımından Norveç, OECD ülkeleri içinde 4. sırada yer almaktadır. Sistem ağırlıklı olarak genel bütçeden finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında yerel yönetimler bölge halkından gelirleriyle orantılı olarak topladıkları vergileri de kullanırken, bölgesel sağlık yönetimlerinin sağlık hizmetlerine yaptıkları harcamalar merkezi hükümet tarafından finanse edilmektedir (Johnsen, 2006).

Norveç'te sağlık hizmetlerine kaynak sağlanmasında yerel ya da bölgesel sağlık yönetimlerine eşit pay ayrılmaktadır. Temel finansman kaynağı genel bütçe ve fonlar olmakla birlikte, yerel yönetimler farklı kaynaklar yaratmada özgürdür, ancak hizmet kullanıcılarından sunulan hizmet karşılığında herhangi bir ücret alamazlar. Bu konuda tek karar verici, merkezi yönetimdir.

Norveç'te toplam sağlık harcamalarının %85.5'i kamu tarafından karşılanmaktadır. Cepten ödeme gerektiren hizmetler ise; uzman hekimlere ve genel pratisyenlere (GP) yapılacak konsültasyon harcamaları, evde-ayakta tedavi hizmetleri, radyoloji ve laboratuvar hizmetleri, ayaktan dış tedavisi, ilaç harcamaları ve hastaların taşınması-nakli hizmetleridir ve toplam sağlık harcamalarının %14.4'ünü oluşturmaktadır (Şekil 4) (Norveç Sağlık Bakanlığı, 2007; Norwegian Health and Social Services, 2007; www.nom-nos.dk).

Ülkede özel sigorta sahibi olmak gerekli ve avantajlı olmadığı için fazla yaygın değildir. 2004 yılı verilerine göre Norveç'te toplam özel sigortalı kişi sayısı 30 000 dolayındadır.

Ulusal sağlık güvencesi sistemi, hastalık ve engelliğe karşı önemli oranda güvence sağlamaktadır. 7 yaşından küçük çocuklar bütün hizmetleri, 18 yaşından küçük olanlar diş ve psikoterapi hizmetlerini de ücretsiz alma hakkına sahiptirler. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında alınan rutin hizmetler için de kişiler cepten ek bir ödeme yapmamaktadırlar.

5. HİZMET SUNUMU

5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Norveç sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmetleri; toplumun sağlık düzeyini geliştirmek ve yatarak tedavi gerektirmeyen sorunların çözümünü sağlamak olarak tanımlanmıştır. Bu basamaktaki sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağına yerel sağlık yönetimleri karar vermektedir. Yerel sağlık yönetimleri, harcamalarının önemli bir bölümünü hemşirelik/ebelik hizmetlerine ve ruh sağlığı hizmetlerine yapmaktadırlar. Hizmet sunumunda genel pratisyenler görev almakta, GP'ler genellikle kendi muayenelerinde çalışmakta ve sağlık güvencesi dışında kalan hizmetler için başvuranların doğrudan ödemeleriyle hizmet vermektedirler (Johnsen, 2006).

5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

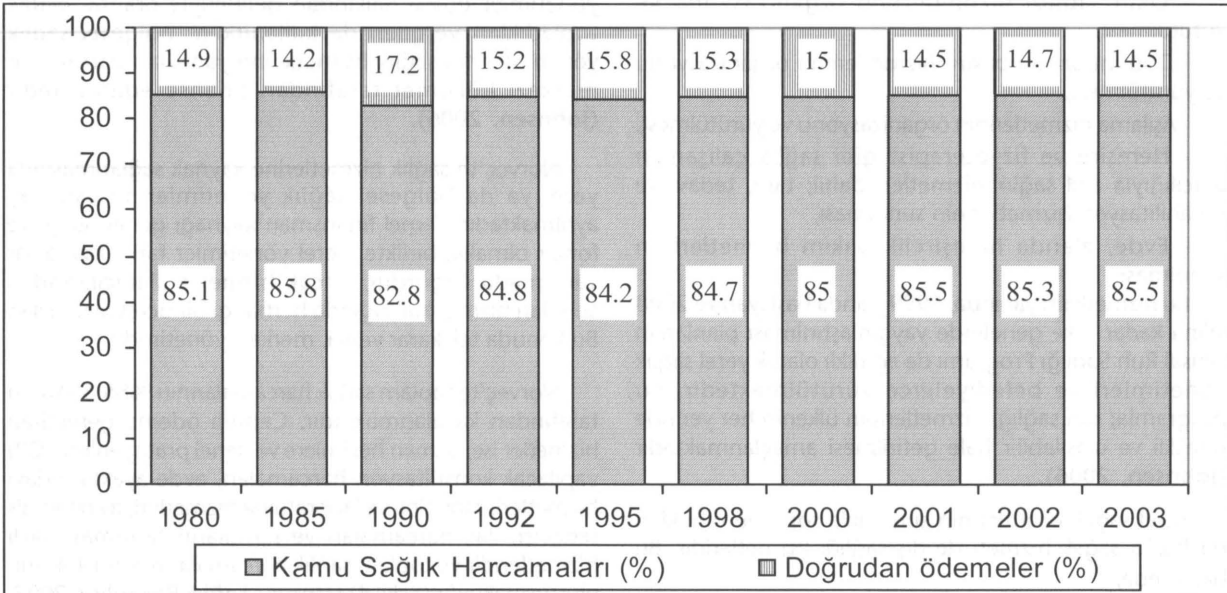
Uzman hekimlerce sunulması gereken ikinci basamak sağlık hizmetleri, bölge sağlık yönetimlerince

planlanmakta ve uygulanmaktadır. Bölge sağlık yönetimleri planlamalarında bölgenin gereksinimlerini, o bölgede hizmet sunmakta olan özel sağlık kuruluşlarını da dikkate alarak planlarlar. Hastalar istedikleri hastaneye (kamuya sözleşmeli özel hastaneler de dahil) başvurma hakkına sahiptirler. 2002 yılında, hem verimliliğin artırılması, hem de daha fazla yatırım yapılabilmesi amacıyla ikinci basamak sağlık hizmetlerinde bir değişikliğe gidilmiş, hastaneler merkezi hükümete devredilmiştir. Bu değişikliğin ardından elde edilen ilk veriler, bekleme süreleri ve yönetim becerilerinde olumlu yönde gelişmeler yaşandığını ortaya koymaktadır. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi hizmetleri de bu basamaktaki sağlık hizmetlerinin bir parçası gibi sunulmakta, yerel yönetimler bu konuda ağırlıklı olarak danişmanlık hizmetlerini üstlenmektedirler (Johnsen, 2006).

5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri ve Tıp Eğitimi

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlanma ve sunumunda merkezi sağlık yönetiminin belirlediği ilkeler dikkate alınmaktadır. Norveç'te tıp eğitimi kamu tarafından ücretsiz olarak verilmekte, her yıl 500 kadar öğrenci tıp eğitimine başlamaktadır. Ülkede, temel tıp fakültesi eğitimi 6 yıl sürmekte, bunun üzerine 6 ay herhangi bir dahili bölümde, 6 ay herhangi bir cerrahi bölümde ve 6 ay genel pratisyenlik uygulaması olmak üzere toplam 18 aylık intörlük eğitimi verilmektedir. Uzmanlık eğitiminin oldukça uzun ve zor olduğu Norveç'te, uzmanlık eğitimi verebilecek sağlık kuruluşlarının standartlarını ve hangi kurumların uzmanlık eğitimi verebileceğini Norveç Hekimler Birliği belirlemekte ve uzmanlık eğitimi ortalama 5-9 yıl kadar sürmektedir (Johnsen, 2006)

Şekil 4. Norveç'te toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve doğrudan ödeme oranları (1980-2003)



Kaynak : Nielsen, J.(2006). Social Protection in the Nordic Countries 2004, Scope, expenditure and financing.Nordic Social-Statistical Committee).

Tablo 2. Sağlık ve sosyal hizmetler sektöründe çalışan personel sayıları

Meslek grubu	Sayı
Hekim	16 000
Diş hekimi	3 400
Hemşire	67 500
Sağlık eğitimi almış öteki sağlık çalışanları	850
İş sağlığı terapisti	2 100
Fizyoterapist	7 000
Ebe	2 300
Sosyal hizmet uzmanı	6 000
Tıbbi sekreter, yardımcı hemşire ve sağlık alanında çalışan öteki personel	138 000
Sağlık alanında çalışan toplam kişi sayısı	360 000

(Johnsen, JR.(2006). Ed. By Vaida Bankauskaite V. European observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Norway Vol. 8 No. 1, s.2-158). yazılacak

6. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Profesyonel eğitim alanlar ve almayanlar dahil, sağlık alanında toplam 360 000 kişinin çalıştığı Norveç'te, genel pratisyenler dışındaki sağlık çalışanlarının önemli bir bölümü kamuda maaşla çalışmaktadır (Tablo 2). GP uygulaması; insanların istedikleri hekimi tercih edebilmelerini sağlama, hekim-hasta arasındaki iletişimi artırma ve bölgesel sağlık hizmetlerinin niteliğini artırma gerekçeleriyle 2001 yılında başlamıştır. Sayılan gerekçelere ek olarak uygulamayla ortaya çıktığı düşünülen bir başka yarar genel pratisyenlere istihdam olanağı yaratması olarak belirtilmektedir.

Başta mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi olmak üzere, hekimlerin görevlendirilmeleri ve ücretlendirilmeleri gibi konularda Norveç Hekimler Birliği oldukça etkin bir rol oynamaktadır. 2003 verileriyle Norveç'te bir hekim ayda yaklaşık 6700 avro, bir hemşire ise 3100 avro gelire sahiptir. Özel sektörde çalışanlar ve GP'ler bunun üzerinde gelir elde edebilmektedirler (Johnsen, 2006).

7. İŞÇİ SAĞLIĞI –İŞ GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ

Norveç'te işçi sağlığı hizmetleri farklı biçimlerde yapılandırılmıştır. Büyük sanayi kuruluşları kendi bünyelerinde bağımsız bir biçimde çalışanlarına sağlık hizmeti sunarken, küçük işletmeler bir araya gelerek bu hizmetleri işçi sağlığı hizmetleri sunan özel şirketlerden satın almaktadırlar.

8. İLAÇ VE ECZACILIK HİZMETLERİ

İlaç ve eczacılık hizmetleri merkezi yönetim tarafından sıkı bir biçimde kontrol edilmekte ve genellikle cepten ödemeye karşılanmaktadır. 2001 yılında yapılan mevzuat değişikliği ile ilaç sektöründe yerli sanayi desteklenmiş, eczacılara hekimin reçetesine yazdığı ilacın yerine bir başka ilacı ya da muadilini verme yetkisi tanınmıştır. Böylelikle ilaç giderleri önemli oranda kontrol altına alınmıştır.

9. SOSYAL HİZMETLER

Norveç'te sosyal hizmetler de tıpkı sağlık hizmetleri gibi ağırlıklı olarak yerel organizasyonlar aracılığıyla yürütülmektedir. Merkezi yönetimin bu alandaki görevleri; politika ve mevzuat oluşturmak, personel ve finansman

sağlamak olarak belirlenmiştir (Norwegian Health and Social Services, 2007; Nielsen, 2006).

Yaşlı nüfusun fazla olduğu bölgelere ve yalnız yaşayan engellilerin kimi aktivitelere katılımlarının kolaylaştırılması gereken durumlara özel önem verilmekte ve ayrılan kaynaklarda bu kişi ya da bölgelere öncelik tanınmaktadır. Yerel yönetimler bu alanlarda hizmet sunumu ve planlama konusunda daha bağımsız davranabilmekte ve bölgeye özel stratejiler geliştirebilmektedir. Sunulan başlıca sosyal hizmetler;

- Yaşlılık, engellilik ve başka nedenlerle yardıma gereksinimi olanlara destek olunması,

- Kapsamlı bakıma gereksinimi olan kişi ve ailelere destek hizmetleri sağlanması,

- Bakıma gereksinimi olan çocuğu ya da yakını olanlara ekonomik destek sağlanması,

- Temel gereksinimlerini karşılayacak düzeyde geliri olmayanlara ekonomik destek sağlanması olarak sayılabilir.

10. ÖZEL SEKTÖRÜN YERİ

Norveç sağlık sisteminde kar amaçlı özel sağlık kuruluşları, estetik cerrahi ve rehabilitasyon hizmetleri gibi sınırlı alanlarda hizmet sunmaktadırlar. Sağlık sektöründe ağırlıklı yer almayan özel sağlık kuruluşları, çoğunlukla kentsel alanda yerleşmiştir ve 2004 yılı verilerine göre yaklaşık 16 000 hastane yatağının 300'üne sahiptirler. Özel sağlık kuruluşlarının en yoğun olduğu alanlar; laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, diş hekimliği hizmetleri ve ilaç(eczaneler) sektörüdür.

11. ULUSAL SAĞLIK PLANI 2007-2010

Norveç, ulusal bir sağlık planıyla 2007-2010 dönemi için sağlık hizmetlerinde ulaşılması gereken kimi hedefler belirlemiştir. "Norveç Ulusal Sağlık Planı 2007-2010" adı verilen bu planın hedefi; var olan sistemi geliştirerek uzaklık ve bekleme süresi olarak erişilebilir; ekonomik güç, sosyal statü, yaş, cinsiyet ve etnik köken farklılığı gözetilmeksizin herkesin nitelikli sağlık hizmeti alabileceği bir sağlık sistemi

oluşturmaktır. Merkezi yönetim, sağlık sorunlarında ve teknolojilerinde yaşanan değişimleri, ilaç sektöründeki yenilikleri dikkate alarak, daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişim için 4 yıllık bir sürede 6 önemli başlıkta çalışmalar yürütmeyi karara bağlamıştır. Bunlar;

- Sağlık hizmetlerinde demokrasi ve yasal altyapının sağlanması,

- Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde planlanması ve sunumunda hizmet kullanıcısının yakınlığı ve güvenliği ilkesinin geliştirilmesi,

- Hizmet kullanıcılarının bilgilendirilmesi, karar mekanizmasında yer almalarının sağlanması ve öz sorumluluğun geliştirilmesi amacıyla toplum katılımının artırılması ve kullanıcıların rollerinin güçlendirilmesi,

- Sağlık sektöründe çalışanların kendi alanlarında yeterince bilgili, geleneksel değerlere saygılı, olası hataları fark edebilen ve düzeltebilen eğitim ve yetenekte olmalarının sağlanabilmesi için daha fazla profesyonelleşme

- Özellikle işsizler ve sağlık güvencesi olmayanlar başta olmak üzere, risk gruplarının belirlenmesi ve çalışma yaşamındaki nüfusa nitelikli sağlık hizmeti sunumunda tüm sektörlerin işbirliğinin sağlanması

- İşbirliği ve etkileşim (sağlıkla ilgili tüm sektörlerin araya getirilmesi, işbirliğinin sağlanması).

Programın ana teması, sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri azaltabilecek bir biçimde, ülkede yaşayan herkesin hakkaniyet prensibine uygun, nitelikli sağlık hizmetine erişimi olarak belirlenmiş ve bütün bu başlıkların geliştirilebilmesi için uygun planlama ve kaynak ayırımının sorunsuz ilerlemesi de düşünülmüş durumdadır. Bu kapsamda; yerel düzeyde genel pratisyenlerce yürütülen sağlık hizmetleri ve uzman hekimlerce yürütülen hastane hizmetleri sürekli izlenmeye başlanmış ve uygun müdahaleler yapılması düşünülmüştür (**Norveç Sağlık Bakanlığı, 2007**).

SONUÇ

Norveç sağlık sistemi ağırlıklı olarak genel bütçeden vergilerle finanse edilen ve tüm toplumu kapsayan bir sağlık sistemidir. Sistem, sosyoekonomik durum ve coğrafyasal özelliklerden bağımsız olarak herkese nitelikli, erişilebilir ve hakkaniyet ilkesine uygun sağlık hizmeti sunulması prensibi üzerine kurulmuştur. Bu amaca ulaşabilmek için yerel ve bölgesel yönetimlerin ağırlıklı rol oynadığı bir örgütlenme modeli tercih edilmiştir. Yerel ve bölgesel sağlık yönetimlerinin sundukları hizmetler önemli oranda merkezi yönetim tarafından finanse

edilmekte, planlama, organizasyon ve hizmet sunumu konusunda yerel yönetimlere fazla müdahale edilmemektedir.

Son on yıl içinde ülke sağlık sisteminde birinci, ikinci basamak sağlık hizmetleri, finansman ve ruh sağlığı sorunları alanlarında önemli değişikliklere gidilmiş, özellikle 2002 yılında hastanelerin merkezi yönetime devredilmesi değişikliğiyle hizmet kullanıcılarının memnuniyeti artırılmış, sağlık sisteminin performansı geliştirilmiştir. 2001 yılında ilaç ve eczacılık alanında yapılan yasal düzenlemelerle bu alandaki harcamalar önemli oranda kontrol altına alınmıştır.

Bütün bu değişikliklerin altında yatan temel nedenler; önceliklere ve hasta haklarına göre planlanmış, kamu kaynaklı sağlık hizmeti sunma sorumluluğu olarak açıklanmaktadır. Gelecek projeler ise, sağlık hizmetlerinde tam entegrasyon, hizmetlerin kullanıcı maliyetlerinin azaltılması ve eşitsizliklerin giderilmesi olarak açıklanmaktadır.

Norveç sağlık sistemini başarılı kılan ya da sistemin performansını yükselten temel etkenler; iyi planlama, planlamada yerel yönetimlerin ve halkın katılımının sağlanması, sistemin insanı önceleyen bir biçimde yapılandırılması ve güncellemelerle nitelikli, erişilebilir, eşitsizlikleri azaltacak bir sağlık sistemine erişme isteği olarak özetlenebilir. Bütün bu özellikleriyle değerlendirildiğinde; sağlık göstergeleri bakımından Norveç'in dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biri olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

Johnsen JR. (2006), Ed. By Vaida Bankauskaite V. European observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Norway Vol. 8 No. 1, s.2-158.

Nielsen J. (2006), Social Protection in the Nordic Countries 2004, Scope, expenditure and financing. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

Norveç Sağlık Bakanlığı (2007), <http://www.hd.dep.no>, 05.01.2007.

Norwegian Health and Social Services (2007), <http://www.helsetilsynet.no>. 05.01.2007.

<http://www.nom-nos.dk/Database/Indicators.htm>

http://www.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm (core health indicators) 05.01.2007