

# FİNLANDİYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doğ. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Sinan CANPOLAT  
Hakan GÜVENER  
Şenay GÜMÜŞHAN  
Işıl ATEŞ  
Ayşe ER

A. ERDAL SARGUTAN

**FİNLANDİYA SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	950
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	953
1.1. Tarihçe	953
1.2. Coğrafi Özellikler	953
1.3. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı	954
1.4. Yer altı Kaynakları	954
1.5. Nüfus Yapısı	954
1.6. Yönetim	954
1.7. Ekonomi	955
1.8. Ulaşım	955
1.9. Eğitim	955
<b>II. SAğLIK SİSTEMİ</b>	956
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	956
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	958
II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri	959
II.2.1.1. Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı	959
II.2.1.2. Temel Güvenlik Konseyi	961
II.2.1.3. Diğer Ulusal Sağlık Hizmeti Kurumları	961
II.2.1.4. İşçi Güvenliği ve Sağlığı Denetleme Kurumları	962
II.2.1.5. İllerde Sağlık Hizmetleri	962
II.2.1.6. Yerel Yönetimler	962
II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler	963
II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Örgütleri	963
II.2.2.1.1. Sosyal Sigorta Kurumu	964
II.2.2.1.1.1. Ulusal Sağlık Sigortası	964
II.2.2.1.2. Merkezi Emeklilik Güvenlik Kuruluşu	964
II.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları	964
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	964
II.3.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri	965
II.3.1.1. Birincil (Prime) Sağlık Hizmetleri	966
II.3.1.2. İkinci (Sekonder) ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri	969
II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri	969
II.4. Sosyal Hizmetler	970
II.5. İşçi Sağlığı Hizmetleri	970
II.6. İnsan Kaynakları ve Eğitim	971
II.7. İlaç Sektörü	972
II.8. Sağlık Hizmetleri Teknolojisi	972
II.9. Sağlığın Yükseltilmesi	973
II.10. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Harcamaları	974
II.10.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	975
II.10.2. Finansal Kaynak Dağıtımı	975
II.10.2.1. Kamu Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Ödemeler	975
II.10.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları	976
II.11. Sağlık Sisteminin Devam Eden Projeleri	976
<b>III. FİNLANDİYA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	978
<b>KAYNAKLAR</b>	981

## ÖZET

Gelişmiş bir ülke olan Finlandiya'da sağlık sistemi tek elden yönetilir. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi sağlık sistemine sahiptir. Ülkenin sağlık politikasının uzun dönemli hedefleri topluma mümkün olan en iyi sağlık hizmetinin sunulması ve farklı sosyal gruplar arasındaki eşitsizliğin giderilmesi olarak belirlenmiştir. Herkesin ödeme gücüne, sağlık statüsüne ve yaşadığı yere bakılmaksızın sağlık sisteminden ücretsiz yararlanma hakkı vardır.

Finlandiya'da sağlık hizmetleri sisteminin idari yapısı bölgesel ve ulusal olmak üzere iki türlü örgütlenme göstermektedir. Sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı kamunun sorumluluğu altındadır ve asıl sorumluluk 450 civarındaki yerel yönetime aittir.

Hükümet, genel sağlık politikasının ana hatlarını belirleyerek, sağlık hizmeti sunumunu ulusal düzeyde yönlendirir.

Ulusal düzeydeki örgütlenme, Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kuruluşlarla sağlanmaktadır. Bakanlık, sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerine yönelik yasalar hazırlamaktan, bu yasaların uygulanması dan ve denetiminden sorumludur.

Bakanlığın idari yapısında iki bakan bulunmakta, bunlardan biri sağlık diğeri sosyal işlere bakmaktadır. Her ikisi de eşit statüdedirler. Bakanlar farklı partilere üye olmalarına rağmen aynı bakanlık içerisinde çalışmalarını herhangi bir sorun yaratmamaktadır.

Finlandiya'da sağlık hizmetleri sunumunda esas sorumluluk, yerel yönetimlerde dir. Bölgesel düzeydeki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi sorumluluğu ülkede bulunan 450 civarındaki belediyeye aittir. Bu belediyeler sağlık hizmetlerini bağımsız olarak sunabildikleri gibi, diğer belediyelerle birleşik sağlık merkezleri oluşturarak da sunabilmektedirler.

Sağlık hizmeti çok iyi uygulanan, gelişmiş bir sevk sistemi üzerine kurulmuştur. Bu sistem sağlık kurumlarında yığılmaları önlemekte ve sağlık hizmetleri arzının daha verimli olmasını sağlamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların tedavisi hizmetleri ön plandadır ve ücretsizdir. 18 yaşın altındakiler bir sağlık merkezinde doktor veya diş hizmetini ücretsiz alabilmektedir.

Hizmet çoğunlukla sağlık merkezlerinde verilir.

Yerel yönetimler öncelikle birincil sağlık hizmetlerinden sorumludurlar.

Aile hekimliği yaygın olarak uygulanmaktadır.

Nüfus artış oranı düşük olan ülkede genç nüfus oranı giderek azalmakta, yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Bunun sonucunda yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri geliştirilmektedir.

Ülkede 20 adet hastahane bölgesi vardır ve her bir yerel yönetim bu hastahane bölgelerine bağlı bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti arzı kamu sektörü ve özel sektör tarafından sağlanmakta ve ülke içinde uygun bir dağılım sergilemektedir.

Nüfusun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı en yüksek olan AB ülkesidir.

Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu ülke çapında yaklaşık 400 yerel birim aracılığıyla sosyal sigortalar tarafından yönetilir. Bu kurum Parlamentonun denetimi altındadır. Kurum, yazılan ilaçların ücretlerinin bir bölümünün ödenmesi, bazı durumlarda ulaşım masraflarının karşılanması, tıbbi hizmet, mesleki sağlık hizmeti, öğrenci sağlığı ve rehabilitasyon gibi çeşitli hizmetleri sunar, hastalık, hamilelik ve doğum esnasındaki gelir kaybı ile, hasta çocuğun tedavisi ve rehabilitasyonu sırasında ailenin maruz kaldığı gelir kayıplarını da telafi eder.

Ayrıca işverenler çalışanlarına mesleki koruyucu sağlık hizmetleri vermek ve bunları düzenlemek zorundadır. İşverenlerin mesleki sağlık hizmetleri ile ilgili masraflarının bir bölümü sigorta tarafından ödenmektedir.

Finlandiya'da kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla yaklaşık 30.000 Amerikan Dolarıdır. GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %6.6'dır.

Sağlık hizmetleri finansmanında ana kaynak kamu kuruluşlarıdır. Belediyeler sağlık hizmetleri finansmanından birinci derecede sorumludurlar.

Sağlık sistemi temel olarak hazine gelirleri ile finanse edilir. Yaklaşık olarak, toplam sağlık sistemi harcamalarının %35'i belediye, %30'u hükümet, %15'i Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu, %20-25'i de özel / kişisel kaynaklardan karşılanmaktadır.

Hükümet, belediyeleri sübvans eder, ayrıca yerel vergiler vardır.

A. ERDAL SARGUTAN

## FINLANDIYA SAğLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Finlandiya Cumhuriyeti
GELENEKSEL KISA ADI	: Suomi
YÖNETİM ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Helsinki
PARA BİRİMİ	: Markka
NÜFUS	: 5.214.512
YÜZÖLÇÜMÜ	: 338.145 km <sup>2</sup>
DİLİ	: Fince ve İsveççe
DİNİ	: Hristiyanlık (12/4,5)

#### I.1. Tarihçe

Bugünkü Finlerin ataları MÖ.100-MS.100 arasında Finlandiya Körfezinden bölgeye gelip yerleşmişlerdir. Bu tarihe kadar Finlandiya'da yalnızca göçebe Laplar yaşıyordu. Güneyde yerleşim yaklaşık 800'e değir Karelya'ya kadar yayıldı. Nüfus çok seyrek ve sürekli birbirleriyle savaşan gevsek örgütlenmiş üç birlik (Hameliler, Kareyalılar ve Finler) dışında devlet kurulmamıştı. Ortaçağ boyunca ülkede İsveç kurumları yerleşti. Bu dönemde Finlandiya İsveç'e bağlı bir düklüktü. XII. Karl'ın krallığı sırasında İsveç büyük bir güç olarak önemini yitirdi. Büyük Kuzey savaşı sırasında, Rusya 8 yıl boyunca Finlandiya'yı işgal etti. 1741-1743 Rus-İsveç Savaşı sonunda Finlandiya'nın büyük bir bölümü Rusya tarafından ilhak edildi. Rusya'daki devrim sırasında ülke özerkliğini yeniden kazandı ve Ekim Devrimi'nden sonra 6 Aralık 1917'de bağımsızlık ilan edildi.

1993 yılında Finlandiya Avrupa Birliği'ne (AB) üyelik için başvuruda bulundu. 1995 yılının başında AB üyeliğine kabul edildi (11/596,597).

#### I.2. Coğrafi Özellikler

Finlandiya 338.145 km<sup>2</sup>'lik bir yüzölçümüne sahiptir. İğne yapraklı ağaçların ağırlıkta olduğu sık ormanlar, geniş bataklıklar, 55.000 dolayında göl ve sayısız ırmakla kaplıdır. Büyük bölümü Prekambriyen Zamandan (3.800-540 milyon yıl önce) kalma granit ve benzeri yaşlı kayalardan oluşur. Güneyi daha alçak olan ülke, orta kesimlere ve kuzeye gidildikçe yükselir. İç sular, ülke alanının yaklaşık %10'unu oluşturur. En büyük göl Saimaa'dır.

Kuzey kutup dairesinin yukarısında kalan bölgede çok büyük sıcaklık farklılıkları görülür. Hava sıcaklığı kışın - 30°C'ye kadar düşerken, Laponya'da gece güneşinin görüldüğü 73 günlük mayıs-haziran döneminde 27°C'ye kadar çıkabilir. Gulf Stream ile Baltık Denizi'nin sıcak akıntıları ve ülkenin alçak yüzey şekilleri sayesinde 60°C kuzey enlemine kadar tarıma elverişli bir ılıman kuşak bulunmaktadır; dünyanın başka hiçbir yerinde böyle bir doğal ortama rastlanmaz.

Yıllık toplam yağış miktarı 558 mm'dir; bunun üçte biri kar ya da sulu sepken biçiminde düşer (11/593).

### **I.3.Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı**

Finlandiya'nın dörtte üçünden fazlası ormanlarla kaplıdır. Başlıca yaprak döken ağaçlar huş ağacı, titrek kavak, akçaağaç, karaağaç, ıhlamur ve kızılbaş, iğne yapraklılar ise çam ve ladindir. Ülkenin en kuzeyindeki bölgeler geniş turbalıklar, tundralar ve otlu bataklıklarla kaplıdır.

Finlandiya, yabanıl yaşam açısından zengin sayılabilir. Ülkede çok çeşitli deniz kuşları yaşar; kıyıya yakın adalarda martılar ve sumrular, iç göllerde de su kuşları yuva yapar. Başlıca memeli türleri ayı, kurt, volverin, vaşak ve yaşayan en büyük geyik türü olan sığındır (11/593).

### **I.4.Yeraltı Kaynakları**

Mineral kaynakları yetersiz olan Finlandiya'da petrol ve kömür bulunmaz. Doğudaki Outokumpu'da bakır, çinko ve demir sülfür çıkarılır. Granit madenciliğinin de yapıldığı bölgede çimento üretimi artmaktadır (11/594).

### **I.5. Nüfus Yapısı**

Ülkenin toplam nüfusu 5.214.512 kişidir. Nüfusun %17,5'i 0-14 yaş grubundan, %66,7'si 15-64 yaş grubundan ve %15,7'si 65 yaş ve üzerinden oluşmaktadır. Doğum oranı binde 10,56 ve ölüm oranı binde 9,69'dur.

Nüfusun %93,4'ünü Finler, %5,7'sini İsveçler, %0,4'ünü Ruslar, %0,2'sini Estonyalılar, %0,2'sini Romenler ve %0,1'ini Samiler oluşturmaktadır.

Halkın %89'u Protestan, %1'i Rus Ortodoks ve %1'i diğer dinlere mensup iken %9'u hiçbir dine mensup değildir (12/4,5).

### **I.6. Yönetim**

Finlandiya 1919'dan beri anayasal bir cumhuriyettir. Yasama yetkisi tek meclisli Parlamento'ya ve Cumhurbaşkanı'na aittir. 200 üyeli Parlamento 4 yıllık, Cumhurbaşkanı ise 6 yıllık süreler için seçilir.

Yürütme yetkisi Cumhurbaşkanı'na ve Devlet Konseyi adı verilen kabineye aittir. Finlandiya biri özerk Aland Adaları olmak üzere 12 il'e bölünmüştür ve bunların her biri bir vali tarafından yönetilir (11/595).

1990'ların ortalarına kadar ülkedeki Aland Adaları dışındaki 11 il, yapılan politik görüşmeler sonucunda, daha büyük bölgeler oluşturacak şekilde birleştirilmiştir. 1997'den beri de ülkede, Aland Adaları haricinde, il düzeyinde beş yönetim bölgesi bulunmaktadır (1/20).

Yargı, yasama ve yürütmeden bağımsızdır. Helsinki'deki Yüksek Mahkeme bölge mahkemelerini atar (11/595).



### I.7. Ekonomi

Önceleri bir tarım ülkesi olan Finlandiya'da II. Dünya Savaşı'ndan sonra ağır sanayi hızla gelişmiştir. Ülkenin GSMH'si 142.2 milyar Amerikan Dolarıdır. GSMH büyüme hızı %1.9'dur. GSMH'nin %4.3'ünü tarım sektörü, %32.7'sini endüstri, %62.9'unu hizmet sektörü oluşturmaktadır.

Kişi başına düşen milli gelir 27.400 Amerikan Dolarıdır. Enflasyon oranı %0.9'dur.

Önemli endüstri dalları metal, tekstil, elektronik, gemicilik, ilaç ve kağıttır. Önemli tarım ürünleri ise arpa, buğday, şeker pancarı, patates ve balıktır (12/73).

### I.8. Ulaşım

20. yüzyılın ortalarına değin, elverişsiz arazi yapısı ve doğa koşullarından ötürü ülke içi ulaşım kısıtlıydı. Dış ülkelere ulaşım ise deniz yoluyla sağlanmaktaydı. Ülkedeki kara yollarının toplam uzunluğu 77.722 km'dir.

Ülkede ulaşım elverişli su yollarının uzunluğu 6.500 km'ye yaklaşmaktadır. Helsinki'de ve başka birçok merkezde çeşitli hava alanları bulunmaktadır (11/595).

### I.9. Eğitim

Öğrenim, yedi yaşından başlayarak zorunlu ve parasızdır. 1970'lerde altı ve üç yıllık aşamalardan oluşan dokuz yıllık yeni bir ilköğretim sistemi geliştirilmiştir. Dokuz yıllık öğrenimden sonra öğrenciler liseye ya da meslek okullarına gidebilir. En büyük yüksek öğrenim kurumları Helsinki Üniversitesi ve Helsinki Teknoloji Üniversitesidir. Başka kentlerde de çeşitli üniversiteler ve meslek yüksekokulları vardır. Turku'daki iki üniversitenin birinde Fince, ötekinde ise İsveççe öğretim yapılır. Yükseköğrenime ayrılan devlet yardımı giderek azalmaktadır (11/595,596).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı kamusal bir sorumluluk olarak nitelendirilmektedir. Ülkedeki sağlık sisteminin gelişimi oldukça yavaş bir şekilde gerçekleşmiş olup, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesine başlanması konusunda tam bir tarih belirtmek mümkün değildir (1/12).

#### 1940 Öncesi

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde ana birimleri belediyeler oluşturmaktadır. II.Dünya Savaşı öncesinde, belediyeler özellikle halk sağlığı, tüberkülozun tedavisi, diğer bulaşıcı hastalıklar ve akıl hastalıkları alanlarına yoğunlaşmışlardır (1/12).

#### 1940'tan 1990 Yılına

1940'larda belediyeler tüberküloz merkezleri adındaki birlikleri oluşturdu. Bu birlikler tüberkülozun tedavisi ve korunmasından sorumlu oldu. 1950'lerde hastahane sisteminin gelişiminde bir hızlanma yaşandı. Bir yasayla, büyük yerleşim birimlerinde ikincil sağlık hizmeti veren yaklaşık 20 merkezi hastahane kuruldu. Devlet hastahanelerinin çoğu belediyelere devredilirken, psikiyatrik tedavi kuruluşları bu organizasyonların dışında kaldı. 1960'larda belediyelerin önderliğinde bölge hastahaneleri kuruldu ve tüberkülozun daha az görülmesine bağlı olarak tüberküloz hastahaneleri yavaş yavaş diğer hastalıkların tedavisine yönlendirildi. Ulusal Sağlık Sigortası da yine 1960'larda ülkeye getirildi ve ilaç fiyatlarının bir kısmı ile diğer bazı sağlık hizmetlerinin ödenmesi sigorta tarafından karşılanmaya başlandı. 1972'de temel sağlık hizmetleri kanunu yürürlüğe girdi ve 5 yıllık planlar, birincil sağlık hizmeti için yıllık olarak yenilenmek suretiyle ulusal bir planlama sürecine başlandı. 1970'lerde ve 1980'lerde işçi sağlığı hizmetlerine daha fazla önem verilmeye başlandı ve 1979'da işçi sağlığı kanunu yürürlüğe girdi (1/12,13).

#### 1990'dan Günümüze

1990'ların başında devletin sosyal sorunlar ve sağlık politikalarında büyük bir reform yaptı. Ancak bu dönemde yaşanan ekonomik durgunluk sağlık hizmetleri sistemine de yansıdı ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarda çeşitli kısıtlamalara gidildi (1/14).

Finlandiya sağlık hizmetleri ekonomik kriz öncesinde de günümüzde de toplum tarafından desteklenmiş ve desteklenmektedir. Avrupa Birliği tarafından 2000 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, Finlandiya, Avrupa Birliği ülkeleri içinde nüfusun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı en yüksek olan ülkedir (1/14,15).

#### Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu Ve Yapılan Reformlar

1990'dan 2000'e kadar devam eden 10 yıllık dönemde, sert bir ekonomik durgunluk ve gelişim çalışmalarının azalmasıyla karakterize edilen bir çevreye rağmen, belirlenen stratejik gelişmeler devam etmekle kalmamış, bunlardan önemli ve gerekli olanlar başarıyla uygulanmıştır.

Ana gelişmelerin birçoğunun 1990'larda yapılmış olmasına rağmen bunların çoğu daha önceki yıllarda yapılan çalışmaların bir sonucudur. Ülkede, değişik alanlarda yapılan bu gelişmeler şu ana başlıklar altında özetlenebilir.

-Halk Sağlığı Politikasındaki Gelişmeler: Risk faktörlerine odaklanırken kişisel seviyeden, toplum ihtiyaçlarına yönelerek genel bir seviyeye doğru yönelenilmiştir.

-Sektörler Arası Sağlık Politikası Gelişimi: Daha sonra Sosyal Ve Halk Sağlığı Raporu adını alan Devlet Halk Sağlığı Raporunda, Parlamentoda Sosyal Sorunlar Ve Sağlık Bakanlığının sağlığın geliştirilmesinde stratejist ve koordinatör olarak ana rolü üstleneceğine karar verilmiştir. Raporda bunun yasayla belirlendiğine ve bu yasaya göre tüm bakanlıkların sağlıkla ilgili çalışmalarını rapor ederek katkıda bulunmak zorunda olduklarına yer verilmiştir.

-Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığının Örgütsel Gelişimi: Bu alanda 1992 yılında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde, koruyucu sağlık hizmetlerine ve sosyal çalışmalara yönelik olarak özel bir bölüm kuruldu. 2002 yılında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal İşler Bölümü ile Sağlık Bölümü olmak üzere ikiye ayrıldı.

-Devlet Kuruluşlarındaki Gelişmeler: Ulusal Sağlık Ve Refahı Araştırma Ve Geliştirme Merkezi (STAKES) ve belediyelerin geniş çaplı desteği ile Ulusal Halk Sağlığı Kuruluşu kuruldu.

-Belediyelerin Otonomisinin Artması: Bu reform, belediyelerin "temel hizmetler" (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler) alanındaki yetkisini önemli ölçüde artırmak üzere merkezi, idari ve bölgesel yönetim arasındaki ilişkilerin yeniden tanımlanması ile yapılmıştır. Böylece belediyelere kendi vergilerini toplamaları ve gerekli hizmetleri organize etmeleri konusunda yasalarla geniş özgürlükler tanınmıştır. Bölgesel yönetim kanunu ile verilen bölgesel otonomi güçlendirilmiştir (3/11,12).

-Halk sağlığıyla ilgili devlete ait olmayan organizasyonlar ile devlet arasındaki ilişkiler yeniden düzenlendi ve kamu sağlığı ile ilgili bu kuruluşların ana örgütü güçlendirildi. Bu sivil toplum örgütleri sağlık seviyesinin yükseltilmesi konusunda önemli görevler üstlendi ve 1962 yılında ana kuruluş olan Sağlığın Geliştirilmesi Fin Merkezi kuruldu.

Günümüzde Finlandiya finansal olarak yerel yönetimlere (belediyeler) ayrılmaktadır. Her bir belediye ulusal bütçeden aldığı paylar ve topladığı vergilerle sağlık ve diğer hizmetleri toplum ihtiyacına göre sunmaktadır. Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın görevi yasama ve rehber bilgiler sağlamaya yöneliktir (3/13).

Finlandiya sağlık politikasının uzun dönemli hedefleri topluma mümkün olan en iyi sağlık hizmetinin sunulması ve farklı sosyal gruplar arasındaki eşişsizliğin giderilmesi olarak belirlenmiştir. Bu alanda kaydedilen tüm gelişmelerin temelini 1970'li yılların başında yürürlüğe giren Temel Sağlık Hizmetleri Yasası oluşturmaktadır. Finlandiya'da sağlık hizmetleri sistemine yönelik olarak çok büyük reformlar yapılmamış olmakla birlikte, belirli problemlere yönelik olarak çeşitli değişikler gerçekleştirilmiştir (1/79).

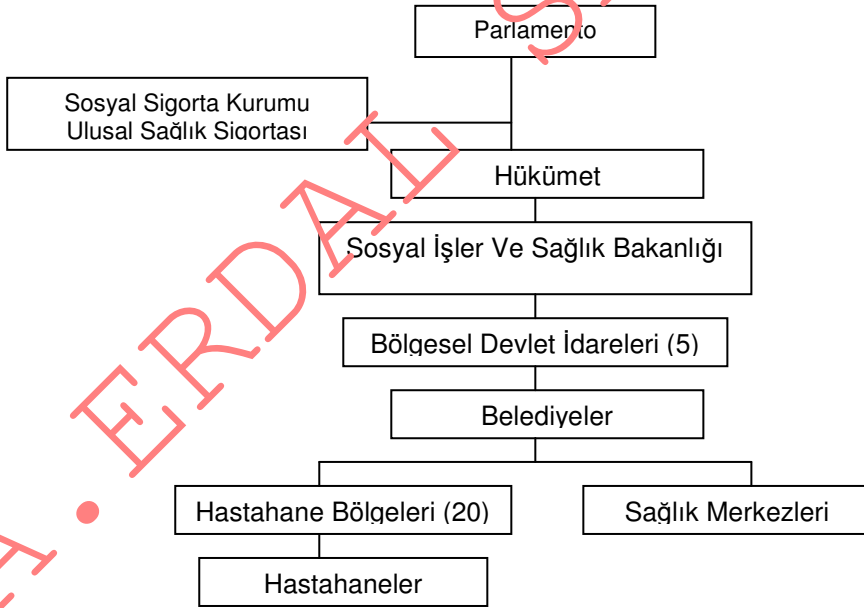
1986 yılında kamu sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak şu genel hedefler belirlenmiştir:

- Yaşam süresinin artırılması, örneğin bebek ölümlerinin azaltılması,
- Sağlıklı yaşam, örneğin kronik hastalıkların, kazaların ve diğer sağlık problemlerinin azaltılması,
- Yaşam kalitesinin artırılması, örneğin sağlığın geliştirilmesi ve fonksiyonel kapasitenin artırılması,
- Toplumsal gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının azaltılması, örneğin cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve farklı bölgelerde yaşamaya bağlı olarak gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının azaltılması (5/10).

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin devamı olarak 2001 yılından 2015 yılına kadar ülkede yapılması planlanan çalışmaların yer aldığı bir program yayımlanmıştır. Bu program Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olup, Finlandiya Ulusal HFA (Health for All) 2000 programının devamı niteliğindedir (5/5).

## II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

### Şema 1. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı



**Kaynak:** (1) Rico, A. (2002) Health Care System in Transition, Finland WHO, s:18.

Finlandiya'da sağlık hizmetleri sisteminin idari yapısı bölgesel ve ulusal olmak üzere iki türlü bir örgütlenme göstermektedir.

Ulusal düzeydeki örgütlenme, görevleri belirlenmiş olan ve Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan küçük kuruluşlarla karakterizedir. Bu kuruluşların her biri Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup çalışmaları Bakanlık tarafından takip edilmektedir. Son zamanlarda, bu kuruluşların çalışmaların dış gözlemlere de tabi tutulmaktadır (3/31).

Bu organizasyonlar, sağlık politikalarının geliştirilmesini ve bu politikaların uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmasını sağlarlar (3/32).

Bölgesel düzeydeki örgütlenmede, kanunlar eğitim, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetlerden belediyeleri sorumlu tutmaktadır (1/18).

## II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri

### II.2.1.1. Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı

Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerine yönelik yasalar hazırlamaktan, bu yasaların uygulanmasından ve denetiminden sorumludur. Bakanlık, her dört yıllık yasama dönemleri için hükümet tarafından onaylanmak üzere Sosyal İşler Ve Sağlık Hizmetleri Hedef Ve Uygulama Planı hazırlar. Bu program sosyal işler ve sağlık hizmetleri kaynaklarıyla ilgili bir karar içerir ve hükümetin bütçeyi onaylamasıyla bağlantılı olarak her yıl gözden geçirilir.

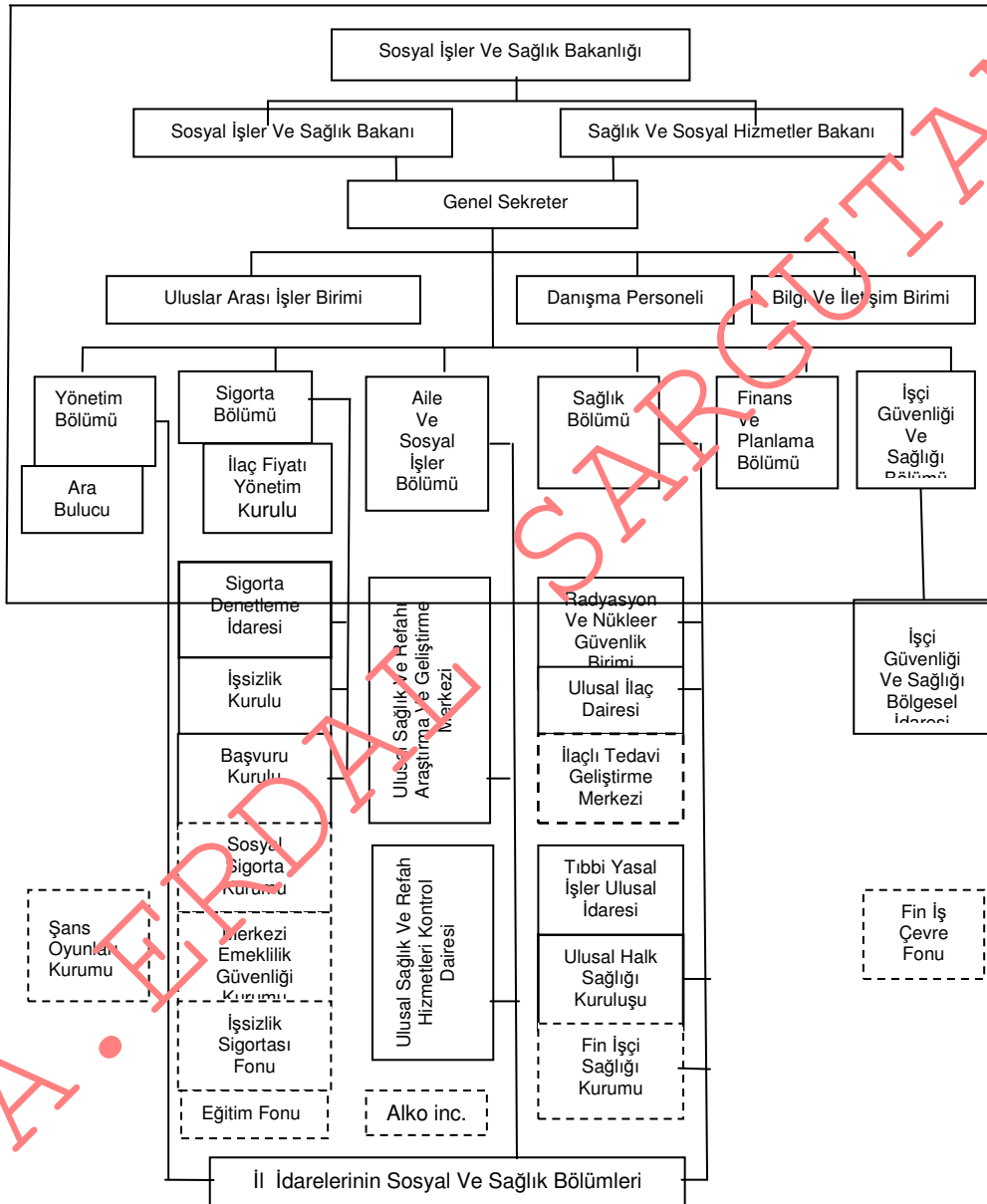
Ülkedeki sosyal işler ve sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak yürüten bir dizi kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlar araştırma, geliştirme, istatistik ve denetim gibi çeşitli alanlarda hizmet vermekte olup Şema 2'deki Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı organizasyon şemasında verilmişlerdir (4/6).

Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı, genellikle sosyal ve sağlık sektörünün bir parçası niteliğinde görülen, bazı araştırma ve geliştirme çalışmalarını da takip etmektedir. Bu çalışmalar arasında yer alan özellikle radyasyon ve nükleer güvenlik konuları önem arz etmektedir (2/9).

Finlandiya'da alışılmışın dışında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı idari yapısında iki bakan bulunmaktadır. Bu bakanların her ikisi de eşit statüdedirler ve sorumlulukları hükümet tarafından belirlenir. Bu nedenle bu bakanlar farklı partilere üye olmalarına rağmen aynı bakanlık içerisinde çalışmaları herhangi bir soruna yol açmamaktadır. Bakanlar idari yapısı içerisindeki politik konumu temsil etmektedir.

Bakanlık yapısı içerisinde politik olmayan kısmı temsil eden en yüksek kademede Genel Sekreter bulunmaktadır ve Genel Sekreter seçimler sonucunda hükümetin görevi sona erse bile görevini yapmaya devam etmektedir. Buna bağlı olarak da çift bakandan oluşan Sağlık Ve Sosyal İşler Bakanlığı Örgütü çeşitli hükümetler ve farklı bakan kombinasyonlarında bile görevlerini aksatmadan sürdürmektedir (19/1).

Şema 2: Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı İdari Yapısı



**Kaynak:** (4) Ministry of Social Affairs and Health (2004) Health Care in Finland, s: 8

Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın idari yapısında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanı ve Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bakanı olmak üzere 2 bakan yer almaktadır.

Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanı'nın görev alanını sosyal güvenlik ile (emeklilik, hastalık, annelik sigortası, çalışanların emeklilik sigortası) işsizlik güvenlik hizmetleri ve ilaçların kayıt altına alınması, fiyatlandırılması ile özel sigortaların denetimini oluşturmaktadır. Ayrıca cinsiyet ayrımı yapılmamasının gözetilmesi ve işçi güvenliği ile sağlığı da bu bakanın sorumluluğu altındadır.

Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bakanı'nın sorumlulukları ise birincil sağlık hizmetleri ve özelleştirilmiş sağlık hizmetleriyle ilgili planlama faaliyetleri, sosyal refah hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, sağlığın güçlendirilmesi ve koruyucu sosyal faaliyetlerdir (18/1).

Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın genel sorumlulukları şunlardır:

- Araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yönelik stratejik planlamanın yapılması ve kaynak temin edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin ve gelir güvenliğinin gelişimini destekleyen araştırma ve geliştirme çalışmalarının stratejik planlamanın yapılması,
- Koruyucu sosyal sorunlar ve sağlık hizmetleri ile ilgili araştırma çalışmalarının yapılması ve Finlandiya'daki yaygın hastalıkların önlenmesi,
- Veri yönetiminin ve gerekli istatistiksel takip sistemlerinin geliştirilmesi,
- Araştırma ve geliştirme alanında iletişimin geliştirilmesi,
- Uluslar arası araştırmalar amacıyla, idari düzeyde işbirliğinin geliştirilmesi ve yönetimi (2/18).

### II.2.1.2. Temel Güvenlik Konseyi

Temel Güvenlik Konseyi, Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışmakta olup, yerel sağlık hizmetlerinin sunumunda gözlemlenen tüm yetersizlikleri araştırır. Bu Konsey, yaptığı incelemelere bağlı olarak bu yetersizliklerin nasıl ve ne zaman giderileceği konusunda tavsiyelerde bulunur. Bu Konsey 1993 yılında, sosyal düzenin bozulması sonucunda toplumsal sınıflar, zengin ve fakir belediyeler arasında eşitsizliklerin ortaya çıkmasından duyulan endişe nedeniyle kurulmuştur (1/19).

### II.2.1.3. Diğer Ulusal Sağlık Hizmeti Kurumları

Sosyal sorunlar ve sağlık hizmetleri ile ilgili çeşitli konularda sorumlu ve Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan çeşitli kurum ve kuruluşlar vardır. Bunlar:

-Ulusal Sağlık Ve Refahı Araştırma Ve Geliştirme Merkezi (STAKES): Görevi, sosyal sorunlar ve sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları takip etmek, geliştirmek ve bu alandaki araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütmektir.

-Tıbbi Yasal İşler Ulusal İdaresi: Sağlık çalışanlarının disiplini ve hastaların yasal olarak korunmasına yönelik olarak hizmet eder ve bu amaçla sağlık çalışanlarının sicil ve kayıtlarının tutulmasından sorumludur.

-Ulusal İlaç Dairesi: İlaçların, tıbbi aletlerin ve kan ürünlerinin güvenli kullanımının sağlanması ve desteklenmesinden sorumludur. Aynı zamanda ilaçların satış iznini vermek, tıbbi ürünlerin kalitesini değerlendirmek, ilaçların üretimi, ithali ve dağıtımını denetlemek ve ilaç hakkında bilgi sağlamak da bu kurumun görevidir.

-Ulusal Halk Sağlığı Kuruluşu: Hastalıkların araştırılması ve önlenmesi, bulaşıcı hastalıklar ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının etkileri hakkında bilgi toplanması ve ülkedeki aşı hizmetlerine erişimin sağlanması bu kuruluşun başlıca görevlerindedir.

-Radyasyon Ve Nükleer Güvenlik Birimi: Bu kuruluş radyasyondan korunma, radyasyonun sınırlanması ve radyasyon kullanımının yasalara göre düzenlenmesinden sorumludur.

-Ulusal Sağlık Ve Refah Hizmetleri Kontrol Dairesi: Alkolü içkilerin ithal edilmesi, üretimi ve satışına dair işlere izin verilmesi ve Kimyasallar ve Pestisidler Kanunu'nda belirtilen diğer işlerin yürütülmesi bu kurumun sorumluluğu altındadır.

-Fin İşçi Sağlığı Kurumu: İşçi sağlığına yönelik araştırmalar yapmak, işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim vermek, danışmanlık hizmeti sağlamak ve bilgi dağıtmak bu kurumun görevlerini oluşturmaktadır (1/19,20)

#### **II.2.1.4. İşçi Güvenliği Ve Sağlığı Denetleme Kurulu**

Finlandiya'da sekiz adet İşçi Güvenliği Ve Sağlığı Denetleme Kurulu bulunmaktadır. Bunlar, devletin bölgesel idarelerindeki denetimsel kuruluşlardır ve çalışma kapasitesini artıran sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarının gerektirdiği önlemlerin alınmasından sorumludurlar. Denetleme Kurulları konuyla ilgili gelişim ihtiyaçlarını Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan İşçi Güvenliği Ve Sağlığı Bölümü'ne bildirir (4/7).

#### **II.2.1.5. İllerde Sağlık Hizmetleri**

Devletin merkezi yönetimi içerisinde, Finlandiya altı (Aland Adaları'yla birlikte) bölgesel idareye ayrılmıştır. Bunların her biri bir vali tarafından yönetilmektedir. Devlet İl İdaresinin sosyal ve sağlık hizmetleri daireleri, kendi illerindeki sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerinin denetimi ve rehberliğinden sorumludur. Devlet İl İdareleri sağlık personelinin, örneğin, çeşitli eğitim projelerinin uygulanması gibi konularla da ilgilenir (4/7).

#### **II.2.1.6. Yerel Yönetimler**

Finlandiya'daki sağlık hizmetlerinin organize edilmesi sorumluluğu ülkede bulunan 440 civarındaki belediyeye aittir. Bu belediyeler sağlık hizmetlerini bağımsız olarak sunabildikleri gibi, komşu belediyelerle birleşik sağlık merkezleri oluşturarak da sunabilirler. Ayrıca bir belediye sağlık hizmetlerini bir başka belediyeden, devlete ait olmayan kuruluşlardan (sivil toplum kuruluşlar) veya özel sektörden de satın alabilir (4/7).



Belediyeler tarafından oluşturulan ve özel tıbbi hizmetlerden sorumlu olan, Aland adaları da dahil olmak üzere 21 hastahane bölgesi bulunmaktadır. Her bir belediye bunlardan birine bağlıdır (4/9)

Belediyelerin karar alma organı olan belediye konseyi, o belediye sınırları içerisinde ikamet edenler tarafından her dört yılda bir yapılan seçimle atanır. Karar alma sürecinin ayrıntıları konusunda belediyeler arasında farklılıklar olmakla birlikte son zamanlarda karar alma gücünün belediye konseyinden, çeşitli komitelere kayması yönünde bir eğilim söz konusudur (1/17).

Birincil Sağlık Hizmetleri Kanunu'na göre belediyeler sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi, tıbbi hizmetler, tıbbi rehabilitasyon ve dış sağlığı hizmetlerinin sunumuyla görevlidir. Kanuna göre belediyeler aynı zamanda okul, öğrenci ve işçi sağlığı hizmetleri, taranma hizmetleri (servikal kanser ve göğüs kanseri) ve ambulans hizmetlerini de sunmak zorundadır. Bu kanuni olarak sunulması zorunlu hizmetler, belediyelerin kendilerine ait veya diğer belediyelerle ortaklaşa kullanılan sağlık merkezlerinde sunulmaktadır.

Kanunlarla özel tıbbi hizmetlerin düzenlenmesi sorumluluğu da belediyelere verilmiştir. Ayrıca özürölüler ile alkol ve ilaç bağımlılığının da yer aldığı, sosyal açıdan güçsüz bir gruba sosyal ve sağlık hizmetleri sunumunu düzenleyen kanunlar da vardır.

Yapılan reformlarla, birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinde koordinasyonun geliştirilmesi, yerel düzeydeki karar alma gücünün ve sorumluluğun artırılması ve sağlık hizmetlerinin etkililiğinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Belediyelere sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde daha aktif bir rol verilmiş ve idari konular, personel sayısı ve kullanıcı ücretleri konularında daha fazla özgürlük tanınmıştır. Belediyeler, yeterli kalitede sağlık hizmetleri sunuukları sürece özel sektör de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerini istedikleri sağlık hizmeti sunucusundan satın alma imkanı elde etmişlerdir.

Her belediye bir hastahane bölgesine üye olmak zorundadır ve 1999 yılından beri belediyeler istedikleri hastahane bölgesine üye olabilmektedir (1/21,23)

## **II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler**

### **II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Örgütleri**

Sosyal güvenlik örgütleri, Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan denetimine tabi değildir. Bakanlık içerisindeki politika konuları ve benzeri konularla ilgili görevler Sigorta Bölümü'ne verilmiştir (2/47).

#### **II.2.2.1.1. Sosyal Sigorta Kurumu**

Sosyal Sigorta Kurumu, yasalarla kurulmuş ve parlamenter denetime tabi olarak çalışan bir sosyal sigorta kuruluşudur. Finansman açısından özerktir. Bu kuruluş, Finlandiya'da yaşayan tüm nüfusun temel sosyal güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinden sorumlu bir hizmet kuruluşudur (2/47).

### II.2.2.1.1.1. Ulusal Sağlık Sigortası

Ulusal sağlık sigortası sistemi Sosyal Sigorta Kurumu'nun yönetimindedir. Özel sağlık hizmetlerine ve ayakta hasta hizmetlerinde kullanılan ilaçlara ödeme yapan sigortalıların yaptıkları ödemelerin bir kısmına katılmak suretiyle kamu sağlığı hizmetleri sistemini tamamlar, aynı zamanda rehabilitasyon ve hizmete ulaşım maliyetlerini de geri öder. En fazla 12 ay boyunca devam eden ve gelir kaybına neden olan hastalık durumlarında günlük bir ödenek tahsis edebilir. Günlük ödeneğinin miktarı, üye kişinin yıllık vergiye tabi geliri üzerinden hesaplanır.

Ulusal sağlık sigortası ödemeleri işverenlerin ve sigortalı çalışanların katkılarıyla sağlanır. Sağlık sigortası ödemelerinin yeterliliğinin temin edilmesinden devlet sorumludur (4/24).

### II.2.2.1.2. Merkezi Emeklilik Güvenliği Kurumu

Merkezi Emeklilik Güvenliği Kurumu Finlandiya'da özel sektörde çalışanların emeklilik gelirlerinin sağlandığı sigorta planının yürütülmesinde görevli kanuni hizmet merkezidir. Merkezi Emeklilik Güvenliği Kurumu'nun kanuni görevleri; sigortalı ve işverenlere bilgi ve danışmanlık hizmeti vermek, yasal düzeltmelerin yapılması, işverenlerin ve esnafın sigorta denetiminin yapılması, ulusal sigorta sözleşmesinin ve emeklilik ödemelerinin sağlanması, emeklilik giderlerinin emeklilik kuruluşları ve emeklilik ödemeleri arasındaki dağılımının yapılması ve uluslar arası ilişkilerin kurulması oluşturmaktadır (2/49).

### II.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları

Finlandiya'da özel sağlık sigortası fazla yaygın değildir ve genel olarak kaza sigortası ile özel hayat sigortasını içerir. Yıllardır özel sağlık sigortası fonunda çok küçük bir artış olmuştur. 1980'de özel sağlık sigortası %0.8 iken 1990'da toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortası harcamaları %1.7 olmuştur.

Bu artışın temel nedeni, özel sigorta sistemine çocuklar için özel bir sigorta tipinin eklenmesidir. Özel sigorta şirketlerinin rehabilitasyon hizmetlerindeki payının artması da genel sağlık harcamaları içerisindeki gönüllü sağlık sigortası oranını %2 ye yükseltmiştir (1/37,38).

### II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Finlandiya'da sağlık hizmetleri Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı tarafından yönlendirilmekte ve Ulusal Sağlık Kurulu tarafından yönetilmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda esas sorumluluk, özellikle 1972 yılında yürürlüğe giren Temel Sağlık Hizmetleri Yasası'ndan sonra yerel yönetimlere geçmiştir (6/2).

Yaklaşık 200 civarındaki bölgesel sağlık merkezinin her biri en az 10.000 kişiye hizmet vermektedir. Belediyeler çeşitli büyüklüklerde olup, küçük olan birleştirilerek ortak sağlık merkezleri oluşturmakta olup, sağlık merkezlerinin 70'i birleşik belediye kuruluşlarıncı yönetilmektedir.

Ülkede belli bir alana kısmen ağırlık veren yaklaşık 30 adet hastahane ve 5 tanesi üniversite eğitim hastahanesi olan 20 adet (Aland hariç) hastahane bölgesi bulunmaktadır. Ayrıca ortopedi, epilepsi, romatizma, plastik cerrahi gibi özel dal hastahaneleri ve 60 adet psikiyatri hastahanesi bulunmaktadır (6/2).

### II.3.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Ulusal düzeyde sağlığın korunmasından ve güçlendirilmesinden Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bakanlık içerisinde Güçlendirme Ve Koruma Dairesi koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirir ve yönlendirir. Bakanlığa bağlı olarak bu görevlerin bir kısmını yerine getiren çeşitli kuruluşlar vardır (1/52).

Bakanlığın Sağlık Bölümü'ne bağlı olan Ulusal Halk Sağlığı Kuruluşu bir araştırma kuruluşudur. Kuruluşun yürüttüğü çalışmaların amacı hastalıkların nedenleri ve nasıl önlenebilecekleri hakkında bilgi elde ederek toplumun yaşam kalitesini, fonksiyonel kapasitesini ve sağlık seviyesini geliştirmektir. Kuruluş, sağlık hizmeti bölgelerine, yerel yönetimlere, kalkınma projelerine katılarak, ulusal hastalıklar, nedenleri ve korunma yolları hakkında veri toplayarak ve yayarak destekte bulunmaktadır. Kuruluşun diğer ana sorumlulukları şunlardır:

- Enfeksiyon hastalıklarının kontrolü,
- Aşı üretimi ve tedarik edilmesi,
- Şüphelenilen sürücülere kanda alkol ve ilaç testinin yapılması,
- Neonatal hipotiroidizm taramaları,
- Babalık testi yapılması (5/30,31).

Bölgesel düzeyde Fin sağlık merkezleri önemli bir rol oynamaktadır. Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilmekte olup koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Finlandiya, bebek ölüm oranının dünyadaki en düşük olduğu ülkedir.

Genel bağışıklama programı Finlandiya'daki tüm nüfusu kapsamaktadır. Son zamanlarda yapılmış olan bir çalışmaya göre 20 yaşına vardıklarında, ülkedeki çocukların %95'ine tüm aşılar yapılmış olmaktadır.

Farklı hasta gruplarına verilen sağlık eğitimi programları sağlık hizmetleri sistemi içerisinde yürütülmektedir ve çeşitli gönüllü kuruluşlar ile Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı bu programları desteklemektedir (1/55).

Sağlık hizmetleri, finansal durum gözetilmeksizin tüm Finlandiya nüfusuna sunulmaktadır. Kamu sağlığı hizmetlerinin başlıca finansmanı vergi gelirleridir (7/2).

Kamu sağlığı alanında 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi planlanan hedefler, 2001 yılında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Devlet Konseyi tarafından kabul edilen Sağlık 2015 Kamu Sağlığı Programında yer almaktadır. Bu program hem genel hem de yaşam süreci ile ilgili sağlık amaçlarını düzenlemektedir. Genel sağlık amaçlarını beklenen yaşam süresinin artırılması, toplumsal sınıflar arasındaki eşitsizliğin azaltılması ve sağlık hizmeti sistemine duyulan memnuniyetin artırılması oluştururken, yaşam süreci amaçlarını şunlar oluşturmaktadır:

- Çocuklar: Sağlığın ve refahın geliştirilmesi,
- Adölesanlar: Sigara, madde ve alkol kullanımının azaltılması,
- Genç erkekler: Şiddet ve kazalara bağlı ölümlerin azaltılması,
- Çalışan yetişkinler: Fonksiyonel kapasitenin geliştirilmesi ile emeklilik yaşının yükseltilmesi,
- Yaşlı yetişkinler: 75 yaş ve üzeridekilerde fonksiyonel yeterlilik konusunda yükselen eğilimin korunması (3/17,18).

### II.3.1.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri

Ülkedeki birincil sağlık hizmetleri, sağlık merkezlerinin sorumluluğu altındadır. Belediyeler kendilerine ait bir sağlık merkezi ya da diğer belediyelerle birleşerek oluşturdukları sağlık merkezleri ile hizmet sunarlar. 2003 yılı itibari ile Finlandiya'da 278 sağlık merkezi bulunmakta, bunlardan 70'i birleşik belediye kuruluşlarınca ve 208'i belediyelerin kendileri tarafından yönetilmektedir. Bir sağlık merkezi birkaç bölümden oluşabilir. Sağlık merkezlerinin birçoğunda yatan hasta hizmetleri de bulunmaktadır (4/11).

Temel Sağlık Hizmetleri Yasası'na bağlı olarak sağlık merkezlerinin görevleri şunlardır :

- Sağlık sorunlarının çözülmesinde rehberlik etmek ve hastalıkların önlenmesini sağlamak,
- Bölge halkının tıbbi muayenelerini ve taramalarını düzenlemek;
- Ana ve çocuk sağlığı kliniklerini yönetmek,
- Okul, öğrenci ve işçi sağlığı hizmetlerini düzenlemek,
- Dış sağlığı hizmetlerini düzenlemek,
- Bölge halkının tıbbi tedavi tedbirlerini düzenlemek,
- Ev hemşireliği hizmetlerini düzenlemek,
- Rehabilitasyon hizmetleri vermek,
- Sağlık merkezlerinde verilebilecek olan akıl sağlığı hizmetlerini düzenlemek,
- Bölgesel ambulans hizmeti vermek (4/12).

Her sağlık merkezinde görevli olan personel çeşidi ve sayısı bölgesel şartlara ve hizmet verilen nüfus sayısına bağlıdır. Görevli personel pratisyen hekimler ve bazen de uzman hekimler, hemşireler, halk sağlığı hemşireleri, ebeler, sosyal çalışmacılar, fizyoterapistler, diş hekimleri, psikologlar ve idari personelden oluşur. Tüm çalışanlar belediyeler tarafından istihdam edilir. Her sağlık merkezinde doktor başına düşen kişi sayısı değişiklik göstermekle birlikte ortalama 1.500-2.000'dir.

Sağlık merkezleri tıbbi teçhizat bakımından iyi donanımlıdır. Doktor ve hemşire odalarına ek olarak röntgen bölümleri, bir klinik laboratuvar, küçük cerrahi girişim ortamı, endoskopi odası ve elektrokardiyogram ve ultrason gibi imkanlar da mevcuttur.

Sağlık merkezi doktorlarının ana görevi her yaşta hastaya genel sağlık hizmeti sunmaktır. Doktorların aynı zamanda ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı hizmetleri, aile planlaması, yatan hasta hizmetleri, yaşlılar için evde konsültasyon gibi görevleri de vardır.

Bir sağlık merkezinin yatan hasta bölümü hastahanelerde olduğu gibi çalışır. Tipik bir sağlık merkezinde 30 ile 60 arasında yatak bulunmaktadır. Bir sağlık merkezindeki yatan hasta bölümü, merkezinin büyüklüğüne bağlı olarak değişmekte olup, hastaların çoğunluğunu yaşlılar ve kronik hastalığı olan hastalar oluşturmaktadır (1/46).

Finlandiya sağlık merkezlerindeki temel rolü hemşireler üstlenmektedir. Genel hemşirelik eğitimine ek olarak genel pratisyen hekimlere yardımcı olmak, enjeksiyon yapmak, dikiş uygulamak, kan basıncını ölçmek gibi eğitimleri almış olan hemşireler de vardır. Ana ve ocuk sağlığı hizmetleri geniş ölçüde koruyucu çalışma alanında özel eğitim almış olan halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülür. Bunlara ek olarak aile planlaması, okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı hizmetleri, ev hemşireliği ve her türlü sağlık geliştirme çalışmaları hemşirelerin yürüttüğü hizmetler arasındadır.

işçi sağlığı hizmetleri sağlık merkezinde görevli doktorlardan bir veya birkaçı tarafından yürütülür. Bu doktor işçi sağlığı alanında uzman veya ek bir eğitim almış olabilir.

Sağlık merkezlerindeki fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlık merkezi doktorunun istemi üzerine temel olarak fizyoterapistler tarafından yürütülür (1/47).

Bir sağlık merkezindeki diş hekimliği hizmetlerinden yararlanma hakkı, Aralık 2002 tarihinden itibaren bütün nüfusu içine alacak şekilde genişletilmiştir (4/16).

Sağlık merkezlerinde hastalara reçete edilen ilaçların satışı yapılmamaktadır. Ancak sağlık merkezlerinin küçük cerrahi girişim, yatan hasta bölümleri ve acil vakalarda kullanılmak üzere bir ilaç depoları bulunmaktadır. Sağlık merkezinin yönetimi bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Genellikle bir sağlık merkezinin yöneticisi şef doktordur fakat geniş ve orta büyüklükteki merkezlerde birden fazla yönetici bulunmaktadır (1/47,48).

Birincil sağlık hizmetleri alanında yapılan reformların başında, 1972 yılında yürürlüğe giren Temel Sağlık Hizmetleri Yasası gelmektedir. Bu kanuna göre birincil sağlık hizmetlerini kişilere ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri, tıbbi hizmetler ve halk sağlığını korumaya ve güçlendirmeye yönelik diğer çalışmalar oluşturmaktadır (3/25).

1930'lerde birincil sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklardaki artışa rağmen, sağlık merkezleri doktorlarına erişim ve hizmetin sürekli liği (kesintisiz hizmet) konularında, özellikle büyük şehirlerde birçok sorun yaşanmaktaydı. Acil olmayan vakalarda bir sağlık merkezi doktoruna muayene olmak için bekleme süresi çoğunlukla 2-6 haftaya ulaşmaktaydı. Doktorların, hastaların bir dahaki gelişlerinde genellikle bir başka doktora muayene olmalarından dolayı, hastalara karşı kişisel bir sorumluluk hissetmeleri çok zor olmaktaydı (1/49).

Ulusal düzeyde sosyal hizmetlere ve sağlık hizmetlerine rehber olmaktan ve yönlendirmekten Sosyal işler Ve Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bakanlık genel sosyal ve sağlık politikalarını belirlemede, ana reformları hazırlamakta, kanun tasarıları hazırlanmakta, kanunların uygulanmasını takip etmekte ve karar alma sürecinde hkmete destek olmaktadır (1/19).

Bu sorunların üstesinden gelebilmek için 1980'lerde çeşitli projeler ortaya koyulmuştur. Bunlardan birisi, bazı belediyelerde kişisel doktor sisteminin geliştirilmesidir. Bu sistemde bir kişi veya bir aile, daima aynı sağlık merkezi doktoruna muayene olmaktadır (Günümüzde projeye devam edilmemektedir).

Kişisel doktor sisteminden elde edilen sonuçlar ve deneyimler, sağlık merkezlerinde daha sonra yaşanan gelişmelere katkıda bulunmuştur. Günümüzde "toplum sorumluluğu" denen bir model geliştirilmiştir. Bu modelde doktorlar ve hemşireler bir takım oluşturmakta ve coğrafik olarak belirli bir alanda, yaklaşık 1.500-5.000 kişiden oluşan bir nüfustan sorumlu olmaktadır.

1990'larda, sistemdeki her seviyeden kurumsal sağlık hizmetlerini azaltmak üzere, sosyal ve sağlık hizmetleri sisteminin yapısal olarak yeniden düzenlenmesi için bir uygulama programına başlandı. Programın ana amacı kendi işlerini yapabilen yaşlıların ve hizmete ihtiyacı olan diğer kişilerin mümkün olduğunca evlerinde yaşamalarını sağlayacak türden hizmetler geliştirmektir. Amaçlar belediyelerce geniş ölçüde benimsenmiştir ve çeşitli belediyelerde farklı oranlarda başarıya ulaşılmıştır (1/49,50).

Gelecekte sağlık hizmetlerinin uygulanmasına öncelik olarak Devlet Konseyi tarafından alınan ilkesel kararlar 2002 yılında Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. Ayrıntıları kanunlarla belirlenmiş olan kararlara göre Bakanlık, nüfusun tamamına sosyal ve sağlık hizmetleri sunulmasından ve toplum sağlığının geliştirilmesinden sorumludur. Yasaya göre, bu hizmetlerin düzenlenmesi sorumluluğu temel olarak belediyelere aittir.

Birincil sağlık hizmetlerine yönelik reformlar konusunda son olarak Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın 2001 yılında yayınladığı Finlandiya Ulusal sağlık Politikası'nda sonraki 15 yıl içerisinde ulaşılması amaçlanan hedeflerin ana hatlarıyla belirlendiği Sağlık 2015 Devlet kararlarına yer verilebilir.

Özerk ve güçlü olmaları nedeniyle, belediyelerin bu programın amaçlarının gerçekleştirilmesindeki rolü büyüktür. Belediyelerin sağlık bölümleri, diğer belediye bölümleriyle birlikte, sivil toplum kuruluşları, işletmeler ve basın gibi diğer bölgesel kuruluşlarla işbirliği içinde çalışarak bölgedeki halkın sağlık yapısını geliştirebilirler.

Devlet aşağıdaki konuların uygulanmasına önem vermektedir:

-Yerel yönetimler sağlığın takip, değerlendirme ve geliştirilmesi için, uzman desteği temin edilerek desteklenmelidir. Yenilikçi bölgesel gelişim projeleri de bu amaç için ayrılan bütçeler kullanılarak, ulusal alanda desteklenmelidir. Tüm vatandaşlara yüksek kalitede sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması için, belediyeler birbirleri ile daha yakın işbirliğine yönlendirilmelidir.

-Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığının yönetim alanındaki uzman kuruluşları belediyelerle daha yakın işbirliğinde bulunacaklar, araştırma ve geliştirme faaliyetleri vasıtasıyla bu programın amaçlarının uygulanmasındaki katkılarını artıracaklardır (5/28).

### II.3.1.2. İkincil (Sekonder) ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri hastahaneler tarafından ayakta ve yatan hasta bölümlerinde verilmektedir. Bu hizmetlerin aralığı hastahanelerin tipine bağlı olarak değişmektedir. Finlandiya'da 5 adet üniversite hastahanesi, 15 adet merkezi hastahane ve 40 civarında daha küçük, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti veren hastahane bulunmaktadır. Hastahanelerin sahibi yerel yönetim federasyonlarının oluşturduğu hastahane bölgeleridir. 20 adet hastahane bölgesi (Aland hariç) bulunmakta olup her yerel yönetim mutlaka bir hastahane bölgesine bağlıdır. (8/3).

Bir yerleşim biriminde oturan insanlara sunulan özelleştirilmiş (ikincil ve üçüncül) sağlık hizmetinin düzenlenmesinden yerel yönetimler sorumludur. En büyük hastahane bölgesi 1,4 milyon nüfusa hizmet verirken en küçük hastahane bölgesi 65.000'in üzerindeki bir nüfusa hizmet vermektedir. Bir hastahane bölgesine bağlı olan belediye sayısı, hastahane bölgesine bağlı olarak 6 ile 58 arasında değişmektedir. Her hastahane bölgesinin merkezi bir hastahanesi ve diğer bölümleri bulunmaktadır. Üniversite hastahanesi olan 5 hastahane bölgesinde daha fazla özerkleştirilmiş tıbbi hizmetler sunulmaktadır.

Fin halkının dörtte birinden fazlası, yaklaşık 1.5 milyon kişi, yılın bir döneminde hastahane bölgelerinin hizmetlerinde faydalanmaktadır. Yıllık olarak yaklaşık 380.000 cerrahi girişim yapılmakta olup, en büyük hastahane bölgesinde 17.600'den fazla kişi çalışmakta iken en küçük hastahane bölgesinde yaklaşık 860 kişi çalışmaktadır. Diğer yandan en büyük hastahane bölgesindeki hastahane yatağı sayısı 3.700 civarında olup, en küçüğünde 205 hastahane yatağı bulunmaktadır. 2003 yılında, hastahane bölgelerinin çalışma maliyeti 3.900 milyon Avro'ya ulaşmıştır (4/18).

Psikiyatrik ayakta hasta hizmetleri, psikiyatri hastahanelerinin ayakta hasta servisleri tarafından verilmektedir. Akıl sağlığı kuruluşları psikiyatri hastahanelerinin yönetiminde olup, bu birimlerde psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri ve sosyal çalışmacılar görev yapmaktadır (1/62).

Sağlık merkezlerinin yanında, hastahanelerde de tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler rehabilitasyon danışmanlığı, kişilerin rehabilitasyona ihtiyacı olup olmadığının test edilmesi, çalışma ve fonksiyonel kapasitenin artırılması için rehabilitasyon tedavisi, çeşitli teknik yardımların sağlanması, rehabilitasyon rehberliğini ve adaptasyon eğitimini kapsamaktadır (4/15,16).

### II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri

Kamu sağlığı hizmetleri özel sağlık hizmeti kuruluşlarınca tamamlanmakta olup, bu kuruluşların sayısında son yıllarda artış yaşanmaktadır. 2002 yılında, toplam sağlık hizmeti harcamaları içerisindeki özel sektörün payı %14 civarındaydı. Sağlık hizmeti sektöründe görev yapan ortalama 153.000 personelin %20'si özel sektör tarafından istihdam edilmektedir. Özel sağlık hizmetleri öncelikle fizyoterapi alanında verilmekte olup, bunu özel doktorlar tarafından yapılan cerrahi girişimler, işçi sağlığı hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri takip etmektedir.

Bu hizmetler başlıca hane halkı, işverenler ve sosyal sigorta kuruluşları tarafından satın alınmaktadır. Daha düşük bir seviyede kalmakla birlikte belediyeler de bu hizmetin satın alıcıları arasında yer almaktadır .

2003 yılında, Finlandiya'da çalışan doktor sayısı 17.500 iken bunlardan 1.500'ü tam zamanlı özel doktor olarak çalışmakta, 4.500'ü ise düzenli çalışma saatlerinin dışında özel cerrahi girişimler yapmaktaydı. Özel sağlık hizmetleri maliyetlerinin bir kısmı, sigorta kuruluşlarınca geriye ödenmektedir (4/19).

Özel sektör ve kamu sektörü ne birbirleriyle koordine olarak çalışmakta, ne de birbirlerinin gerçek rakibi konumundadırlar. Özel sektör ve kamu sektörünün rolleri tam olarak aynı değildir. Aynı durum işçi sağlığı hizmetleri için de geçerlidir. Özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine paralel olarak işçi sağlığı hizmetleri sistemi ve diğer taraftan da kamu sağlık hizmetleri sistemi hastalara daha fazla seçme şansı tanımaktadır (1/25).

#### II.4. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetlerin yürütülmesi yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Sosyal hizmetler çocukların günlük bakımı, çocuk sorunları, yaşlıların bakımı, ev yardım hizmetleri, gelir desteği (sosyal yardım), sakatlarla ve madde bağımlılarına yapılan yardımları kapsamaktadır. Sosyal hizmetler, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi belediye vergilerinden, devletten alınan paylardan ve kullanıcılardan finanse edilmektedir (1/63).

Belediyeler tarafından verilen uzun dönemli bakım hizmetleri yaşlılara yönelik olarak sağlık merkezlerinin yatan hasta bölümlerinde ve tıbbi olmayan uzun dönemli bakım kuruluşlarında sunulmaktadır. Bunlardan ikincisi sosyal refah hizmetlerinin bir parçasıdır. Son yıllarda, yaşlıların mümkün olduğunca evlerinde yaşamaları için evlerde çeşitli ayakta hasta hizmetleri vermeye başlanmıştır. Bu hizmetleri ev yardımı hizmetleri, ev hemşireliği, günlük hastahane ve diğer günlük bakım merkezleri, yarım günlük hemşire ve günlük yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli işlere yönelik olarak verilen ev hizmetleri oluşturmaktadır.

Finlandiya'da gönüllü, uzun dönem bakım sigortası oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu sigorta yaşlılara hizmet vermek için kurulmuş bir fon sistemi olup, belediye ve diğer kamu hizmetlerinin bir tamamlayıcısı niteliğinde çalışması planlanmaktadır (8/6).

#### II.5. İşçi Sağlığı Hizmetleri

İşçi Sağlık Hizmetleri Kanunu'na göre işverenler işçilerin işçi sağlığı hizmetleri sunmakla yükümlüdür. Kanun, işten kaynaklanan sağlık risklerinin önlenmesi için gerekli sağlık hizmetlerinden oluşan zorunlu işçi sağlığı hizmetlerini tanımlanmıştır. Buna göre işverenler işçilerine işle ilgili sağlık riskleri ve bu risklerden nasıl kaçınabilecekleri hakkında yeterli bilgi vermek zorundadır. Ayrıca işverenler işyerlerinde fiziksel muayene ve ilk yardım için gerekli düzenlemeleri yapmak ve bir işin bir işçinin sağlığına zararlı olma ihtimaline karşı, işçinin sağlık durumunu kontrol ettirmek zorundadır. Genel olarak işçi sağlığı hizmetleri tedavi ediciden ziyade koruyucu sağlık hizmetleri olarak görülmektedir.



Zorunlu işçi sağlığı hizmetlerine ek olarak, işverenler isterlerse işçileri için tıbbi tedavi ve diğer sağlık hizmetleri temin edebilirler (1/25).

Çalışan nüfusa birincil sağlık hizmetleri sunumunu kapsayan işçi sağlığı hizmetlerinin amacı çalışma faaliyetlerinin ve çalışma koşullarının sağlıklı ve güvenli olmasının sağlanması, işçilerin sağlığının ve fonksiyonel kapasitelerinin korunması, yükseltilmesi ve izlenmesidir. Belediyelere ait sağlık merkezleri işçi sağlığı hizmetleri talep eden işverenlere, bu hizmetlerin sunulması için gerekli düzenlemeleri yapmakla görevlidir ve işçi sağlığı hizmetleri sunumu için işverenlerin katlandığı her türlü maliyetin %50'si Sosyal Sigorta Kurumu tarafından işverenlere geri ödenmektedir. İşverenler işçi sağlığı hizmetlerini işyerlerinde kendilerine ait sağlık merkezlerinde bağımsız olarak sunabildikleri gibi, özel sektörden de satın alabilirler (4/15).

## II.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Finlandiya'da sağlık personelinin eğitiminden Eğitim Bakanlığı sorumludur. Tıp doktorları ülkede bulunan 5 üniversitede eğitim görür. Temel tıbbi eğitim süresi 6 yıldır ve bu süreç uygulamalı eğitimleri de içerir. Temel olarak üniversiteler alacakları öğrenci sayısını tespit etmekte serbesttirler ancak uygulamada Eğitim Bakanlığı ve üniversiteler ayrılacak bütçeye ve alınacak öğrenci sayısına birlikte karar verirler. Eğitimin bir parçası olarak 2 yıl hastahanelerde ve sağlık merkezlerinde staj yapılması gerekmektedir.

Uzmanlık eğitimi de, uzmanlık alanına bağlı olarak 5-6 yıl sürmektedir ve bir uzmanlık diploması alınabilmesi için teorik olarak alınan derslerin yanında ulusal düzeyde yapılan bir sınavdan da geçilmesi gerekmektedir. Uzmanlık çalışması süresince merkezi veya bir bölge hastahanesinde deneyimli bir doktorun gözetiminde, ardından da en az bir veya iki yıl bir üniversite hastahanesinde çalışılması gerekmektedir.

**Tablo 1: Finlandiya'da 1000 Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı**

Sağlık Personeli	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Doktor	1,7	2,1	2,4	2,8	2,8	3,0	3,0	3,1
Aile Hekimi	0,3	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6
Dişçi	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Eczacı	14,1	13,8	13,8	14,1	14,1	14,3	14,5	14,7
Hemşire	14,6	16,2	18,5	21,1	21,3	21,5	21,7	21,7

**Kaynak:** (1) Rico, A. (2002) Health Care System in Transition, Finland, s: 69.

Hemşire, fizyoterapist, laboratuvar personeli ve diğer meslek gruplarının eğitimi Eğitim Bakanlığı'nın finansal desteği ve rehberliği altında belediyeler tarafından mesleki eğitim okullarında verilmektedir.

Eğitim Bakanlığı ve mesleki eğitim okulları eğitim için alınacak öğrenci sayısına birlikte karar vermektedir. Finlandiya, İskandinav ülkeleri arasında en fazla hemşire sayısına sahip ülkedir.

Sağlık hizmetlerinde görevli personelin çoğu belediyelerde çalışmaktadır. Doktor ve hemşire sayısındaki mevcut yetersizliğin gelecekte de sürmesi beklenmektedir. Sosyal sorunlar çoğalmış ve sağlık hizmetlerinde çalışmakta olan personelin yaş ortalaması belirgin bir şekilde yükselmiştir ve sonraki birkaç yıl içerisinde çok sayıda personel emekli olacaktır. Nüfusun yaş ortalamasının da yükselmesi sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerinde çalışacak olan personel ihtiyacını artıracaktır (1/65,66,69).

Sağlık uzmanlarının eğitimine ek olarak, çeşitli sağlık hizmeti uzmanlarının, uzmanlık alanlarında çalışabilmeleri için resmi yetki veya lisans almaları gerekmektedir. Sağlık hizmeti uzmanlarına verilen yetki ve lisanslar Tıbbi-Yasal İşler Ulusal İdaresi tarafından verilmektedir (4/23).

### II.7. İlaç Sektörü

Finlandiya'da ilaç satma hakkı yalnızca eczahanelere verilmiştir. İlaçlarla ilgili işlere izin verilmesi, Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan Ulusal İlaç Dairesi'nin sorumluluğundadır. Finlandiya'da yaklaşık 800 eczahane bulunmaktadır.

2003 yılında Sosyal Sigorta Kurumu yaklaşık 28 milyon adet reçete geri ödemesi yapmış ve toplam tutar 1.4 milyar ABD Dolarına ulaşmıştır. Ortalama olarak geri ödeme yapılan bir reçete ilacının fiyatı 52 Avro'dur.

İlaçların maliyeti, jenerik ikamelerle bir miktar aşağıya çekilebilmesine rağmen, gittikçe artmaktadır. Jenerik ikame reçete edilen ilaçla aynı aktif maddeye sahip alternatif ilaçlardan en düşük fiyatlı veya en düşük fiyata yakın olanın müşterilere sunulmasını ifade etmektedir. Müşteri bu daha ucuz olan alternatifi seçip seçmemekte serbesttir. Jenerik ikame ile ilgili yasa Nisan 2003'te yürürlüğe girmiştir. Uygulanmaya başlanmasının ilk yılında 63 milyon Avro'nun üzerinde bir tasarruf gerçekleşmiştir. Bu tutar ilaç ürünlerine yapılan toplam geri ödemenin %4'ünün biraz üzerindedir (4/20).

İlaçlar yalnızca eczahaneler tarafından satılabilir. Reçete ile satılan ilaçların mutlaka bir tıp doktoru, diş hekimi veya veteriner cerrah tarafından yazılması gerekmektedir. Eczahaneler özel sektöre aittir ve çalışabilmesi için Ulusal İlaç Dairesi'nden lisans alması şartı bulunmaktadır. Böylece eczahanelerin sayısı ve bölgesi kontrol altında tutulur (1/70).

### II.8. Sağlık Hizmetleri Teknolojisi

1995 yılında, sağlık hizmetleri teknolojisini tayin etmek üzere, refah ve sağlığa yönelik Ulusal Sağlık Ve Refahı Araştırma Ve Geliştirme Merkezi (STAKES) içerisinde, FinOHTA adı verilen bağımsız bir merkez kuruldu. Bu merkezin ana amacı hizmetin etkililiğini ve verimliliğini geliştirmek için kanıta dayalı yöntemler geliştirmektir.

Merkez, sağlık hizmetleri teknoloji değerlendirmelerini destekler, koordine eder, ulusal ve uluslar arası değerlendirme sonuçlarını sağlık hizmeti sistemine dağıtır. Bu merkez diğer ülkelerin teknoloji değerlendirme kuruluşlarından veriler alır ve Finlandiya'daki değerlendirme araştırmalarını destekler. Kuruluş, mevcut teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanında, özellikle kamu sağlığı ve ulusal ekonomi açılarından önemli yeni yöntemleri de değerlendirir (1/72).

### II.9. Sağlığın Yükseltilmesi

Sağlığın yükseltilmesi hastalıkların önlenmesiyle birlikte Finlandiya sağlık hizmetleri politikasının odak noktası olmuştur. Bunun sonucu olarak bazı bulaşıcı hastalıklar tamamen ortadan kaldırmış, yaşam tarzı ile ilgili birkaç hastalık oranında azalma kaydedilmiş ve toplumun sağlık ve fonksiyonel kapasitesinde gelişmeler elde edilmiştir. Bu açıdan Finlandiya, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla gelişmiş durumdadır.

Sağlığın yükseltilmesinin başlangıç noktası sağlığın günlük durumlarda veya bozulma gösterdiği noktalarda desteklenmesidir. Evde, çocukların günlük bakımında, okullarda ve boş zamanlarda uğraşılan aktivitelerde. Amaç tüm sektörlerde ve tüm politikalarda sağlığa yer vermektir. Bu hedef sağlık 2015 kamu sağlığı programı dahilinde, hükümet tarafından onaylanmıştır. Temel öncelikleri sağlığı destekleyen fiziksel egzersizler, beslenme, alışkanlık yapan maddeler, akıl sağlığı ve kazaların ve yaralanmaların önlenmesi bluşturmaktadır (4/9,10).

Sivil toplum örgütleri gibi devlete ait olmayan örgütler sağlığın yükseltilmesi yönündeki çalışmalarda ortak olarak görülmeye başlanmış ve 1962 yılında, devlete ait olmayan örgütlerin çalışmalarına kaynak temin etmek üzere karar verici olarak Fin Sağlığın Yükseltilmesi Merkezi kurulmuştur. Bu merkezin ana amaçları şunlardır:

- Sağlığın yükseltilmesi alanında devlete ait olmayan örgütler ve diğer taraflar arasındaki koordinasyonu güçlendirmek,
- Yasama sürecinde sağlığın yükseltilmesi konularını savunmak ve güçlendirmek,
- Malzemelerin kalitesi ve yöntem geliştirme konuları da dahil olmak üzere üyelerine yol gösterici bir merkez teşkil etmek,

Sağlığın yükseltilmesi amacıyla özel bir bütçe tahsis edilmiştir. Günümüzde sağlığın yükseltilmesine ayrılan yıllık 7 milyon Euro'luk kaynak Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bölümü sağlığın yükseltilmesi görevlileri tarafından kontrol edilmektedir. Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlığın yükseltilmesi planının amaçları şunlardır:

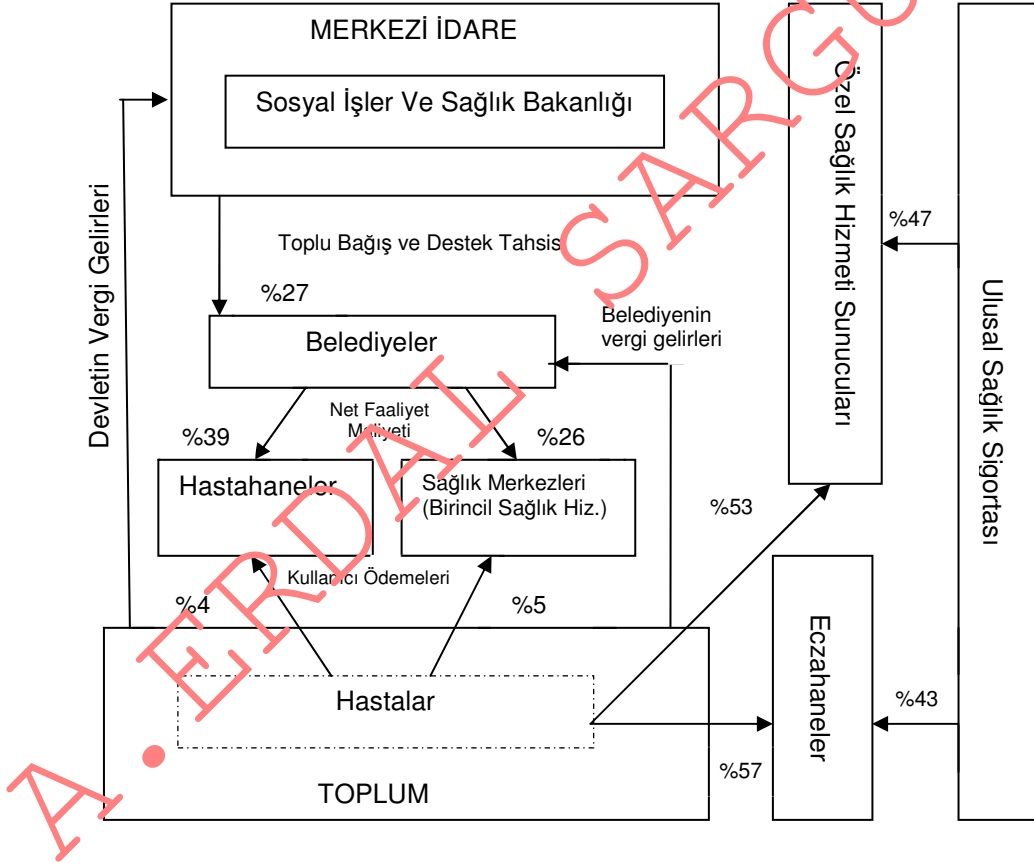
- Sağlığın yükseltilmesi yapılarının güçlendirilmesi,
- Sigara kullanmama çalışmalarının yürütülmesi ve Tütün Kanunu'nun uygulanması,
- Zehirli maddelerin kullanımını ve zararları etkilerini azaltmak,
- Beslenme yoluyla sağlığın yükseltilmesi,
- İskelet ve kas sağlığının ve fonksiyonel yeterliğinin artırılması,
- Kazaların önlenmesi,

- Akıl sağlığının yükseltilmesi,
- Cinsel ve üreme sağlığının yükseltilmesi (3/14).

## II.10. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları

Kamu sağlığı hizmeti finansal akışı Şema 3'te gösterilmiştir. Buna göre; sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı finansal örgütlenmenin en başında yer alır. Devletin vergi gelirlerinden Bakanlık belediyelere toplu bağış ve destek tahsisi adı altında %27 oranında kaynak sağlamaktadır. Belediyeler ülkede vergi toplama hakkına sahiptir. Toplumdan sağlanan bu vergi gelirleri belediyeler tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmaktadır.

### Şema 3: Kamu Sağlığı Finansal Akışı (Net Akışların %'sel İradesi)



**Kaynak:** (10) Weale, M. (2004) Productivity in Primary Health Care in Finland, s:5  
**Not:** Şemada gösterilmeyen harcamalar diğer sağlık hizmetlerine yapılmaktadır.

Hastahaneler sağlık hizmetlerinin sunumunda belediyelerden %39 oranında destek alırken, hastalardan da %4 oranında finansman sağlarlar. Belediyeler büyük oranda hastahanelere kaynak tahsis ederler. Bunun yanında, sağlık merkezleri (birincil sağlık hizmetleri için) belediyelerden %26, hastalardan da %5 oranında gelir elde ederler. Hastalar sağlık hizmetleri harcamalarının %53'lük kısmını özel sağlık hizmeti sunucularına ve %57'lik kısmını ise eczahanelere yaparak kullanıcı ödemelerini gerçekleştirirler. Ulusal Sağlık Sigortası kullanıcı giderlerinin %47'lik kısmına denk gelen özel sağlık hizmeti sunucuları ödemelerini, %43'lük eczahaneler giderlerini karşılamaktadır (10/5).

### II.10.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Finlandiya'daki sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı kamu kuruluşlarıdır. Belediyeler sağlık hizmetleri finansmanından birincil derecede sorumludurlar ve vergi toplama hakları vardır. Belediyelerin aldığı vergiler oranlı vergiler olup 2002 yılında bu oran %17.8'dir. Devlet de sağlık hizmetlerine ve sosyal maliyetlere ortalama %25.36 oranında genel bir miktar ödeyerek katkıda bulunur. Bir belediyeye ödenecek olan yardım miktarı öncelikle o bölgedeki nüfusun yaş yapısına bağlıdır. Bu konuda göz önüne alınacak diğer kriterler ise işsizlik oranı, emekli maaşı alamayanların sayısı ve nüfusun yoğunluğudur (8/5).

### II.10.2. Finansal Kaynak Dağıtımı

#### II.10.2.1. Kamu Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Ödemeler

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi, koruyucu sağlık hizmetleri ücretsizdir. 18 yaşın altındakiler bir sağlık merkezine doktor veya diş hizmetleri almak üzere başvurduklarında ödeme yapmak zorunda değildirler ancak, bir sağlık merkezi veya hastahane 7 güne kadar tedavi amacıyla yatmaları durumunda ödemede bulunmaları gerekebilir (4/25).

#### Sağlık Merkezi Ödemeleri

Bir sağlık merkezinden ana ve çocuk sağlığı hizmeti almak, bir halk sağlığı hemşiresine başvurmak ve laboratuvar ile röntgen hizmetlerinden faydalanmak ücrete tabi değildir.

Bir sağlık merkezi doktor muayeneleri için bir defaya mahsus olmak üzere veya yıllık olarak ödeme talep edebilir. En fazla üç muayene için talep edilebilecek tek bir ödeme tutarı 11 Avro'dur. Bu tek ödemeler toplamı bir takvim yılı içerisinde 33 Avro'yu aşmaz. Yıllık bir ödeme miktarı ise bir takvim yılı için en fazla 22 Avro'dur.

Hafta içi, hafta sonu ve resmi tatillerde bir sağlık merkezinin acil kliniğine başvurulması durumunda 15 Avro ödenmesi talep edilebilir.

15 yaş üzerindeki hastalara randevularına gelmemeleri durumunda 27 Avro para cezası yazılabilir.

Diş hizmetleri için talep edilebilecek temel ücret en fazla 7 Avro'dur (4/25).

### Hastahane Ödemeleri

Hastahanelerde verilen ayakta hasta hizmetlerinden, ayakta cerrahi işlemlerinden, günlük hastahane yatışlarından, bir dizi tedavi hizmetlerinden ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücret talep edilebilir.

Bir hastahane için ayakta hasta bakım ücreti, her bir defa için en fazla 22 Avro iken, ayakta bir cerrahi girişim ücreti en fazla 72 Avro'dur. Bu ücret muayene, tedavi, ilaç ve yemek hizmetlerini de kapsamaktadır.

Uzun dönemli bakım hastahanelerinde ve kuruluşlarında talep edilen ücret hastanın aylık gelirinin %80'inden fazla olamaz ve diğer yandan aylık olarak en az 80 Avro'nun hastanın kişisel kullanımı için kalmış olması gereklidir.

Bir dizi tedavi hizmetleri ile birlikte, bir yıl içerisinde 45 başvuruya kadar her randevu için 6 Avro talep edilebilir. Bu tedavi hizmetleri diyaliz tedavisini, radyografik veya sitostatik tedavisi veya tıbbi rehabilitasyonu da içerebilir (4/25).

### Ev Hemşireliği Ödemeleri

Evlerde hemşireler tarafından verilen hizmetlerin ücreti verilen hizmetin devamlı veya aralıklı olmasına bağlıdır. Aralıklı vizitelerde her vizite için bir doktor veya bir diş hekiminden en fazla 11 Avro talep edilebilirken, diğer sağlık hizmeti sunucuları için bu fiyat 7 Avro'dur.

Devamlı tedavilerde aylık bir ücret talep edilebilir ve bu miktar hastanın aylık gelirinin ve ailenin büyüklüğünün yanında verilen hizmetin boyutuna ve kalitesine de bağlıdır (4/25,26).

### II.10.3.Sağlık Hizmeti Harcamaları

Finlandiya'da 2000 yılındaki toplam sağlık hizmetleri harcamalarının GSMH içindeki payı %6.6'dır. Bu oran Avrupa Birliği üyesi ülkeler ortalamasının altındadır. 1990'lı yıllarda başlangıçta yükselen sağlık hizmetleri harcamaları ekonomik durgunluğun yaşandığı yıllarda belirgin ölçüde düşmüştür. Son yıllarda sağlık hizmeti giderleri yıllık %5-6 oranlarında artmakta olup özellikle ilaç giderleri yıllık %10 oranında artış eğilimindedir.

1990'lı yıllar boyunca, sağlık hizmetleri harcamalarının finansal yapısı önemli ölçüde değişmiştir. Devletin belediyelere yaptığı yardımlar kesilmiş, belediyelerin kendi kaynaklarından yaptıkları harcamalar buna bağlı olarak artmıştır. Aynı zamanda hane halkı sağlık hizmeti harcamalarının ağırlığı da artmıştır. Bu artışın nedenleri hasta ücretlerinin artması, ilaç fiyatı ödeme oranlarının artması ve sigortalı taraflardan ödenen özel sağlık hizmeti fiyatlarının oranlarının artmasıdır (8/9).

### II.11. Sağlık Sisteminin Devam Eden Projeleri

Sağlık 2015 Devlet Kararı, Finlandiya'nın sonraki 15 yıl içerisindeki ulusal sağlık politikası hedeflerini ana hatlarıyla belirlemektedir. Ana odak noktası sağlık seviyesinin yükseltilmesidir. Bu program yaşam tarzı, yaşam çevresi ve ürün kalitesi ve benzeri geleneksel sağlık sektörü dışındaki çeşitli sektörlerin de işbirliğine dayalı bir programdır.

Devlet, aynı zamanda, yakın gelecekteki problemlerin belirlenmesi amacıyla bir Ulusal Sağlık Programı hazırlamıştır. Başlıca sorunları hızla yaşlanan nüfusa sağlık hizmetlerinin sunulması ve aynı zamanda emekliliğe bağlı olarak kamu sağlığı personelinin karşı karşıya bulunduğu yüksek devir oranı, kırsal kesimlerdeki aşırı göçe bağlı olarak bu bölgelerdeki aktif nüfusun önemli ölçüde azalması ve genel olarak artan sağlık hizmeti maliyetleri oluşturmaktadır. Bu programın düzenlediği ana önerilerden bazıları şunlardır:

-2005 itibariyle, herkesin belirlenen zaman aralığında (randevu) tedaviye erişimi sağlanmalıdır,

-Eğitim gören sağlık hizmeti personeli sayısı artırılmalıdır,

-Alt bölgelerin fonksiyonel bütünlüğü sağlanacak şekilde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için fonksiyonlar ve yapıların reformu gerekmektedir,

-Sağlık hizmetleri için ek ödeme ihtiyacı 2007 yılı itibariyle 0.7 milyon Avro olacaktır. Devlet ve yerel yönetimler ek finansman sağlamaktan birlikte sorumludurlar. Fonksiyonel değişikliklerin ve elektronik hasta kayıtlarının yapılmasına yönelik farklı projeler için de ödenek tahsis edilmesi gereklidir.

Uygun bakım rehberlerinin ortaya konması amacıyla, çeşitli tıbbi uzmanlıkların işbirliği ile bir program hazırlanmaktadır. Bu programın amacı bakım kalitesini artırmak ve uygulama farklılıklarını gidermektir (8/ 1).

11 Nisan 2001 tarihinde STAKES, bir çalışma grubunu Finlandiya'daki sağlık hizmeti harcamaları ve finansmanı hesaplarıyla ilgilenmek üzere görevlendirdi. Çalışma grubu, sağlık harcamaları ve finansmanı hesaplarının kavramsal yapısının ve veri içeriğinin, sistemin bütünüyle birlikte iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koydu. Böylelikle Finlandiya'nın OECD tarafından ulusal ve uluslar arası sağlık hizmeti harcamaları ve finansmanı hesaplarına yönelik geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemine geçmesi amacıyla çalışmalara başlandı (9/3).

### III. FİNLANDİYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 2: Finlandiya Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler**

GÖSTERGELER	FİNLANDİYA	TÜRKİYE
Kişi Başına Düşen G.S.M.H (A.B.D \$) (2001)	26.349 &	5.830 #
G.S.M.H'den Sağlığa Ayrılan Pay (%) (2001)	7 &	5 #
Nüfus Artış Hızı (2003)	0.18 *	1.13 **
Toplam Doğurganlık Hızı (‰) (2004)	1.73 *	1.98 **
Bebek Ölüm Hızı (‰) (2004)	3.59 *	42.52 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Erkek) (2004)	74.53 *	69.68 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Bayan) (2004)	81.89 *	74.61 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Ortalama) (2004)	78.24*	72.08 **
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı (1999)	3.1 +	1.3 +
1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (1999)	4.1 +	2.1+
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (A.B.D\$) (1998)	1.502 +	309 +
15-49 Yaş Arası AIDS'li Hastalar (%) (2001)	0.1 ***	0.1 -
5 Yaş ve Altındakilerde Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğumda) (2000)	5 ***	45 -
Sosyal Güvenlik Harcamaları (Kamu Kesimi) (%) (2001)	20.8 &	28.6 #
Özel Sağlık Harcamaları (%) (2001)	24.4 &	29 #
15-59 Yaş arası Erkek Ölüm Oranı (1000'de) (2002)	135 &	177 #
Ölüm Hızı (1000'de) (2004)	9.69 *	5.95 **

**Kaynak:** (1) Rico, A. (2002) Health Care System In Transition, Finland, s:40,60,67

\* (12) CIA (2004) The World Factbook (Finland), s:4,5,7

\*\* (13) CIA (2004) The World Factbook (Turkey), s:3,4

\*\*\* (14) WRI (2003) Earthtrends (Finland), s: 1

- (15) WRI (2003) Earthtrends (Turkey), s: 1

# (16) WHO (2005) World Health Organization (Turkey), s: 2,3

& (17) WHO (2005) World Health Organization (Finland), s: 2,3

Gelişmiş bir ülke olan Finlandiya 1995 yılında Avrupa Birliğine üye olmuştur. Finlandiya'da kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla Türkiye'deki oranın yaklaşık beş katıdır. GSMH'den sağlığa ayrılan pay ise hemen hemen aynıdır. Finlandiya'nın sağlık harcamaları Türkiye'dekinden daha fazladır.



Nüfus artış oranı düşük olan ülkede, yaşlı nüfus oranı artmaktayken, genç nüfus oranı giderek azalmaktadır. Avrupa Birliği üyeliğine aday olan Türkiye'de nüfus artış hızı ve genç nüfus oranı oldukça fazladır. Buna bağlı olarak Finlandiya'da yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine ağırlık verilirken, Türkiye'de ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine olan ihtiyaç yüksektir.

Finlandiya sağlık sistemi, Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipindeki sağlık sistemleri grubu içerisinde yer almaktadır. Bu sistem hastalık dâhil tüm sağlık konularıyla ilgili zorunlu ve primsiz sağlık güvenliği sağlamaktadır. Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemine sahiptir. Türkiye'de sadece hastalık halini kapsayan zorunlu ve primli hastalık sigortası uygulanmaktadır, nüfusun bir kısmı sağlık güvenliğine sahip değildir.

Finlandiya'da sağlık hizmetleri sisteminin idari yapısında, en üstte Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanlığı bulunur ve bu Bakanlıkta Sosyal İşler Ve Sağlık Bakanı ile Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bakanı olmak üzere iki bakan yer almaktadır. Bu bakanlar eşit statüdedirler ve bakanlığın idari yapısı içerisinde politik kısmı temsil etmektedirler. Bakanlık yapısı içerisinde politik olmayan kısmı en yüksek kademede bulunan Genel Sekreter temsil etmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri sisteminin idari yapısında Sağlık Bakanlığı ve tek bir bakan yer almaktadır.

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinin sunumu, ülkede bulunan yaklaşık 440 belediye tarafından sağlanmaktadır. Ülkedeki yerel yönetimler sağlık hizmetlerini bağımsız olarak sunabildikleri gibi, komşu belediyelerle birleşik sağlık merkezleri oluşturarak da sunabilmektedirler. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı bünyesi altında merkezden yönetilmektedir. Fakat koruyucu sağlık hizmetleri dışında, kamu tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin sunumuna Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları yanında üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastahaneleri de katılmaktadır. Finlandiya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ön plandadır. Ancak özel sektörün de payı giderek artmaktadır. Türkiye'de özel sektörün önemli bir ağırlığı bulunmaktadır ve ödeme gücü olan hastalar özel sektörde sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşabilmektedir. Kamu sağlık hizmetleri sunumu ağır ve sorunlu işlemektedir. Sevk zincirindeki kopukluk sorunların ana kaynağını oluşturmaktadır. Son yıllarda özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki payı giderek artmış ve artmaktadır.

Finlandiya'da sağlık insan gücü çok yetersiz olmamakla birlikte sağlık hizmetlerinde çalışmakta olan personelin yaş ortalaması belirgin bir şekilde yükselmektedir. Bu durum Finlandiya'da gelecekte önemli bir sağlık insan gücü sıkıntısına yol açabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de sağlık insan gücü sayısı yetersiz ve ülke içinde dağılımı dengesizdir.

Finlandiya'da koruyucu sağlık hizmetleri ön plandayken Türkiye'de tedavi edici sağlık hizmetleri uygulanmaktadır. Finlandiya'da aile hekimliği yaygın bir şekilde uygulanmaktayken Türkiye'de bu hizmet türüne yönelik girişimler başlamıştır.

Finlandiya'da bebek ölüm hızı, dünya ülkeleri arasında en düşük orana sahiptir. Türkiye'de Finlandiya'dakinin yaklaşık on katıdır.

Finlandiya'da sağlık hizmeti belirli bir düzen içerisinde, çok iyi uygulanan sevk sistemi üzerine kurulmuştur. Türkiye sağlık sisteminin en büyük sorunlarından birisi sevk zincirinin uygulanamamasından dolayı oluşan yığılmalardır.

Finlandiya'daki sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı kamu kuruluşlarıdır. Belediyeler sağlık hizmeti finansmanından birinci derecede sorumludurlar. Türkiye'deki sağlık hizmetleri finansmanının büyük bölümü kamu tarafından karşılanmaktadır. Buna ek olarak, hane halkı/kişisel harcamaları da finansmanın bir bölümünü karşılamaktadır. Ayrıca özel sigorta sisteminin de sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir yer almasına yönelik uygulamalar teşvik edilmektedir.

A. ERDAL SARGUTIMIN

**KAYNAKLAR**

1. Rico, A. (ed.) (2002) Health Care System in Transition- Finland, WHO, Denmark
2. Ministry of Social Affairs and Health (2002) Social and Health Policy-Oriented Research and Development Activities in Finland, Helsinki
3. WHO (2002) Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark
4. Ministry of Social Affairs and Health (2004) Health Care in Finland, Helsinki
5. Ministry of Social Affairs and Health (2001) Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme, Helsinki
6. Country Studies (2005) Finland  
[www.country-studies.com/finland/health-system.html](http://www.country-studies.com/finland/health-system.html)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir),
7. Finnish Medical Association (2005) Health Care in Finland, Helsinki  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir),
8. WHO (2005) Europa Gateway to the European Union, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark  
[www.euro.who.eu](http://www.euro.who.eu)
9. Haapanen, N. (2003) Final Report of the Working Group on Health Expenditure and Financing Accounting, Organisation for Economic Co-operation and Development OECD, Helsinki,
10. Weale, M. (2004) Productivity in Primary Health Care in Finland, The National Institute of Economic and Social Research, London,
11. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kùltür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.ř. İstanbul, Cilt 8
12. CIA (2004) The World Factbook Finland, Central Intelligence Agency,  
[www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/fi.html](http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/fi.html)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. CIA (2004) The World Factbook Turkey, Central Intelligence Agency,  
[www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tu.html](http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tu.html)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. World Resources Institute (2003) EarthTrends (Finland),  
[\\_www.earthtrends.wri.org/country\\_profiles/finland](http://_www.earthtrends.wri.org/country_profiles/finland)

15. World Resources Institute (2003) EartTrends (Turkey),  
[www.earttrends.wri.org/country\\_profiles/turkey](http://www.earttrends.wri.org/country_profiles/turkey)
16. World Health Organization (2005) Statistics by country or region,  
[www.who.int/countries/tur/en](http://www.who.int/countries/tur/en)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
17. World Health Organization (2005) Statistics by country or region,  
[www.who.int/countries/fin/en/](http://www.who.int/countries/fin/en/)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
18. Ministry of Social Affairs And Health (2005), The division of responsibilities  
between minister Mönkare and minister Hyssala  
[www.stm.fi/Resource.phx/eng/orgis/minst/responsabilities.htx](http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/orgis/minst/responsabilities.htx)
19. Klaus Halla, (2005) Director of Development, Ministry of Social Affairs And  
Health of Finland

A. ERDAL

SARGUTEMİN

A. ERDAL SARGUTAN