

# İSVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Orhan PEHLEVAN

Eyüp TURKAN

Salih AKYÜZ

Songül ŞİMŞEK

Esvet KAYA

A. ERDAL SARGUTAN

**İSVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1350
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1351
I.1. Coğrafya	1351
I.2. Tarih	1352
I.3. Toplumsal Yapı	1353
I.4. Siyasal Ve İdari Yapı	1353
I.5. Ekonomi	1354
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1356
II.1. Genel Sağlık Durumu	1356
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	1357
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	1358
II.3.1. Ulusal Düzey	1358
II.3.2. Bölgesel Düzey	1360
II.3.3. Yerel Düzey	1360
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1361
II.4.1. Toplum Sağlığı	1361
II.4.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	1361
II.4.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1362
II.4.4. Dış Sağlığı Hizmetleri	1362
II.5. Sosyal Hizmetler	1362
II.6. Sağlık İnsangücü Ve Eğitim	1364
II.7. Sağlık Hizmeti Talebinin Finansmanı	1364
II.8. Sağlık Harcamaları	1367
II.9. Sosyal Sigorta	1367
II.9.1. Sosyal Sigorta Sisteminin Gelişimi	1367
II.9.2. Yönetim	1368
II.9.3. Sağlık Sigortası Ve Sağlık Hizmetleri	1369
II.9.4. Çocuklu Ailelere Destek	1369
II.9.5. Hasta Ve Engelliler İçin Finansal Destek	1370
II.10. Finansal Kaynakların Paylaşımı	1370
II.11. Eczahane Hizmetleri	1370
II.12. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Güvenlik	1371
II.13. İlaç Ve Teknoloji	1371
II.14. Reformlar	1372
<b>III. İSVEÇ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1375
<b>KAYNAKLAR</b>	1379

## ÖZET

Gelişmiş bir ülke olan İsveç'te sağlık sistemi ve göstergeleri çok iyidir. Kişilerin uyruğuna bakmaksızın bütün yerleşikler sağlık güvencesi kapsamı altındadır. İsveç sağlık sistemi bölgesel tabanlıdır ve kamu tarafından işletilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir.

Ulusal düzeyde sağlık sisteminin işletilmesi Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın sorumluluğu altındadır. Bu bakanlık Sosyal İlişkilerden sorumlu bir bakan, Toplum Sağlığı Ve Sosyal Hizmetlerden sorumlu bir bakan, Sağlık Ve Yaşlı Hizmetlerden sorumlu bir bakan olmak üzere üç bakandan oluşmaktadır. Bu bakanlardan Sosyal İlişkiler Bakanı, asıl Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanıdır. Sosyal sigorta sistemi Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu tarafından idare edilmektedir.

Bölgesel düzeyde Eyalet Meclisleri birincil bakımdan hastahane hizmetlerine, toplum sağlığı hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kadar bütün sağlık hizmeti sunumu yapmakla sorumludur. Ülkede 21 Eyalet Meclisi bulunmaktadır.

Yerel düzeyde Belediyeler çocuk bakımı, okul sağlık hizmetleri, yaşlıların ve sakatların bakımı ile uzun süreli psikiyatrik hasta bakımını içeren sosyal hizmetlerin sağlanmasından, ev hemşireliği ve evde bakım hizmetlerinden sorumludur. Sağlık kurumlarının büyük kısmı kamu tarafından yerel yönetimlerce işletilmektedir.

Merkezi idare sağlık hizmetlerinin finansmanına doğrudan destek vermektedir. Fonlar tahsis edilmiş olarak ve genel ödenekler aracılığıyla, bölgesel ve yerel idareler arasında yeniden dağıtılmaktadır. Çoğu Eyalet Meclisi, bölge düzeyindeki finansal sorumluluklarını genel bütçe aracılığıyla yerelleştirmiştir. Birincil sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle genel bütçeden yapılmaktadır.

Özel hizmet sunucuları daha çok sağlık merkezleri gibi birincil sağlık hizmeti kuruluşları olarak örgütlenmişlerdir. Ancak bazı hastahaneler de özel sektörün idaresi altındadır. Bu sunucular toplam sağlık harcamalarının %10'unu almaktadırlar.

İsveç sağlık sistemi sosyal sağlık sigortası primleri ve kişilerin doğrudan ödemelerinin de finansmana katkıda bulunduğu Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipine sahiptir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı işverenlerin zorunlu katılımlarından, bireylerin ücretlerinden kesilen bireysel sosyal sigorta primleri ve ödedikleri katılım payları ile finanse edilen sosyal sağlık sigortası tarafından ve kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sunum finansmanını büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. Toplam finansmanın ortalama %70'i yerel vergilerden, %20'si federal kaynaklardan, kalan kısmı kişiler, kurumlar ve diğer imkânlardan karşılanır. Hastaların hizmet katılım payları da sağlık hizmetlerinin finansmanında artan role sahiptir ve toplam sağlık harcamalarının %2'sini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti 16 yaşından küçük çocuklar için ücretsizdir.

İsveç'te biyoteknoloji alanında yaklaşık 400 firma faaliyet göstermektedir. İsveç Tıbbi Ürünler Örgütü ilaç onayı açısından Avrupa Birliği içerisinde en yüksek kalite ve standarda sahiptir. İsveç, sahip olduğu ileri teknoloji sayesinde ilaç sektöründe Ar-Ge ve yeni ürün geliştirilmesinde etkili sonuçlar elde etmektedir.

# İSVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: İsveç Krallığı
NÜFUSU	: 9 milyon (2005 tahmini)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 449.964 km <sup>2</sup>
RESMİ DİLİ	: İsveççe
DİNİ	: Lutheryan Hıristiyan
BAŞKENT	: Stockholm
SİYASAL REJİMİ	: Parlamenter Monarşi
PARA BİRİMİ	: İsveç Kronu (SEK) (1/1)

### I.1. Coğrafya

İskandinav yarımadasının doğu yarısı üzerinde bulunan bir ülkedir. Batısında yükselen ve kuzeye doğru uzanan sıra dağları arasında Norveç yer alır. Kuzeydoğusunda Finlandiya, doğusunda Botni körfezi, güneydoğusunda Batlık denizi ve güney batısında Kuzey Denizi vardır. Doğuda Finlandiya ve Rusya'ya, güneyde Polonya'ya güneybatısında ise Danimarka'ya denizler aracılığıyla komşudur. Topraklarının yüzde 15'i kuzey kutup dairesi içinde kalan İsveç çok soğuk bir ülkedir. Atlas Okyanusu ve Kuzey Denizi üzerinden gelen ılıman batı rüzgârlarının etkisiyle güneyde yazlar sıcak geçer. İsveç'in kuzeyinde sekiz ay boyunca yerden kar kalkmaz. Kışın, Baltık Denizinin kuzey uzantısı olan Botni körfezi ve Baltık Denizinin bir bölümü donar. Alacakaranlığın uzun sürdüğü en kuzey bölgelerinde yaz ortasında güneş hiç batmaz. Burası "beyaz geceler" ülkesidir.

Girintili çıkıntılı, kayalık, uzun ve sığ bir kıyı şeridinde yakın çok sayıda adacık vardır. Halkın çoğunun bu adacıklarda yazlık evi vardır ve ulaşım teknelerle sağlanır. Büyük adalardan Öland, İsveç'in doğu kıyısına paralel uzanır. Baltık denizinde yer alan Gotland ise çok güzel bir adadır. Gotland'ın başlıca kenti Visby, Hansa birliği döneminde büyük bir ticaret merkeziydi.

İskandinav yarımadası devrilerek ters dönmüş bir gemiye benzer. Gemi omurgası gibi bir dağ dizisi İsveç ile Norveç'i birbirinden ayırır. Bu dağların en yüksek dorukları 2.000 metreyi aşar. Dağlar, güneydoğuya ve güneye doğru alçalır. Sayıları 90 binli aşan göllerin en büyükleri olan Vatter, Malar ve Vaner'dir. Vaner'in çevresi, güneyi dışında çam ve ladin ormanlarıyla kaplıdır. Güneyinde ise tarım yapılır. Dağlardan inen çok sayıda ırmak, irili ufaklı göllerden geçerek denize dökülür; bunlardan güneybatıda Göta ırmağı Vaner gölüne akarlar.

Kuzeyde bitki örtüsü olarak cüce kayınlara, seyrek çalılıklara ve tundralara rastlanır. Yüksek dağlık yörelerde alp tipi bitki örtüsü görülür. İsveç iğne yapraklı ağaçlar bakımından çok zengindir. Ülke topraklarının yüzde 57'sini kaplayan iğne yapraklı ormanlardan başka geniş kayın, meşe, dişbudak, karaağaç ormanları da vardır. İsveç'te rengineyiği, sağın, karaca, tilki ve gelincik gibi yabancıl hayvanlar yaşar. Öte yandan soyu tükenmekte olan ayı, kurt ve vaşak koruma altına alınmıştır (2/129,130).

## I.2. Tarih

MÖ 1200 yıllarında avcı kabileler karayolu ile Avrupa'dan İsveç'e göç ettiler. Bunları toplayıcılıkla geçinenler, çiftçiler ve sığır çobanları izledi. İÖ 1500 yıllarında Avrupa'yla ticaret başladı. Daha sonra Roma İmparatorluğu ile ticaret bağları kuruldu. Çeşitli Viking kabilelerinin egemen olduğu bu bölgede onların nasıl tek bir ülkede toplandığına ilişkin bir bilgi yoktur. Beowulf adlı eski Anglosakson destanı, İsveç'in tarihine ilişkin en eski kaynaktır.

1397'de Pomeranyalı Erik, Kamlar birliğini kurarak İsveç, Danimarka ve Norveç kralı oldu. Kamlar birliği Batlık denizini çevreleyen büyük bir imparatorluk durumuna geldi. 1520'lerde çeşitli ülkelerin Batlık denizine egemen olmak için giriştikleri savaşlar yüzünden Kamlar birliği dağıldı. Daha sonra Kral Gustaf Adolf, İsveç egemenliğini Baltık bölgesinde sağladı ve ordusuyla Almanya'ya geçerek otuz yıl savaşlarına (1618 – 48) katıldı.

Önemli İsveç krallarından biri de XII. Karl'dır. Ülkesinin kaynaklarını savaş uğruna tüketen ve sonuçta Rus Çarı I. Petro'ya karşı açtığı savaşta yenik düşen Karl, 1718'de Norveç'e karşı giriştiği bir sefer sırasında öldürüldü. 1809'da da 600 yıldır İsveç'in bir parçası olan Finlandiya Napolyon savaşlarında Rusya'nın egemenliği altına girdi.

Bir yıl sonra ülkenin yönetimi veilant olarak seçilen, Napolyon'un generallerinden Mareşal Jean Bernadotte'ya geçti. Bernadotte barışı amaçlamakla birlikte, öncelikle Napolyon'un ülke üzerindeki etkisine son vermek ve uzun süreden beri Danimarka yönetimindeki Norveç'i geri almak istedi. İsveç, Napolyon'a karşı İngiltere, Rusya, Prusya ve Avusturya ittifakına katıldı. Bernadotte Danimarka'yı yenerek Norveç'i İsveç krallığına kattı. 1905'te Norveç'in bağımsızlığını kazanmasına kadar bu birlik sürdü.

I. ve II. Dünya Savaşarında tarafsızlığını ilan eden İsveç, Milletler Cemiyeti çalışmalarında barışın korunmasında önemli bir rol oynadı. II. Dünya Savaşarından sonra Birleşmiş Milletlere katıldı. 1948'de Danimarka ve Norveç'le bir savunma ittifakı oluşturmaya çalıştı. Ne var ki, bu ülkelerin daha büyük bir savunma örgütü olan NATO'ya katılmaları üzerine, NATO dışında kalarak askeri ittifaklar dışı bir politika sürdürdü.

İsveç, seçimle iş başına gelen üyelerden oluşan bir parlamentoyla yönetilir. Bir krallık olmasından dolayı yüzyıllar boyunca ülkede siyasal güç soyluların elinde kalmıştı. 20. yüzyılda parlamentoya dayalı bir hükümet kuruldu. Bugün tümüyle simgesel konumda olan kral, yalnızca devletin başkanıdır ve hükümette hiçbir yetkisi yoktur. Parlamentonun 500 yıldan uzun bir geçmişi vardır. 1866'ya kadar parlamentoda soyluların, rahiplerin, kentlilerin ve çiftçilerin ayrı meclisleri vardı. 1866'dan sonra iki, 1871'den sonra ise bir meclis kaldı. 1876'ya kadar 44 yıl boyunca iktidarda kalan Sosyal Demokrat Parti, İsveç'te birçok sosyal refah yasası çıkardı. 6 yıllık bir aradan sonra 1882'de Başbakan Olof Palme'nin önderliğinde sosyal demokratlar yeniden iktidara geldi. İsveç halkınca çok sevilen Olof Palme 1986 da vurularak öldürüldü. Barıştan yana, demokrat bir insan olduğu için ölümü dünyada büyük üzüntü yarattı.

İsveç'in oldukça güçlü bir kara, deniz ve hava gücü vardır. Nükleer enerjiye dayanan bütün programlar halkın bu konudaki güvenlik kaygısı nedeniyle durdurulmuştur (2/132,133).

### I.3. Toplumsal Yapı

İsveç ekonomik büyüme ve gelişme sonucu gelir düzeyi en yüksek ülkelerden biridir. I. ve II. Dünya Savaşlarında tarafsız kalmayı başaran İsveç, toplumsal ilerlemede de büyük başarı gösterdi. Örneğin 1919'da pek çok Avrupa ülkesinden önce kadınlara oy hakkı tanıdı.

II. Dünya savaşı sırasında Nazilerin saldırısından kaçan Danimarkalı ve Norveçli göçmenlere İsveç kapılarını açtı. 1940'ların sonlarına doğru çıkartılan yasalarla emeklilik, çocuk yardımı, eğitim ve işsizlik sosyal yardım kapsamına alındı. İsveç halkı eğitim, çevre sorunları, yaşlıların bakımı gibi konularda, resmi yetkililerden izin almaya gerek olmaksızın, bağımsız çalışma grupları oluşturarak, sorunları çözme yoluna gider. Bu gibi konularda sosyal hizmet görevlilerinin çalışmalarından da yararlanırlar.

Ülke nüfusunun yüzde 91'i İsveçlidir geri kalanı Finliler ve çeşitli göçmen azınlıklar oluşturur. İsveçlilerin büyük çoğunluğu Luteryan (Protestan) İsveç kilisesinin üyesidir. Eğitime büyük önem verilen İsveç'te bedensel ve zihinsel özürülüler için özel okullar vardır. Ayrıca yetişkin eğitime de önem verilir. 18 yaşından büyükler için, halk yüksek okulları vardır. İsveç'in kuzeyinde ve Norveç'te yaşayan Laponlar hem İsveççe hem de Laponca eğitim görürler.

Atletizm yaygın bir spordur. İsveçlerin modern Jimnastiğe katkıları büyüktür. Kış sporları, tenis ve yaz aylarında yelken sporu çok yaygındır.

İsveç'te büyük kent sayısı azdır. Bunların en büyüğü başkent Stockholm'dur 1621 de Gustaf Adolf'un kurduğu Götetborg ikinci büyük kenttir. Burada deniz ticareti ve gemi yapımının gelişmesiyle kent büyük bir ticaret limanı durumuna geldi. Üçüncü büyük kent olan Malmö, hem İsveç'in güneyindeki en önemli kent, hem de Danimarka ve Avrupa ile yapılan ticarete bir bağlantı noktasıdır (2/130,132).

### I.4. Siyasal Ve İdari Yapı

Ülke 1809 yılından bu yana parlamenter monarşik yapıya sahiptir. Kral 16. Gustaf 1973 yılından beri tahtta. Ülkenin başında kral bulunmakla beraber, yürütme gücü Kabine'dedir. Hükümet her 4 yılda bir gerçekleşen seçimlerle kurulmaktadır. İsveç Meclisinde (Riksdag) 349 milletvekili bulunmaktadır. 2002 seçimleri sonrasında oluşan Parlamentodaki milletvekillerinin %45.3'ü bayandır. Bu oran dünyadaki en yüksek orandır. Ülke 21 idari bölgeden oluşmaktadır.

Dünyanın en gelişmiş sosyal refah sistemlerinden birine sahip olan İsveç, son iki yüz yıl boyunca askeri tarafsızlığını korumuş ve iki dünya savaşına da katılmamıştır. 1995 yılında Avrupa Birliğine üye olan ülkede, Eylül 2003'te düzenlenen referandum ile AB para birimine geçiş reddedilmiştir. İsveç AB bütçesine net katkı sağlayan ülkeler arasındadır.

İsveç, Birleşmiş Milletler başta olmak üzere uluslararası örgütlerin barış çabalarında yer almakta ve üçüncü dünya ülkelerine de destek vermektedir (1/3).

### I.5. Ekonomi

İsveç'te devletçe desteklenen tarımda ileri teknoloji kullanılır. Başlıca tarım alanları güneydedir. Tarım ürünleri gereksiniminin yaklaşık yüzde 80'i ülke içinden sağlanır. Başlıca ürünler şeker pancarı, patates ve tahıldır. Süt ürünleri önemlidir. İsveç hükümeti küçük çiftçileri tarım makinelerini ortaklaşa kullanmaya özendirilmektedir. Bu çiftçilerin çoğu ürünlerini kooperatifler aracılığıyla satar.

İsveç'te ormanlardan elde edilen kerestelerden yalnızca odun olarak değil, aynı zamanda kağıt, karton, yapay ipek, alkol, boya ve başka maddelerin yapımında da yararlanır. Dünyanın en zengin demir cevheri yatakları İsveç'tedir. İç bölgelerdeki madenlerden ve kuzeydeki Kiruna ve Gallivare bölgelerinden demir cevheri çıkarılır. Demir cevherinin eritilmesi için gereken miktarda kömür çıkmadığından demirin büyük bölümü dış ülkelere satılır. Ayrıca gümüş, bakır, kurşun, çinko ve sülfürik asit üretiminde kullanılan pirit de çıkarılır. 13. Yüzyıldan beri Falun'da bakır çıkarılmaktadır. Bütün ülkenin köy ve çiftlik duvarlarını renklendiren koyu kırmızı boyanın yapımında kullanılan bu yataklardaki bakır cevheri tükenmektedir. Çok sayıda gölleri ve ırmakları olan İsveç'te elektrik hidroelektrik santrallerinden sağlanır. Fabrikalarda yüksek nitelikte çelik, bilyeli rulman, elektrikli makineler, silah, taşıt ve dünya pazarında büyük ölçüde alıcı bulan çeşitli sanayi ürünleri üretilir.

Gemi yapımında dünyanın önde gelen ülkelerinden biri olan İsveç, büyük bir ticaret filosuna sahiptir. Çok iyi düzenlenmiş olan demiryolu sistemindeki trenlerin çoğu elektrikli. İsveç'te otomobil sayısı nüfusa oranla başka Avrupa ülkelerindekinden daha yüksektir. Kentler arasında otobüs seferleri vardır. İsveç, Danimarka ve Norveç'in ortak havayolu şirketi Avrupa ile A.B.D. arasında kuzey kutbu üzerinden yapılan seferlerin öncüsü olmuştur (2/132).

**Tablo1: İsveç Ekonomik Göstergeleri**

GSYİH (Milyar Dolar)	255.4
Kişi Başına GSYİH (Dolar, Satın Alma Gücü)	28,400
GSYİH Büyüme Hızı (%)	2.9
Enflasyon (TÜFE, %)	0.4
İşsizlik Oranı (%)	5.5
İhracat (fob) (Milyar Dolar)	122.8
İthalat (fob) (Milyar Dolar)	99.4
Cari Denge (GSYİH payı, %)	7.8
Mevduat Faiz Oranı (3 Aylık, %)	3.0
Avro Kuru (ortalama)	9.12
Dolar Kuru (ortalama)	7.34

**Kaynak:** (1) Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (2005) İsveç Ülke Bülteni, s:3



1990 yılında kadar ağır imalat sanayi ve mühendisliğe dayalı İsveç ekonomisinde, 1990'dan sonra bilgi teknolojisi ve yeni teknolojilere dayalı sektörler ön plana çıkmış ve ekonominin rekabet gücü artmıştır. İsveç açık ve liberal ekonomik yapı, yüksek verimlilik ve istihdamın fazlalığı ile güçlü bir ekonomidir.

Sosyal refah sistemine dayalı liberal ekonomik yapısı ile ülke ekonomisi 1990'lara kadar başarılı bir yol izlemiştir. 1990-1993 yılları arasında artan işsizlik, üretim yavaşlığı ve yüksek enflasyondan düşük enflasyona geçiş nedeniyle ekonomi durgunluğa girmiş, GSYİH %5 azalmıştır. 1993 yılından itibaren ihracatın artması ile ekonomi iyileşmeye başlamıştır. 1993-2000 dönemi arasında GSYİH yılda ortalama %3.2 büyüme kaydetmiştir. 2000 yılında dünya ekonomisinin darboğaza girmesi ile ülke ekonomisi de etkilenmiştir. Bundan dolayı 1995-1999 dönemindeki ekonomik genişlemeyi, 2000-2004 döneminde duraklama takip etmiştir. Ekonominin 2004 sonu ve 2005'te yeniden hareketlendiği görülmektedir (1/4).

A. ERDAL

SARGUTAYIN

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Genel Sağlık Durumu

2003 yılı verileri ile İsveç halkının ortalama yaşam süresi 80.2 yıldır. İsveç yeni doğan ölüm oranları son on yılda büyük bir azalma göstermiştir. 2003 yılı verileri ile yeni doğan ölüm oranı 1000 canlı doğumda 3.1'dir (4/2).

Toplam ölüm oranlarında azalmanın başlıca sebeplerinden biri kardiyovasküler hastalıklardan sebep olduğu ölüm oranlarının azaltılmasıdır. 1980 ve 1997 yılları arasında 65 yaş altı kesimin kardiyovasküler sistem hastalıklarının ölüm oranları kadınlarda %40 ve erkeklerde %50 oranında azaltılmıştır. Söz konusu azalma yaşam standardını iyileştirerek, beslenme alışkanlıklarını düzelterek ve daha az sigara tüketimi sağlanarak meydana gelmiştir. Her yıl iyi bir koroner bakımla yaklaşık 3.000 kişi koruma altına alınmaktadır.

Kanser, kazalar ve intihar oranları da 1990'lı yıllarda azalma göstermiştir. Kanser vakalarında son yirmi yıldır ortalama yıllık %1,5 azalma kaydedilmiştir. Kaza nedeniyle sakatlıklar 45 yaş altı grup için en sık yaşanan ölüm nedenlerindedir. Kazalar nedeniyle ölüm oranının erkeklerde %37 ve kadınlarda %18'e düşse de oran halen yüksektir. İntihar oranları kadın ve erkekler için son yirmi yıl içerisinde %38'e düşmüştür.

Kürtaj ve düşük yapma sayısı 2001 yılında 31,800 olarak gerçekleşmiş ve bu sayı 2000 yılındaki 30,980'den daha yüksektir.

Ruh sağlığında emeklilik çağındaki bütün gruplar için genel olarak bir kötüleşmektedir. Erkekler kadınlara göre daha çok ruhsal rahatsızlıklar yaşamaktadırlar (6/19,21).

Bulaşıcı hastalıklar yönünden ülke iyi durumdadır. Ülkede ciddi bulaşıcı hastalıklar çok sınırlı bir şekilde yaşanmaktadır. Cinsel hastalıkları da kapsayan bulaşıcı hastalıklarda son 15 yılda artış olmamıştır. HIV/AIDS vakalarının görülme oranı düşüktür. 2001 yılında 277 yeni HIV vakası rapor edilmiştir (6/26).

Yetişkinler arasındaki sigara bağımlılığı oranı son yirmi yılda büyük azalma göstermiştir. 1980 yılında söz konusu oran %32 iken 2003 yılında %17.5 olmuştur. Orandaki bu azalma büyük ölçüde İsveç'in sigaraya karşı sürdürdüğü sıkı politika sayesinde olmuştur.

Asırı şişmanlık (obezite) oranlarında son yıllarda artış olmuştur. Yetişkinlerde asırı şişmanlık oranı 1989 yılında %5.5 iken 2003 yılında %9.7'ye yükselmiştir. Obezitenin artması diyabet, astım gibi bazı kronik sağlık problemlerini de beraberinde getirmiştir (4/2).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları azalışlara rağmen ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Kadınlarda kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı 100,000 kişide 200 iken, erkeklerde bu oran 100,000 kişide 98'dir. Tümör nedeniyle ölümler diğer bir sağlık problemidir. Bu hastalıktan dolayı ölüm oranı erkeklerde 100,000 kişide 300 civarından iken kadınlarda 100,000 kişide 200'dür.

Kazalar ise diğer ölüm nedenleri arasındadır. Kazalar nedeniyle ölüm oranları erkeklerde 100,000 kişide 50 ve kadınlarda 100,000 kişide 35'tir (6/20,21).

## II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

İsveç uzun bir toplum sağlığı geçmişine sahiptir: 1854'ten itibaren yerel sağlık görevlilerinin bölgelerindeki nüfusun düzenli sağlık kayıtlarını tutmaları gerekmektedir. Bu kayıtlama hali 1911'de kural haline gelmiştir. 1930'lar maddi olarak karşılanan konut yardımları kadar kapsamlı ve bedelsiz anne ve çocuk sağlığı ile ilgili sağlık politikalarını da kapsamıştır. 1960'tan 1980'e kadar olan süreçte İsveç sağlık politikası tıbbi hizmetlerin ve hastahane hizmetlerinin gelişimi üzerine odaklanmıştır.

İsveç'teki güncel sağlık politikası 1980'lerde başlatılmıştır. Bu dönemdeki Sağlık Politikaları özellikle Lalonde Raporu, Sağlıklı İnsanlar Raporu gibi dokümanların ortaya çıkmasından etkilenmiştir. Bu dönemde İsveç Sağlık Ve Tıbbi Hizmetler Komisyonu, Sağlık Ve Tıbbi Hizmetler Yasasını gözden geçirmek için kurulmuştur. Komisyon incelemelerin ardından 1984 yılında "1990'larda İsveç Sağlık Hizmetleri" adlı bir rapor hazırlamışlardır. Rapor hastalarda korunma ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi konusunda Lalonde Raporuna benzer sonuçlara varmıştır. 1985'te İsveç aynı zamanda, öncelikle Herkes İçin Sağlık Stratejisinin ilkelerini belirten kanun tasarısını onaylamıştır. Herkes İçin Sağlık Planı, sadece ulusal boyutta uygulanmamış, sağlık tanıtımlarının gelişiminde referans olarak kullanılmıştır ve ülke çapında genişleyen bir etkiye sahip olmuştur.

1980'lerde İsveç sağlıktaki eşitsizliklere odaklanmıştır. İngiltere'deki sağlık alanındaki eşitsizlikleri ortaya koyan Siyah Raporun yayınlanmasının sonrasında, İsveç'te uluslararası kıyaslama devam etti. İsveç'teki sağlık alanındaki eşitsizlikler daha az belirgin olmasına rağmen, bu çalışma İsveç'teki bazı sosyal eşitsizlikleri ortaya çıkarmıştır.

1980'lerin sonlarında koruyucu sağlık hizmetleri gelişme göstermiştir. Bu gelişim büyük olasılıkla 1987'deki Ulusal Toplum Sağlığı Raporunun yayımından etkilenmiştir. Sosyaldemokratik hükümet 1988'de toplum sağlığı ulusal ana hatlarını oluşturmak için bir görev grubu tespit etmiştir. Grubu buluşturan amaç ise sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmaktır. Grup Ulusal Toplum Sağlığı Kuruluşu adında yeni bir idari otorite önermiştir. Bu kuruluşun görevleri: ulusal düzeyde koruyucu ve sağlık seviyesini yükseltici sağlık hizmetlerini yönetmek, sivil toplum örgütleri ile diğer ulusal otoriteleri birleştirmek ve toplum sağlığını yüksek sağlık standartlarına ulaşmasını sağlamak olarak belirlenmiştir. Kuruluş 1992 yılında kurulmuştur. Hükümet Ulusal Toplum Sağlığı Kurumunun oluşturulmasında planlanmış amaçlara göre hareket etmemiştir. İlk çalışmaları daha çok HIV/AIDS, alkol ve yaralanmalar gibi sağlık problemlerine odaklanmıştır. 1994'te Sosyaldemokratlar sağlık problemlerinden toplumsal eşitsizliklere doğru bir hareket göstermişlerdir ve Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanı sağlıktaki eşitsizlikleri giderecek ulusal bir plan yapma zorunda kalmıştır (15/178,179). Günümüzdeki ulusal toplum sağlığı politikası 1997 yılında oluşturulmuştur. Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı, İsveç Toplum Sağlığı Uygulama Planı yayınlamıştır. Bu planda öncelikler sağlık hizmeti sunumunda eşitsizliklerin, alkol tüketimi ve tütün kullanımının azaltılması gibi konular olmuştur.

1997 yılında aynı zamanda Ulusal Toplum Sağlığı Komisyonu kurulmuştur. Söz konusu komisyonda siyasal partiler, yardım örgütleri, konusunda uzmanlar ve devletten temsilciler üye olarak bulunmuştur. Bu yapı komisyonun geniş tabanlı olması ve bünyesindeki uzmanların fazlalığı ile daha etkili stratejiler geliştirmesini sağlamıştır (15/181).

### II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı

İsveç sağlık sistemi bölgesel tabanlıdır ve kamu tarafından işletilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir.

Sağlık ve tıbbi bakım üç düzeye ayrılabilir: bölgesel tıbbi bakım, eyalet düzeyinde tıbbi bakım ve birincil bakım. İsveç'te sekiz bölgesel hastahane, 70 eyalet hastahanesi ve bini aşkın sağlık merkezi vardır. 2003 yılı rakamları ile 27,500 yatak bulunmaktadır (3/2).

#### II.3.1. Ulusal Düzey

Ulusal düzeyde sağlık sisteminin işletilmesi Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın sorumluluğu altındadır.

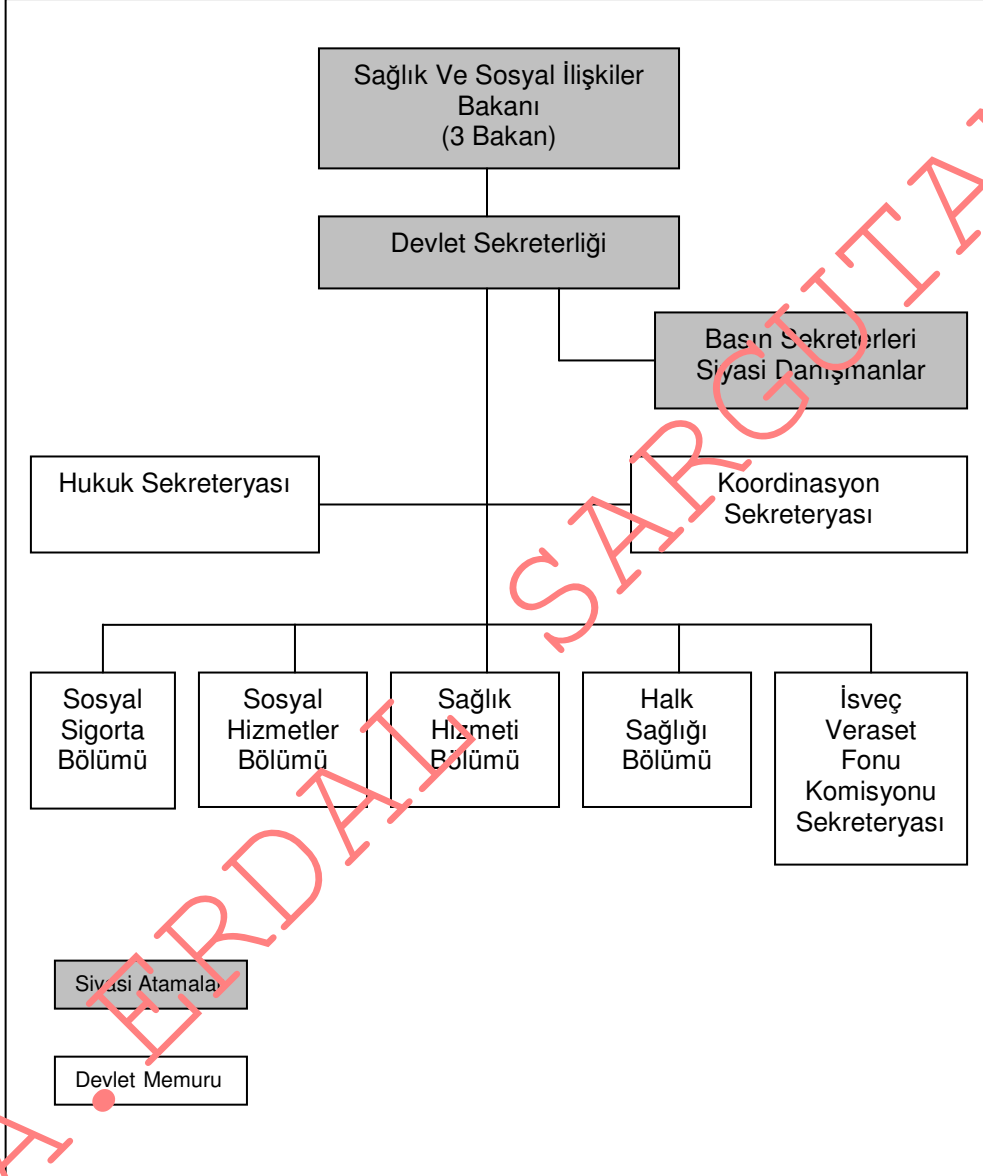
Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı, Sosyal İlişkilerden sorumlu bir bakan, Toplum Sağlığı Ve Sosyal Hizmetlerden sorumlu bir bakan, Sağlık Ve Yaşlı Hizmetlerden sorumlu bir bakandan oluşmaktadır. Bu bakanlardan biri Sosyal İlişkiler Bakanı aynı zamanda Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığını yapmaktadır. Bakanlık düzeyinin altındaki işlemler Genel Sekreterler tarafından yapılmaktadır. Politik yönetim içinde aynı zamanda danışmanlar ve basın sekreterleri de bulunmaktadır. Devlet memurları ise bakanlık bölümleri ve sekreteryasında çalışmaktadırlar (9/5).

Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı İsveç Parlamentosu (Riksdag) ve Hükümet tarafından düzenlenen hedeflere ulaşmaya çalışmaktadır. Sağlık ve tıbbi bakım politikasının amaçları sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak ve sağlık hizmeti kalitesini arttırmaktır. Sağlık politikaları devlet kurumlarını ve sağlık ile ilaç işleri ile ilgili tüm kurumları kapsamaktadır. Bakanlık sağlık hizmetlerini izler ve tahlil eder, kanun tasarıları hazırlar, ileriye yönelik politikalar geliştirir. Politikalarını eyalet meclisleri ve belediyeler ile müzakere eder (3/1).

Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı 17 devlet kurumu, 2 Kamu Ekonomik Kuruluşu ve diğer 2 kuruluştan sorumludur. Birkaç kurul da bakanlığının sorumluluğu altındadır (9/5). Bunların beş tanesi Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'na sağlık ve tıbbi bakım alanında destek olmaktadır. İsveç devlet kurumları bağımsızdır. Hükümet kaynakları dağıtır ve devlet kurumlarının temel rollerini belirler. Devlet kurumları kendi çalışma alanlarında karar vermekte özgürdürler.

Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu (USSYK) Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı içerisindeki en büyük kurumlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin sağlanması konusunda bakanlığın danışma ve denetleme organı olarak hareket etmektedir. Bütün sağlık çalışanları bu kurulun gözetimi altındadır.

Şema 1: Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı Merkez Teşkilatı



**Kaynak:** (9), Ministry of Health and Social Affairs (2005) This is the Ministry of Health and Social Affairs, s:5

Tıbbi Mesuliyet Kurulu (TMK) hastalara bakım ve tedavi yapmakla görevli sağlık çalışanları hakkındaki şikâyetleri araştırmakla görevlidir. Şikâyetler hasta tarafından, eğer hasta kişi şikâyetini kendi başına yapamıyorsa yakını tarafından ve Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu tarafından yapılmaktadır.

İsveç Sağlık Hizmeti Teknolojisi Kurulu (İSHTK) bilimsel temelli tıbbi yenilikleri, var olan sağlık hizmeti uygulamalarını incelemekle sorumludur. Ayrıca kaynakların etkili kullanımını sağlayarak sağlık hizmeti kalitesini yükseltmeye çalışmaktadır.

Tıbbi Ürünler Dairesi (TÜD) farmasötik müstahzarların kalite kontrolü ile kullanımı ve maliyet etkililiğinin değerlendirmesini yapmaktadır. Tıbbi Ürünler Dairesi'nin görevi birey olarak hastaların ve sağlık hizmeti veren kuruluşların etkin ve güvenli tıbbi ürünlere ulaşmasını sağlamaktır. Diğer kurumların aksine Tıbbi Ürünler Dairesi hizmet karşılığında ödenen ücretlerle finanse edilmektedir.

Farmasötik Fayda Kurulu (FFK) hangi farmasötik müstahzarların ve ürünlerin fayda dâhilinde olduğuna karar vermekle ve bu ürünlerin fiyatlarını belirlemekle sorumludur. Farmasötik Fayda Sistemi kişilere belli ilaçları sübvansiyon edilmiş fiyatlardan sağlamaktadır (3/1).

Ulusal Toplum Sağlığı Kuruluşu nüfusun sağlık seviyesini yükseltmek ve koruyucu sağlık önlemlerini almakla sorumludur. Ulusal İsveç İlaç Şirketi bütün ilaçların sahipliğini ve ülke çapında dağıtımını yapmaktadır. Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu (USSK) sigorta ve sosyal yardım işlemlerinin kalite standardını güvence altına almaktadır. Eyalet Meclisleri Federasyonu, Eyalet Meclislerini ulusal düzeyde temsil etmektedir (14/2).

1970'li yıllarda sağlık planları uzun vadeli planlar aracılığıyla yapılmıştır. Söz konusu planlar yerleşiklerin ihtiyaçlarına bakmaksızın sağlık kolunda çalışan temsilciler tarafından verilen kararlar ve talepler doğrultusunda yapılmıştır.

1982 yılında çıkarılan sağlık hizmeti yasası, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı konusunda eyalet meclislerine büyük yetkiler vermiştir. Yasa meclislere bölgenin ihtiyaçlarına göre planlar uygulama yetkisi vermiştir. 1980'li yılların sonunda maliyet azaltımı önemli bir planlama konusu olmuştur (14/2,3).

### **II.3.2. Bölgesel Düzey**

Eyalet Meclisleri birincil bakımdan hastahane hizmetlerine, toplum sağlığı hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kadar bütün sağlık hizmeti sunumunu yapmakla sorumludur. Ülkede 21 Eyalet Meclisi bulunmaktadır. Meclislerin bütün sağlık tesisleri üzerinde yetkisi vardır. Ayrıca özel sağlık hizmeti piyasasını da düzenlemekle yetkilidir. Meclisler eyaletleri genellikle bir hastahane ve birkaç birincil sağlık hizmeti birimini içeren sağlık hizmeti bölgelerine ayırmaktadır. Üçüncül bakımda eşgüdümü kolaylaştırmak amacıyla 21 Eyalet Meclisi altı tıbbi bakım bölgesi içerisinde gruplandırılmışlardır (10/1).

### **II.3.3. Yerel Düzey**

İsveç'te 190 belediye geniş kapsamlı olan kamu hizmetlerini sağlamakla yükümlüdürler. Belediyeler çocuk bakımı, okul sağlık hizmetleri, yaşlıların ve sakatların bakımı ile uzun süreli psikiyatrik hasta bakımını içeren sosyal hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. Bunun yanı sıra ev hemşireliği ve evde bakım hizmetlerini de yerine getirmektedirler (14/2).

## II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

### II.4.1. Toplum Sağlığı

İsveçliler sağlıklarının genellikle iyi olduğunu kabul ederler. Son dönemlerde gelişme oranı yavaşlamasına rağmen ortalama yaşam süresi artmaya hatta birçok ülkeden daha yüksek olmaya devam etmektedir. Yaşam beklentisinde gelişimin en önemli göstergesi kalp rahatsızlıklarından ve kazalardan ölüm oranının azalmasıdır. 1990'li yıllarda İsveç bazı sosyal değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde işsizlik oranı ve gelir farklılıklarından dolayı sosyal farklılıklar artmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kesintiler yapılması yoluna gidilmiştir.

Son dönemlerde İsveç'teki sağlık politikası devlet üzerindeki sorumluluk yerine yapıyı ve yaşam koşullarını değiştiren, insanları daha sağlıklı bir yaşam tarzına ikna eden destekleyici bir çevre anlayışını getirmek yolunda değişmiştir. Ayrıca, çocukları, evsizleri, işçileri ve yaşlıları kapsayan belirli grupların sağlığına da hitap edilmektedir. Politikalar kapsayıcı, sosyal koşulları ve sosyal dışlamayı engelleyecek şekilde geliştirilmektedir (15/177,178)

### II.4.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetlerinin amacı halkın genel sağlık durumunun yükseltilmesi olup, hastahane bakımı gerektirmeyen hastalıkların ve yaralanmaların teşhis ve tedavisini sağlamaktır. Birincil sağlık hizmeti sunumunda geniş kapsamlı bir işgücü çalışmaktadır. Sağlık profesyonelleri, doktorlar, hemşireler, ebeler, ve psikoterapistler bu hizmetlerde görev almaktadırlar. Bunların yapacağı işlemler sağlık merkezlerinde örgütlenmektedir. Herkesin bir pratisyen hekim düzeyinde olan kendi aile doktorunu seçme hakkı mevcuttur.

Bölgesel sağlık merkezlerine ve aile hekimi muayenehanelerine ek olarak, birincil sağlık hizmetleri öze hekimler, psikoterapistler tarafından muayenehaneler ile gebelik ve çocuk sağlığı kliniklerinde de verilmektedir. Çocuk kliniklerinde okul öncesi çocukların belirli tedavilerinin ücretsiz yapılmasının yanında aşılama ve sağlık kontrolleri de yapılmaktadır. Gebe Sağlığı Kliniklerinde ebeler ve doktorlar görev yapmaktadır. Burada gebelik süreci boyunca ücretsiz olarak düzenli tıbbi kontrol hizmetleri verilmektedir. Birincil düzeyde hemşirelik hizmetlerinde bölge hemşireleri tıbbi tedavinin yanı sıra danışma ve destek hizmetleri de sunmaktadırlar. Bu hizmetleri kendi muayenehanelerinde ya da ev ziyaretlerinde yerine getirmektedirler. Zorunlu sağlık hizmetleri ve okul sağlığı hizmetleri de verilmektedir.

Evde bakım hizmetleri olarak teknik yardım, tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetleri hastaların evlerinde verilmektedir. Bu hizmetler sayesinde yaşlı ve engelli hastaların evlerinde yaşayabilmeleri daha kolaylaşmaktadır. Hemşire evlerinde yaşayanların bu tip hemşirelik hizmetlerine günün 24 saati ulaşma imkânları vardır (18/1).

### II.4.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Hastahane hizmetleri il düzeyinde sağlanmakta, hastahane bakımı gerektiren durumlar için de bölgesel olarak verilmektedir. 65 adet merkez hastahanesi ve bölge hastahaneleri birçok tıbbi uzmanlık alanında bakım hizmetleri sağlamakla birlikte, psikiyatrik hizmetlerini de ayaktan bakım olarak sunmaktadır.

Bölgesel sağlık sistemi beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, plastik cerrahi ve gelişmiş laboratuvar hizmetleri ile il hastahanelerinde daha geniş ölçekli ve uzmanlaşmış hizmet veren 9 adet bölge hastahanesinden oluşmaktadır.

İsveç'te, toplam sağlık kaynaklarının görece yüksek bir oranını hastahaneler almaktadırlar. Bu durum, örneğin, kişi başına düşen hizmete başvuruların düşüklüğüne, doktorların birincil sağlık hizmetlerinde geçen sürelerinin düşüklüğüne bakınca da görülebilir. Pratisyen hekimlerin toplam hekim sayısına oranı da düşüktür (yaklaşık %20).

Kişi başına düşen yatan hasta bakımı gün sayısı son yıllarda tüm yaş grupları için azalma göstermiştir. Son 10 yılda psikiyatrik bakım alanında kapsamlı değişiklikler yaşanmıştır. Ruhsal problemleri olan insanlar, büyük oranda sağlık kurumlarında bakım hizmetlerinden ayrılmakta ve toplum içinde yaşamlarını devam ettirme eğiliminde olmaktadır. Yatan hasta bakımında meydana gelen değişimler ayakta bakım hizmetlerine yapılan ağırlıklı başvurulardan da anlaşılabilir. Tıbbi uygulamaların giderek artan bir çoğunluğunun artık hastahane dışında yapılmasıyla bu hizmetlerin doğası değişmektedir. Tedavi ve cerrahi girişimlerin yüksek ve yükselmeye devam eden bir oranı artık hastaların hastahane bakımını gerektirmeyen bir niteliğe bürünmüştür.

Günlük cerrahinin ve ayda bakım hizmetlerinin genişlemesi meydana gelen değişimlere birer örnektir. Ayakta bakım hizmetlerinin ön planda tutulması, insanları doktor dışındaki sağlık personeline de yönelmeye itmektedir (18/1,2).

### II.4.4. Dış Sağlık Hizmetleri

İl konseyleri 19 yaşın altındaki gruba ücretsiz dış sağlığı hizmetleri sunmakla yükümlüdür. Bu grubun dış sağlığı göstergeleri 1970'lerden bu yana yükselmektedir. Dış sağlığı hizmetlerinde fiyat düzenlemesi bulunmamaktadır. Her dış sağlığı birimi kendi fiyatlarını belirleyebilmektedir. İki yıl süreli sabit fiyatlı anlaşmalar da yapılabilir. Dış hekimlerinin yarısına yakını ulusal dış sağlığı hizmetlerinde çalışmakta olup, diğer yarısı da özel çalışmaktadır (18/4).

### II.5. Sosyal Hizmetler

Belediye sosyal hizmetleri İsveç refah sisteminin önemli bir parçasıdır. Bu hizmetlerin amacı Sosyal Hizmet Yasasında belirtilmiştir. Sosyal hizmetlerin amacı bir yandan bireylerin sosyal durumlarının farkında olmalarını ve sorumluluk yüklenmelerini sağlamak olup diğer yandan da bireylerin ve grupların kaynaklarını geliştirmektir. Sosyal Hizmet Yasası ayrıca bireyler için tasarlanan ölçülerin, kişilerin katılımı ile ihtiyaçlarına göre tamamlanacağını belirtir. Gerektiği yerde diğer sosyal organ, kurum ve kuruluşlarda da işbirliği yapılabilir.



İl yönetimi kendi sınırları içerisinde sosyal hizmetlerin sunumunu yaparken, Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu sosyal hizmetlerin denetimini yapmaktadır. Geçtiğimiz birkaç yıl içerisinde il yönetimleri verdikleri sosyal hizmetleri gözden geçirmiştir. 2001 yılında gelen 1800'ün üzerindeki şikâyetlerin %35'i sistemi eleştiren fikirler içermektedir. Bu şikâyetler genelde sosyal hizmetlerin durumu ve sürdürülmesi konusunda kaygılar yaratmaktadır.

İsveç sosyal hizmetleri iki temel alanda işlemektedir: Birey ve aile koruması, yaşlılar ve özürülüler için koruma. Bu koruyucu alan gençler ve çocukları, aileleri, suiistimale uğrayan kişileri, psikolojik problemli insanları ve şiddete uğrayan kadınları içermektedir. Söz konusu kesime tavsiye, destek ve cesaretlendirme, bakım ve tedavi, ekonomik yardım (sosyal yardım), ekonomik danışmanlık ile aile danışmanlığı sağlanmaktadır. Bazı özel durumlarda bazı hizmetler kişinin izni olmadan da sağlanabilmektedir. Bu hizmetler koruyucu nitelikte olup çocuk ve gençlerin bakımı, hap kullanan ve alkolik yetişkinlerin bakımı gibi konularda uygulanmaktadır. Koruma ve bakım özel desteğe ihtiyacı olunan durumda yaşlı kişilerin bakımı ve koruması için kullanılır. Belediyeler fiziksel ve zihinsel rahatsızlıkları dolayısıyla günlük hayatlarında onların yaşamalarını engelleyecek derecede zorluklar yaşayan ve dolayısıyla özel yaşam alanlarına ihtiyacı olan insanlar için barınma olanakları sağlamak zorundadır. Engelli ve bakıma ihtiyacı olan fertler özel yasalarla desteklenir ve bakımları gerçekleştirilir. Sakatlık Hizmetleri Ve Destek Yasası kişisel yardım, refakatçi bakıcı ve örgütlenmiş günlük aktiviteler sağlamaktadır.

2001 yılında çoğu insanın ihtiyacı olan sosyal hizmet ekonomik yardım olmuştur. Çocuk ve yetişkinleri içeren yaklaşık 470.000 kişi yıl içinde çeşitli zamanlarda benzer yardımlar almıştır. Ev yardımı ve özel konaklama sağlayan hizmetler de çoğu kişinin hayatını etkilemiştir. 240.000 civarında insan özellikle yaşlı ve emekliler olmak üzere 1 Eylül 2001'den itibaren bu ve benzeri yardımlardan yararlanmaktadır. Sadece 47.000'in üzerinde engelli insan 1 Ekim 2001'den itibaren bu yardımlardan faydalanmaktadır.

2001'deki sosyal hizmetlerin belediyelere maliyeti, belediyenin toplam işletme maliyetinin yüzde 36'lık kısmına denk gelmektedir. Yaşlı ve engelli bireylerin bakımı ve korumasının maliyeti bunun %80'i, aile ve bireylerin bakımı ve korumasının maliyeti ise %20'sidir. Belediyeler bu tip hizmet sağlayan diğer kurum ve kuruluşlardan, vakıf ve derneklerden, belediyelere hizmet eden şirketlerden ve yatırım alanları yaratan teşebbüslerden para desteği alabilmektedirler.

Sosyal hizmetler, büyük kısmını 1 Kasım 2001 itibarıyla sayıları 215.000'i bulan kadrolu çalışanın oluşturduğu belediyeye bağlı bir sektördür. %90 gibi büyük bir kısmı yaşlı ve engelli bireyler için olan bakım ve koruma altında çalışmaktadırlar. Geri kalan %10'luk kısım kişisel ve aile bakımı için belediyeye bir anlaşmaya sahip değıllerdir ve bu güvenceye sahip olma çabası içerisindeyler. Belediyede sosyal hizmet sağlayan bütün kadro kategorilerinin özellikle büyük bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır. 2001 yılında bu oranın yüzde 89 gibi büyük bir oranı kadın çalışmalardan oluşmaktaydı.

Giderek artan nüfus insanların bakım ve korunma ihtiyacını da artırmaktadır. Doğal olarak sosyal refah sisteminin finansmanı, halkın bakım ve korunma ihtiyacından etkilenebilmektedir (8/1,2).

Sosyal hizmetler alanında uzman olmayan kişiler tarafından da verilebilmektedir (8/10).

## II.6. Sağlık İnsangücü Ve Eğitim

İsveç'te her 1000 kişiye 3.3 doktor ve 10.2 hemşire, 1000 kişiye 2,4 yatak düşmektedir. Yatak sayısındaki azalma hastahane yatış sürelerinde azalmaya bağlı olarak gerçekleşmiştir (4/1).

Eyalet Meclisleri sağlık hizmetlerinde 230.000'in üzerinde kişi istihdam etmektedir. Bu İsveç iş gücünün %7'sine karşılık gelmektedir. Bu oran son yıllarda düşüş göstermiştir. Bunun nedeni, finansal darlıklar ve sağlık hizmetlerindeki işleyişin değişmesidir. İsveç'te 65 yaş altı nüfusta her 320 kişiye bir doktor düşmektedir.

Sağlık kurumlarının başında bir tıp doktoru bulunmaktadır ve sağlık hizmetlerinden olduğu kadar yönetim, finans ve personelden de sorumludur (9/4).

İsveç'te doktor olabilmek için 5 yıllık üniversite eğitimini takiben 18 aylık intörlük sürecini başarı ile tamamlamak gerekmektedir. Her yıl 110 öğrenci tıp eğitimine başlamaktadır. Hemşirelik programlarının süresi 3 yıldır.

Tıbbi araştırmalar uluslar arası düzeyde önemli bir konumdadır ve çoğunlukla İsveç Hükümeti tarafından finanse edilmektedir (18/5).

## II.7. Sağlık Hizmeti Talebinin Finansmanı

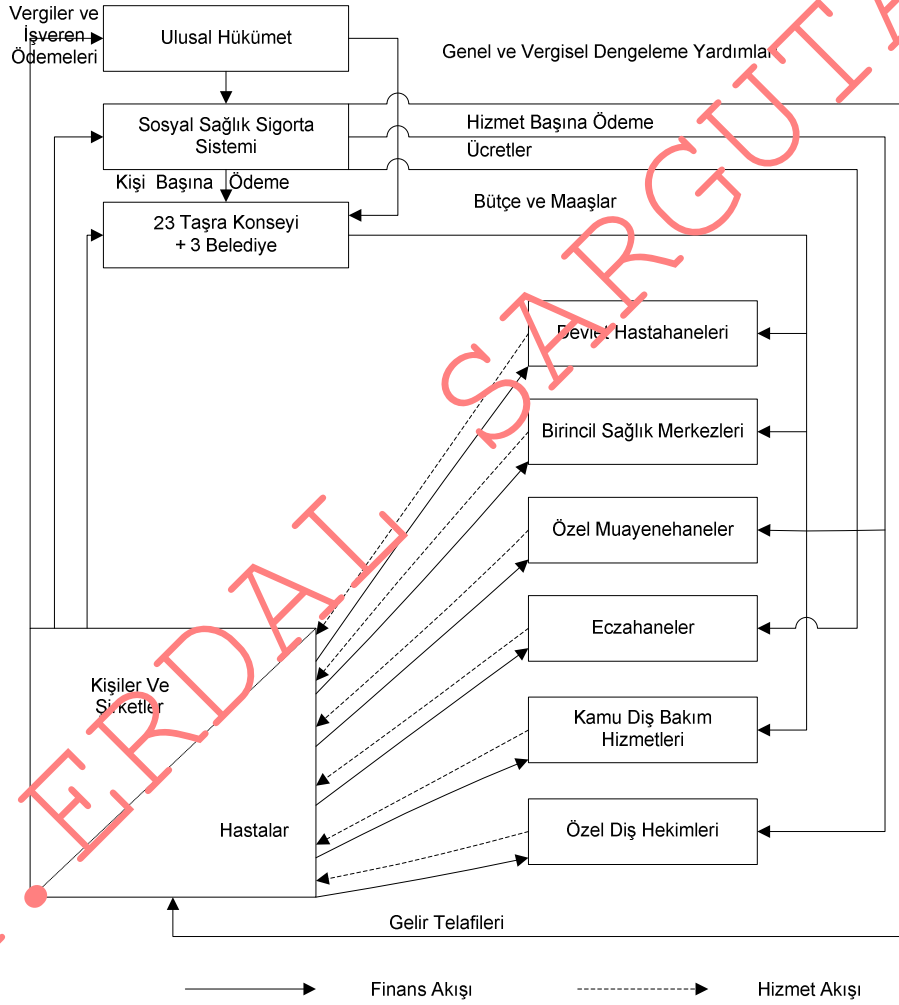
İsveç ulusal sağlık sistemi ağırlıklı olarak bölgesel vergilerle finanse edilmektedir ve kişilerin uyuşuna bakmaksızın bütün yerleşikleri kapsamı altına almaktadır. Sosyal sigorta sistemi Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu tarafından idare edilmektedir. Merkezi idare sağlık hizmetlerinin finansmanına doğrudan destek vermektedir. Fonlar tahsis edilmiş olarak ve genel ödenekler aracılığıyla bölgesel ve yerel idareler arasında yeniden dağıtılmaktadır. Hasta hizmet katılım payları da sağlık hizmetlerinin finansmanında artan role sahiptir ve toplam sağlık harcamalarının %2'sini oluşturmaktadır (14/4).

İsveç'te sağlık hizmetlerinin maliyeti 2000 yılında 178 milyar SEK olarak gerçekleşmiştir. Bu tutar milli gelirin %8,5'ini oluşturmaktadır. İl Konseyleri tarafından sağlanan ya da finanse edilen hizmetler, bu hizmetlerin %80'ini teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetleri Eyalet Meclisleri işlemlerinin % 89'unu oluşturmaktadır. 2001 yılında sağlık hizmetlerinin %71'i vergi gelirleri ile finanse edilmiştir. Eyalet Meclisleri, o ilde yaşayanlardan ortalama %10 oranında alınan gelir vergisini toplama yetkisi ile yetkilendirilmişlerdir. Diğer önemli gelir kaynakları, bağışlar ve belirli hizmetleri için merkezi hükümetten alınan ödemelerdir. Bu toplam gelirin yaklaşık %19'unu oluşturur. Hastalardan alınan ücretler toplam gelirin %4'ünü oluşturmaktadır.

Eyalet Meclisleri gelirlerinde sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde, vergi tabanındaki indirim nedeniyle son yıllarda düşüş yaşanmıştır. Buna koşut olarak, Eyalet Meclisleri harcamalarını kısmışlardır. Hastalar hastahanelerde daha az zaman harcamakta ve daha çok ayakta bakım hizmeti almaktadırlar.

### Şema 2: İsveç Sağlık Sistemi Hizmet Akış Şeması



**Kaynak:** (13) World Bank (2003) Health Care Insurance: The International Experience, s:27

1000 kişi başına düşen kısa dönem fiziksel bakım yatak sayısı 1985 yılında 4.4 iken 2002 yılında 2.4'e düşmüştür. Psikiyatrik bakım için rakam 1985 yılında 2.5 iken 2001 yılında 0.6 olmuştur.

1990'ların başında birçok Eyalet Meclisi tedarikçi-kullanıcı modeli uygulamaya başlamış, bu yolla hastahanelere ve birincil sağlık hizmetlerine her yıl sabit olarak tahsis edilen ödenekler bir boyutta saf dışı kalmıştır. Bunun yerine performans ve sonuçlara göre ödeme yapılmaya başlanmıştır. Normalde bölgesel politikacılar tarafından seçilen bir komite tarafından yönetilen satın alma birimleri hastahanelerin ihtiyaçlarının formüle edilmesi, kalitenin ve fiyatların değerlendirilmesi ile ilgili görevlere yeniden şekillendirilmiştir. Hastahaneler politik kurumlardan daha bağımsız hale gelmişler Eyalet Meclislerine bağlı limitet şirketlere dönüşmüşlerdir.

Özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan hizmetlerin tutarının toplam Eyalet Meclisi harcamaları içerisindeki oranı 1990'larda çok küçük bir oran teşkil ederken, 2000 yılında %9'a yükselmiştir. Toplam poliklinik sayısının %29'unun özel doktorlar tarafından gerçekleştirilmesi bu gelişmenin sonuçlarından biridir (18/3).

Devlet tarafından finanse edilen özel hizmet sunucularının sayısı 1990'lı yıllarda artmıştır. Personel kooperatifleri, kârsız örgütler ve şirketler sağlık hizmeti vermek amacıyla Eyalet Meclisleri ile anlaşmalar yapmaya başlamışlardır. Özel hizmet sunucuları daha çok sağlık merkezleri gibi birincil sağlık hizmeti kuruluşları olarak örgütlenmişlerdir. Ancak bazı hastahaneler de özel sektörün idaresi altındadır. Özel hizmet sunucular toplam sağlık harcamalarının %10'unu almaktadırlar.

Özel sağlık sigortası görece olarak düşük bir yer tutmaktadır ve yaygın değildir. Ancak özel sağlık sigorta poliçelerinin sayılarında artış olmuştur. 2003 yılında 127,000 bireysel poliçe ve 77,000 grup poliçesi mevcut idi (3/3).

### **Tamamlayıcı Finans Kaynakları**

İsveç sağlık hizmetlerinin üç finans kaynağı vardır: Vergiler (merkezi, bölgesel ve yerel), ulusal sosyal sigorta sistemi ve özel harcamalar (kişisel doğrudan ödemeler ve özel sigorta).

Ulusal Meclis ücret tavanını bir vatandaşın 12 aylık dönemde ödeyebileceği bir miktar olarak belirlemesine rağmen, her Eyalet Meclisi ayakta tedavilerde kişisel doğrudan ödemeler için kendi ücret planını belirleyebilmektedir. Yatakta tedavilerde gün başına 8.5 Avro ücretlendirme yapılmaktadır. 18 yaşın altındaki çocuklar için ücretlendirme yapılmamaktadır. Hükümet kişisel ödemeler için tavan miktarını yıllık 99 Avro olarak belirlemiştir. Fakat yatakta tedaviler bu kapsam içerisinde değildir. Bunlara ek olarak hastalar reçeteli ilaçların %23'ünü harcamalara katılım payı olarak ödemektedir. Diş bakımlarında 20 yaşın üzerindeki kişiler doğrudan kişisel (cepten) ödeme yapmaktadırlar.

İsveç'te gönüllü sigorta çok sınırlıdır ve sadece tamamlayıcı (seçimlik) kapsam sağlamaktadır (14/4,5).

## Hasta Ücretleri

Uyuşuna bakılmaksızın İsveç'te ikamet eden herkes indirimli fiyatlar üzerinden sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Her İl Konseyi ayakta bakım için kendi ücretlerini belirler. Birincil sağlık hizmetlerinde bir doktor muayenesi 100-150 İsveç Kronu arasında değişmektedir. Hastahanelerde ise bu ücret 180-300 İsveç Kronu arasındadır.

Eyalet Meclisleri aynı zamanda, psikoterapist, diğer tıbbi uzmanlık alanlarına ilişkin tedaviler ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin ücret tarifelerini de belirler.

Kişisel harcamaları sınırlamak için yüksek maliyet tavanı uygulaması bulunmaktadır. Buna göre yatan hasta ücreti olarak toplam 900 İsveç Kronu ödeyen bir hasta, ilk konsültasyon tarihinden itibaren hesaplanan 12 aylık dönemin geri kalan bölümünde ücretsiz sağlık hizmeti almaktadır. 20 yaşını altındaki herkese sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

İsveç'te hastaların faydalanması için çok geniş kapsamlı bir sistem mevcuttur. Bu sistemin ana unsuru sağlık yardımdır. Aynı zamanda, gebelik süresince çalışmayan kadınlar için yardımlar yapılmaktadır (18/37).

## II.8. Sağlık Harcamaları

2002 yılı toplam sağlık harcamaları Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın (GSYİH) %9.2'si olarak gerçekleşmiştir. Bu oran %8.6 olan OECD ülkeleri ortalamasının biraz üzerindedir. 2002 yılı itibari ile kişi başına toplam sağlık harcamaları miktarı 2,594 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına sağlık harcamaları son yıllarda büyük bir oranda artış göstermiştir. 1998 ile 2002 yılları arasında İsveç'in kişi başına harcamalardaki büyüme oranı %5.4'e ulaşmıştır.

İlaç harcamaları artış göstermiştir. 2002 yılı verilerine göre İsveç ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %13.1'ini oluşturmuştur.

Sağlık hizmetinin finansmanın temel kaynağı devlet sektörüdür. Sağlık harcamalarının %85,3'ü devlet tarafından fonlanmıştır (4/1).

## II.9. Sosyal Sigorta

İsveç birçok vatandaşı için, gelişmiş refah düzeyine somut örnek olabilecek konumdadır. Önemli köşe taşlarından birisi, geleneksel kabul edilen yaygın sigorta modelidir. Aslında, ikametgâh (yerleşiklik) esasına bağlı olsa da, aynı zamanda işgücündeki katılım, gönüllü üyelik ve belirlenmiş diğer ihtiyaçlar üstünde yapılandırılmış yaygın sigorta modellerine tamamen uymaz. Halen İsveç sigorta sistemi yaygın düzen olarak adlandırılmakta ve halk desteğini kullanmaktadır (16/4).

### II.9.1. Sosyal Sigorta Sisteminin Gelişimi

Eskiden, toplum olarak sosyal politika yürütüldüğünde, bu, yoksullara bakım olarak adlandırılmaktaydı ve esas olarak kitlesel yoksulluğu ve kitlesel ölümleri engellemeye yönelikti. 19. Yüzyılın ortalarından itibaren İsveç sanayileşmeye başladı. Gelişen sanayiye paralel olarak şehirlere göç arttı.

Bu süreçte, konut koşulları çok kötü, sanayi işi ağır ve işçilerin güvencesi yok denecek durumdaydı. Mal yerine giderek daha fazla para biçiminde gelire bağımlı olmalarıyla birlikte, kötü sağlık koşulları, iş kazaları ve yaşlılık dönemlerinde vatandaşların ekonomik durumlarının hassasiyeti de arttı. Sosyal reformlar konusundaki talepler çoğaldı. Sıradan vatandaşların toplumdaki durumunun eskive göre giderek daha da zorlaşması nedeniyle, günümüzün sosyal sigorta sistemi ortaya çıkmaya başladı. Ancak, bu yüz yıldan fazla bir süre aldı. 19. Yüzyılın sonlarında, insanlar bir araya gelerek, ihtiyaç halinde yardım alabilmek üzere, Hastalık Yardım Fonları (Sjuk-hjelpkassor) adı verilen birlikler kurmaya başladılar.

İlk olarak 1931 yılında bu birlikler devlet tarafından tanınarak Hastalık Fonları olarak adlandırılmalarına izin verildi ve çalışmaları için devlet yardımı elde edebildiler. 1955 yılında, günümüzde var olan sigorta sistemi ortaya çıktı. Artık eski hastalık fonlarında olduğu gibi gönüllü üyelik söz konusu değildi. İsveç'te ikamet eden ya da çalışan herkes sosyal sigorta kapsamı içine girmiştir. Sigorta sistemi harç ve vergi ödeme yükümlülüğünün karşılığı olarak ihtiyaç duyulduğunda sosyal refahtan pay alabilme hakkını sağlayan düşünce ile şekillenmiştir. Esas amaç, ülke vatandaşlarına yaşamlarında belirli bir güvenceyi garantiye almaktır. Bütün 20. Yüzyıl boyunca reformlar adım adım gerçekleştirilmiş ve bir çok iyileştirme meydana çıkmıştır (16/4,5).

Temel Ulusal Emeklilik Ve Ulusal Mafaka Yasası 1947 yılında çıkarılmıştır. Sonraki on yıl, kadınların iş alanındaki oranının hızlı artışı – bugün dünyada en fazla İsveç'te – ebeveyn sigortası, kamusal çocuk sağlığı ve diğer sosyal hizmetlerin hızlı gelişmesine tanık olmuştur.

1991'den sonra çıkan ciddi düzeydeki ekonomik kriz, savaş sonrası süre gelen halkın tamamının iş sahibi olması durumunu bozdu. Sosyal sigorta sisteminde sayısız kısıtlamalar yapıldı, ödenek düzeyleri ve emekli indekslemeleri düşürüldü. Fakat son yıllardaki gelişmeler devletin bu şartları iyileştirmesini sağladı (7/1).

### II.9.2. Yönetim

Çoğu sosyal sigorta ödeneği kamusal sosyal sigorta kurumları tarafından yerel olarak sağlanır. İşsizlik sigortası istisnadır. Her Eyalet Meclisinin belirli sayıda kollara ayrılan sosyal sigorta birimleri mevcuttur. Bu birimlerin kendilerine ait paraları yoktur, sisteme para sağlamazlar. Belediye, eyalet ve ulusal düzeyde, vergi düzeylerinde ve sosyal sigorta katkısında yer alırlar.

Sosyal sigorta kurumları, aynı zamanda sosyal sigorta yasasının uygulanmasında tavsiyede bulunan ve kesin düzenlemeler hakkında kararlar veren Ulusal Sosyal Sigorta Kurumu (Riksförsäkringsverket) tarafından denetlenir. Bazı durumlarda Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu tarafından da denetlenir. Sosyal sigorta projelerinin büyük kısmıyla ilgili yasal ve bütçesel konulardaki devlet düzeyinde en büyük sorumluluk Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'na aittir (7/1).

### II.9.3. Sağlık Sigortası Ve Sağlık Hizmetleri

Yılda en az 6,000 İsveç Kronu gelir sağlayan iş sahibi vatandaşların hastalık sırasında gelirleri zarar görürse ödenek alırlar. Bütün İsveç'teki yerleşiklerin sağlık hizmetleri ödenmektedir.

Sağlık sigortası, işverenlerin zorunlu katkılarından ve kaynaktan (bordro vb.) sağlanan gelirden oluşan bireysel sosyal güvenlik katkılarından oluşur. Sağlık hizmetlerinin bütçesi İsveç'teki 18 Eyalet Meclisi tarafından sağlanır. Eyalet Meclisi, dört yılda bir yapılan seçimlerle oluşan komisyonlar tarafından yönetilir. Bu meclis, eyalette yaşayıp devletin ödeme yaptığı herkesten alınan gelir vergileriyle sağlık hizmetlerini finanse eder. Bu vergilerin %80'i, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve hastaların ücretlerinin sübvansede edilmesi için kullanılır (hasta maliyetlerinin %4'ü).

Sağlık hizmetlerinin bedeli, sağlık hizmetleri için ödenen bedelin sağlayacağı katkısı en yüksek dereceye çıkaracak ve hastalıkla ilgili masrafları kontrol altında tutacak şekilde düzenlenmiştir. Sağlık hizmeti almak için başvuran vatandaşlar 60 İsveç Kronu ile 300 İsveç Kronu arasında bir tutar öderler, fakat bu tutar 12 ayda 900 İsveç Kronunu aşamaz. Aynı şekilde hastalar reçeteye yazılan ilaçlar için ilk 900 İsveç Kronu öderler. Ardından 12 aylık periyot boyunca ilaç için devlet en yüksek ödeme olan 1800 İsveç Kronuna kadar desteklenmeler yapmaktadır. Sağlık ve dış sağlığı hizmetleri 19 yaşına kadar parasızdır.

Çalışanın işyerinde deneme süresi geçtikten sonraki hastalık durumunda, işveren 2. günden 21. güne kadar maaşın %80'i kadar para ödemektedir. 22. günden sonra sağlık sigortası maaşın %97'sinin %80'i kadar hastalık desteği öder.

İsveç'te uzun süreli hastalıkların oranı endişe verici düzeyde artış göstermektedir. Bu durumu düzeltmek için çaba harcayan devlet, insanların sağlık problemi nedeniyle işe girme sine veya çalışamayacak durumda kalmaktan dolayı erken emekli olmalarına izin vermek yerine, sağlık sigorta sisteminde rehabilitasyon ve tam süreli olmasa bile çalışmaya geri dönmeyi teşvik eden değişimler yapmıştır (7/2).

### II.9.4. Çocuklu Ailelere Destek

Çocuklu ailelere sağlanan finansal destek, ebeveyn sigortası, öksüz kalan çocuklara sağlanan ödenek, çocuk ödeneği, bakım ödeneği, konut ödeneği, çocuk emekliliği'nden oluşmaktadır. Ebeveyn desteği 480 gün alınabilir. 390 gün için sağlanan ödenek ebeveynin alabileceği gelire eşittir (belli tavana kadar gelirin %80'i). Geliri olmayan veya çok az geliri olan ebeveynler 390 gün için günde 180 SEK'lük en düşük garantili katkı alırlar.

Bir ebeveyn evde çocuğuyla 90 gün geçirebilir (günde 60 SEK olarak). Bütün çocuklar 16 yaşına kadar çocuk ödeneği alırlar. Çocuk desteği ayda 1,050 SEK kadardır (Ekim 2005'ten itibaren). 2 veya daha fazla çocuk sahibi aileler, o çocuklar için ek ödenek alırlar. Ebeveynleri beraber yaşamayan çocuklar bakım ödeneği alırlar. Ödeme çocuğun birlikte yaşadığı ebeveynine verilir, maksimum 1173 SEK'a kadardır. Çocuğa bakmakla yükümlü olan kendi ailesi ise çok için ödenen yardımın n hepsi ya da belli bir miktarını devlete geri öder.



Evde çocuklarla beraber yaşayan kişiler barınma ödeneğine uygundurlar. Bu ödeneğin miktarı barınma ücreti, geliri ve çocuk sayısına bağlı olarak değişir. Bakım ödeneği, evinde hasta veya engelli çocuğa bakan birine verilir. Uluslararası evlat edinmede devlet her çocuk için 40,000 SEK kadar ödeme yapar (5/1,2).

### II.9.5. Hasta Ve Engelliler İçin Finansal Destek

İş yapamayacak durumda hastalık, engellilik tazminatı, hastalık ödeneği, rehabilitasyon ödeneği, işle ilgili rehabilitasyon tazminatı, hastalık tazminatı, işgöremezlik tazminatı ve çalışamayacak durumda zarar görmüş olanlara sağlanan tazminattan oluşur. Her bireyin iş kapasitesi refah düzeyini güçlendirmek için gerekli finansal koşulları korumak amacıyla kullanılmalıdır. İşverenler, çalışanlarının hastalık ödeneklerinin %15'ini karşılamakla yükümlüdür. Bugün erkeklerin iki katı kadar kadın hastalık sebebiyle işten ayrılmaktadır. Kişilerin çalışma kapasitelerini daha iyi bir hale getirmek, sağlık hizmetleri ve hastalık sigortası üstündeki yükü azaltacaktır (5/2).

### II.10. Finansal Kaynakların Paylaşımı

Eyalet Meclisi harcamalarının %80'ni sağlık hizmetleri ile alakalıdır. Sağlık harcamalarının %62'si ikincil ve üçüncül bakım hizmetlerine, %10 psikiyatrik bakım maliyetlerine, %6'sı yaşlı bakımlarına ve %22'si birincil sağlık hizmetlerine yapılmaktadır.

Çoğu Eyalet Meclisi bölge düzeyindeki finansal sorumluluklarını genel bütçe aracılığıyla yerelleştirmiştir. Bölge ihtisas hastahanesi hizmetlerinde, geriye yönelik hizmet başına ödemeler yaygındır. Birincil sağlık hizmeti sunucularına ödemeler genellikle genel bütçeden yapılmaktadır. Eyalet Meclisleri ayrıca sözleşmeli ve kamu ambulatör hizmetlerinin finansmanını sağlamak ile de sorumludur.

Kamu sağlık tesislerinde çalışan hekimler Eyalet Meclisleri tarafından istihdam edilmekte ve meclis tarafından aylık maaşları ödenmektedir. Hekimler ayrıca mesai saatleri haricinde yaptıkları çalışmalar için ek ödeme ve kendi listelerindeki hasta başına sabit ücret de almaktadırlar (14/6,7).

### II.11. Eczahane Hizmetleri

İsveç'te bir ilaç satışa sunulmasından önce, hazır ilaçları kontrol etmekle görevli kamu otoritesi olan Tıbbi Ürünler Dairesi kayıt yaptırmak zorundadır. Yaklaşık 6.000 kayıtlı ilaç vardır. Bu otoritenin faaliyetleri Avrupa Birliği düzenlemelerine uyumlu yeni bir kanun kapsamında yürütülmektedir. Farmasötik Fayda Kurulu olarak adlandırılan bu yeni bir otorite 2002 yılında kurulmuştur. Bu kuruluşun görevi hangi ilaçların sübvansede edileceğine ve üreticilerle görüşerek bu ilaçların ne kadar mal olacağına karar vermektir. Yeni yasal düzenlemeye göre, reçete edilen bir ilaç eczahanede olan en ucuz muadili ile değiştirilebilmektedir.

Sosyal sağlık sigortası düzenlemesi altında, hasta kendisine reçete edilen ilaçların maliyetini 900 SEK'e kadar öder. Bunun üzerinde yüksek maliyet tavanı mekanizması devreye girer. Bu, hasta 12 aylık periyotta asla 1800 SEK'ten fazlasını ödemek zorunda değildir anlamına gelmektedir.



İsveç Eczahaneler Birliği'nin ilaçları hem hastahanelere hem de halka doğrudan satma yetkisi vardır. İlaç üretim firmaları, ürettikleri ilaçlar nedeniyle oluşabilecek sağlık problemleri için sigorta şemsiyesi altındadır (18/4).

## II.12. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Güvenlik

1990'lı yıllarda kaliteye yönelik gelişme çalışmaları önem kazanmaya başlamıştır. 1994'te Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu kalite konusunda bir dizi düzenlemeler getirmiştir. Bu düzenlemeler sürekli kalite yükseltme çalışmalarını içermekte olup, sağlık hizmetlerinin her alanında kalitenin ölçülmesi, raporlanması ve değerlendirilmesine yönelik yeni yaklaşımları somutlaştırmıştır. Klinik performansının neticelerinin ölçüldüğü ve performansı yükseltme çalışmalarının yapıldığı 40 adet kalite birimi bulunmaktadır.

Eğer bir hasta önemli bir hastalık ya da yaralanma ile ilişkili tıbbi tedaviden zarar görmüşse, sağlık kurumu, bu durumu Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kuruluna rapor etmek zorundadır. Eğer bu durumdan doktorlar veya diğer sağlık çalışanları sorumlu bulunur ise bu durum bir mahkeme yetkisinde olan Ulusal Medikal Disiplin Kuruluna bildirilir. Hasta ya da hasta yakını bu kurula doğrudan başvurabilir. Kurul Disiplin cezası ya da meslekten men cezası verebilir.

1970'lerden bu yana tıbbi tedaviden dolayı zarar görenlere tazminat ödemesi yapılabilmektedir (18/5).

## II.13. İlaç Ve Teknoloji

İsveç, sahip olduğu ileri teknoloji sayesinde ilaç sektöründe araştırma geliştirmede ve yeni ürün geliştirilmesinde etkili sonuçlar elde etmektedir.

İsveç'te biyoteknoloji alanında yaklaşık 400 firma faaliyet göstermektedir. Sektör birleşmeler, yoğun araştırma çalışmaları ve uzmanlık sektörün başlıca özellikleridir. Üniversitelerdeki öğretim üyeleri ve araştırmacıların buluşlarını ticarileştirmesine izin veren İsveç sistemi bir çok ilaç ve biyoteknoloji alanında faaliyet gösteren firma AR-GE çalışmalarında üniversiteler ile işbirliği içerisinde çalışmaktadır. İsveç Tıbbi Ürünler Örgütü ilaç onayı açısından Avrupa Birliği içerisinde en yüksek kalite ve standarda sahiptir.

2004 yılı itibariyle ilaç sektörünün cirosu 9 milyar Avro, biyoteknoloji sektörünün 1 milyar Avro ve medikal ekipmanlarının 1.5 milyar Avro tutarında gerçekleşmiştir. 2004 yılında medikal ekipmanlar, ilaç ve biyoteknoloji sektörlerinin, İsveç'in toplam ihracatındaki payı %7.1'dir (1/11).

İsveç tıbbi araştırmalar konusunda önde gelen ülkelerden biridir. İsveç tıbbi araştırmalarını temel ve klinik araştırmalara verilen önem ve sağlık hizmetleri içerisindeki araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin bütünleştirilmesi olarak tanımlanabilir. Tıbbi araştırmalar genellikle kamu fonları tarafından finanse edilmektedir (18/5).

Son on yılda tomografi tarayıcıları ve manyetik rezonans görüntüleme cihazları gibi teşhis edici teknolojilerde artış olmuştur.

1989 yılında bir milyon kişi başına bir tane manyetik rezonans görüntüleme cihazı düşerken bu oran 1999 yılında 7.9'a yükselmiştir. OECD ülkeleri ortalaması 2003 yılı verileri ile bir milyon kişide 7.6'dır. Bir milyon kişiye 14.2 tomografi cihazı düşmektedir (4/1).

#### II.14. Reformlar

İsveç sağlık sistemi üç geniş kapsamlı gelişme ile özetlenebilir. Birincisi İsveç'teki sağlık hizmeti kamusal sorumluluğunun 18. yüzyılın ortalarında artmasıdır. 1750'li yıllarda Kral III. Gustav yoksul kişileri ücretsiz sağlık hizmeti veren Taşra Doktorluğu müessesesini kurmuştur. Bu gelişmeye paralel olarak 1864 yılında her Eyalet Meclisi yetki alanı düzeyinde yoksul kişilere hastahane bakımı sağlamak ve Eyalet düzeyinde finanse etmekle görevli olmuştur. Birçok finansal ve yapısal reformları gerçekleştirilerek, sağlık hizmetlerinde temel kamu sorumluluğu şablonu genişletilmiş ve İsveç'in sağlık seviyesini yükseltmiştir. Bu 1983-1985 yılları arasındaki Dagmar Reformu ile sonuçlanan bir dizi reformda da daha açık bir şekilde görülebilir. Gelirler Ulusal Sağlık Sigorta Fonundan dağıtılmaktadır. Hizmet başına ödemeler doğrudan doktorlara, kişi başına yapılan ödemeler doğrudan eyalet meclislerine yapılmaktadır. Böylelikle kamusal olarak işletilen bir sağlık hizmeti sunum sistemi yapısı oluşturulmuştur.

İsveç sağlık sisteminin ikinci temel şablonu her İsveç vatandaşının sağlık güvencesi altına alınmasıdır. Sağlık güvencesi kavramı, koruyucu ve tedavi edici sağlık önlemlerinin, zorunlu hastalık ödemeleri, işçi tazminatı ve sakatlık ödemelerini içeren gelir devamı programları ile bütünleştirilmesini içermektedir. Sağlık güvencesinin oluşturulması, 70'li yıllarda İsveç sağlık ve refah politikasının en önemli başarılarından birisi olmuştur.

Sağlık güvencesi doğrudan iki evrensel değeri yansıtmaktadır; bütün vatandaşların eşitliği ve güvenlik. Eşitlik İsveç demokrasi mekanizmasının yansımasıdır. Güvenlik ise 20. yüzyılın başında İsveç'in yoksulluğunun yansımasıdır. Bu iki kavramın sağlanması, 20. yüzyıldaki sağlık güvenliği ve refah devleti olma çabalarını temelinde bulunmaktadır.

Üçüncü temel şablon ise İsveç sağlık sisteminin yerelleşmesidir. Bu bağlamda yerelleşme sağlık sistemindeki en yüksek seviyedeki kamusal kontrolün daha aşağı düzeylerdeki kamusal hizmet veren kurumlar aracılığıyla yapılmasıdır. Ulusal politikaların yapılması sorumluluğu yine merkezi idarede kalmaktadır. Bu yerelleşme süreci 1960 ve 1970'li yıllarda ulusal düzeyden eyalet düzeyine doğru yetki kayması ile kendini göstermiştir. 1990'larda ise belediyeler düzeyine yayılması ile sonuçlanmıştır. Eyalet Meclislerinin sağlık sistemini idaresine eleştiriler getirilmiştir. Eleştiriler, eyalet meclislerinin hastahane sektörünü idare etmek için çok küçük ve birincil sağlık hizmetlerinin idaresi içinde çok büyük olduğu konusunda yoğunlaşmıştır. Günümüzde kamusal olarak işletilen birincil sağlık merkezlerinin sorumluluğu belediyeler bünyesine geçmeye başlamıştır.

Kamusal sorumluluk, sağlık güvencesi ve yerelleşme İsveç sağlık reformlarının her aşamasında görülebilir (17/7,10).

İsveç'in hızlı gelişen sağlık sektöründeki ilk reformu, İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreç içerisinde ortaya çıktı. İsveç harbe katılmamış olmasına rağmen bütün Avrupalıların aşırı derecede zarar verici olarak gördüğü bu savaştan İsveç de aynı sosyal etki ve kuvvetler dolayısıyla çok zarar görmüştür. 1947 yılında sosyal demokratik bir rejimle yönetilen ülkede ulusal sağlık sigortasına geçiş yapıldığından, bu yıl bir başlangıç olarak görülmüştür. Fakat, hükümet aslında hekimlerin ücretlerini ödemek ve aynı öneme sahip olan yönetimde olmayan partilerle uyum içinde olmak adına yedi yıl sonrasına kadar bu fonu desteklememiştir.

İkinci önemli reform ise 1948 yılında çok yasal olmayarak fakat sözü geçen bir kuruluş olan Ulusal Sağlık Kurulu'nun (şimdiki ismi Ulusal Sağlık Ve Sosyal Yardım Kurulu) raporu sonucunda gerçekleştirilmiştir. Bu rapor birincil sağlık örgütünün belediyeler tarafından sağlanmasını teklif eden ve geleceğe yönelik uygulamaları olan bir rapordur ve aslında belediye sağlık birimi uygulamasına 1973'te Birincil Bakım Yasasından sonra geçilmiştir.

1970 yılı ise Yedi Kron Reformunun tamamlanmasıyla geçti. Bu uzlaşma sayesinde dışardan gelen hastaların bakımı için, bütün hekimler herkesten sabit bir ücret almayı kabul etti. Bu sabit ücret 7 İsveç Kronu, yaklaşık olarak 2 ABD Dolarıdır. Bunun önemi, bir kere daha, hizmetin ulaştırılmasında halk kontrolünün sağlanmasının ne kadar etkili olduğunun ortaya çıkarılmasıyla anlaşıldı.

1982 Sağlık Hizmeti Yasası sağlık sektörü için yürürlüğe koyulan eski yasaları ve çıkmakta olan yasaları birleştirip bir çatı altında topladı. Sağlanan diğer sağlık hizmetlerinin yanı sıra, bu kanunlar, ilçe yönetimlerinin gerekli sağlık hizmetlerini sağlama hususundaki sorumluluklarını tüm hane halkı için (sadece kendi vatandaşları için değil) yasalastırılmış oldu ve ilçelerin bireylere, ister aynı ilçe içinde oturuyor olsunlar ister ilçe sınırları dışında ikamet ediyor olsunlar, aynı koşullar altında sağlık hizmeti sunmasını zorunlu hale getirdi. Buna ek olarak, 1983 yılındaki Dagmar Yasası (1985 yılına kadar üç yıl içinde tamamlandı) ulusal sağlık sigortası gelirlerini, ne kadar kullanıldığına bakılmaksızın, doğrudan ilçe yönetimlerine transfer edilmesini sağladı (17/10,11).

Eğer 1980'li yılların başlarında gelirler ve hizmetler üzerindeki kamu (merkezi idare) kontrolü bu kadar yüksek olmasaydı; 1980'lerin sonlarına kadar daha hızlı aşama kaydedilebilirdi. Söz konusu dönemde hizmet yönetimi klasik katı bürokratik model ile sağlanmıştır. Bir çok yönetsel işlem sağlık personelleri ve yöneticileri göz önüne alınarak yapılmıştır ve hizmet sunulan kesimin yani hastaların ihtiyaçları göz ardı edilmiştir. Sermaye malları ve tesislerin kullanımında verimlilikten uzaklaşmıştır.

1988 yılı Ocak ayında Stockholm Eyaleti yeni bir dizi planlı piyasa modelleri başlatmıştır. Modeller hastanın sağlık hizmet sunucusunu seçmesi, eyalet meclisleri yönetsel organlarının rekabeti özendirici tedbirler alması gibi piyasa mekanizmasının kullanıldığı metotlar olmuştur. Ancak sistem vergi esaslı ve rekabetin yapılmadığı, kamusal alanın hizmet sunduğu bir yapı olarak kalmaya devam etmiştir.

Özelleştirme çabaları sonuç vermemiş ve 2000 yılı ekim ayındaki bir kanunla kamu hastahanelerinin özelleştirilmesi yasaklanmıştır.

1990-1995 aralığında finansal etkililik ve maliyet indirimi içerikli politikalar uygulanmış ve bütçe açıklarının kapatmak için personel azaltımına gidilmiştir (17/12,13).

1992 yılında uzun dönem bakım hizmetlerinin bütün sorumluluğu Eyalet Meclislerinden belediyelere devredilmiştir. ADEL reformları olarak bilinen bu reformlar uzun dönem bakım, evde bakım, yemek ve taşıma hizmetlerinin özel sektöre ihale edilmesiyle, özel sektör hizmet sağlayıcılarında genişlemeye yol açmıştır. Bakımevleri toplam yatak sayısı 1992 yılında bu yana azalmıştır. 1992 yılında 32,000 bakımevi yatağı mevcut iken ADEL reformlarından sonra bu yataklar sosyal hizmet sektörüne ve belediyelere devredilmiştir. Yatakların çok az bir kısmı özel sektör ve kâr amaçsız yardım kurumlarına devredilmiştir (19/6).

Uzun vadede değerlendirildiğinde, İsveç'in şu andaki sağlık hizmetleriyle 1980lerin ortalarındaki sağlık hizmetlerini karşılaştırılırsa harcamaların sağlık sektöründeki harcamalarının artması, sektörün geliştiğini göstermektedir (17/15).

A. ERDAL

SARGUTIMIN

### III. İSVEÇ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 2: İsveç Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri**

Gösterge	İsveç	Türkiye
Toplam Nüfus , (2003)	8,876,000	71,325,000
1993'den 2003 kadar Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%)	0,2	1,6
Bağımlı Nüfus Oranı (%), (2002)	54	56
60 Yaş Üzeri Nüfus (%), (2002)	23,2	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, (2002)	1,6	2,4
Ortalama Yaşam Süresi (yıl), (2003)	81	70
5 Yaş Altı Erkek Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	5	40
5 Yaş Altı Kız Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	3	38
15-59 Yaş Arası Erkek Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	79	176
15-59 Yaş Arası Kadın Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	50	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	71,9	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	74,8	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH, (2002)	27,271	6,448
Gayri Safi Millî Hâsıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	9,2	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamaları Payı (%) (2002)	85,3	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamaları Payı (%) (2002)	14,7	34,2

**Kaynak:** (11) WHO (2006), Country Health Indicators Sweden, s:1-3  
(12) WHO (2006), Country Health Indicators Turkey, s:1-3

İsveç sağlık kurumlarını yerel otoriteler aracılığıyla işleterek sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. Gelişmiş refah yönelimli ülkeler arasında yer alması ve Gayri Safi Millî Hâsılasının yüksekliği, sağlık sistemini de olumlu etkilemiştir. Ülkenin tarihten gelen bir sigorta geleneği ve yapısı vardır.

İsveç sağlık sistemi bölgesel tabanlıdır ve kamu tarafından işletilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir.

Ulusal düzeyde sağlık sisteminin işletilmesi Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın sorumluluğu altındadır. Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı, Sosyal İlişkilerden sorumlu bir bakan, Toplum Sağlığı Ve Sosyal Hizmetlerden sorumlu bir bakan, Sağlık Ve Yaşlı Hizmetlerden sorumlu bir bakandan oluşmaktadır. Bu bakanlardan biri olan Sosyal İlişkiler Bakanı aynı zamanda Sağlık Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığını yapmaktadır.

İsveç'te sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yerel yönetimler en önemli yere sahiptir. İsveç'te eyalet meclisleri tarafından toplanan genel vergiler sağlık hizmetleri finansmanını büyük ölçüde karşılar.

Bölgesel düzeyde Eyalet Meclisleri birincil bakımdan hastahane hizmetlerine, toplum sağlığı hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kadar bütün sağlık hizmeti sunumu yapmakla sorumludur. Ülkede 21 Eyalet Meclisi bulunmaktadır.

İsveç sağlık sisteminin karakteristik özelliği desentralize olmasıdır. Sağlık hizmetleri sağlama sorumluluğu 21 coğrafi bölgedeki yerel politikacılar ve yöneticiler tarafından üstlenilmiştir. Genel politik kararlar ulusal düzeyde alınır fakat bu politikanın uygulanması ve sağlıkla ilgili hizmetlerin çoğunun ve tedavi hizmetlerinin hemen tümünün yönetiminden il meclisi sorumludur.

Yerel düzeyde Belediyeler çocuk bakımı, okul sağlık hizmetleri, yaşlıların ve sakatların bakımı ile uzun süreli psikiyatrik hasta bakımını içeren sosyal hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. Bunun yanı sıra ev hemşireliği ve evde bakım hizmetlerini de yerine getirmektedirler.

Türkiye'de daha çok merkezci bir yönetim sistemi mevcuttur. Planlar, politikalar ve uygulamalar merkezi yönetim tarafından belirlenir ve yürütülür. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin başında Sağlık Bakanlığı bulunur. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi ile ilgili faaliyetler merkezi idare tarafından yerine getirilir.

Türkiye'de sağlık hizmeti kamu kuruluşları, yerel yönetimler, özerk kurumlar, özel girişimler ve insani yardım kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarının %50'i Sağlık Bakanlığı geriye kalan kısmı büyük ölçüde Türk Silahlı Kuvvetleri ve Üniversite hastahanesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta tedavi hizmetleri esas itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimler ile belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenehaneler vasıtasıyla ülke genelinde verilmektedir.

İsveç sağlık sistemi temel koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine öncelik verir. Toplam sağlık harcamalarının %22'lik kısmı birincil sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır.

Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan pay çok azdır. Uygulanan politikalar tedavi edici sağlık hizmetleri ihtiyacını ve harcamalarını azaltan bir seyir izlememektedir.

İsveç sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanı büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık kurumlarının büyük kısmı kamu tarafından yerel yönetimlerce işletilmektedir. Çoğu Eyalet Meclisi, bölge düzeyindeki finansal sorumluluklarını genel bütçe aracılığıyla yerelleştirmiştir. Birincil sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle genel bütçeden yapılmaktadır.

Özel sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmetinin sunumundaki payı düşüktür. Özel hizmet sunucuları daha çok sağlık merkezleri gibi birincil sağlık hizmeti kuruluşları olarak örgütlenmişlerdir. Özel sağlık hizmeti sunucuları kamu bütçesinden finanse edilmektedir. Ancak bazı hastahaneler de özel sektörün idaresi altındadır. Özel hizmet sunucuları toplam sağlık harcamalarının %10'unu almaktadırlar.

İsveç'te gönüllü sigortalar ise çok sınırlıdır ve sadece tamamlayıcı (seçimlik) kapsam sağlamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunun finansmanı büyük ölçüde devlet tarafından karşılanmaktadır. Vergiler ile oluşturulan devlet bütçesinden Sağlık ve Savunma Bakanlıklarına, üniversitelere, hastahanelere finansman sağlanır. Döner sermayeden gittikçe büyüyen oranda sağlanan finansman sağlık hizmetlerinin sunum harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Geriye kalan kısım ise özel muayenehaneler, poliklinik ve klinikler ile ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri ve satıcıları tarafından karşılanmaktadır. Tıbbi görünümleme ve laboratuvar merkezlerinin de katkıları vardır.

İsveç'te sağlık hizmetleri talebinin finansmanı işverenlerin zorunlu katkılarından ve kaynaktan sağlanan gelirlerden oluşan bireysel sosyal sigorta katkılarından, bireylerin ödedikleri katılım payları ile finanse edilen sosyal sağlık sigortası tarafından ve kişilerin doğrudan yaptıkları ödemeler yoluyla sağlanmaktadır. İsveç sağlık sistemi sosyal sağlık sigortası primleri ve kişilerin doğrudan ödemelerinin de finansmana katkıda bulunduğu Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipine sahiptir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanı büyük ölçüde doğrudan kişisel ödemeler (özel muayene ve ilaç vb.) ve dolaylı kişisel ödemeler (sigorta primi, katılım payı vb.) yoluyla sağlanmaktadır. Bağımsız çalışanların, çalışanların ve varsa işverenlerinin yaptıkları dolaylı ödemeler (primler) yolu ile finanse edilen sağlık sigortaları, doğrudan kişisel ödemeler ve gönüllü sağlık sigortaları, talep finansmanının çok büyük bir kısmı karşılamaktadır. Halen çalışmakta olan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının kişisel sağlık hizmeti talebi harcamaları ise bütçeden karşılanmaktadır. Ayrıca geliri olmayan ve sosyal yardıma muhtaç kişiler için kurulmuş olan Yeşil Kart sistemi de kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Bütün bu özellikler dikkate alındığında Türkiye'de ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sisteminin varlığı ortaya çıkmaktadır.

Gayri Safi Milli Hâsıladan kişilerin aldığı pay bakımından İsveç Türkiye'nin yaklaşık beş katı daha yüksektir. Gayri Safi Milli Hâsıla içerisindeki sağlık harcamalarının yüzdesi bakımından İsveç Türkiye'den yaklaşık %50 daha fazla harcama yapmaktadır.

Sağlık harcamalarının kamu ve özel harcamalar bakımından dağılımında harcamaların %85'inin kamu sektörü tarafından yapıldığı görülmektedir. Bu oran Türkiye için kamu %35, sosyal güvence kuruluşları %35 civarındadır.

İsveç'in nüfus yoğunluğu az olmasına rağmen sağlık hizmetleri yönetiminin desantralize edilmiş olması ve evde bakım hizmetlerinin oldukça yaygın olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği iyidir.

Türkiye'de ise nüfus yoğunluğu İsveç'e göre oldukça yüksektir. Fakat doğusu ile batısı arasında büyük farklılıklar göstermesi, sağlık hizmetlerine ulaşılmasında ve kullanılmasında aksaklıklar meydana getirmektedir. Türkiye'de genel ve özel dal hastahanelerinin genellikle Orta ve Batı Anadolu'da bulunması, ülkenin, çetin tabiat şartlarına da sahip olan doğu kesiminde sağlık hizmetlerinin kullanılmasını ve ulaşılabilirliğini azaltmaktadır.

Sağlık göstergeleri bakımından İsveç Türkiye'den daha iyi bir seviyededir.

A. ERDAL

SARGUTAN



## KAYNAKLAR

1. Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (2005) İsveç Ülke Bülteni 2005, [www.deik.org.tr/ulkebulteni.asp](http://www.deik.org.tr/ulkebulteni.asp)
2. Ana Yayıncılık (1993) AnaBritannica Temel Britanica Temel Eğitim ve Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul
3. Ministry of Health and Social Affairs (2005) Health and Medical Care in Sweden <http://www.swedan.gov.se/content/1/c6/05/05/67.pdf> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. OECD (2005) OECD Health Data 2005, [www.oecd.org/data\\_oecd/15/25/34970222.pdf](http://www.oecd.org/data_oecd/15/25/34970222.pdf)
5. Ministry of Health and Social Affairs (2005) Social Insurance in Sweden <http://www.swedan.gov.se/content/1/c6/05/23/03/26fa2b21.pdf> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Swedish National Institute of Public Health (2005) Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health, [www.fhi.se/templates/page571.aspx](http://www.fhi.se/templates/page571.aspx)
7. Ministry of Health and Social Affairs (2005) Social Insurance in Sweden, [http://www.sweden.se/templates/cs/print\\_basic\\_fact\\_sheet.aspx](http://www.sweden.se/templates/cs/print_basic_fact_sheet.aspx) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
8. The National Board of Health and Welfare (2003) Social Services in Sweden an overview 2003, <http://www.sos.se/fulltext/111/2003-111-1/summary.htm> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Ministry of Health and Social Affairs (2005) This is the Ministry of Health and Social Affairs, <http://www.swedan.gov.se/sb/d/574>
10. WHO (2005) Snapshots of Health Systems Sweden, <http://www.euro.who.int/Document/E85400.pdf>
11. WHO (2006) Country Health Indicators Sweden, <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=swe>
12. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
13. World Bank (2003) Health Care Insurance: The International Experience [http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/Health\\_Care\\_Insurance\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/Health_Care_Insurance_Eng.pdf)
14. WHO (2005) Health Care System in Transition HIT Summary <http://www.euro.who.int/Document/obs/swesum.pdf>

15. NHS Health Scotland (2005) Sweden Profile,  
<http://www.phis.org.uk/pdf.pl?file=pdf/22%20profile%20Sweden.pdf>
16. Sweden Social Insurance Administration (2005) Social Insurance,  
<http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/engelska.pdf>
17. Saltman, R.B. (2001), Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective, London School of Economics,  
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/EHPGFILES/OCT2001/paper2oct01.pdf>
18. Ministry of Health and Social Affairs (2005) The Health Care System in Sweden,  
<http://www.sweden/se/templates/cs/>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
19. Lethbridge, J. (2005) Changing Care Policies in Europe, Public Services International Research Unit (PSIRU), London  
[http://www.epsu.org/IMG/pdf/EN\\_Changing\\_care\\_policies\\_in\\_Europe1.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/EN_Changing_care_policies_in_Europe1.pdf)

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN