

İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mesut BÜYÜKYILMAZ

Cuma KÖYSÜREN

Serkan HATİPOĞLU

Tahsin ÇAKIR

Mehmet ÖZTÜRK

A. ERDAL SARGUTAN

İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1384
I. ÜLKE TANITIMI	1387
I.1. Coğrafi Yapı	1387
I.2. İklim, Bitki Örtüsü Ve Yaban Hayat	1387
I.3. Ülkenin Tarihçesi	1388
I.4. İdari Yapı	1389
I.5. Ekonomik Yapı Ve Sanayi	1390
I.6. Nüfus Ve Kültürel Yaşam	1391
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1392
II.1. Genel Bakış	1392
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	1393
II.3. Sağlık Sisteminin Yönetim Yapısı	1395
II.3.1. Federal Hükümet	1395
II.3.2. Kantonlar	1395
II.3.3. Belediyeler	1395
II.3.4. Diğer Kurumlar	1396
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1398
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1399
II.4.1.1. Dış Sağlık Hizmetleri	1400
II.4.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri	1400
II.4.2.1. Ruh Sağlığı Hizmetleri	1401
II.4.3. Eczacılık Sektörü	1402
II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı	1402
II.6. Sağlık Sigortası Sistemi	1406
II.6.1. Zorunlu Temel Sosyal Güvenlik Sigortası	1406
II.6.2. Destekleyici Sigortalar	1408
II.6.3. Hastalık, Yaşlılık Ve Sakatlık Sigortası	1409
II.7. Sağlık Sistemi İnsan Kaynakları Ve Eğitim	1409
II.8. İsviçre Kızılhacı	1410
II.9. Sağlık Sistemine Yönelik Eleştiriler	1411
II. İSVİÇRE VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1413
KAYNAKLAR	1415

ÖZET

İsviçre, ekonomik olarak çok gelişmiş bir ülke olup, sağlık sistemi de buna paralel olarak dünyanın en iyi sistemlerinden birisidir. İsviçre'nin, özel sektör ve federalizmle karakterize edilmiş çok gelişmiş bir sağlık sistemi vardır. Ortalama yaşam beklentisi, Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler arasında en yüksek, bebek ölümleri en düşük olanlarındandır. Ancak, OECD istatistiklerine göre, dünyadaki en pahalı üçüncü sağlık sistemini yürütmektedir..

Ülke boyutunda sağlık hizmeti görevleri İçişleri Bakanlığına bağlı olan Federal Kamu Sağlığı Bürosu ve Federal Sosyal Sigorta Ofisi aracılığıyla verilmektedir. Devlet asıl olarak, sadece özel girişimler başarısızlığa uğradığında müdahale eder.

İsviçre'nin tek bir ulusal sağlık bakanlığı ve sağlık sistemi yoktur, bunun yerine 26 kantona karşılık gelen 26 mini sağlık sistemine sahiptir. Bu nedenle sistem, merkezîyetçi olmaktan çok uzaktır.

Sağlık hizmetini kantonlar verirler. Her kantonun sağlıkla ilgili kendi yönetimi vardır. Kantonlar arası planlama ve koordinasyonu sağlayan bir Kantonal Yöneticiler Kongresi bulunmaktadır.

Ayakta bakım hizmetleri çoğunlukla uzman hekimler ve genel pratisyenler tarafından özel sektör uygulamaları şeklinde verilir. Okullarda, sağlık hizmetlerini kantonlar ve yerel idareler sunarlar. Dış sağlığı ile ilgili hizmetler prensipte özel dış hekimleri ya da kamuya ait dış kliniklerinde verilir.

Hastahaneler, kamu idareleri ve özel idareler tarafından çalıştırılır. Bu özel kuruluşlar, kâr amacı gütmeyen ya da kâr amaçlı kuruluşlar olabilir. Temel sigorta sistemi kapsamında hastalar, kendi kantonları içerisinde kamu ya da özel hastahaneler arasında tercih yapabilirler. Oldukça karmaşık ve yüksek uzmanlık gerektiren tedaviler üniversite hastahanelerinde, bazı büyük kanton hastahaneleri ve bazı özel kliniklerde yapılmaktadır..

İsviçre'de toplumun %97'si ayakta tedavi ve hastahane hizmetlerini içeren sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı doğrudan, kişisel ödemeler, sigorta primleri ve hazine gelirleriyle karşılanır.

Ülkede uygulanmakta olan üç tip sigorta sistemi vardır. Bunlar zorunlu temel sosyal sigorta, isteğe bağlı destekleyici sigorta ile hastalık, yaşlılık ve kaza sigortasıdır. Bu sigortalardan zorunlu temel sosyal sigortanın kapsamı lüks sayılabilecek düzeydedir. Sigorta primleri Federal Hükümet tarafından belirlenir ve sabit olmayıp gelir düzeyine bağlıdır.

İsviçrenin kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık 3.400 ABD dolarıdır. Toplam sağlık harcamalarının %55 kadarı kamu tarafından karşılanmış olup, özel kesim harcamaları %45 civarındadır. İsviçre sağlık harcamaları Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır.

İsviçre'de doktor sayısı AB ortalamasına yakındır. Ancak bu sayının İsviçre için çok olduğu belirtilmektedir. Eczacı ve diş hekimleri sayısında kaynak fazlası problemi yoktur. İsviçre Kızılhaç'ı yardımcı sağlık personelinin eğitiminde görev alır.

İsviçre'de ilaçların yaklaşık %62'si eczahaneler yoluyla satılmaktadır. İlaç sanayi gelişmiş durumdadır ve yurtdışına oldukça yüksek oranlarda ilaç satışları yapılmaktadır

İsviçre, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri arasındadır.

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: İsviçre Konfederasyonu (9/100)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 41.286,6 km ²
NÜFUS	: 7.261.200 (10/3, 21)
BAŞKENTİ	: Bern
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Zürih, Cenevre, Basel.
PARA BİRİMİ	: İsviçre Frankı (10/100,101)

I.I. Coğrafi Yapı

Avrupa'nın orta kesiminde, dört yanı karayla çevrili federal devlettir. Batıda Fransa, kuzeyde AFC, doğuda Avusturya ve Liçtenstein Prensiği, güney doğrultusunda 225 km, batı-doğu doğrultusunda 390 km boyunca uzanır (9/100).

İsviçre başlıca üç coğrafi bölgeye ayrılır: Jura, Alpler ve Mittelland (Orta Bölge). Ülkenin yaklaşık yüzde 10'unu kaplayan Jura (Keltçede "orman ") bölgesi, engebeli dağlardan oluşur. Genel Alp kıvrılmasının etkisini yansıtan Jura sırtları, vadilerden daha çok yağış aldığı halde burada orman daha seyrek. St. İmier Vadisi ile Doubs Irmağı arasındaki dağlar açılma sonucunda aşınmışlardır. Fransa'ya kadar uzanan plato Franches Dağları adıyla anılır.

İsviçre'nin en yüksek noktası Dufour Spitze'yle (4.634 m) Matter Doruğu (4.478 m) Alpler üzerinde, güzel manzarasıyla özellikle ünlü olan Valais kantonundadır. Alpler'in Avrupa'nın su bölümü çizgisini oluşturduğu, en çok İsviçre'nin bu kesiminde belirgindir. Buradan Rhone Irmağı batıya, Ren Irmağı doğuya, Ticino Irmağı güneye, Reuss Irmağı ise kuzeye yönelir. 1225'te Schöllenen Boğazında yapılan bir köprünün ardından açılan Gotthard Yolu Alpler'de kuzey-güney yöndeki ilk ve en kısa geçittir.

Jura bölgesiyle Alpler'in gövdesi arasındaki dağlık Mittelland ülkenin yüzde 30'unu kaplar. İki dağ sırasının yanı sıra İsviçre'nin en büyük iki gölü, batıda Cenevre (Léman) doğuda Konstanz (Bodensee) gölleri bu bölgeyi kuşatır. Nüfusun büyük çoğunluğunun yaşadığı Mittelland ülkenin ekonomik yaşamının da temelidir (9/100).

I.2. İklim, Bitki Örtüsü Ve Yaban Hayat

Avrupa'ya özgü bütün iklim kuşakları İsviçre dağlarında buluşur: Batıda Gulf Stream'in etkisindeki Atlantik iklimi, doğuda Doğu Avrupa'nın kara iklimi, güneyde Akdeniz iklimi, kuzeyde Orta Avrupa'nın siklonal iklimi etkilidir. Ülkeye batıdan esen rüzgarlar egemendir. Vadilerde, Cenevre'ye özgü kuzeydoğu rüzgarı bise (karayel) gibi şiddetli rüzgarlar da görülür. Yağış miktarı genellikle yükseklikle doğru orantılı olarak artar. Bu nedenle yakın yerler arasında bile büyük yağış farkları görülebilir.

Örneği 654 m yükseklikteki Sankt Gallen'de yıllık ortalama yağış miktarı 1.318 mm'yi geçer. İç kesimlerdeki dağlarda hemen hiç yağış almayan çukur bölgelerde vardır. Bunların en ünlüsü Rhone Vadisidir.

Davos (1.560 m) ve Arosa (1.852 m) gibi yüksek kentlerdeki alçak basınçlı ve olağan üstü kuru hava, güneş ışınlarının daha geniş bir tayfa yayılmasını sağlar ve böylece verem tedavisine elverişli bir iklim yaratır. Öte yandan Orta Avrupa'ya ve Alpler' egemen olan istikrarlı yüksek basınç koşulları kış aylarında kalın ve gri sis tabakalarıyla kaplı soğuk hava kütlelerinin oluşmasına yol açar. Bu nedenle kuzeydeki Alp vadileri, Jura Dağlarının havzaları, Mittelland'ın alçak kesimlerindeki köy ve kasabalar günlerce, hatta haftalarca sis altında kalırken, yüksek kent ve kasabalarda hava pırıl pırıl ve ılıktır. Yükseklikle birlikte sıcaklığın artması İsviçre dağlarındaki sanatoryumların kışın bile dolu olmasının başlıca nedenidir. Alpler'deki kantonlarda, 8 bini şubat-nisan arasında olmak üzere her yıl 10 bin çığ olayı görülür.

İsviçre'nin bitki örtüsü Avrupa'nın dört iklim bölgesinin özelliklerini birleştirir: Batıda Atlas Okyanusu kıyılarının meşe ve kayın ağaçları, doğuda gürgen ve melez ağaçları, kuzeyde alt-Alp bölgesinin lağın ağaçları ve güneyde kestane koruları görülür. Rosa Dağı bölgesindeki Alp tipi çayınlar 3.758 m yüksekliğe kadar çıkar. Alpler'deki tahıl alanları yakın geçmişte değin 2.042 m'deki Zermatt'tan daha yükseğe uzanıyordu. Orta Avrupa'nın en yüksekte yer alan bağıları bugün de Valais'deki Visperterminen yakınındadır (1.188 m)

İsviçre'nin hayvan varlığı ağırlıklı olarak Alpler'e özgü niteliktedir. Avrupa'nın güney ve orta kuzey kesimlerine özgü türler de görülür. Kısa süren av mevsimi dışında hayvan varlığı yasaıyla koruma altına alınmıştır. Alpler'de kar sınırı yakınında yaşayan marmot, elik ve İsviçre Alpleri'nde soyu tükenmek üzereyken yeniden çoğaltılmış bulunan Alp dağkeçisi gibi türlerin yanı sıra tavşan, tilki, porsuk, sincap ve çok çeşitli kuşlar, ayrıca göl ve ırmak alabalıkları İsviçre'nin yabanil hayvan varlığı içinde önemli yer tutar (9/100).

1.3. Ülkenin Tarihçesi

İlkçağ ve ortaçağda, Hıristiyanlık öncesinde İsviçre'de, avcılarının, balıkçıların, tarımla uğraşan köylülerin ve silahlı savaşçıların dağınık ve geçici yerleşmeleri vardı. La Tène (Demir Çağı) uygarlığından sonra bölgeye gelen Kelt nüfusu giderek arttı.

13. Yüzyıl başlarında Sankt Gotthard Geçidinin açılması kuzey-güney doğrultusundaki İtalya yolunun önemini artırdı. Yolun üzerinde bağımsız bir yaşam süren Uri, Schwyz ve Unterwalden'deki (Obwalden ve Nidwalden) köylü toplulukları böylece ağırlık kazandı. Bu topluluklar Kutsal Roma-Germen imparatoruna bağlılık karşılığında bazı ayrıcalıklar elde ettiler. 1273'te Habsburg hanedanından Alman kralı olan Rudolf bu ayrıcalıklara son vererek İsviçre'yi denetim altına aldı. Rudolf'un 1291'de ölmesi üzerine Schwyz, Uri ve Nidwalden bölgeleri bir araya gelerek Ölümsüz Birlik'i (Ewige Bund) kurdular. Aynı yılın aralık ayında Obwalden'in de katıldığı birlik, anlaşmazlıkları birlik içinde çözmeyi ve ortak savunmayı amaçlıyordu.

