



# İSVEÇ SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Dr. M. Rahmi DİRİCAN\*

## 1. ÜLKENİN GENEL NİTELİKLERİ:

- Yüzölçümü: 449.964 km<sup>2</sup>
- Nüfusu (1991): 8.461.000
- Km<sup>2</sup>'ye düşen nüfus: 19 kişi
- Kişi başına yıllık ulusal gelir (1988): 19.300 dolar
- Kaba doğum oranı (1989): Binde 13
- Kaba ölüm oranı (1989): Binde 12
- Doğal nüfus artışı (1989): Binde 1
- Bebek ölüm oranı (1989): Binde 6
- Ana ölüm oranı (1989): Yüzbinde 5
- Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi (1988): 4
- Beş yaşından küçüklerde ölüm oranı (1990): Binde 20
- Doğumda yaşam beklentisi (1990): 77 yıl
- Erkeklerdeki yaşam beklentisinin yüzdesi olarak kadınlarda yaşam beklentisi (1990) 106.7
- Kentsel nüfus oranı (1990): Yüzde 84
- Eğitilmiş sağlık personelinin gözetiminde yapılan doğum yüzdesi (1990): yüzde 100
- Gebeliği önleyici yöntem kullanan doğurganlık çağındaki kadın yüzdesi (1990): yüzde 78

### İLK ÜÇ SIRADAKİ ÖLÜM NEDENLERİ

- İskemik kalp hastalıkları
- Merkezi sinir sistemi hastalıkları
- Dolaşım sisteminin diğer hastalıkları

### PERSONEL BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

#### PERSONEL UNVANI

Hekim	392
Diş Hekimi	940
Hemşire, hemşire yardımcısı, ebe	122

## 2. GİRİŞ

Bir tümceyle özetlemek gerekirse İsveç Sağlık Sistemi bölgesel temele dayalı, kamu kaynaklarıyla

işletilen ulusal bir sağlık sistemidir. Genel politik kararlar ulusal düzeyde alınır ama, bu politikanın uygulanması ve sağlıkla ilgili hizmetlerin çoğunun ve tedavi hizmetlerinin hemen tümünün yönetiminden il meclisi sorumludur. Ayrıca, sağlıkla ilgili kararların alınması, tıpkı politik kararların alınması gibi, genellikle bu kararların uygulanmasından önce toplumda fikir birliğine varılmasından sonra gerçekleşir.

İsveç sağlık sistemi başlangıcından beri kamu sektörü niteliğinde olmuştur. Gerçi maaşı devletçe ödenen mahalle hekimliği sistemi 1700 yıllarında başlamıştır ama, bugünkü sistemin temeli 1864 yılında, hastane sektörünün işletilmesi sorumluluğunun il yönetimine verilmesiyle atılmıştır. Hekim muayenesinin, ilaçların ve hastalık ödentilerinin ülke çapında sağlanmasıyla ilgili en önemli girişim 1946 da ulusal sağlık sigortasının parlamentoda kabulü ve 1955 yılında uygulanmasıyla başlamıştır. Buna uygun olarak, hastane hekimlerinin özel hasta yatağından yararlanması ve ücretle hasta muayene ve tedavi etmeleri uygulamasına 1959 yılında son verilmiştir. 1970 yılından itibaren hastane hekimlerinin evde ve ayakta muayene ve tedavi karşılığı ücret alması da yasaklanarak onların tam anlamıyla devlet memuru olması gerçekleştirilmiştir. Bir yıl sonra 1971 de perakende ilaç dağıtımı da devletleştirilmiş ve bu hizmet, sahibi devlet olan ayrı bir örgüte verilmiştir.

Aynı şekilde sağlıkla ilgili ulusal görevlerin çoğu giderek yerel yönetimlere aktarılmıştır. 1960'da hastane poliklinik hizmetlerinin tümünden yerel yönetim sorumlu tutulmuş, ilçe hükümet hekimleri 1963 yılında, ambulans hizmetleri 1965 yılında yerel yönetime aktarılmıştır. 1967 yılında akıl hastanelerinin denetimi de yerel yönetime bırakılmıştır. 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili tüm sorumluluklar yerel yönetime bırakılmış ve hekimlerin evde ve ayakta muayene ve tedavilerinin ücretleri, ulusal sağlık sigortası kanalıyla değil il

\* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi. Prof. Dr.

meclisi kanalıyla ödenmeye başlanmıştır. Bu arada atılan en önemli adım, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülke çapında benimsenmesidir. Gerçi böyle bir yaklaşım 1948'de başlamış, sağlık hizmetleriyle koruyucu sağlık bakımına ağırlık verilmiştir. Sonuçta, hastane temeline dayalı yönetimin yapısında değişiklikler olmuş ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar artırılmıştır. Diğer bir önemli adım da, sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanmayı önleyen engellerin saptanması ve giderilmesiyle ilgili olarak atılmıştır. Böylece hizmet sunulan sağlık birimlerinin ülke düzeyinde dengeli dağılımına çaba harcanmış ve 6 bölgenin herbirinde yüksek ihtisas hastanesi açılmıştır.

İsveç sağlık sisteminde, hükümet tarafından hizmet sunumu ulusal, bölgesel, il ve belediye olmak üzere dört farklı düzeyde ele alınmaktadır. Gerçi, genel sağlık politikası, hizmet standartları ve uygulamada dikkat edilecek hususlar ulusal düzeyde mesleki örgütler, işveren kuruluşları, İl Meclisleri Federasyonu, İsveç Planlama ve Gerçekleştirme Enstitüsü gibi ilgili kuruluşların birlikte aldıkları kararlarla saptanır ama, hizmet sunumundan tümüyle il yönetimi sorumludur. İsveç'teki 23 il ve bu nitelikteki üç ayrı belediye, kendi hizmetlerini belirlemekte ve yönetmektedirler. Bu hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak hastane bakımıyla poliklinik hizmetlerini, birinci basamak sağlık merkezlerini, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini, hemşirelik, rehabilitasyon ve süregen hastaların bakım hizmetlerini, ayakta ya da yatırılarak sunulan ruh hastalıkları hizmetlerini ve ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır. Yüksek ihtisas ve teknolojik kolaylıklar bulunan bölgesel üniversite hastaneleri de buldukları il tarafından yönetilmektedirler. Tüm bu hizmetlerin harcamalarının yüzde 60'ı il çapında sağlanan vergi gelirleriyle karşılanmaktadır.

### 3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ :

1970 yılına kadar birinci basamak hizmetlerinin hemen tümü yerel düzeyde ve hastane yönetimi tarafından yönetilirdi. Bu tür yönetim, sağlıkla ilgili kaynakların ve personelin dağılımında hastane hizmetlerine öncelik ve ağırlık verilmesine yol açtığundan, günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerini yönetecek bağımsız bir yönetimin oluşturulması için yoğun çabalar harcanmakta ve hastaneye dayalı olmayan bakım evlerini, ruh sağlığı hizmetlerini, sakat, geri zekalı ya da süregen hastalığı olanlara yönelik hizmetlerle ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini yönetmekten sorumludur. Her merkezde en az üç hekim ve aynı sayıda hemşire bulunur. Merkezlerin çoğunda temel laboratuvar hizmetleri ve rönt-

gen filmleri çekimi yapılmakta ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır.

### 4. HASTANE HİZMETLERİ :

Her ilde hastane bakım hizmetleri iki düzeyde ele alınmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan ilçe hastanelerinde iç hastalıkları, cerrahi, patoloji ve radyoloji uzmanlarının yanı sıra acil durumlar ve analık bakımıyla ilgili uzmanlar da bulunur. İllerde ise, her ilin büyüklüğüne göre bir ya da iki tane merkezi hastane vardır. Bu hastaneler her tür uzmanın bulunduğu üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olup 600-1000 yataklıdır.

Daha özel ve yüksek teknolojiyi gerekli kılan hasta bakımı için, İsveç'te 6 adet bölge hastanesi vardır ve bunlar üniversitelerle bağlantılıdır. Bölge hastanelerinin harcamalarının büyük bölümü hükümetçe karşılanmakta, ama yönetimleri buldukları yerin yerel yönetimlerince yapılmaktadır. Bir bölgesel hastaneden yararlanan tüm yerel yönetimler, bu hastanenin harcamalarına yararlandıkları oranda ve eşit düzeyde katkıda bulunurlar.

İsveç'te hasta yatağı başına düşen kişi sayısı azdır. Son yıllarda birinci basamak sağlık hizmetleri etkinlik kazandığından 1975 yılında bin kişiye 10.7 hasta yatağı düşerken bu sayı 1984 de 7.2 hasta yatağına inmiştir. İsveç'te hastalar doğrudan hastane polikliniklerindeki uzmanlara başvurabilmektedir. Daha önce belirtildiği gibi hastanede çalışan hekimler özel hasta bakmadığı gibi hastanelerde özel yatak da bulunmamaktadır.

### 5. BELEDİYE SAĞLIK HİZMETLERİ :

İsveç'teki 284 belediye, değişik koruyucu sağlık hizmetini yürütmektedir. Bunlar arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, besin ve su denetimi, okul sağlığı hizmetleri sayılabilir. Ayrıca gelir azalmasını düzenleyen sosyal yardım hizmetleriyle birinci basamak sağlık hizmetinin evde bakımını öngördüğü hastalardan da belediyeler sorumludur. Yerel yönetimin birinci basamak sağlık hizmetinden, belediyelerin evde bakım hizmetinden sorumlu olması iki başlı bir yönetimin çeşitli sorunlarını gündeme getirmekte ve tüm bu hizmetlerin tek bir örgüt tarafından yürütülmesi çabaları yoğunluk kazanmaktadır.

### 6. SAĞLIK PERSONELİ :

1960'da ülkede çalışanların yüzde 3'ü sağlık sektöründe iken 1983'de yüzde 9'a çıkmış sonra giderek azalmış ve yüzde 8'lere inmiştir. Bu sektörde çalışanların yaklaşık yüzde 75'i hastanelerde görev-

lidir. Birinci basamak sağlık hizmetine ağırlık verildikçe, hastanede çalışanlar oranının azalacağı beklenmektedir.

1985 yılında ülkedeki sağlık personeli sayıları şöyledir:

Hekim	21596
Diş Hekimi	9000
Hemşire	69261
Fizyoterapist	5889
Laboratuvar Teknisyeni	4895

İsveç'te sağlık sektöründe çalışanlar eğitim düzeylerine ve unvanlarına göre değişik birlikler kurmuşlardır. Hekim ve Sağlık Yöneticileri Birliği; Hemşireler ve Fizyoterapistler Birliği; Destek Hizmetler Sağlık Personeli Birliği bunlar arasındadır. İsveç'in en çok üyeli ve güçlü birliği Destek Hizmetler Sağlık Personeli Birliğidir. Maaşların ülke düzeyinde saptanması, mesleki birliklerle İl Meclisleri Federasyonu arasındaki anlaşmayla olur.

#### 7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI :

İsveç'te sağlık harcamaları, birbirleriyle ilgili şu dört kaynaktan karşılanır:

a - Kişisel gelirden alınan yerel vergi,

b - Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi (evde ve ayakta hekim muayeneleri için kullanılır),

c - Devlet desteği (üniversite hastanelerindeki eğitim ve araştırmaları desteklemek, az zengin olan illerdeki hastane harcamalarını zengin illerdekine eşit kılmak için kullanılır),

d - Hizmetten yararlananlardan alınan ücretler (çok az miktarda olup poliklinikte hekim muayenesi, hastanede yatış ve kimi reçeteler için alınır).

Bu kaynaklardan en önemlisi birincisi olup 1985'de il gelirinin yüzde 61.8'ini oluşturuyordu. Kişisel gelirin 1960'da yüzde 4.5'i bu amaçla vergi olarak alınırken 1985'de yüzde 13.5'e çıkmıştır. Hastaların yaptığı ödeme çok sınırlı olup poliklinik muayene ücretinin yaklaşık 7 doları; yatan hastadan hergün için alınan ücretin yaklaşık 8 doları ve bir reçetenin tutarının yarısı bu geliri oluşturmaktadır. Bu harcamaların arta kalanı ulusal sağlık sigortasına karşılanır. Yılda hekime 15 kezden fazla muayene

olanların hekim ücretiyle süregen ve akut hastalıkların ilaç bedelleri tümüyle genel sağlık sigortasına karşılanır.

#### 8. ŞU ANDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR :

İsveç sağlık sisteminin geleceğiyle ilgili tartışmalar giderek yoğunlaşmaktadır. Birinci basamak sağlık bakım sisteminin uygun olduğu hemen herkes tarafından kabul edilmekte birlikte, bunun en iyi ne şekilde sağlanacağı konusunda tartışmalar sürmektedir. Halihazır sağlık sisteminin hastaları ve sağlık hizmeti sunanları pek memnun etmediği belirtilmektedir. Özellikle hastaların bu duyguyu taşımaları dikkat çekicidir. Muayene için alınan randevuların belirli bir süre sonra verilmesi ve kimi ameliyatlara için aylarca sıra beklenmesi, memnuniyetsizliği doğuran temel nedenlerdir.

Sağlık hizmetinin il düzeyinde santralize olmasını da uygun bulmayıp bunu ilçe düzeyine indirme ve il meclisinin sorumluluklarını ilçe belediyelerine aktarma önerileri yoğunlaşmaktadır. Özellikle evde ve ayakta sağlık bakım hizmetlerinin özelleştirilmesi ve bu tür hizmetler için yerel yönetimlerin özel sağlık kuruluşlarıyla ya da grup halinde çalışan hekimlerle anlaşma yapması önerilerinin bugünlerde yerel olarak pilot uygulamaları yapılmaktadır. Ne varki sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özel sektör kanalıyla yürütülmesinin kamuoyunda benimsenmesi beklenmemelidir. Hastane içi hizmetlerde değişiklik yapılması da tartışılmakta, servisler arasında yatak ayırımının hasta yatak kullanım oranını sınırlı tuttuğu, ekonomik olmadığı ileri sürülerek hastanelerin bir tür otelcilik hizmeti sunması önerilmektedir.

#### KAYNAKLAR

- WHO, Health Services in Europe (1981) 3rd ed. Vol.: 2, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p.177-184.
- Brogren, P.O. and R.B. Saltman (1985). Building Primary Health Care Systems: A Case Study from Sweden. Health Policy 5,4: 313-29.
- Heindenheimer, A.J. and N.J. Elvander (1980), eds. The Making of The Swedish Health Care System. New York: St. Martin's.
- Ministry of Health and Social Affairs (1982). Health in Sweden. Stockholm.
- National Board of Health and Welfare (1985). The Swedish Health Services in the 1990s. Stockholm: Liber Tryck.