Konfederasyon, yüzyıllar boyunca oldukça hareketli bir süreç geçirdi. Ülkenin tarihi içinde en önemli yeri Avusturya'nın ülkeyi tehditleri ve iç karışıklıklar tutar. 1792'den 1798'e kadar Avrupa'da İsviçre'nin bağımsızlığına saygı gösterildi. 1792'de ülke Fransızların işgaline uğradı ve ülke 1815'te tekrar bağımsızlığını kazandı, yeni bir anayasa hazırlandı.

19. Yüzyılda her yerde olduğu gibi İsviçre'de de işçi sınıfı yönetimde etkili oldu. 1838'ten sonra kötü çalışma koşullarına karşı çıkmaya çalışan sendikalar kuruldu. 1890'da Ticino'da siyasal bir devrime yol açabilecek nitelikteki uzlaşmazlıklar federal müdahaleyle önlendi.

I. Dünya Savaşı, tarafsızlığını ve bağımsızlığını korumaya kararlı İsviçre'de bazı sorunlara yol açtı. 1920'de Londra Bildirisiyle İsviçre'nin her türlü silahlı çatışmanın dışında kalması hükme bağlandı. Mayıs 1920'de merkezi Cenevre'de olmak üzere Milletler Cemiyeti kuruldu. Ülke II. Dünya Savaşı'nda da tarafsız kalabilmeyi başardı.

1945'ten sonra İsviçre halk oylamaları sonucunda refah devletinin birçok gereğini benimsedi. Birleşmiş Milletler'e üye olmaksızın bu kuruluşun birçok organında etkin görev aldı. 1971'deki federal seçimlerde kadınlara ilk kez oy hakkı tanındı. 1981'de federal bir halk oylaması ile kadınlara erkeklerin hukuksal ve ekonomik haklar bakımından eşitliği güvence altına alındı. 1980'lerde İsviçre'nin gündemindeki başlıca sorunlar çevre kirliliği, uyuşturucu kullanımı ve mültecilerle göçmen topluluklarının durumuydu (9/104-107).

I.4. İdari Yapı

İsviçre Konfederasyonu'ndaki yaklaşık 3 bin bucağın (Gemeinde) büyüklükleri çok farklıdır. Örneğin Bagnes'in yüzölçümü 285 km², Rivaz'ın yüzölçümü ise 0,3 km²'dir. Yirmi kanton ve 6 yarı-kanton (yarı-kantonlar, (Halbkanton) işlevsel bakımdan tam anlamıyla birer kantondur) gibi bucaklar da büyük ölçüde özektir.

İsviçre Konfederasyonu'nun temel yasaları, 1848'de benimsendikten sonra 1874'te yeniden düzenlenen Federal Anayasa'ya dayanır. Federal hükümet iç ve dış güvenlik, ulaşım, ormancılık, su kaynaklarının korunması, dış politika, gümrük, posta, tel, fon, telgraf ve para sisteminin yanı sıra, yaygın sosyal sigorta programı ile askerî örgütlenmeyi denetler. Ayrıca ekonomiyi yönlendirir, ceza hukuku ve medeni hukuk alanlarında tüm ülkede aynı yargı sisteminin işlemlerini sağlar.

• Konfederasyonun örgütsel birimleri kantonlar, Federal Meclis, Federal Konsey ve Federal Yüksek Mahkeme'dir. Yasama yetkisini kullanan Federal Meclis (Bundesversammlung) nispi temsil sistemiyle seçilmiş 200 üyeli Ulusal Konsey ile her kantonun iki, her yarı-kantonun ise bir temsilcisinin bulunduğu 46 üyeli Kantonlar Konseyi'nden (Staderat) oluşur. Yürütme organı Federal Konsey (Bundesrat) yedi üyeli bir kuruldur ve başkanlık dönüşümlü olarak yürütülür. En üst yargı organı Lozan'daki (Vaud) Federal Yüksek Mahkeme'dir. 1912 tarihli İsviçre Medeni Kanunu, Türkiye gibi pek çok ülkenin medeni hukukuna örnek olmuştur. Sıkıyönetim, genel seferberlik ya da savaş koşulları dışında ölüm cezası 1937'de kaldırılmıştır.

Ülkenin başlıca siyasal partileri İsviçre Sosyal Demokrat Partisi (SPS), Radikal Demokrat Parti (FDP), İsviçre Hıristiyan Demokrat Halk Partisi (CVP) ve İsviçre Halk Partisi'dir (SVP).

Kökleri 16. Yüzyıla değin uzanan tarafsızlık politikası dolayısıyla İsviçre'de ordunun görevi ülkenin bağımsızlığını korumakla sınırlandırılmıştır. 20-50 yaş arasındaki erkekler sekiz yıl boyunca her yıl üç haftalık askerlik eğitimi görürler. Kadınlar da Kadınlar Yedek Kuvveti'nde gönüllü olarak askerlik yapabilir. İsviçre askerleri silah ve donanımlarını evlerinde bulundurabilirler ve yıllık yükümlülüklerini sivil giysilerle yerine getirebilirler.

1874 Anayasası'na göre her kanton ve yarı-kanton eğitim alanında bağımsızdır (9/101).

I.5. Ekonomik Yapı Ve Sanayi

İsviçre ekonomisinin temelini tarıma dayalı besin endüstrisi, kimya ve ilaç endüstrisi meydana getirir. Bunun yanında hayvancılık büyük önem taşır.

İsviçre'de tarıma elverişli topraklar genellikle üstünde çalışılmayacak kadar yüksektir. Topraklarının %6'sı ekilebilmektedir. Halkın %6'sı tarımla uğraşır. Başlıca yetiştirilen önemli ürünleri patates, yavda ve mısırdır. Bağcılık gelişmiştir. Göl kıyılarında ve dağ eteklerinde meyvecilik yapılır. En çok yetiştirilen meyveleri elma, üzüm, armut, erik ve kirazdır.

İsviçre'de hayvancılık ekonomide büyük yer tutar. Topraklarının yarısı otlaklardan ve sürekli yeşeren çayırardan meydana geldiği için hayvancılık açısından çok değerli bir tabii kaynaktır. Yüksek bölgelerde keçi ve koyun yetiştirilir. Asıl hayvancılık alanında çalışmalar sığır ve inek gibi kesim ve süt hayvanları yetiştirmek için yapılır. Elde edilen süt miktarı yaklaşık 3.650.000 ton, peynir üretimi ise 129.000 tondur. Peynir sektörü dünyaca ünlüdür. Süt mamullerinden sayılan çikolatada dünya çapında söz sahibidir.

İsviçre'de sanayi kesiminde iş gücünün %40'ı çalışmaktadır. Ülkede çelik sanayi gelişmiştir. Bu amaçla dışarıdan demir filizi alır. Makine, lokomotif, türbün gibi ağır sanayi ürünleri imal edilir. Elektrikli makineler, bilimsel ve optik araç üretimi ülke sanayiinde önemli bir yer tutar. Kimya ve ilaç sanayii de çok gelişmiştir. Saatçilik ülkenin ünlü bir sanayi dalıdır. İsviçre saatleri dünyaca ünlüdür. Sanayi üretiminin %90'ı ihraç edilir.

Sanayi ürünlerinin büyük bir kısmı ihraç edilir. İhraç ettiği mallar arasında elektrikli motorlar, makine, lokomotif, türbün, dokuma ürünleri, süt mamülleri, saat, çikolata, ilaç ve kimya ürünleri gelir. İsviçre dünyanın mali hayatında önemli rol oynayan büyük bankacılık merkezidir. İsviçre halkının %10'u bankacılıkla uğraşır. İsviçre bankacılık ve sigortacılık kaynağından büyük gelir sağlar. Diğer önemli gelir kaynağını ise turizm teşkil eder. İsviçre yaz kış bütün yıl boyunca turist akınına uğrar. İthal ettiği maddelerin başında petrol gelir. Bunu diğer sanayi ham maddeleri ve besin maddeleri takip eder.

İsviçre'de 64.855 km karayolu bulunmaktadır. Bunun 1.057 km'si milletlerarası karayolu şebekesine bağlıdır.

Demiryollarının toplam uzunluğu 4.991 km'dir. Bunun dışında 830 km özel hatlar bulunmaktadır. Hava ulaşımı 1931 yılında kurulmuş olan Swissair ile sağlanır. Deniz ticâret filosu 30 gemiden meydana gelmiş olup, 294.304 gross ton yük kapasitelidir. En önemli limanı Basel'dir (11/1,2).

I.6. Nüfus Ve Kültürel Yaşam

Nüfusun büyük bir kısmı şehirlerde ve yayla bölgesinde yoğunlaşmıştır. Önemli şehirleri Bern, Züriç, Basel ve Cenevre'dir. Hala kantonlarda ve köylerde çok belirgin adet, gelenek ve dil ayrılıkları görülür. İsviçre'de resmi dil olarak dört dil kullanılır. Halkın %65'i Almanca, %18'i Fransızca, %12'si İtalyanca, %1'i Romans dillerini konuşur. Halk Hıristiyan olup, %49,4'ü Katolik, %47,8'i Protestan'dır (11/2).

İsviçre'de eğitim düzeyi çok yüksektir. Okuma-yazma oranı %100'dür. 6 ile 14 yaş arasında öğretim mecburidir. Ülkede 25 değişik eğitim sistemini kantonlar yönetimi kontrol eder. İsviçre'de 8 üniversite ve 2 teknik kolej vardır. Üniversitelerinden 7 tanesi dünyaca meşhur olup, çeşitli ülkelerden gelen talebeler bu okullarda eğitim görmektedir.

İsviçre'de halk sanatı anlatımını müzik şiir (özellikle şarkı), dans ağaç oymacılığı ve süslemecilikte bulur. Zug, Züriç ve Schaffhausen'deki katedrallerde Gotik üslup egemendir. Rönesansla birlikte İsviçreli mimarlar öteki ülkelerde büyük yapıtlar vermişlerdir. Bunlar arasında Ticino, A. Da Ponte, A. Contino, D. Fontana, C. Maderno, F. Borromini, G.B. Gilardi vb sayılabilir. 20. yüzyılda da Le Corbusier Charles mimarlık akının etkileyen uluslar arası üslubun büyük yaratıcılarından biri olmuştur.

16. Yüzyılda İsviçre'de Protestanlık genel olarak resim ve heykel sanatlarını oldukça olumsuz etkilemiştir. Buna karşın İsviçre'den Alberto Giacometti ve Paul Klee gibi büyük heykeltçi ve ressamlar da çıkmıştır. İsviçreli ünlü yazarlar arasında Jean-Jacques Rousseau, tarıncı ve eleştirmen Jacob Burckhardt, Madame de Stael, Gottfried Keller, Conrad Ferdinand Meyer, Jeremisa Gotthelf, Charles-Ferdinand Ramus'in yanı sıra Nobel ödüllü Hermann Hesse ile Carl Spitteler sayılabilir. Çağdaş oyun yazarlarında Friedrich Dürrenmatt ile Max Frisch de İsviçrelidir. Müzik alanında A. Honneger, O. Schoeck ve F. Martin uluslararası ün kazanmıştır. İsviçreli ünlü bilim adamları arasındaysa 16.Yüzyılda yaşamış Paracelsus, 17. yüzyıl boyunca matematiğe önemli katkılarda bulunan Baselli Bernoulli ailesi- matematikçi Leonard Euler, doğabilimci H.B. de Saussure, Nobel ödüllü kimyacı Alfred Werner ve psikoloji bilgini Jean Piaget sayılabilir (9/100-102,104).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Bakış

İsviçre'nin, liberalizm ve federalizmle karakterize edilmiş çok gelişmiş bir sağlık sistemi vardır. Sistemin liberal ögesi, özel teşebbüs tatmin edici sonuçlar üretmede başarısız olduğunda devletin sağlık hizmetlerini garanti etmesini kısıtlar. Bir konfederasyon olarak, ulusal yetkililer sadece anayasada belirtildiği gibi konuyla ilgili yasal düzenlemeleri yapmakla sorumludur. Bu yasal düzenlemeler de sadece sosyal güvenlik, tıbbi muayenelerin ve kalitelerinin düzenlenmesi ile bazı kamu sağlığı etkinlikleri ile sınırlıdır.

İsviçre sağlık sistemi ile ilgili olarak en fazla duyulacak cümlelerden biri de şudur: "İsviçre'de sağlık hizmetler mükemmel düzeydedir, ancak biraz pahalıdır." Gerçekten de OECD istatistiklerine göre İsviçre, ABD ve Almanya'dan sonra, dünyadaki en pahalı üçüncü sağlık sistemini yürütmektedir (1/1).

2002 yılında İsviçre'de gerçekleştirilen bir ankette, erkeklerin %88'i ve kadınların %84'ü sağlık koşullarını iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiş, sadece erkeklerin %3'ü ve kadınların %4'ü sağlık koşullarını kötü olarak belirtmiştir. Ankette varılan ilginç sonuçlardan biri de, yaş arttıkça sağlık koşullarını kötü olarak değerlendirenlerin artmasıdır (2/588).

Tablo 1: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Memnuniyeti

	15-39 yaş	40-69 yaş	70 yaş ve üstü
Kötü ya da çok kötü	%1,4	%4,1	%7,5
Orta	%6,6	%11,2	%21,9
İyi ya da mükemmel	%92,0	%84,7	%70,6

Kaynak: (2) Annuaire Statistique (2004) Vue 'densemble – Faits, évolutions, interactions, s. 589.

İsviçre sağlık sistemi oldukça karmaşıktır. Sağlık sigortası federal hükümetin sorumluluğundayken, kamu sağlığı ile ilgili konularda kantonlar rekabet içindedir. Kantonlar, sağlık hizmetlerinden, koruyucu sağlık hizmetlerinden ve kamu sağlığı düzenlemelerinden sorumludurlar. Her kantonun sağlıkla ilgili kendine özgü yasal düzenlemeleri vardır. Belediyeler genellikle yaşlı insanlarla ilgili hizmetler, sosyal yardımlar ve evde bakım hizmetlerinden sorumludurlar.

Genel hatlarıyla, sağlık sigortası planları İsviçre'de ikiye ayrılmıştır: Temel sigorta sayılan "zorunlu sigorta" ya da "sosyal sigorta" sistemi ve tamamlayıcı (destekleyici) sigorta sistemi.

1996 yılına değin, sağlık sigortası zorunlu değildi. Ancak Konfederasyon karar amacı gütmeyen hastalık fonlarına çeşitli sübvansiyonlar uygulayarak sağlık sigortasını zorunlu hale getirdi. Buna yönelik olarak Sağlık Sigortası Kanunu bu gruptaki fonlar için temel düzenlemeleri belirledi ve zorunlu sigorta kapsamı içine hangi konuların alınacağı tanımlandı.

Bu kanunla sağlık sigortası tam anlamıyla zorunlu hale getirilmiş olmasa da nüfusun %99'u sağlık sigortası içine alınmıştır (3/5).

İsviçre'de ortalama yaşam beklentisi, Avrupa'daki Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler arasında en yüksek olanıdır. Bu kısmen, erkeklerdeki mortalite oranının düşürülmesi ile gerçekleştirilmiştir (4/1).

İsviçre'de başlıca ölüm nedenleri arasında kardiyoasküler rahatsızlıklar, kanser, kazalar ve şiddet olayları gelmektedir.

1980'li yıllarda hızlı bir artış gösteren AIDS vakalarının sayısı 1994 yılından itibaren düşmeye başlamıştır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında İspanya, Portekiz ve İtalya'dan sonra İsviçre AIDS vakaları sıralamasında dördüncüdür. AIDS vakası sıklığı 1999 yılında 100.000 kişide 3,6'dır ve bu yıllık 240 AIDS vakasına karşılık gelmektedir. AIDS'e yönelik ilaçların geliştirilmesi sonucunda ölümler geciktirebilmekte, bu yüzden AIDS'ten ölüm oranları düşmektedir, ancak AIDS'li olarak yaşayanların sayısı artmaktadır (4/14,15).

II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

İsviçre çok gelişmiş bir sağlık sistemine sahiptir. Tüm sistem İkinci Dünya Savaşı sonrası kitlesel olarak büyüme içine girmiştir. Yataklı tedavi hizmetleri kantonlar tarafından geliştirilmiş ve bu gelişme esnasında bir kurumlar arasında bir koordinasyon sağlanamamıştır. Uzun süre boyunca sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli alanlarda kapasite fazlası oluşmuş, 1990'ların başında da kapasitenin sınırlandırılması ve sağlık hizmetlerinin ulusal temelde eşgüdümü için hatırı sayılır çabalar sarf edildi.

1970'lerin başına değin, bazı sağlık personeline yetersizlikler vardı. Bu yetersizlikler özellikle diş hekimleri ve hastahane tabanlı doktorlardaydı. Bazı kırsal alanlarda da sağlık hizmetleri yetersizdi. Bu yetersizlikler artık yoktur ve bugün doktor sayısının gerekenden fazla olduğu söylenmektedir.

20. Yüzyılın ilk yarısında, kantonların ve İsviçre Konfederasyonu'nun sağlık politikası temel olarak tüm nüfus düzeyinde sağlığın korunmasına yöneliktir. Bu nüfus tabanlı yaklaşım, ekonomik açıdan düşük seviyede giderler ve yüksek düzeyde salgın hastalıkların olduğu bir ortamda geçerliydi. İkinci Dünya Savaşı sonrası, artan talepler doğrultusunda bireysel düzeyde tedavi edici hizmetlere yönelinmiştir. 1960'ların sonunda, sağlık harcamalarındaki artış, uzmanların tedaviye yönelik sistemi ilk defa sorgulamasına yol açtı. Yeni yaklaşımlar üzerindeki tartışmalar, bireylere dayalı olarak hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi kavramları üzerine yoğunlaştı. Sistemi değiştirmek için gösterilen yoğun çabalara rağmen, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bazıları aynen kaldı ve koordinasyon eksikliği devam etti.

Kurumsal düzeyde, kantonlar ve belediyeler sağlık ve refahla doğrudan sorumludur. 1848 yılında İsviçre Konfederasyonu'nun kuruluş aşamasında ulusal hükümetin bu konularda uygulamada kanuni gücü yoktu. Bu durum aşamalı olarak değişmiştir. 1877 yılında doktorların, eczacıların ve veterinerlerin yeterlilik sınavları tüm İsviçre'de standart hale getirildi.

1886 yılında salgın hastalıklarla mücadele konusunda federal bir yasa çıkarıldı. 19. Yüzyılın sonlarında, federal hükümet yiyecek ve tüketici güvenliği konusunda anayasal bir düzenleme getirdi ve bu düzenleme 1909 yılında kanun olarak uygulamaya konuldu. Narkotik maddeler hakkında bir kanun 1925 yılında, tüberkülozla ilgili bir kanun da 1928 yılında yürürlüğe girdi. Federal hükümet 1931 yılından beri serum ve aşılardan sorumludur. Zehirleyici maddelerin ticareti ile ilgili federal kanun da 1972 yılında uygulamaya sokulmuştur.

1890 yılında federal hükümete hastalık ve kaza sigortası konularında kanun çıkarma yetkisi tanındı. İsviçre'de bir sağlık sigortası sisteminin kurulmasına yönelik ilk uygulamalar ilk defa 1899 yılında sağlık ve kaza sigortası kanunlarının hazırlanması ile başlayabildi. Sağlık sigortası kanunu, Federal Sosyal Güvenlik Ofisi ile birlikte çalışıp Federal Hükümetten mali destek alacak ve kendine ait kurullarla işleyecek sigorta kurumlarının kurulmasını gerektirdi. Bu kanunlara ayakta tedavi hizmetleri, ilaçlar ve sınırlı süre hastaharede kalış gibi belirli bir hizmet paketinin sunulması da eklendi. Ayrıca kişilere bir dereceye kadar sigorta kurumlarını değiştirebilme olanağı da tanındı. Kişiler kurumları değiştirme hakkına sadece kanunda belirtilen ikametgah değişikliği ve iş değişikliği gibi durumlarda sahipti. Ayrıca kadınlar ve erkekler arasında prim oranları konusunda %10'luk bir fark tanındı. Sigorta kurumlarının kar etmeleri de kanunla yasaklandı. Sigorta kuruluşları, sigortalı kişi sayısına göre Federal Hükümet tarafından mali açıdan desteklendi. Kanun, sigortanın zorunlu olup olmamasını kantonlara bıraktı. Kuruluşların mali durumları hizmet taleplerine yönelik olarak yapılan yanlış hesaplamalar sonucunda hızla kötüleşti.

Sistemi ayakta tutmak için çeşitli girişimlerde bulunuldu, ancak bu girişimlerin tümü referandumlar sonucu başarısız oldu, 1958'den itibaren de sağlık sigorta sistemindeki kısmi reformlarla sınırlı kaldı. Parça parça yapılan reformlar 1964 yılında tamamlandı ve sigorta kuruluşlarının mali açıdan ilk ilerlemeleri sağlandı. Reformlar, kuruluşlara hükümetin destek ödemelerinin yaş ve cinsiyet gruplarına göre yapılması, yasal sağlık sigorta sistemine zorunlu kullanıcı primlerinin getirilmesi gibi konuları içeriyordu. Kuruluşlara ödenen primlerin miktarları kuruluşların giderlerine göre hesaplandı ve toplam sağlık harcamalarında bir önceki yıla oranla %30 artış oldu. 1911 yılında başlayan ve 1964 yılındaki kısmi reformlara kadar devam eden mali problemler herhangi bir iflasla sonuçlanmadı, ancak sigorta kuruluşlarının sayısı oldukça azaldı.

Sistemin yeniden reformdan geçirilmesi konusu, tekrar ortaya çıktı. Bu zamanda tartışmaya hakim olan tema, sağlık sistemi harcamalarındaki yüksek artışı. Reform için iki girişim oldu, ancak her ikisi de 1974 ve 1987 yıllarındaki referandumlarla reddedildi. Bunun en önemli nedeni, doğum sigortası ve zorunlu sigorta konularında karmaşık ve karışık mali sistemler, referandumda reddedilişe neden oldu. Gözden geçirilmiş sağlık sigortası kanunu parlamentodan 18 Mart 1994'te geçti ve 4 Aralık 1994 tarihinde referandumla onaylandı, 1 Ocak 1996'da da uygulamaya konuldu. Böylece iki temel hedefe ulaşıldı, bireysellik ve maliyetlerin kontrolü güçlendirildi (5/5-7).

II.3. Sağlık Sisteminin Yönetim Yapısı

İsviçre'de politik sistem hem liberalizm hem de federalizm tarafından biçimlendirilmiştir. Bu aynı şekilde sağlık sistemine yansımıştır. Bu prensipler, birçok aktörün rol aldığı karmaşık bir sağlık sistemi yapısını oluşturur (5/9).

II.3.1. Federal Hükümet

Federal Anayasa, Federal Hükümetin sorumluluklarını tanımlamıştır. Federal İçişleri Bakanlığınca yürütülen ve Anayasa ile belirtilen bu sorumluluklardan sağlıkla ilgili olanları şunlardır:

- İnsanlarda ve hayvanlarda görülen çok yaygın ya da bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi,
- Egzersiz ve spor faaliyetlerinin geliştirilmesi,
- Sosyal sigorta sisteminin yürütülmesi,
- Tıbbi muayeneler ve nitelikleri,
- Bilim, araştırma ve yüksek öğretim gibi konuların geliştirilmesi,
- Genetik mühendisliği, üreme sağlığı, organ nakli ve tıbbi araştırmalar,
- İstatistiklerin tutulması,
- İş yasaları,
- Çevre koruması,
- Uluslararası ilişkiler (5/10-14).

II.3.2. Kantonlar

Sağlık hizmetleri, göreceli olarak bağımsızlıklarında azalma olmasına rağmen kanton hükümetlerinin başlıca görevlerinden biridir. Kantonların sağlıkla ilgili sorumlulukları dört başlık altında toplanabilir:

1. Sağlıkla ilgili hususların düzenlenmesi,
2. Sağlık hizmetlerinin sunumu,
3. Hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi,
4. Federal kanunların uygulanması (5/14-16).

II.3.3. Belediyeler

Kanton sağlık yasaları sağlık politikasına ilişkin sorumlulukları belediyelere dağıtma hakkı verir. Bazı bakıma muhtaç gruplar için bakım hizmetleri belediyelerin görevleri arasındadır. Bunlar arasında evde bakım hizmetleri, yaşlılar için huzurevleri ve topluluk tabanlı ruh sağlığı hizmetleri yer alır.

Belediyeler evde bakım hizmetleri için sorumluluğu bağımsız kuruluşlara devretmiştir. Büyük belediyeler ve belediye birlikleri sıklıkla kendilerine ait olan yaşlılar için huzur ve bakım evlerini işletirler. Belediyeler ayrıca sağlık ocakları ve hastahaneleri de bünyelerinde barındırır ya da bu gibi tesislerin yönetim kurullarında temsil edilirler. Belediyeler ayrıca hamile kadınlar ile anneler için destek ve danışma hizmeti sağlarlar. Okullarda göz ve ağız sağlığı ile ilgili hizmetler sunarlar (5/16).

II.3.4. Diğer Kurumlar

Sigorta şirketlerine yönelik idari düzenlemeler, muhasebeleri ve prim hesaplamaları 1996 yılında yürürlüğe giren kanun ile düzenlenmiştir. Birçok küçük sigorta kuruluşu bu kanun ile getirilen gereklilikleri yerine getirememiş ve piyasadan çekilmiştir. Ancak, zorunlu sağlık sigortası pazarındaki tekelleşmeyi önleyen İsviçre Rekabet Komisyonu sayesinde 93 kuruluş hizmet vermeye devam etmektedir (5/16,17).

İsviçre'deki tüm sağlık sigortası kuruluşları İsviçre Sağlık Sigortası Şirketleri Birliği'ne üyedirler. Birliğin ana işlevleri şunlardır:

- Halkla ilişkiler,
- Üyelerinin politik yapılar içinde temsili, yasama sürecinde yer alması, ücret çizelgelerinin belirlenmesi aşamalarında yer almasının sağlanması,
- Sigorta sisteminin kullanımı ve harcamalara ilişkin her türlü istatistiğin derlenmesi ve yorumlanması.
- Ulusal düzeyde hizmet sağlayıcılar ile ücret çizelgeleri hakkında arabuluculuk, kalitenin sağlanması ve diğer konular,
- Kanton birliklerini kanton hükümetlerinin ve Federal Konseyin aldığı kararlara karşı desteklemek,
- Sağlık sigortası muhasebesi ve yönetimi gibi konularda eğitim desteği sağlamak (5/18,19).

Mesleki Kuruluşlar.

Doktorlar, kanton tıp birlikleri bünyesinde organize olmuşlardır. Bu birliklerin en önemli görevi, kantonlardaki sağlık sigortası kuruluşu birlikleri ile birlikte ücretlerin belirlenmesinde arabuluculuktur. Kantonlar tıp birliğine üye olmak zorunlu değildir. Ancak İsviçre Tıp Birliği üyesi olan herkes kanton birliğinin de üyesi olmak zorundadır.

İsviçre Tıp Birliği, tıp alanında lisansüstü eğitim ile ilgili düzenlemeleri yapar. Birlik sadece üyesi olan doktorlara lisansüstü eğitim ile ilgili unvanları verir.

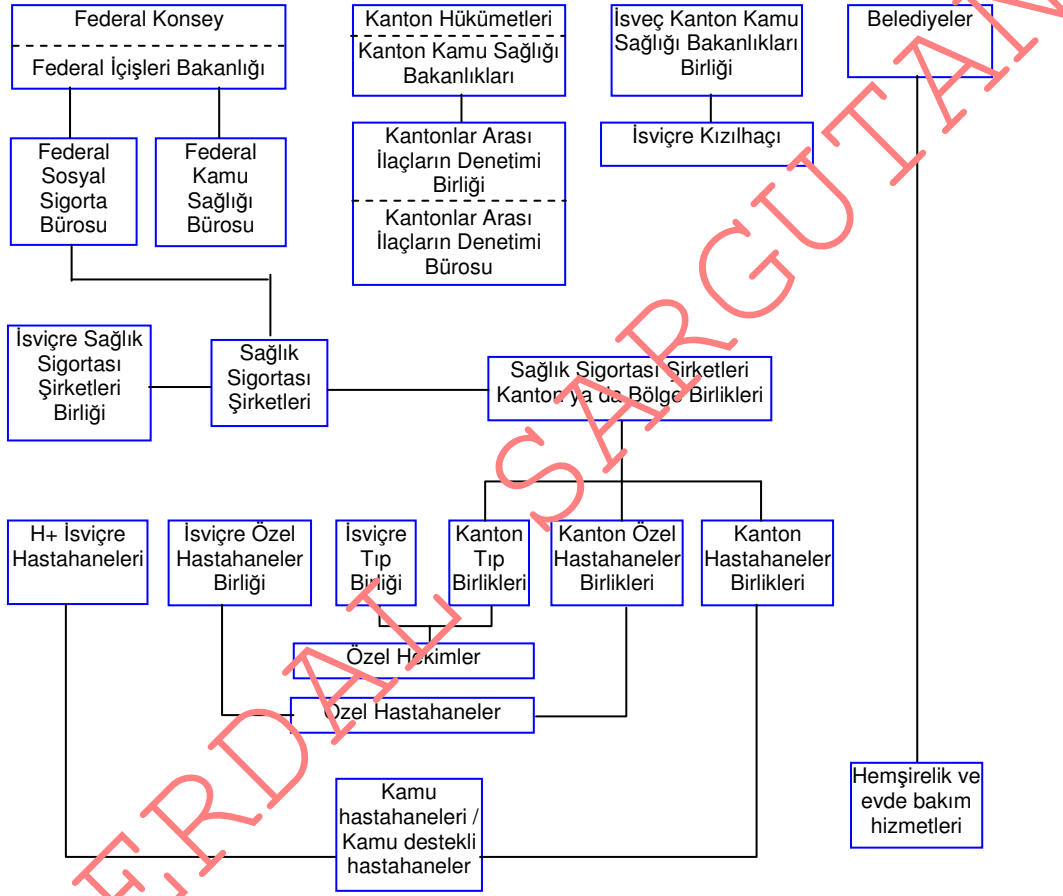
İsviçre Ağız Sağlığı Birliği tıpkı İsviçre Tıp Birliği gibi bir rol üstlenmiştir. Mesleki bir temsil kuruluşudur ve ağız sağlığı alanında bilimsel bir topluluk görevi de yapar. İsviçre Ağız Sağlığı Birliği üniversiteler ve yüksekokullarla birlikte çalışarak, tedavi ve önleme gibi konularda yeni yöntemler ve kavramlar geliştirir. Temsilci bir kuruluş olarak da kanuni danışmanlık, halkla ilişkiler, ağız sağlığı ile ilgili kurumların açılmasına destek gibi konularda hizmet verir.

İsviçre Eczacılar Birliği, diğer birliklere benzer görevler yürütür ve ilaçlar hakkında bilimsel bilgiler sunar.

Sağlıkla ilgili diğer çalışanlar da kendi aralarında mesleki örgütler oluşturmuşlardır. Bu kuruluşlar, işverenler ile ilişkileri, İsviçre Kızılhaçı'nın sağladığı eğitim ile ilgili konularda anahatların belirlenmesini düzenler. Çoğu mesleki kuruluş ayrıca kendi alanlarında ileri düzey ve uzmanlık eğitimleri de sunar.

Mesleki kuruluşların birçoğu tek bir şemsiye altında temsil edilirler; İsviçre Federasyonu Sağlık Çalışanları Birliği. Bu birlik Federal Hükümetin bir danışma komitesi gibi çalışır (5/19, 20).

Şema 1: İsviçre Sağlık Sisteminin Teşkilat Şeması



Kaynak: (5) European Observatory on Health Care Systems (2000) Health Care Systems in Transition "Switzerland" Kopenhag, Danimarka, s. 10.

Hastahane birlikleri

H+ İsviçre Hastahaneleri diye de bilinen İsviçre Hastahaneler Birliği tüm hastahaneler ile ilgili olarak idareciler için hizmet-içi eğitim, yönetim geliştirme araçları gibi konularda hizmetler sunar, ayrıca kıyaslama için istatistiksel bilgileri derler. Özel hastahaneler bu birlik dışında İsviçre Özel Hastahaneler Birliği'nin de bir üyesidirler. Birliğin ana işlevi, halkla ilişkiler, yasal danışmanlık, bilgi sağlanması ve politik temsilidir.

Kantonlar düzeyinde, kamu ve kamu tarafında sübvans edilen hastahaneler sağlık sigortası kuruluşları ile ücretler konusunda arabuluculuk görevi yapacak birlikler de kurmuşlardır. Özel hastahaneler genellikle kanton hastahane birliklerinin de üyesidirler (5/20).

Gönüllü Kuruluşlar Ve Tüketici Kuruluşları

Kanser, romatizma, akciğer rahatsızlıkları gibi hastalıklarla mücadele konusunda faaliyet gösteren çok sayıda kuruluş vardır. Ayrıca AIDS'li kişilere destek için de çeşitli kuruluşlar faaliyet göstermektedir. Başlıca işlevleri, bu hastalıkları önleme, halkla ilişkiler, danışma ve hastalar arası bağlantıların kurulmasıdır.

Hasta kuruluşları ise çeşitli komiteler halinde çalışarak seslerin duyurmaya çalışırlar. Sigorta kuruluşları ve hizmet sağlayıcılar arasında ücretlerin belirlenmesi konusunda arabuluculuk da yaparlar. Ancak bu kuruluşların etkileri zayıftır (5/20).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

İsviçre'nin tek bir ulusal sağlık sistemi yoktur, bunun yerine 26 kantona karşılık gelen 26 "mini sisteme" sahiptir (6/25).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Ayakta tıbbi bakım hizmetleri çoğunlukla uzman hekimler ve genel pratisyenler tarafından özel sektör uygulamaları şeklinde verilir. Doktorlar ev ziyaretlerine de giderler. Ayrıca bu hizmetler kamu hastahanelerinin ayakta tedavi hizmetleri sunan birimlerinde (poliklinikler gibi) ve özel kliniklerde de verilir. Prensipten olarak, hastaların istedikleri doktoru (uzman hekim veya genel pratisyen) seçmeleri konusunda sınırsız bir özgürlük vardır. Ancak bazı sigorta kuruluşları bu konuda limitli seçenekler sunar.

Tıbbi hizmetler, kantonlarda sağlık hizmeti sunan kurum ile sağlık sigortası kuruluşu arasındaki anlaşmaya göre belirli tarifeler (hizmet başına ücret) üzerinden yapılır. Sigorta kuruluşu ödemeyi doğrudan hizmeti sunan kuruma yapabildiği gibi, geri ödeme şeklinde hastaya da yapabilir. Gelecekte, hizmetlerin ulusal bazda tek bir liste ile fiyatlandırılması yapılacak, uygulanan hizmetler için standart bir adlandırma sistemi hazırlanacaktır.

Tüm tedaviler ve ilaç masrafları için, bir takvim yılı içinde yetişkin hastalar en az 230 İsviçre Frangı olmak üzere bir ücret öderler. 230 Franklık alt limiti aştıklarında en fazla 600 Franka kadar tüm maliyetler için %10'luk bir tutar öderler. 0-13 yaş arasındakiler için 230 Franklık ödeme yoktur ve aynı ev içinde yaşayan çocukların toplam sağlık maliyetleri 300 Franka kadar olan kısmı için %10'luk bir ödeme alınır.

Kantonlar ve yerel idareler okullarda sağlık hizmetleri sunarlar. Bunlar kamu okullarında düzenli çekaplar, aşılmanın izlenmesi, aşılama programlarının yürütülmesi gibi hizmetlerdir.

Diş sağlığı ile ilgili hizmetler prensipte özel diş hekimleri ya da kamuya ait diş kliniklerinde verilir. Zorunlu sağlık sigortaları sadece belirli basit cerrahi operasyonları ve tedavileri kapsar. Önleyici ve koruyucu hizmetler sigorta kapsamı içinde değildir.

Okul diş hekimleri çocukların ilk ve orta öğretim düzeyinde diş sağlıklarını çeşitli kereler kontrol eder. Ancak gerekli tedaviler tamamen hasta tarafından karşılanır.

Son yıllarda evde bakım hizmetleri sağlık politikası içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bunun sonucu olarak, zorunlu sağlık sigortası sınırlı bir oranda da olsa evde verilen hizmet ve yardımları kapsam içine almıştır.

Bu tip hizmetlerin sunumu yerel idarelerin görevidir. Ancak yerel idareler bu görevleri özel kuruluşlara devretmiştir. Bu hizmetlere erişim ve hizmetlerin yapısı kantonlar ve yerel idareler arasında farklılıklar gösterir.

1997 yılında, eczahaneler, hastahane dışında kullanılan ilaçların %70'ini satmışlardır. Yetki belgesine sahip bağımsız hekimler (özel hekimlerin %25'ini oluştururlar) %23 ve kimyager dükkanları da %7'lik satış oranına sahiptir.

Lisanslı ilaçların yaklaşık üçte biri zorunlu sağlık sigortasının geri ödeme listesi içindedir. İlaç harcamalarının sadece %10'luk bir kısmı ödenir. Liste içindeki ilaçlar 1997 yılında tüm pazarda satılan ilaçların %60'lık kısmını oluşturmuştur. Listede yer almayan ilaçların ödemeleri ya hasta tarafından doğrudan yapılır ya da eğer varsa ve karşılanıyorsa destekleyici sigortalarca ödenir.

Ne yetkililer ne de sigorta kuruluşları ilaç fiyatlarını kabul etmemektedir. Buna karşılık, Federal Sosyal Sigorta Bürosu bir ilacı listeye alırken dikkat ettiği öncelikli hususlardan biri fiyat uygunluğudur ve listedeki ilaçlardan birinin fiyatlarında suiistimal olduğunu gördüğü noktada müdahale eder (4/31).

Federal Hükümet bulaşıcı hastalıkların denetlenmesinden sorumludur. Federal Hükümete düşen görev ve yükümlülükler kanunda açık bir şekilde belirtilmiştir.

Kamu sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan ana kuruluş İsviçre Federal Kamu Sağlığı Bürosu'dur. Doktorlar ve laboratuvarlar bulaşıcı hastalıklara ilişkin vaka bildirimlerini düzenli olarak buraya bildirirler. Büro da gelen raporları inceler, hastalık istatistikler yayınlar ve gerekli gördüğü takdirde tedbirler alır.

• Federal İçişleri Bakanlığı ve Federal Kamu Sağlığı Bürosu ülkeye başka ülkelerden gelebilecek bulaşıcı hastalıkların da denetlenmesinden de sorumludur.

İsviçre'de zorunlu sağlık sigortası aşuların çoğunu karşılamasına rağmen, aşılama hizmetlerinin alınması zorunlu değildir. Buna karşılık bazı kantonlarda difteri ve tetanos gibi hastalıklara karşı aşılanma zorunludur. Aşılanma oranı açısından Batı Avrupa ortalamasındadır (5/46, 47).

Federal yasalar, tüm işverenlere çalışanlarının işgüçlerinin korunması konusunda zorunluluklar getirmektedir.

İşverenler gerekli tüm önlemlerin alınmasından, işyerinin teknolojik ve diğer açılardan çalışma şartlarının en iyi şekilde sağlanmasından sorumludurlar. Federal hükümetin denetmenliği altında kanton idareleri tüm bu şartların kontrol edilmesinden ve yerine getirilmesini sağlamaktan sorumludurlar. Kazaların önlenmesini için çeşitli kurumlar hizmet vermektedir (5/49).

Zorunlu sağlık sigortası bazı risk gruplarındaki hastalıkların erken teşhisinin araştırılması ile, hamilelik ve doğum ile ilgili muayeneler için ödemeler yapar.

Federal Hükümet hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili konularda çok önemli bir rol oynamaktadır. İsviçre Federal Kamu Sağlığı Bürosu'nun ana işlevi hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili olarak geliştirme, yönetme, koordine etme ve kaliteyi sağlamaktır. Ayrıca ilgili konularda mali destek de sağlar (5/49).

İsviçre Federal Kamu Sağlığı Bürosu'nun başlıca görevleri şunlardır:

- Bulaşıcı hastalıkların izlenmesi,
- Radyasyon koruması ve kimyasal maddelerin denetimi,
- Gıda güvenliği
- Narkotik ile ilgili yasalar ve denetim,
- Alkol, sigara, ilaç ve uyuşturucu bağımlılığının önlenmesi,
- Sağlık personelinin (doktorlar, diş hekimleri ve eczacılar) mesleki yeterliklerini denetlemek (4/29).

II.4.1.1. Dış Sağlığı Hizmetleri

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri genellikle özel sektör diş hekimleri ve kamuya ait diş kliniklerince sunulur. Zorunlu temel sağlık sigortası sadece belirli temel cerrahi işlemleri ve operasyonları öder, önleyici ve koruyucu tedaviler içinse ödeme yapmaz.

Okul diş hekimliği hizmeti vasıtasıyla tüm çocukların ağız ve diş sağlıkları zorunlu olan ilk ve orta öğretim süreçleri boyunca takip edilir. Ancak gerekli olan herhangi bir tedavinin tüm masrafları hasta tarafından karşılanır (4/30,31).

II.4.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

Hastahaneler kamu idareleri (kantonlar, yerel idareler ve yerel idare birlikleri gibi) ile özel kuruluşlar tarafından çalıştırılır. Özel kuruluşlar kar amacı gütmeyen kuruluşlar ya da kar amaçlı kuruluşlar olabilir. Kantonlar ve yerel idareler kamu kuruluşlarının inşasını ve yatırım giderlerini karşılarlar, ayrıca işletim giderlerini sübvans ederler. Kamu idareleri özel kar amacı gütmeyen hastahanelerin işletim giderlerini de bütçe açığı sözleşmelerine yönelik olarak sübvans ederler.

Temel sigorta sistemi kapsamında hastalar, kendi kantonları içinde kamu ya da özel hastahaneler arasında tercih yapabilirler. Destekleyici sigorta poliçeleri kanton dışındaki ya da özel kliniklerdeki yüksek maliyetleri karşılayabilir. İsviçre içinde, sadece bir hanede tek başına yaşayanlardan hastahane kaldıkları her gün için fazladan 10 Franklık bir ücret alınır (hamilelik hariç). Bunun sebebi de hastahanedeki süreçte evde masraflarının olmamasıdır.

Sağlık sigortası kanunu, kantonları bölgelerindeki hastahane kapasitesini planlamak ve planlanan ihtiyaçları karşılamak için gerekli kuruluşların listesini derlemekle görevlendirmiştir. Sadece bu listelere giren kuruluşlar, zorunlu sağlık sigortasının yaptığı geri ödemelerden pay alabilirler. Ayrıca kanun, hastahane etkinlikleri hakkında düzenli veri toplanması ve sunulan hizmetlerin kanton içinde ve kantonlar arasındaki maliyetlerinin kıyaslanması konusunda da yükümlülükler getirmektedir (4/31,32).

Tablo 2: Hastahanelerin Sayısı Ve Türleri (1997)

Hastahanelerin Türü	Sayısı
Genel hastahaneler	
Üniversite Hastahaneleri	5
Üniversiteye ait olmayan hastahaneler	221
Toplam	226
İhtisas Hastahaneleri	
Psikiyatri klinikleri	31
Rehabilitasyon klinikleri	46
Cerrahi klinikleri	19
Diğer ihtisas hastahaneleri	180
Toplam	180
Toplam	406

Kaynak:(5) European Observatory on Health Care Systems Health Care Systems in Transition "Switzerland" (2000) Kopenhag, Danimarka, s. 51.

Oldukça karmaşık ve yüksek uzmanlık gerektiren tedaviler üniversite hastahanelerinde, bazı büyük kanton hastahaneleri ve bazı bölgelerdeki sübvans edilen ya da edilmeyen özel kliniklerde yapılır. Bu durum zaman içinde koordinasyon eksikliği yaratarak gelişmiştir (5/56).

Hastahanelerde yatışlar üç tip odada yapılır: Koğuş, yarı özel ve özel odalar. Koğuşlarda 4 ila 8 arasında yatak varken, yarı özel odalarda 2, özel odalarda ise tek yatak vardır. Tüm şehir ve kanton hastahanelerinde bu üç tip oda mevcuttur. Temel sigorta sistemi kamu ya da kar amacı gütmeyen hastahanelerde koğuş tipi odalarda yatış ücretlerini karşılamaktadır (1/5).

İsviçre dışarıdan göç alan bir ülkedir. Göçmenlere sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda çeşitli programlar yürütülmektedir. Bunlardan biri de Güney İsviçre'deki Ticino kentinde kurulan ve göçmenlere yönelik hizmet veren hastahanedir. Bu hastahane göçmenlere hizmet vermesinin yanı sıra eğitim amaçlı bir hastahanedir ve sağlık personelinin tedavi hizmetleri konusunda eğitim görmesini hedeflemektedir (6/27).

II.4.2.1. Ruh Sağlığı Hizmetleri

Her ne kadar ruh sağlığı ve psikososyal mutluluk yaşamın sağlıkla ilgili kalitesine yönelik olarak önemli bir olgu durumunda olsa da, bu konuda yeterli bilgi mevcut değildir. Bu yüzden intihar oranları ruh sağlığının genel düzeyini gösteren bir kriter olarak kullanılmaktadır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi, İsviçre'de de intihar girişimi oranı kadınlar arasında daha yüksektir. Ancak intihar girişimleri sonucunda ölüm oranları erkeklerde kadınlara oranla üç kat daha fazladır. 1980'den bu yana intihar oranları düşme eğilimine girmiş olsa da Finlandiya, Belçika, Avusturya ve Fransa ile birlikte İsviçre'de diğer Avrupa ülkelerine oranla daha yüksektir. İsviçre'de yılda yaklaşık 1000 erkek (bunların 700'ü 15 ila 65 yaş arasındadır) ve 400 kadın (yaklaşık 300'ü 15 ila 65 yaş arasındadır) intihar girişimleri sonucunda ölmektedir.

1997 yılında yapılan bir araştırmaya göre, ruh sağlığı ve psikososyal sorunların yaşla birlikte bir azalma eğilimi içinde olduğu görülmüştür. 65 yaş sonrasında ruh sağlığı problemleri ile ilgili tedavi görenlerin sayısı oldukça düşüktür. Ruh sağlığı ile ilgili sorunların başında depresyon gelmektedir (4/14).

II.4.3. Eczacılık Sektörü

Kanton hükümetleri arasında yapılan bir anlaşmayla kurulan Kantonlararası İlaç Denetimi Bürosu eczacılıkla ilgili ürünlerin kayıt altına alınmasından ve denetlenmesinden sorumludur. Pazara yeni bir ürün sunmak isteyen bir firma önce bu kuruluşa kaydolmalı ve bir miktar ücret ödemelidir.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında ödenecek ilaçlara yönelik bir liste bulunmaktadır ve bu listede ilaçların azami ücretleri de belirtilmiştir. Eczacılık sektörüne yönelik ürünlerin üretici firma, toptan ve perakende satış fiyatları "Sanphar" isimli bir fiyatlandırma koduna göre yapılmaktadır. Sanphar İsviçre'deki ilaç üreticilerini ve toptan satış firmalarını temsil eden bir birliktir.

İsviçre'de ilaçların yaklaşık %62'si eczahaneler yoluyla satılmaktadır. Diğer dağıtım kanalları ise %20 ile doktorlar, %12 ile hastahaneler ve %6 ile diğer ilaç satış noktalarıdır. Doktorların ilaç satışı yapıp yapamayacaklarına kantonlar karar verir.

İlaçların %35'lik kısmı İsviçre'de üretilmiş ve tüketilmiştir. %67'lik kısım ise ithal edilmiştir. Ancak İsviçre ilaç sanayi oldukça gelişmiş bir konumdadır ve yurtdışına oldukça yüksek oranlarda ilaç satışları yapmaktadır. İlaç ihracatı sektörü İsviçre ihracat sektörünün %16'sını oluşturur. Bu yüzden ilaç sektörü ithalat-ihracat dengesine bakıldığında ihracat yönünde bir fazlalık olduğu görülmektedir. İsviçre'de üretilen ilaçların %90'ı ihraç edilmektedir (5/63,64).

II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

2001 yılı rakamlarına göre toplam sağlık harcamaları 24 milyar ABD Dolarıdır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 3.309 ABD Dolarıdır. Kamu sektörü sağlık harcamaları kişi başına 1.890 Dolarken, özel sektöre ait harcamalar ise 1.419 ABD Dolarıdır.

Toplam sağlık harcamalarının %57'si kamu tarafından karşılanmış olup, %17'lik kısım genel hükümet bütçesinden, %40'lık kısım ise sosyal güvenlik fonlarından yapılmıştır. Genel hükümet bütçesi ödemelerinin %2'si konfederasyon, %80'i kantonlar ve %18'i belediyeler tarafından yapılmıştır.

Özel kesimin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %43'tür. Bunun %27'lik kısmı doğrudan yapılan kişisel/hane halkı ödemeleri, %5'i geri ödemeler sırasında kesilen tutarlardan, %10'u özel sigortalar, %1'i ise kar amacı gütmeyen kuruluşlarca yapılmıştır.

2001 yılında İsviçre sağlık harcamaları Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın %11,1'lik kısmını oluşturmaktadır. Bu oran 1996 yılından (%10,4) bu yana düzenli olarak artmaktadır. 1996 yılları arasında GSYİH %13,4 artarken, sağlık harcamaları %21,7 artmıştır (7/10).

İsviçre'de sağlık sisteminin finansmanında vergi gelirlerinin payı sürekli olarak bir düşüş göstermektedir. Buna paralel olarak sağlık sigortasının finansman payı ise sürekli bir artış göstermektedir. 1980 yılında %31,7 olan vergi payı 1997 yılında %24,9'a düşmüş, aynı süreç içinde sigorta sistemi finansmanı %33,4'ten %37,5'e yükselmiştir.

Hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler de 1980 yılından bu yana azalma eğilimi göstermiş, 1980 yılında bu oran %32,4 iken 1997 yılında %28,8'e inmiştir (1/1).

Hastahaneler İsviçre'de en önemli hizmet sağlayıcılardır. 2001 yılında geçerli toplam sağlık harcamalarının %35'i hastahanelerde sunulan hizmetlere yapılmıştır. Bunu %30,6 ile ayakta tedavi hizmetleri, %17,5 ile de hemşirelik ve bakım evleri almıştır. Tıbbi malzeme alımı için %9,4, idari işler için %5,4 oranında harcama yapılmıştır. En son sırayı %1,1'le diğer sağlık harcamaları almaktadır.

Hastahane harcamalarının yaklaşık %74'ü kamu sektörü tarafından finanse edilmiştir. Bunun %35'lik kısmını hükümet bütçesi, %38'lik kısmını da sosyal güvenlik fonları oluşturur. Hastahane harcamalarının kalan %24'lük kısmını, çoğunluğu özel sigorta fonları olmak üzere özel sektör oluşturur.

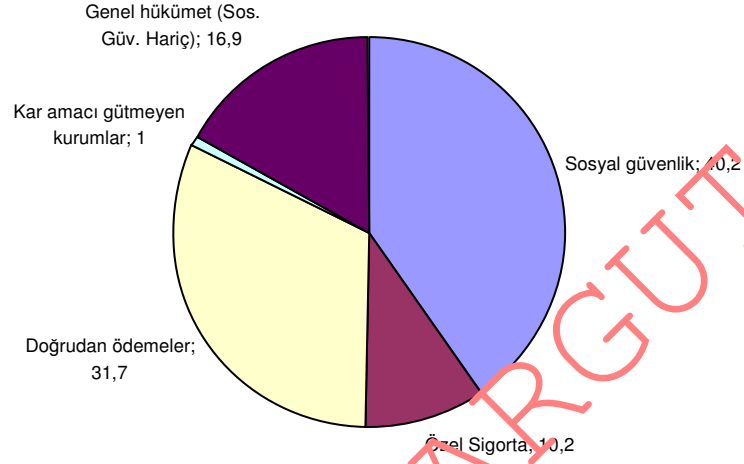
Genel hükümet harcamalarının %76'lık kısmı kişisel sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Bunun %50'lik kısmı yataklı tedavi hizmetlerine, %23'ü ayakta tedavi hizmetlerine ve %3'ü destekleyici hizmetlere ayrılmıştır.

Sosyal güvenlik fonlarına ait harcamaların büyük bir bölümü (%70) kişisel sağlık hizmetlerine gitmiştir (%35 yataklı tedavi hizmetleri, %33 ayakta tedavi hizmetleri ve %2 evde bakım hizmetleri).

2001 yılında yataklı tedavi hizmetlerinin %60'ı genel hükümet tarafından karşılanmıştır. Bunun %30'luk kısmı genel hükümet bütçesinden %30'luk kalan kısmı da sosyal güvenlik fonlarına aittir. Kalan %40'lık kısım ise özel sektöre aittir.

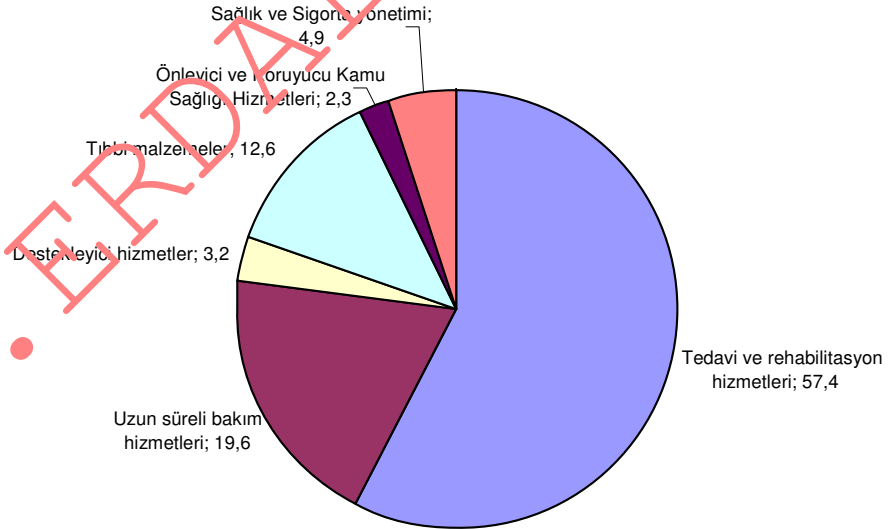
Özel sektör ayakta tedavi hizmetlerinin %52'lik kısmını ödemektedir. Bunların %46'lık kısmı doğrudan ödemeler ve %6'lık kısmı ise özel sigortalara aittir. Sosyal güvenlik fonları ayakta tedavi hizmetlerinin %48'lik kısmını öder (7/13-15).

Grafik 1: Finansman Aracına Göre Toplam Sağlık Harcamaları %'si



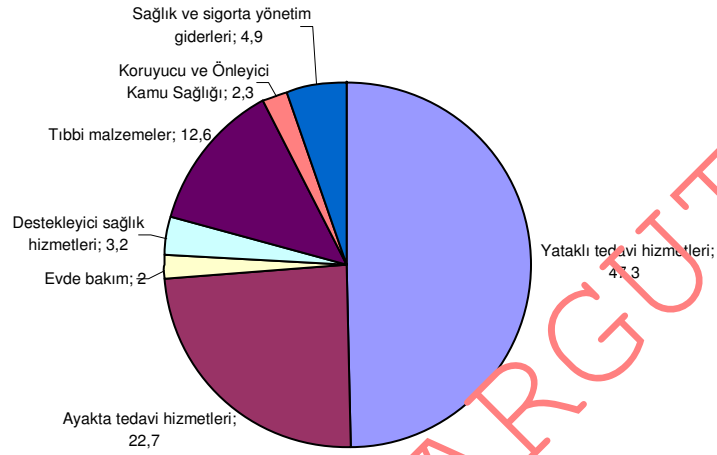
Kaynak: (7) OECD (2001) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Switzerland National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers s. 11.

Grafik 2: İşlevine Göre Toplam Sağlık Harcamaları %'si (2001)



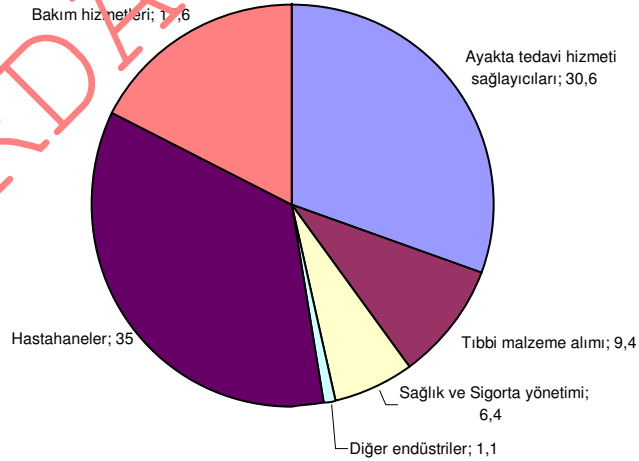
Kaynak: (7) OECD (2001) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Switzerland National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers, s. 11.

Grafik 3: Üretim Moduna Göre Geçerli Sağlık Harcamaları %'si (2001)



Kaynak: (7) OECD (2001) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Switzerland National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers, s. 12.

Grafik 4: Hizmet Sunucuya Göre Geçerli Sağlık Harcaması %'si (2001)



Kaynak: (7) OECD (2001) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Switzerland National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers s. 12.

II.6. Sağlık Sigortası Sistemi

İsviçre sağlık sigorta sistemi üç bileşenden oluşmaktadır:

- Zorunlu temel sosyal güvenlik sigortası,
- İsteğe bağlı destekleyici sigorta,
- Hastalık, yaşlılık ve sakatlık sigortası (1/1).

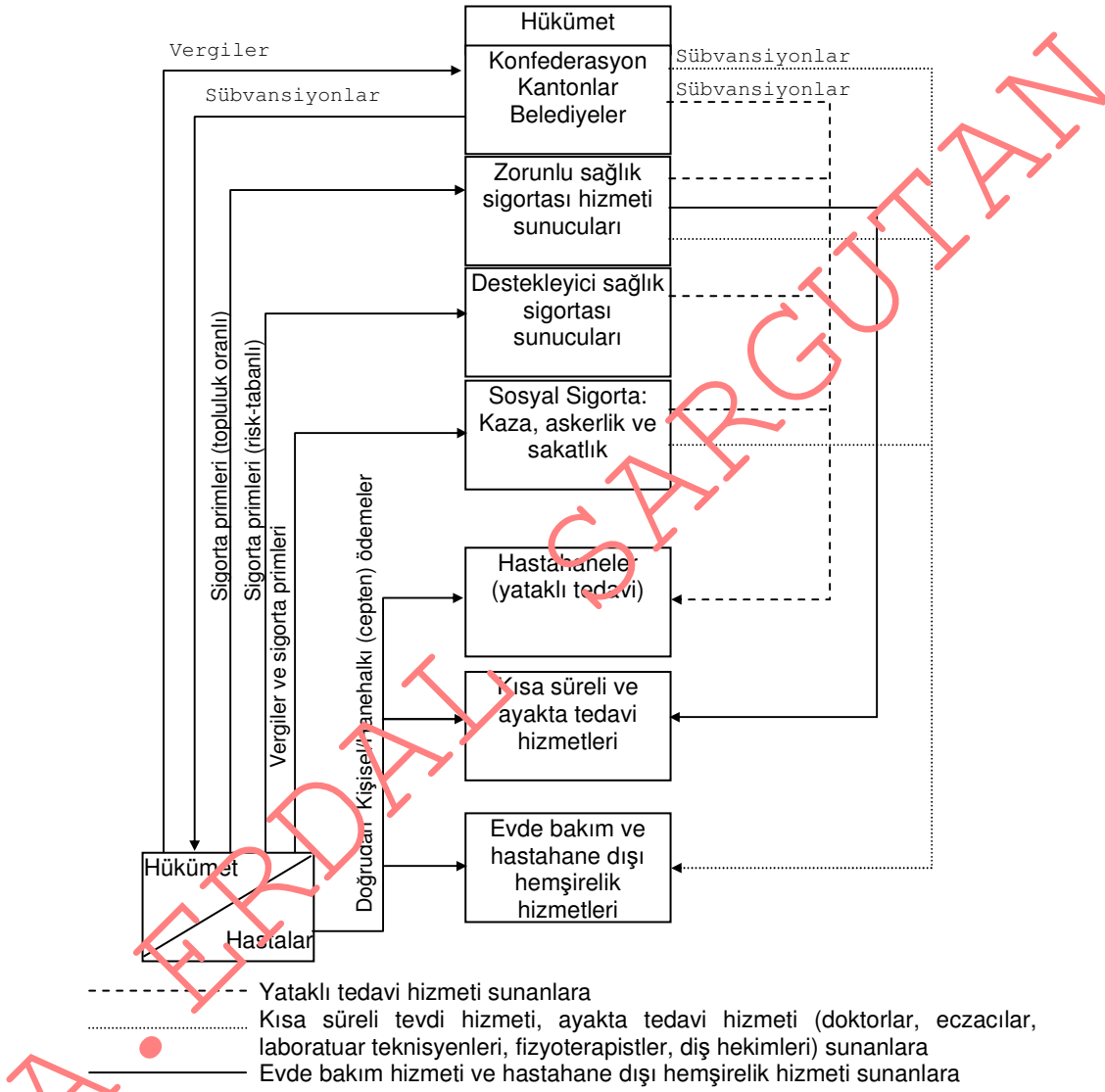
II.6.1. Zorunlu Temel Sosyal Güvenlik Sigortası

Federal hükümet, hastalık ve kaza sigortası hakkında kanun çıkarma yetkisini 1890 yılında almış ve ilk İsviçre Sağlık Sigorta kanunu 1911 yılında yürürlüğe girmiştir. Sigortalıların Federal Sosyal Güvenlik Bürosu'na kayıtlmaları ve onlara bir dizi faydalanma kapsamı sunulması gerekti. Sigortalı kişilerin sigorta kuruluşunu değiştirme hakkı vardı. Primler yönetmeliklerle belirlendi ve sigorta kuruluşlarının kar amacı gütmeleri engellendi. Fransa ve Almanya'daki sosyal güvenlik sistemlerinin aksine, sosyal güvenlik sözleşmesi işverenler tarafından değil, doğrudan kişinin kendisi tarafından yapılıyordu. Kantonların sigortanın zorunlu olup olmadığını belirleme hakkı vardı. 1990 yılında gelindiğinde nüfusun yaklaşık %98'i bu sigorta kapsamı içine alınmıştı.

Sistemde yaşanan bir dizi mali zorunluluklar çeşitli reformların yapılmasını zorunlu kılıyordu. Ancak bu reformların çoğu referandumlarla reddedildi. 1958 yılında sistemde, sigorta primlerinin düzenlenmesi ve zorunlu kullanıcı ücretleri gibi bazı küçük değişiklikler yapılabildi. 1964 yılında yapılan kısmi reformlarla sistemin mali yapısı düzene sokuldu. Harcamalar 1970'ler ve 1980'ler boyunca hızlı bir biçimde arttı ve reform çabaları sonuçsuz çıktı, 1994 yılında sunulan Gözden Geçirilmiş Sağlık Sigortası Kanunu ile sistemde büyük bir reform gerçekleştirilebildi. Yeni kanunla prim sisteminde önemli değişiklikler yapıldı, sigorta tamamen zorunlu hale getirildi, faydalanma paketleri genişletildi, kalite artırıldı. Düşük gelirli kişilerin daha düşük kalitede sosyal güvenlik hizmetleri alabildiği ABD'deki işveren tabanlı sigorta sisteminin tersine, İsviçre tam kapsamlı hizmet esaslı bir sistemde, düşük gelirli kimselerin bile kaliteli hizmet alabilme ve hizmet sunucularını seçebilme özgürlüğünü sağladı.

Gözden Geçirilmiş Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ocak 1996 tarihinde uygulamaya sokuldu ve tüm İsviçre halkı temel sağlık sigortası kapsamı içine alınmış oldu.

Hem kamuya ait hem de özel sektöre ait sigorta kuruluşlarının zorunlu temel sigorta sunma izni vardır. 2002 yılında zorunlu temel sigorta hizmeti sunan kuruluşların sayısı 93'tür. Bu sayı 1993'te 207, 1977'de 615 ve 1945'te 1.151'di. Bu sayının düşmesinin en önemli sebebi bu kuruluşların birleşmesidir. Bu kuruluşların üye sayısı 256 ila 1.129.479 arasında değişmektedir. Sigorta kurumları tüm ülke çapında, bölgesel ya da meslek gruplarına yönelik olarak hizmet verebilirler. Tüm sigorta kuruluşları kar amacı gütmeyen çalışırlar.

Şema 2: Sağlık Sisteminin Mali Akış Şeması

Zorunlu temel sosyal güvenlik sigortası terimindeki "temel" sözcüğü bazı yanlış anlaşılmalara yol açabilir. İsviçre'de temel sosyal güvenlik sistemi kapsamı, ABD ve Almanya gibi ülkeler için lüks sayılabilecek düzeydedir. Bu temel paket tıbbi tedavilerin ayakta ve yataklı olmak üzere büyük bir çoğunluğunu, yaşlılar, fiziksel özürllülere ve ruhsal sorunları olanlar ile ilgili bakım hizmetlerini, bakım evlerinde ve hastahanelerde sınırsız kalışı, teşhisleri ve daha fazlasını içermektedir. 1999 yılından beri alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da paket için alınmıştır.

İsviçre'de sigorta primleri Federal Hükümet tarafından düzenlenmiştir fakat sabit olmayıp gelir düzeyine bağlıdır. Topluluk tabanlı uygulamalar mevcuttur, yani belirli bir bölgedeki belirli bir sigorta kuruluşuna kayıtlı kimseler, risk grubu göz önüne alınmaksızın aynı primi öderler. Sigorta birimleri kantondan kantona %50 oranında değişiklik gösterebilir ve sigorta kuruluşlarına aylık ödeme yapılır.

Her aile üyesi yaşına bakılmaksızın ayrı ayrı sigortalıdır. Aileler yeni doğmuş çocuklarını üç ay içinde sigortalatmak zorundadırlar. Tüm sigorta kurumları çocuklar, ergenler ve eğitim gören gençler (25 yaşa kadar) için çok düşük sigorta primleri talep ederler.

Sağlık Sigortası Kanunu, refah düzeyi düşük ailelerden daha düşük primler alınması gerektiğini belirtir. Sigorta primleri gelirlerinin %8-10'unu aşan sigortalılar için devlet ve kantonlar destek ödemesi yaparlar. 1998 yılında bu tip bir destekten sigortalıların %30'u yararlanmıştı.

Sigorta primleri dışında, yıllık ödenmesi gereken bir *franchise* miktarı vardır. Bu miktar en az 230 İsviçre Frankı, en çok 1500 Franktır. Franchise miktarı sigortalı tarafından belirlenebilir. Sigortalı kimse franchise miktarını ne kadar yüksek tutarsa ödediği sigorta primleri o oranda düşer. 230 Franklık en az oranda indirim yoktur. 400 Franklık franchise primlerde %8, 600 Franklık %15, 1200 Franklık %30 ve 1500 Franklık %40 indirim sağlar (1/2-4).

II.6.2. Destekleyici Sigortalar

Destekleyici sigorta sistemi 1998 yılında toplam sağlık harcamalarının %11,2'lik kısmını finanse etmiştir. 1998 yılında, sigorta kuruluşlarının yaklaşık üçte ikisi (63) isteğe bağlı destekleyici sigorta hizmeti sunmuştur. Buna ek olarak kar amaçlı 61 sigorta şirketi de destekleyici sigorta hizmeti sunarlar. Kapsam temel paketin dışında kalan hizmetlerden (diş bakımı gibi) ya da Fransa, Hollanda ve Almanya'da olduğu gibi konforu artırıcı hizmetlerden (tek kişilik odalar gibi) oluşur. Bu destekleyici sigorta poliçeleri İsviçre içinde istenilen hastahaneyi seçme özgürlüğünü de sunar.

1997 yılından bu yana destekleyici sigortalar risk tabanlı primlerle karşılanmaktadır. Bu primler ortalama gelir düzeyindeki kimselerin ödeyemeyeceği kadar yüksek olabilir (1/4).

II.6.3. Hastalık, Yaşlılık Ve Sakatlık Sigortası

İsviçre sağlık sigortası sisteminin üçüncü bileşeni zorunlu hastalık, yaşlılık ve sakatlık sigortasından oluşmaktadır. Bunların finansmanı gelire bağlı olarak işçi ve işverenlerin ödedikleri primlerden oluşur. Oranlar sosyal sigorta modeline göre değişir. Bu tip poliçeler 1997 yılında toplam sağlık harcamalarının %7'lik kısmını oluşturmuştur (1/4).

II.7. Sağlık Sistemi İnsan Kaynakları Ve Eğitim

İsviçre sağlık sisteminde çalışan sağlık personelinin yıllara göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Sağlık Sistemi Personeli

1000 Kişiye düşen personel Sayısı	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Doktor	1,4	1,8	2,4	2,7	2,9	3,2	3,2	3,3
Diş Hekimi	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Hemşire	5,1	-	9,9	-	13,8	-	-	-
Eczacı	0,3	-	0,4	-	0,5	-	-	-

Kaynak: (5) European Observatory on Health Care Systems Health Care Systems in Transition "Switzerland" (2000) Kopenhag, Danimarka, s. 58.

İsviçre'de doktorların eğitimi bazı alanlarda reformlara ihtiyaç duyulsa da yüksek standarttır. Tıp eğitimi en az altı yıl sürer. Bu eğitimin ilk iki yılı temel eğitim, üç yılı klinik eğitimi ve son yıl seçmeli eğitim yılıdır. Eğitim sonunda doktor adayları bir sınava tabi tutulur ve bu sınavların hazırlanması Federal Hükümetin görevidir.

Doktorlar daha sonra özel dal eğitimine tabi tutulurlar. Lisansüstü eğitimin süresi seçilen dala göre değişir ancak genellikle 5 ila 7 yıl sürer. İsviçre Tıp Birliği genel pratisyenlik de dahil olmak üzere 50 özel dalı kabul etmektedir. Genel pratisyenler ve internler toplam doktor sayısının %40'ını oluşturur. Pediatristler de eklendiğinde bu oran %45'e çıkar.

İsviçre'de doktor sayısı AB ortalamasına yakındır. Ancak bu rakamın İsviçre için çok olduğu belirtilmektedir. Diğer bir problem de doktor sayısının hızla artıyor olmasıdır. Gençler arasında tıp eğitimine olan ilgi azalmamıştır.

Kişi başına düşen doktor sayısı bölgeden bölgeye değişmektedir. Bazı bölgelerde 291 kişiye 1 doktor düşerken bazı bölgelerde 322 kişiye bir doktor düşmektedir (5/60).

Eczacı ve diş hekimleri sayısında kaynak fazlası problemi yoktur. İsviçre'de diş hekimi yoğunluğu makul düzeydedir (100.000 kişiye 50 diş hekimi).

Ancak dış hekimliği konusundaki en önemli sorun, bu konuda eğitim veren kurumların sayısında azalma olmasıdır. Gelecekte bu yüzden dış hekimi sayısında yetersizlik olabileceğinden korkulmaktadır.

Dış hekimliği eğitimi 5 yıl sürmektedir ve eğitim tıp fakültelerinde yapılmaktadır. Eğitimin ilk iki yılı doktorlarınki gibidir. İlerleyen yıllarda eğitim Basel, Bern, Cenevre ve Zürih'teki dış hekimliği eğitimi veren dört üniversiteden birinde devam eder. Federal bazda yapılan sınavla temel eğitim tamamlanır. Bundan sonra da değişik eğitim seçenekleri mevcuttur. Dış hekimliği ile ilgili tek bir uzmanlık dalı vardır (5/60).

Eczacılık eğitimi beş yıl sürer (üçüncü yıl uygulama (staj) yılı olmak üzere) ve federal boyutta yapılan sınavla noktalanır. Eczacılık eğitimi Basel, Cenevre, Lozan ve Zürih üniversitelerinde verilir (5/61).

İsviçre Kızılhaçı yardımcı sağlık personelinin eğitiminin düzenlenmesinden sorumludur. 1998 yılında 5341 kişi üç meslek dalında diploma almıştır: 4355 hemşirelik, 344 tıp teknisyeni ve 642 terapist.

İsviçre diğer ülkelerden yardımcı sağlık personeli çalıştırmaktadır. 1998'de terapistlerin (fizyoterapistler gibi) %40'tan fazlası, başka ülkelerden gelenlerden oluşmaktadır.

Çeşitli üniversiteler (Bern, Basel, Zürih, Lozan ve Cenevre) yarı zamanlı olarak sağlık hizmetleri yönetimi konusunda "ansüstü eğitim vermektedir (5/61).

II.8. İsviçre Kızılhaçı

İsviçre Kızılhaçı, İsviçre sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahiptir. Dünyadaki diğer Kızılhaç kuruluşlarında olduğu gibi, milliyet, ırk, din, sosyal sınıf ya da politik yarar farkı gözetmeksizin bakıma ve yardıma ihtiyacı olan kişilere hizmet eder. Bu özel insanî kuruluş belediye, kanton ve ulusal düzeylerde faaliyet gösterir. Kızılhaç İsviçre'de kurulmuş ve insancıl yardımların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır.

İsviçre Kızılhaçı 1866 yılında kurulmuş, İsviçre hükümeti tarafından 1903 yılında resmen tanınmıştır. Topluluk, İsviçre Anayasası'ndaki özel bir hükme göre yapılanmıştır.

Topluluğun, kanton kuruluşlarında yaklaşık 275.000 pasif ve aktif üyesi vardır. Bu sayı, 45.000 Samaritan (dini ve etnik bir grup) ve ilk yardım ve kurtarma alanında çalışan 25.000 aktif kişi de eklendiğinde 350.000'i bulmaktadır. Bunlardan 1.000'i maaşlı çalışandır.

Kurumun gelir kaynakları üyelik ücretleri, bağışlar, özel sektörden yapılan yardımlar ile kantonlar ve federal hükümetten gelen sübvansiyonlardan oluşmaktadır.

Topluluğun kantonlarda kendine ait araçları, binaları ve çeşitli ekipmanları mevcuttur. Hemen hemen her birimin kendine ait bir ilk yardım merkezi vardır.

13 bölgesel transfüzyon merkezi ve yerel Samaritan topluluklarının yardımıyla gönüllü kimselerden yılda yaklaşık 340.000 ünite kan toplamakta ve bunları hazırlayıp hastahanelere dağıtmaktadır,

Kızılhaç topluluğu çeşitli yardımcı sağlık personelinin eğitiminden de sorumludur. Ayrıca yardımcı sağlık çalışanlarının sürekli olarak denetlenmesi de topluluğun sorumluluğundadır. Topluluk halka yönelik sağlık eğitimleri de vermektedir.

İsviçre Kızılhaçı yaşlılara evde hizmet vermekte, özürli kişilerin ulaşım hizmetlerini sağlamakta, hasta çocukların sorunlarına eğilmekte, yaşlılar ve özürliüler için çeşitli hizmetler sağlamakta, evlerini ziyaret etmekte, dışarı çıkma imkanı olmayanlar için gezici kütüphane hizmetleri sağlamaktadır.

Mülteciler ve göçmenler için sınır kentlerinde sağlık hizmetleri sunmak da İsviçre Kızılhaçı'nın görevleri arasındadır.

İsviçre Samaritanlar Birliği ve İsviçre Kurtarma Topluluğu gibi kuruluşlarla işbirliği içinde bulunarak ilk yardım ve kurtarma hizmetleri de sunar.

İsviçre Kızılhaçı sadece İsviçre içinde değil, yurtdışında da faaliyet gösterir. Şu sırada 40 ülkede insani yardım, yersiz ve yurtsuz göçmen ve mültecilere yardım gibi hizmetler sunmaktadır (8/1-4).

II.9. Sağlık Sistemine Yönelik Eleştiriler

Politik sistemin bir özelliği olan referandumlar/halk oylamaları yüzünden sağlık hizmetleri sistemi tarihsel süreç içerisinde birçok reformdan geçmiş, kapsamlı reformların yasallaşması oldukça büyük güçlüklerle gerçekleştirilebilmiştir. Sistem gelişimini parçalar halinde ve koordinesiz bir şekilde sürdürmüştür.

İsviçre sağlık sisteminde, yapılan tüm değişikliklere rağmen politikacılar ve diğer yetkililer tarafından çözülmeyi bekleyen sorunlar mevcuttur:

- Devletin ve Pazar piyasasının göreceli rolleri (hastahaneler nasıl finanse edilecek diğer sağlık hizmetleri nasıl finanse edilecek, devlet planlama sürecinden çekilmesi mi?),

- Merkeziyetçiliğin durumu (sağlık hizmetlerinin planlanması federal hükümet tarafından mı yapılmalı, sağlık hizmetlerinin bazı kısımları örneğin üçüncül sağlık hizmetleri federal hükümet tarafından mı planlanmalı, eğer hayırsa, bunu kantonlar en iyi şekilde nasıl gerçekleştirebilir?),

- Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin göreceli önemleri (sağlık politikası sadece ne kadar hastahane yatağı bulunmalı gibi konularla ilgili olarak sağlık hizmetlerine mi yönelmeli mi, yoksa sağlık politikası birey sağlığı üzerine mi odaklanmalı?),

- Maliyetler ve kapsamlı sağlık sigortası paketleri (kapsamlı temel bir sağlık hizmeti paketi korunmalı mı, sağlık hizmetlerinin yönetimi nasıl geliştirilecek, sağlık kaynaklarının tüketimi hem arz hem de talep yönünde nasıl azaltılacak?),

1996 yılından bu yana birçok revizyondan geçen Sağlık Sigortası Kanunu çeşitli reformlar getirmiş, ancak bunların birçoğu tam anlamıyla uygulamaya sokulamamıştır. Gerekli verilerin eksikliği ve yeterli düzenleme mekanizmalarının olmaması gibi konular bu sorunun önünde bir engel teşkil etmektedir. Yasal düzenlemelerin gerçek anlamda uygulamaya konulabilmesi için şunların yapılması gerekmektedir:

- İstatistiksel verilerin geliştirilmesi
- Kalite kontrol ve yönetimi kavramının tam olarak uygulamaya konulması
- Sigorta kuruluşlarının yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetleri yönetiminin geliştirilmesi (5/77,78).

A. ERDAL

SARGUTIAN

III. İSVİÇRE VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: İsviçre ve Türkiye'ye Ait Bazı Göstergeler

Göstergeler	İsviçre	Türkiye
Toplam nüfus	7.169.000	71.325.000
Yıllık nüfus artış hızı	0,2	1,6
Kişi başına düşen GSYİH (\$)	32,570	6.448
GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay (%)	11,2	6,5
Kişi başına düşen sağlık harcaması (\$)	3446	420
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Erkek:78 Kadın: 83	Erkek:68 Kadın: 73
60 yaş ve üzeri nüfus	22,9	8,2
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	5	38
Toplam Doğurganlık Hızı	1,4	2,4
10.000 kişiye düşen hekim sayısı	323	121

Kaynak: (12) WHO (2003): Switzerland (Compared With Other Countries In WHO European Region)

İsviçre sağlık sistemi hem federalizmin hem de liberalizmin etkisi altındadır. Ülkenin 26 kantondan oluşan federal yapısı içinde sağlık sistemi merkeziyetçi olmaktan çok uzaktır. Federal Hükümetin sağlık sistemindeki sorumlulukları sadece denetim, yasal düzenlemeler ve bazı kamu sağlığı hizmetleri ile kısıtlıdır. Esas görev kantonlara verilmiştir. Sağlık sistemi bazı ulusal standartlar içerirse de her kantonun kendine özgü uygulamaları mevcuttur. Türkiye'de sistem merkeziyetçi bir yapıya sahip olup, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu olan kuruluştur, bölgelere özgü uygulamalar yoktur.

İsviçre, ekonomik olarak gelişmiş bir ülke olup, sağlık sistemi de buna paralel olarak dünyanın en iyi sistemlerinden biridir. Türkiye, gelişmekte olan ekonomiler arasında yer almakta ve buna bağlı olarak da sağlık sistemi büyük sorunlar yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine GSYİH'den ayrılan paylar bakımından İsviçre'nin çok yüksek bir orana sahip olduğu açıkça görülmektedir. İsviçre'de kişi başına düşen sağlık harcamalarının Türkiye'ye oranla çok daha yüksek olduğu görülmektedir.

İsviçre ve Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistem içindedir.

İsviçre'de nüfusun hemen hemen tamamı sosyal güvenlik kapsamındadır. Ülkede uygulanmakta olan üç tip sigorta sistemi vardır: Zorunlu temel sosyal güvenlik sigortası, İsteğe bağlı destekleyici sigorta, hastalık, yaşlılık ve sakatlık sigortası. Zorunlu temel sosyal güvenlik sisteminin sunduğu olanaklar ABD, Fransa ve Almanya gibi ülkelerin üstündedir. Zorunlu sosyal güvenlik sistemi tam bir seçme özgürlüğü yaratacak şekilde, kar amacı gütmeyen yüze yakın kuruluş tarafından yürütülmekte olup, her kuruluşun kendine özgü üstünlük ve olumsuzlukları vardır. Kişiler bu kuruluşlar arasında seçim yapmakta özgürdürler. Zorunlu sosyal güvenlik sisteminde sigortalılar, işverenlere bağlı olmak sizin kendi kayıtlarını kendileri yaptırmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik hizmetleri, tek çatı altına toplanmış olup, meslek gruplarına göre farklı kurumlar tarafından yürütülmektedir (Bağkur, SSK ve Emekli Sandığı). İstenilen kurumu seçmek gibi bir şans yoktur. Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte biri sosyal güvenlik olanaklarından yoksun olarak yaşamaktadır. Türkiye'nin sosyal güvenlik sisteminde tek üstün sayılabilecek tarafı dış sağlığı ile ilgili uygulamaların sosyal güvenlik sistemi kapsamına giriyor olmasıdır. İsviçre'de dış sağlığı ile ilgili uygulamalar, oldukça pahalı olan destekleyici sosyal güvenlik sigortaları haricinde, sigorta kapsamında değildir.

İsviçre'de sağlık hizmetlerinin ülke çapında dağılımı konusunda çeşitli farklılıklar varsa da, bu sağlık hizmetlerinin herhangi bir bölgede yetersiz olduğu anlamına gelmez. Türkiye'de sağlık hizmetleri ülke çapında oldukça düzensiz dağılmıştır. Ülkenin Batı ve Doğu kısmı arasında sağlık hizmetlerinin dağılımı açısından oldukça büyük bir fark vardır.

İsviçre'de koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine gereken önem verilmekte, bulaşıcı hastalıklar konusunda sürekli denetim yapılmakta, haftalık raporlar yayımlanmakta, okullarda sağlık taramaları düzenli olarak uygulanmaktadır. Ayrıca çalışma koşullarına gereken önem verilmekte, iş kazalarının önüne geçilmesi için çaba gösterilmektedir. Türkiye'de koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemekte, tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelinmektedir.

İsviçre'de herhangi bir konuda olduğu gibi sağlık sistemine de yönelik önemli bir değişiklik yapılacağı zaman halkoylamasına başvurulur. Bu ülkedeki politik ve demokratik geleceğin getirdiği bir uygulamadır. Siyasi iktidarlar tarafından yapılmak istenen bir değişiklik, halkoylamaları sonucunda reddedilince uygulamaya konulamamakta, bazı gerekli reformların yapılması da bu yüzden gecikmektedir. Türkiye'de halkoylamasına çok ender durumlarda başvurulur. Şimdiye değin sağlık alanındaki herhangi bir reform için halkoylamasına başvurulmamıştır. Hükümetler Meclis'te gerekli desteği arkalarına alabildikleri sürece sistem üzerinde istedikleri değişiklikleri gerçekleştirebilmektedirler. Bazı durumlarda süreklilik arz etmesi gereken konularda bile hükümetler arasındaki görüş farklılıkları yüzünden işler en başından ele alınabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. The Swiss Healthcare System (2002) Civitas: The Institute for the Study of Civil Society, Londra.
www.civitas.org.uk
2. Annuaire Statistique (2004) Vue d'ensemble – Faits, Evolutions, Interactions
3. Holly A., Benkassmi M (2003) Health and Health Care Inequalities in Switzerland: A Brief of the Literature, Lozan, İsviçre.
www.ruig-gian.org/
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. WHO (2001) Highlights on Health in Switzerland Kopenhag, Danimarka.
www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=SWI&CtryInputSubmit=
5. European Observatory on Health Care Systems (2000) Health Care Systems in Transition "Switzerland", Kopenhag, Danimarka.
6. Bachman I., Cigognin E., Tardini S., Canton L., (2004) The Hospitalitas Project in the Context of Continuing Medical Education in Switzerland Proceedings of the Third International Health Care Systems Conference, Charleston, West Virginia, USA.
www.irefonline.it/websites/ief/home.nfs/index.htm
7. OECD (2002) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Switzerland National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers.
www.oecd.org/document/45/0,2340,en_33873108_33873838_33884781_1_1_1_1,00.html
8. Swiss Red Cross (2003) Swiss Red Cross
www.ifrc.org/docs/profiles/chprofile.pdf
9. Ana Yayıncılık (1992) AnaBritannica İsviçre maddesi, Ana yayıncılık A.Ş, s: 100-108 İstanbul, Türkiye,
10. Hallwag Kümmerly, Frey AG, (2004) Switzerland In All Its Diversity İsviçre.
11. Ülkeler (2005) İsviçre
www.turkcebilgi.com/Bilgi/İsviçre
12. WHO (2003) Switzerland (Compared With Other Countries In WHO European Region)
www.who.int/countries/en/
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN