

# NORVEÇ SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR  
Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ali EFE  
Davut Zafer TAPAN  
Erdal DEMİR  
Kasım ATASEVER  
Mehmet GÜRBÜZ

A. ERDAL SARGUTAN

**NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	2064
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	2067
I.1. Coğrafya	2067
I.2. Tarihçe	2067
I.3. Sosyal Yapı	2068
I.4. İdari Yapı	2068
I.5. Ekonomi	2069
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	2070
II.1. Sağlık Sistemi'nin Tarihsel Gelişimi	2070
II.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	2074
II.3. Sağlık Sisteminin Öncelikleri Ve Sağlık Politikası	2075
II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	2075
II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü	2078
II.4.1.1. Merkezi Hükümet	2078
II.4.1.1.1. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı	2078
II.4.1.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	2080
II.4.1.2. Bölgesel Sağlık Yönetimleri	2080
II.4.1.3. Yerel Yönetimler	2081
II.4.2. Özel Sağlık Sektörü	2081
II.5. Sağlık Hizmetleri	2082
II.5.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	2082
II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2083
II.5.2.1. 2002 Tarihinde Yapılan Hastahane Reformu	2083
II.5.2.2. Hastahanelerde Sunulan Sağlık Hizmetleri	2085
II.5.3. Geleneksel Tıp Uygulamaları	2085
II.6. Sosyal Hizmetler	2086
II.7. Sosyal Güvence Sistemi	2086
II.7.1. Sağlık Faydaları	2987
II.7.2. İş Kazası Faydaları	2088
II.7.3. Emeklilik Faydaları	2088
II.7.4. Aile Faydaları	2089
II.7.5. İşsizlik Faydaları	2089
II.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	2089
II.8.1. Sağlık Harcamaları	2090
II.8.2. Vergiler	2090
II.8.3. Ulusal Sigorta Programı	2090
II.8.4. Özel Harcamalar	2090
II.8.4.1. Kişisel Ödemeler	2090
II.8.4.2. Özel Sağlık Sigortası	2091
II.9. Sağlık İsangücü	2091
II.10. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	2093
II.11. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji	2095
<b>III. NORVEÇ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	2096
<b>KAYNAKLAR</b>	2098

## ÖZET

İskandinav Yarımadası'nda yer alan Norveç'in nüfusu yaklaşık 4.5 milyondur. Ülkede yaşayan tüm bireyler zorunlu sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. Norveç sağlık sisteminin bir çok alanında kamu sağlık sistemi baskındır ve hizmetler çoğunlukla kamu tarafından finanse edilmektedir.

Devlet sağlık hizmetlerinin kalitesinden, tüm alanlardaki kapasitesinin belirlenmesinden ve sağlık politikalarından sorumludur. Ülkede sağlık politikalarının belirlenmesinde merkezi hükümet sorumluluğu üstlenmiştir. Yerel demokrasi ile tutarlı biçimde sağlık hizmetleri yerel olarak sunulmaktadır.

Norveç'te sağlık hizmetleri sisteminin organizasyon yapısını, Sağlık Ve Bakım (Tedavi) Hizmetleri Bakanlığı, Ulusal Sağlık Kurulu, 19 İl İdaresi ve 435 Belediye oluşturur.

Merkezi hükümet düzeyinde Sağlık Ve Bakım (Tedavi) Hizmetleri Bakanlığı sağlık politika ve planlarının belirlenmesinden, kendisine bağlı çeşitli kuruluşlarla ilaç sektörüne ilişkin düzenlemelerden, bulaşıcı hastalıkların denetiminden ve ulusal çaptaki sağlık konularından sorumludur. Ulusal Sağlık Kurulu, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık personelinin denetlenmesinden sorumludur.

Eğitim Ve Araştırma Bakanlığı sağlık çalışanlarının eğitiminden ve kısmen de insangücünün planlanmasından sorumludur.

Norveç'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu sağlık kuruluşları baskındır. Sağlık hizmetleri İl İdaresi ve yerel yönetim düzeyinde ve devletten transfer edilen fonlarla işletilmektedir.

Norveç'te sağlık hizmetleri sunumunda, merkeziyetçilikten kısmen uzaklaşıldığı ve yerel yönetimlerin de sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir role sahip oldukları görülmektedir.

19 İl İdaresi, hastahane ve ihtisas hizmetlerinin sağlanmasından, 435 belediye de birincil sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin sağlanması ile finansmanından sorumludur.

2002 yılında İl idarelerinin sorumluluğundan alınan ikincil sağlık hizmetleri, her birinin kendi bölgesel hastahanesi bulunan 5 Bölgesel Sağlık Yönetimine verilmiş ve sadece dış sağlığı hizmetleri İl idarelerinin sorumluluğuna bırakılmıştır. Akupunktur ve homeopati gibi alternatif tıbbi tedaviler kamu sağlık sisteminde verilen sağlık hizmetlerinin içerisinde yer almamaktadır. Ancak varolanlar kamu altyapısı içindeki kuruluşlarca gelişimi desteklenmektedir.

Hastahanelerin çoğu kamuya ait olup, idaresi ve örgütlenmesi illere göre değişir. Yataklı tedavi hizmetleri veren hastahanelerde tedavi başına ödeme ile genel bütçeden ödeme mevcuttur.

Devlet, illere ve belediyelere fon aktarımını hizmetlerdeki önceliklere göre yapmaktadır.

Yataklı tedavi hizmetleri, sosyal güvenlik kapsamında iken, ayakta tedavi hizmetlerinde belli oranda kişisel ödeme söz konusudur.

Norveç'te sosyal güvence alanında Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı Ulusal Sigorta İdaresi sosyal güvence kapsamındaki sağlık hizmetleri yaygındır. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin pek çoğu sosyal güvence kapsamındadır. Ancak bazı hizmetlerde kullanıcılardan ek ücret alınmaktadır. Bu ücret bir üst sınır ile sınırlanmıştır. Merkezi vergiler ve yerel yönetimlerin vergileri sağlık hizmetlerinin finansmanında temel araçtır. Sosyal sigorta ödemeleri vergilere nazaran daha küçük bir rol oynamaktadır.

Tüm sigortalılara hastahanelerde kalacak yer, tedavi ve ilaçları da kapsayan hizmetler ücretsiz olarak sunulması garanti edilmiştir. Yerel yönetimler yerel vergilerle, merkezi yönetimden transfer edilen fonlarla, Ulusal Sigorta Fonu ile ve hastaların tıbbi danışmanlık hizmetlerinden alınan sınırlı kullanıcı ücretleriyle finanse edilen birincil sağlık hizmetlerinin yönetiminden ve işletilmesinden sorumludur. Ulusal sosyal güvence dış sağlık hizmetleri, gözlük alımı ve özel hekim harcamaları dışındaki diğer sağlık harcamalarını karşılamaktadır.

Sağlık hizmetleri vergiler ve doğrudan kişisel ödemeler ile finanse edilir. Ülkede herkes ulusal sosyal güvenlik kapsamında olup, her türlü koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden geniş ölçüde faydalanmaktadır.

Norveç GSMH'nin %10'unu sağlığa harcamaktadır. Ülkede sağlık hizmetlerinin hem arzının hem de talebinin finansmanında, büyük bir kısmı genel vergiler aracılığıyla sağlanan kamu sağlık sektörü baskındır ve Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemi yürürlükte. Ulusal Sigorta Programı sağlık hizmetleri talebinin finansmanına %10'luk bir katkı yapmaktadır. Geri kalan miktarın büyük bir kısmı genel vergiler aracılığıyla merkezi hükümet tarafından finanse edilmektedir.

A. ERDAL SARGUTAN

# NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Norveç Krallığı
YÜZÖLÇÜMÜ	: 378.878 km
BAŞKENTİ	: Oslo
NÜFUSU	: 4.593.041 (2005)
DİLİ	: Norveççe
DİN	: Hristiyanlık
PARA BİRİMİ	: Norveç Kronu (4:63;5:1 )

### I.1. Coğrafya

Norveç İskandinav Yarımadası'nın batısında yer alır. Kıtanın 5. büyük ülkesi olarak 378.878 km karelik bir alanı kaplar. Kuzeyde Barents Denizi, batıda Norveç Denizi ve Kuzey Denizi, güneyde Skagerrak Boğazı, doğuda İsveç, Rusya ve Finlandiya ile çevrilidir. Norveç'in yarısından fazlası da ortalama yükseklik 500 metreye yaklaşır. Ülkede halen 1.700 dolayında buzul vardır. En büyük akarsu olan Glama Irmağı ülkenin doğusundan güneye doğru 599 kilometrelik bir çizgiyi izler. Alaska ile hemen hemen aynı kuzey enlem sınırları içinde yer alan Norveç'te Gulfstream'in etkisiyle ılıman bir iklim hüküm sürer. Kuzeyde 10 derece olan temmuz sıcaklığı güneyde 17 dereceye çıkar. Ocak ayı ortalama sıcaklığı ise güneydoğu kıyılarında -2 derece iç kesimdeki vadilerde 10 derecedir. Dağların koruduğu doğu kesiminde 750 mm olan yıllık yağış miktarı, denizin etkisine açık olan batı kesiminde 2.052 mm'ye ulaşır. Kuzey bölgesinde güneş Mayıs ayı ortasından Temmuz ayı sonuna kadar batmaz, Kasım ayı sonundan Ocak ayı sonuna kadar ise ışık üzerine çıkmaz (4:63).

### I.2. Tarihçe

Norveç topraklarında insan varlığına ilişkin ilk izler M.Ö. 7000-6000'li yıllara dayanır. Norveç'in Roma yönetimindeki Galya ile ilişkiye girdiği tarih olan I. ve IV. Yüzyıllar arasında yerleşik yaşam biçimi yaygınlaşırken güneydeki halkların etkisiyle yazı da kullanılmaya başlamıştır. Sonraki dönemlerde kabile devletler ortaya çıkmıştır. V. Yüzyıla gelindiğinde bu kabile devletler Lagting denen meclislerin temsil ettiği konfederasyonlar altında birleşmiş bulunuyordu. Vikinglerin ileri askeri örgütlenmeleriyle uzak ülkelere karşı giriştikleri yağma seferleri 800 yılı dolaylarında başlamış ve 1050 yılına kadar sürmüştür. Bu dönemlerde Norveç kökenli Vikingler Britanya, Gröland ve New Found Land'de yerleşim alanları kurmuşlardır.

1100 yıllarında kilisenin karıştığı taht mücadeleleri bir iç savaş dönemini başlatmıştır. 1217 yılında hükümdar olan IV. Hakon iç savaşa son vermenin yanı sıra krallık yönetimini güçlendirdi, Gröland ve İzlanda'yı Norveç Tahtına bağladı.

İsveç tahtının sahibi Erik 1389'da Norveç, daha sonra da Danimarka ve İsveç'te kral olarak tanındı. Kalmar birliği olarak adlandırılan bu birlik 1523'de İsveç'in bağımsızlığını ilan etmesiyle dağılmadan önce Norveç 1450'de Danimarka kralını ülke kralı olarak tanımak zorunda kalmıştı.

Napolyon'un Danimarka'ya girmesinden sonra Norveç ve Danimarka arasındaki birlik zayıfladı. İsveç birliklerinin 1814'de Norveç'e girmesiyle Norveç İsveç tahtına bağlandı. 1898'de çıkmaza giren Norveç İsveç birliği 1905'de Norveç'in tek taraflı bağımsızlık kararıyla sona erdi.

I. Dünya Savaşı'nda tarafsız kalmakla birlikte itilaf devletlerinin baskısıyla Almanya ile ticari bağı kesilen Norveç'in bu dönemde deniz savaşları nedeniyle filosunun yarısı yitirildi. II. Dünya Savaşı sırasında da tarafsızlığını ilan eden Norveç Alman birliklerinin ülkeye girmesinden kurtulamadı. Alman kuvvetleri 1944 ve 1945 yılında çatışmaya girmeden Norveç'i terk etti. 1949'a gelindiğinde ticaret filosu savaş öncesi gücüne kavuşmuş ve sanayi üretimi 1930'lardaki düzeyine çıkmıştı.

Norveç Ekim 1992 Avrupa Ekonomik Alanı antlaşmasını onayladı. 1992'de Avrupa Topluluğuna üye olmak için başvurdu ancak daha sonra yapılan referandumla Avrupa Birliği'ne girişten vazgeçildi (4:66,67,68).

### **I.3. Sosyal Yapı**

Norveç doğal yapı, nüfus dağılımı ve ekonomik yaşam bakımından dört bölgeye ayrılır. Toplam nüfusun yarısından fazlasını barındıran doğu kesimin odağında Oslo Fiyordunu çevreleyen sanayi kentleri vardır. Norveç nüfusunun büyük bölümü etnik bakımdan Germen kökenli Kuzey Alp ve Baltık halklarının karışımına dayanır. Ülkenin ilk halkları olmasına rağmen kuzeye sürülmüş olan Laplar çok küçük bir azınlığı oluşturur. Ayrıca Danimarka, İsveç, İngiltere ve Pakistan gibi ülkelerden gelen göçmen topluluklar da vardır. 1992 yılında nüfus yoğunluğu kilometre kareye 13,2 kişi olarak belirlenmiştir. Kentlerde oturanların toplam nüfus içindeki payı %75'dir. II. Dünya Savaşı'ndan sonra doğum ve ölüm oranları azalma eğilimine girmiştir (4:65).

### **I.4. İdari Yapı**

Norveç kendine özgü bir parlamenter sistemi olan meşruti bir monarşi ile yönetilmektedir. Yasama yetkisini meclis kullanır. Meclis'in 165 üyesi dört yılda bir seçimlerle belirlenir. Hükümet meclise karşı sorumludur. Hükümdarın yasaları veto ederek geçici olarak durdurma yetkisi bulunmakla beraber bu yetki 1905'den bu yana hiç kullanılmamıştır. Sembolik olarak yürütmenin başı konumunda olan hükümdarın yetkileri törensel bir nitelik taşır. Hükümet işlevini gören Bakanlar Kurulu ve Başbakan meclisin önerisi doğrultusunda hükümdar tarafından atanır. Temel yönetim birimi olan İl İdareleri seçimle gelen meclislerin yönettiği kentsel ve kırsal yerel yönetimlere ayrılmıştır. Yargı sistemi en üst yargı merci olan Yüksek Mahkeme, istinaf (yeniden yargılama, temyiz) mahkemeleri ve yerel mahkemelerden oluşur (4:66).



### I.5. Ekonomi

Norveç'te büyük ölçüde hizmet sektörü, ağır ve hafif sanayi ile petrol ve doğal gaz üretimine dayanan gelişmiş bir karma ekonomik düzen yürürlüktedir. Norveç'in karasuları içerisinde Batı Avrupa'nın bilinen en zengin deniz altı petrol ve doğal gaz yatakları yer alır. Petrol ve doğal gaz günümüzde en zengin ihracat ürünleri arasında yer alır. GSMH içindeki payı %13,7 olan imalat sektöründe insangücünün %13,7'si çalışmaktadır. Geleneksel denizcilik ülkesi olan Norveç dünyanın en büyük ve en modern deniz ticaret filolarından birine sahiptir.

İhracat ürünleri petrol, doğal gaz, alüminyum, demir ve çelik ile işlenmiş bakırdır. İthalat kalemleri ise makine, ulaşım araçları, çeşitli hammadde ve metaller ile gıda ürünleridir. Norveç'in dış ticaretinde en önemli yeri İngiltere, Almanya ve İsveç tutar.

Kamu gelirleri büyük ölçüde vergilere dayanır. Gelire bağlı olarak artan vergiler son derece yüksektir. Ekonominin bütün alanlarına uygulanan katma değer vergisi %20 oranındadır. Kamu harcamaları içinde sosyal refah hizmetlerinin payı 1960'lardan beri artmaktadır. Geçmiş XIX. Yüzyıl sonlarına inen sendikal hareketler oldukça güçlüdür.

Norveç'te hemen hemen %100 olan okuryazarlık oranı eğitimde ulaşılan yüksek düzeyi göstermektedir. Eğitim 7-15 yaşları arasında zorunludur. Temel öğrenimini tamamlayan öğrenciler teknik okullara ya da lise düzeyinde okullara devam edebilir. Son yıllarda artan öğrenci sayısı doğrultusunda yüksek öğrenim kurumları genişletilmiştir. Oslo, Bergen, Trondheim ve Tromsø'de üniversiteler bulunmaktadır (4:65,66).

2004 yılı verilerine göre ülkenin toplam GSMH'sı 130 milyar Amerikan Doları'dır. Kişi başına düşen GSMH ise yaklaşık 40.000 Amerikan Doları'dır (5:1).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

Norveç yaklaşık olarak 4,5 milyonluk bir nüfusa sahiptir. Ülke bir merkezi hükümet, 19 İl İdaresi ve 431 belediye olmak üzere üç yönetsel düzeye ayrılmıştır. Sağlık sistemi kapsayıcıdır ve sistemde kamu daha baskındır. Sistemin finansmanı genelde vergiler aracılığıyla yapılmaktadır (7:6).

Norveç'te ikamet eden herkes sosyal güvenlik kapsamındadır. Ücretsiz, eşit ulaşılabilirliğe sahip sağlık hizmetleri prensibine göre ülkede ikamet eden herkesin sosyal ve ekonomik durumdan bağımsız olarak sağlık sisteminde sağlanan hizmetlere ulaşabilmesi sağlanmaktadır (2:1).

Merkezi hükümet sağlık politikalarının belirlenmesinde güçlü bir role sahiptir fakat yerel demokrasi ile tutarlı olarak hizmetler yerel düzeyde sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri de üç yönetim düzeyine benzer bir şekilde örgütlenmiştir. Ancak 19 İl İdaresi'nin sorumlulukları 2002 yılında dış sağlığı hizmetlerinin ve uzman tedavi hizmetlerinin finansmanının, planlanmasının ve sunumunun merkezileştirilmesinden sonra kısıtlı bir hale gelmiştir (8:2).

### II.1. Sağlık Sistemi'nin Tarihsel Gelişimi

Norveç'teki sağlık sistemi hizmetlere ulaşımında eşitlik prensibi üzerine kurulmuştur. Hizmetlerin finansmanında ve sunumunda temel sorumluluk devlete aittir.

2000 yılında toplam sağlık harcamaları içindeki kişisel ödemelerin oranı %14,3 olmuştur.

Norveç sağlık sistemi ulusun oluşması sürecinin bir parçası olarak XIX. Yüzyılda yavaş yavaş gelişmiştir. Kamu sağlık sisteminin ilk ögesi hastalarını evlerinde ya da kendi muayenehanelerinde tedavi eden genel pratisyenler olmuştur. İlk doktor ve epe muayeneleri 1700'lü yılların sonlarında görülmeye başlanmıştır. 1800'lü yıllara kadar ülkede beş bin kişiye bir doktor düşmekteydi.

Kamu sağlık sisteminin alt yapısı Danimarkalılar'ın yönetiminden ayrıldıktan sonra kuruma başlanmıştır. 1809 yılında Norveç yönetimi altında Kopenhag'da bir Kamu Sağlık Kurumu kurulmuştur. 1814'de Norveç genelinde sadece 140 doktor bulunmaktaydı. İlk hastahane XVIII. Yüzyılda kurulmuştur ve bu yüzyılın başlarında bütün doktorlara kendi bölgelerindeki sağlık koşullarını bildirme yükümlülüğü getirilmiştir. Bu bildirimler Kamu Sağlık Kurumu'na yapılmıştır. İlerleyen tarihlerde yerel sağlık komisyonları kurulmaya başlanmıştır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele başlıca konu olmuştur.

1815'den sonra ölüm oranları hızla düşmeye başlamıştır. O dönemlerde ülkenin bazı kesimlerinde çiçek aşısı yapılmıştır. Bu aşılama faaliyetleri Kilise tarafından örgütlenmiştir. Ölüm oranlarındaki düşüşün diğer önemli etkenleri ise beslenme alışkanlıklarının değişmesi, emzirme oranının artması ve daha iyi barınma şartlarına sahip olunmasıdır.

Resmi sağlık sistemi devletin lider rolünü oynamasıyla gelişmeye başlamıştır.

Kamu yönetimleri önemli politikaları belirlerken hastalar tedavileri için kişisel ödeme yapmaktaydılar. Ülkedeki doktorların pek çoğu bölge doktoru olarak adlandırılan devlet memuru konumundaki kişiler olmuştur.

XVIII. Yüzyılın ortalarında bazı yerel yönetimler ücretle doktor istihdam etmişlerdir. 1860 yılında kırsal alanlarda dahil olmak üzere tüm yerel yönetimlere daimi bir sağlık komisyonu kurulmasını şart koşan bir yasa kabul edilmiştir. Bu komisyonların en önemli konusu bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve koruyucu sağlık hizmetleri olmuştur. Bu yasa ile ayrıca doktorların sundukları hizmetlerde bir standartın geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Bu dönemde doktorların pek çoğu kentsel alanlarda çalışmaktaydı ve kırsal alanlarda doktor bulmak neredeyse imkansızdı. 1833 yılında ülke genelinde 33.500 kişiye bir doktor düşmekteyken kentsel alanlarda bu oran 1.075 kişiye bir doktor şeklindeydi.

İlk sağlık hizmetlerinin kurulması fakir halkın baskısından çok zengin kesimin baskısı sonucu olmuştur. Devlet tarafından sadece sertifikalı doktorların ve ebelerin tıbbi tedavi yapmasına izin verilmekteydi. Bu yasalar sağlık hizmetlerinde devletin baskın olmasını kabul etmeyen ve kamu sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek oluşundan korkan köylülerin itirazına rağmen yürürlüğe girmişti.

Buna rağmen kamu sağlık sistemi gelişmeye devam etmiş ve kırsal alanlarda lisanslı doktorlar daha fazla kabul görmeye başlamıştır. 1875 yılında doktorların sayısı 1.814 yılına nazaran 4 kat artmış ve 380'e ulaşmıştır. Aynı zamanda eğitilmiş ebelerin sayısı da artmıştır. 1860 yılında ülkede bulunan 500 ebe tüm doğumların yaklaşık yarısını yaptırmış ve sonuç olarak ana ölümlerinde hızlı bir düşüş görülmüştür.

Kamu yönetimince sağlık sisteminin önemli bir kısmı düzenlenmiş olmasına rağmen bir çok sağlık hizmeti resmi sağlık sistemi dışındaki sunucular tarafından verilmekteydi. Kırsal alanlarda 1870'lere kadar bir çok insan için doktorların yanında geleneksel şifacıların sunduğu sağlık hizmetleri önemini korumuştur. Doktorların bir çoğu özelde ve özellikle de dini örgütler ve klise tarafından kurulmuş yardım örgütlenmeleri içinde yer almaktaydı. Bu örgütler fakirler için sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir rol oynamışlardır.

1800'li yılların sonlarında resmi sağlık sisteminin dışında yer alan yardım kuruluşları ve diğer sağlık hizmeti sunucuları değişimin ve sunumun en önemli öğeleri haline gelmeye başlamışlardır. Bu sağlık hizmeti sunucuları Norveç'deki sağlık hizmetlerinin içeriğine büyük ölçüde şekil vermişlerdir.

XIX. Yüzyılın sonlarına kadar sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesinde merkezi rol devlete ait olsa da temelde halktan gelen baskılar sonucu sağlık sistemi şekillenmiştir. Sağlık hizmetlerinin bir çoğunun sunumuna yardım kuruluşları tarafından başlanmıştır.

XIX. Yüzyılda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli role sahip olan doktorların sayısı yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumunda değil önemli politik kararların alındığı kamu yönetimlerinde de hızla artmıştır.

1830 ve 1850 yılları arasında yeni nesil doktorlar devletin yaptığı reformların önemli bir aracı haline gelmişler ve o yıllardaki kolera salgını sırasında sistem üzerinde etkilerini artıracak şekilde yeniden örgütlenmişlerdir. 1857'de sağlık sistemi içerisinde baskın bir konumda olan Sosyal İşler Bakanlığı ilk kez devlet sağlık yönetimine bir doktoru atamıştır.

1884 yılında mecliste Sosyal İşler Komisyonu kurulmuş ve ülkede sosyal politikaların önemi artmıştır. 1880'lerde kurulan İşçi Partisi ulusal ve yerel düzeydeki reformların en güçlü savunucusu olmuştur. Sosyal politikalar bu partinin temel konusu olmuştur.

Sağlık profesyonellerin baskın gücü 1900'lü yıllar boyunca artmaya devam etmiştir. Politik ve yönetsel yapıda önemli bir yere sahip olan doktorlar aynı zamanda kendini mesleki örgütlerini de kurmuşlardır.

1890'larda ulusal bir sağlık hareketi başlamıştır. Bu hareket ülke çapında binlerce insanı peşinden sürüklemiştir ve reformlar yardımı kuruluşları ile kadın örgütlenmeleri gibi bir çok farklı grup tarafından desteklenmiştir.

Bu örgütler 1930'lu yıllarda tüm sağlık hizmetlerinin kamu sorumluluğu altında yeniden örgütlenmesine kadar sağlık hizmetinin sunumunda önemli rol oynamışlardır. Bu tarihlerde en büyük örgüt 1896 yılında kurulan Norveçli Kadınların Halk Sağlığı Derneği olmuştur. 1920 yılı itibarıyla bu derneğin verem hastalarının tedavisi için hizmet veren 14 sağlık kuruluşu bulunmaktaydı. Üç büyük sağlık örgütü 1920'lerde yaklaşık 200.000 üyeye sahipti ve bu üyelerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı.

Norveçli Kadınların Halk Sağlığı Derneği hemşireleri eğitmekteydi ve yeni doğanların sağlık kontrolleri ile okul çocuklarının sağlık kontrollerini yapmaktaydı. Hizmetler için gerekli kaynak gönüllülerce sağlanmaktaydı.

1910 yılında Ulusal Verem Savaş Derneği kurulmuştur. 1900'lü yıllardan önce verem hastalarının tedavisi için bir çok özel sağlık kuruluşu kurulmuştu. Bu derneğin kurulmasını takiben diğer kamu sağlık kuruluşları da kurulmaya başlanmıştır. 1935 yılına gelindiğinde verem hastalarının tedavisi için kurulmuş olan kuruluşlar 200.000'den daha çok hastaya hizmet vermişlerdir.

1899'de hastahane sayısı 49'iken 30 yıl içinde bu sayı yaklaşık iki katına çıkarak 92'ye ulaşmıştır. Devlet memuru konumundaki doktorların sayısı 1910'lara kadar hızla artmıştır ve yeni doktorların bir çoğu kamu tarafından istihdam edilerek hastahaneler ve sağlık komisyonlarında çalışmaya başlamışlardır. 1911 yılında sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunumu için Kamu Sağlık Sigortası Yasası yürürlüğe girmiştir. Sigorta ilk yürürlüğe girdiği yıllarda sigorta tarafından kapsanmak için yerel yönetimlerin sosyal sigorta bürolarına ödeme yapan kişiler toplam nüfusun %40'ını oluşturmaktaydı. 1914 yılında sağlık sigortasının kapsamı ebelerin verdikleri hizmetleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Birinci dünya savaşının sona erdiği yıllarda ulusal ve yerel düzeyde kamu sağlık yönetimleri kurulmuştur. Eğitimli ebe ve doktorların sayısı hızla artmaya devam etmiştir. Bir çok gönüllü eğitim kuruluşlarının yanı sıra devlet tarafından

kurulan ve yönetilen sağlık profesyonelleri eğitim kuruluşları vardı. Bir çok doktor özel olarak mesleğini yerine getirmekteydi, ancak doktorların hak ve görevleri kamu yönetimleri tarafından düzenlenmekteydi.

Sağlık sigortası yasası yeni gruplara sağlık hizmetlerinden yararlanma fırsatları sunmuş ve çeşitli sağlık kuruluşları kurulmuştur. Kamu sektörü tüm sorumluluğa sahip olmasına rağmen özel hizmet sunucular ve yardım kuruluşları önemli role sahip olmuşlardır. Sosyal sigorta sistemine geçişle birlikte önemli bir değişim gerçekleşmiştir. Finansal araçlar düzenli bir yapı altında örgütlenirken, kamu sektörü hizmet sunumunda ve sektörün düzenlenmesinde birinci öge haline gelmiştir. Bu gelişmelerle birlikte sağlık çalışanları halkla yeni bir alanda buluşmuştur.

Norveç'in erken dönemde anne ve çocuklar için koruyucu sağlık çalışmalarına başlaması sonucu anne ve çocuk ölümlerinde belirgin bir düşüş sağlanmıştır. İlk ana çocuk sağlığı merkezleri çocuk bakımı, doğum kontrolü ve sağlıklı beslenme alanında hizmetler sunmuşlardır. Bu merkezlerin bir çoğu devletçe ekonomik açıdan desteklenen yardım kuruluşları tarafından çalıştırılmaktaydı. Daha sonra yeni ve modern doğum klinikleri kurulmaya başlanmıştır. Kamu sağlık kuruluşları tarafından okul çocuklarının erken dönemde sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için yeni okul sağlığı programları başlatılmıştır. Dünyada ilk kez Norveç'te okul çocukları için büyük oranda devletçe finanse edilen ücretsiz diş sağlığı hizmetleri verilmesine başlanmıştır.

Yerel düzeyde sağlık konseyleri sağlık politikaları ve bütçeyle ilgili konularda çalışmışlardır. Konseyler yürütme gücünden yoksundular. 1930'larda bu sorunlar dile getirilmesi üzerine sağlık konseylerine sağlık profesyonellerini temsil etme yetkisi verildi ve sektördeki güçleri artırıldı.

1920 ve 1930'lu yıllar boyunca ekonomik kriz yeni sosyal gerilimlere ve politik mücadelelere sebep olmuştur. Grevler ile gösteriler işsizlik ve siyasi kargaşalara sebep olmuştur.

Ekonomik kargaşaya rağmen bu yıllar gelişme yılları olmuştur. GSMH 1920 ve 1935 yılları arasında iki katına çıkmıştır. Nüfus artış hızıyla birlikte üretim de hızla artmıştır. Beklenen yaşam süresinin artmasının yanı sıra en iyi gelişme gebe kadınların ve annelerin daha iyi izlenmesi, daha iyi sağlık hizmetleri sunulması ve daha iyi bakım şartlarının sağlanması ile doğrudan bağlantılı olan bebek ölüm oranları hızla düşmüştür. Aynı zamanda bu yıllarda çalışma saatleri düşürülüp, tatil süreleri uzatılarak sosyal yardımlar alanında büyük reformlar uygulanmıştır.

1935 ve 1940 yılları arasında yeni ve önemli sosyal yasaları çıkarılarak sosyal güvenlik alanı genişletilmiştir.

Bu yıllarda sosyal alanların bir çoğunda uygulanan büyük reformlarda devletin öne çıkması, sanayinin geliştirilmesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinin herkes için elde edilebilir olması sosyal ve demokratik değişimin en büyük göstergesidir.

1945'lerden sonra sosyal politika alanında siyasi uzlaşa sağlanmıştır. İşçi Partisi 1930'lardaki radikal fikirlerinin bir çoğunu terkederek refah devletinin gelişimi için planlar yaptı. İşçi Partisi kamu sorumluluğunun yanı sıra özel örgütlere ve hizmet sağlayıcılara da odaklandı. Genel pratisyenler sistem içinde düzenlenmiş ve büyük oranda kamu sektöründe finanse edilen özel hizmet sunucuları olarak yapılanmışlardı.

İşçi örgütleri ile işverenler arasında uzlaşa ilişkisi gelişti. İşverenler, eskiye nazaran daha katılımcı olmuşlar ve şirketlerdeki sağlık hizmetlerinin kurulmasında işçi örgütleriyle daha çok işbirliğine gitmişlerdir.

Devlet politika geliştirme ve sunum alanında baskın rolü üstlenmiştir. Özel sağlık hizmetleri kapsamı genişleyen kamu sağlık sisteminin yanında gelişmesine devam etmiştir. Fakat özel sektörün gelişimi için ekonomik destek devletçe sağlanmıştır. Bir çok hizmetin ve kuruluşun sorumluluğu halen örgütlerde olsa da bu örgütlerin odak noktası hizmetlerin yönetiminden, yeni amaçların geliştirilmesi ve uygulanmasına doğru kaymıştır. Bu örgütlerin hizmetleri yavaş yavaş kamu planları içine girmiş ve kamu denetimi altına alınmışlardır (14:10-15).

1980'lerden beri İl İdareleri ve yerel yönetimler düzeyinde tüm sağlık hizmetlerinin örgütlenebilmesi için yoğun çabalar harcanmıştır. 1986 yılında bir Blok Garanti finansman sistemine geçerek yerel yönetimlerin farklı türlerdeki sağlık hizmetleri arasında önceliklerini belirleyebilmesine imkan tanınmıştır. Bu yerelleşmiş model ile merkezi modele göre yerel ihtiyaçları daha iyi karşılayacak, hizmetleri daha ekonomik şekilde sunacak ve ihtiyaçlara göre belirlenmiş düzeyde hizmet sunulmasına imkân verecek yerel özerklik amaçlanmıştır. 1984'de tüm birincil sağlık hizmetleri sorumluluğunu yerel yönetimlere devreden Yerel Yönetimler Sağlık Yasası çıkartılmıştır. Bu yasa birincil sağlık hizmetleri alanındaki sorumlulukları ve hasta haklarını tanımlamıştır. Bu yasaya göre yerel yönetimler hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, hastalık halinde teşhis tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlayacak hizmetleri örgütlemekten ve finanse etmekten sorumlu tutulmuştur. 1991'de yerel sağlık yönetimlerinin sorumlulukları güçlendirilerek ruh sağlığı, alkolizmin tedavisi ve ilaç bağımlılığının tedavisi gibi ek görevler getirilmiştir.

Uzmanlaşmış tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri İl İdarelerinin sorumluluğundayken 1 Ocak 2002 tarihinde bu sorumluluklar beş bölge de örgütlenmiş Bölgesel Sağlık Yönetimlerine devredilmiştir (1:26).

## 1.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

XX. Yüzyıl boyunca Norveç'te toplum sağlığında önemli gelişmeler yaşanmış ve beklenen yaşam süresi 30 yıldan daha fazla artmıştır. 1946 ve 2003 yılları arasında beklenen yaşam süresi erkeklerde 8 yıl kadınlarda 9 yıl artmıştır. 2003 yılı itibariyle beklenen yaşam süresi erkeklerde 77,4 yıla kadınlarda 81,3 yıla ulaşmıştır (1:8).

Geride kalan on yıl boyunca doğum oranı batı yarım kürede en çok düşen ülke Norveç'tir. Şimdiki doğum oranı OECD ülkelerine göre yüksektir. 1900'lü yılların başında doğum oranı 4,4'iken, 1950'de 2,5'e, 2003'de ise 1,8 olmuştur.

Doğum oranının OECD ülkelerinin çoğuna nazaran daha yüksek olmasının nedeni ailedeki kadınların veya ebeveynlerin aile yaşamı ile iş yaşamını bir arada yürütmesine imkan verecek sosyal düzenlemelerin bulunmasıdır (1:11).

Norveç'te toplumun sağlığı gelişirken sosyal gruplar arasındaki farklar ise artmaktadır. Eşit ulaşılabilirliğe göre ve ekonomik durum, coğrafi konum ve cinsiyetten bağımsız olarak tasarlanan sağlık hizmetleri gerçekte tam ortaya çıkmamaktadır. Sosyal farklılıklar azalacağı yere eskiye nazaran daha da artmaktadır. Eğitim durumu, cinsiyet, evlilik durumu ve gelir ülkedeki beklenen yaşam süresi düzeyini etkileyen en önemli öğelerdir (1:15).

Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları kadın ve erkeklerde temel ölüm sebepleri arasında ilk sıradadır. Bunu kanser izlemektedir. 1990'lı yıllar boyunca kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin oranı aynı düzeyde seyrederken kansere bağlı ölüm oranları ise artmıştır. 1995'de 7.500 kayıtlı kanser vakası varken 1990'larda bu sayı 21.000'i aşmıştır. Bu artış yaşlı nüfusun oranının yükselmesiyle açıklanmaktadır (1:19).

Üçüncü temel ölüm nedeni ise nüfusun %6'sında görülen kronik akciğer hastalıklarıdır (1:20).

Kazalara bağlı ölümler dördüncü sırada yer almaktadır. Kazalara bağlı ölüm oranları son yıllarda azalırken, kaza sonucu yaralanan insanların hastahanelerde tedavi görenlerin sayısı artmıştır (1:21).

### II.3. Sağlık Sisteminin Öncelikleri Ve Sağlık Politikası

Norveç sağlık sistemi kapsamlı ve sosyal haklar üzerine kurulu bir sistemdir. Sağlık hizmetleri birincil ve uzman sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmıştır. Devlet uzman sağlık hizmetlerini ve hastahanelerdeki diğer hizmetlerin finansmanından sorumludur. Birincil sağlık hizmetleri özel uygulamalar gibi örgütlenmiş, ancak yerel yönetimler ve Ulusal Sigorta Kanunu alt yapısına göre düzenlenmiştir. Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamaları içindeki kamu payı %85'dir ve Avrupa Birliği ülkelerine nazaran daha yüksektir. Hastahaneler ve yaşlı bakım kuruluşları gibi çeşitli kuruluşların bir çoğu kamu sahiplidir ve kamu hizmetleri yasal alt yapısına göre kamu yönetimlerinde idare edilmektedir (1:23).

Norveç'te sağlık sisteminin örgütlenmesi son 30 yıl boyunca 3 kez reforma uğramıştır. İlk olarak 1980'lerin ortasında sorumluluklar kapsamlı olarak yerel düzeye aktarılmaya başlanmış, 1990'ların başlarında ikinci bir ayarlama yapılmış ve son olarak da 2000'li yıllarda hastahaneler büyük oranda merkezleştirilmiştir (10:66).

1984'de Yerel Yönetimler Sağlık Hizmetleri Yasası yürürlüğe girmiştir. Yeni yasayla birlikte yeni düzenlemeler yapılmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanı yerelleştirilmiştir. Birincil sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık hizmetlerinin temel ögesi olması öngörülmüştür.

Her vatandaş kendi bölgesinde tatmin edici sağlık hizmetlerine ulaşma hakkına sahip olmuştur. Bu yasa yerel sağlık hizmetlerinin yerel sosyal yapı içerisinde biçimlendirilmesini öngörmüştür.

Bu yasa ile birincil sağlık hizmeti sunucularına büyük oranda kendi hizmetlerini yerel şartlara göre oluşturma izni verilmiştir. Bu dönemde hastahane sektörünün genişlemesi sağlık harcamalarındaki artışın en önemli sebebi olmuştur. Aynı zamanda yapılan sağlık araştırmaları sağlık alanındaki kazanımların aşılama, sağlıklı beslenme bilgisi ve yaşam şartlarını geliştirecek genel bilgilerin sonucu olduğunu göstermektedir. Birincil sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi hem halk sağlığının gelişimine hem de sağlık sektöründeki kaynak kullanımının denetim altına alınabilmesine imkan vermiştir (10:66).

2000 yılında Norveç'te her vatandaşın bir yerel genel pratisyene bağlanması ve 2002'de genel hastahanelerin sahipliğinin ve sorumluluğunun ulusal düzeye çekilmesi diğer büyük sağlık reformları olmuştur.

1990'larda sağlık alanında öncelikle ilgilenilmesi gereken altı sorun tanımlanmıştır. Bunlar:

- Ruhsal bozukluklar,
- Psikososyal sorunlar,
- İskelet kas sistemi hastalıkları,
- Kazalar,
- Allerjiler ve
- Şiddette dayalı sorunlardır.

Belirlenen bu sorunlar daha önceleri gönüllü kuruluşların çalışmalarında yer almazken daha sonraları gönüllü kuruluşlar bu konularda sık sık araştırmalar yapmaya başlamışlardır. Yerel sağlık yönetimlerinin sorumlulukları enegellilerin bakımı görevinin de görevleri arasına eklenmesiyle 1991'de biraz daha artmıştır. Ruhsal bozuklukların bakımı da sağlık sektörü içindeki öncelikli yerini almıştır (10:67).

#### **II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı**

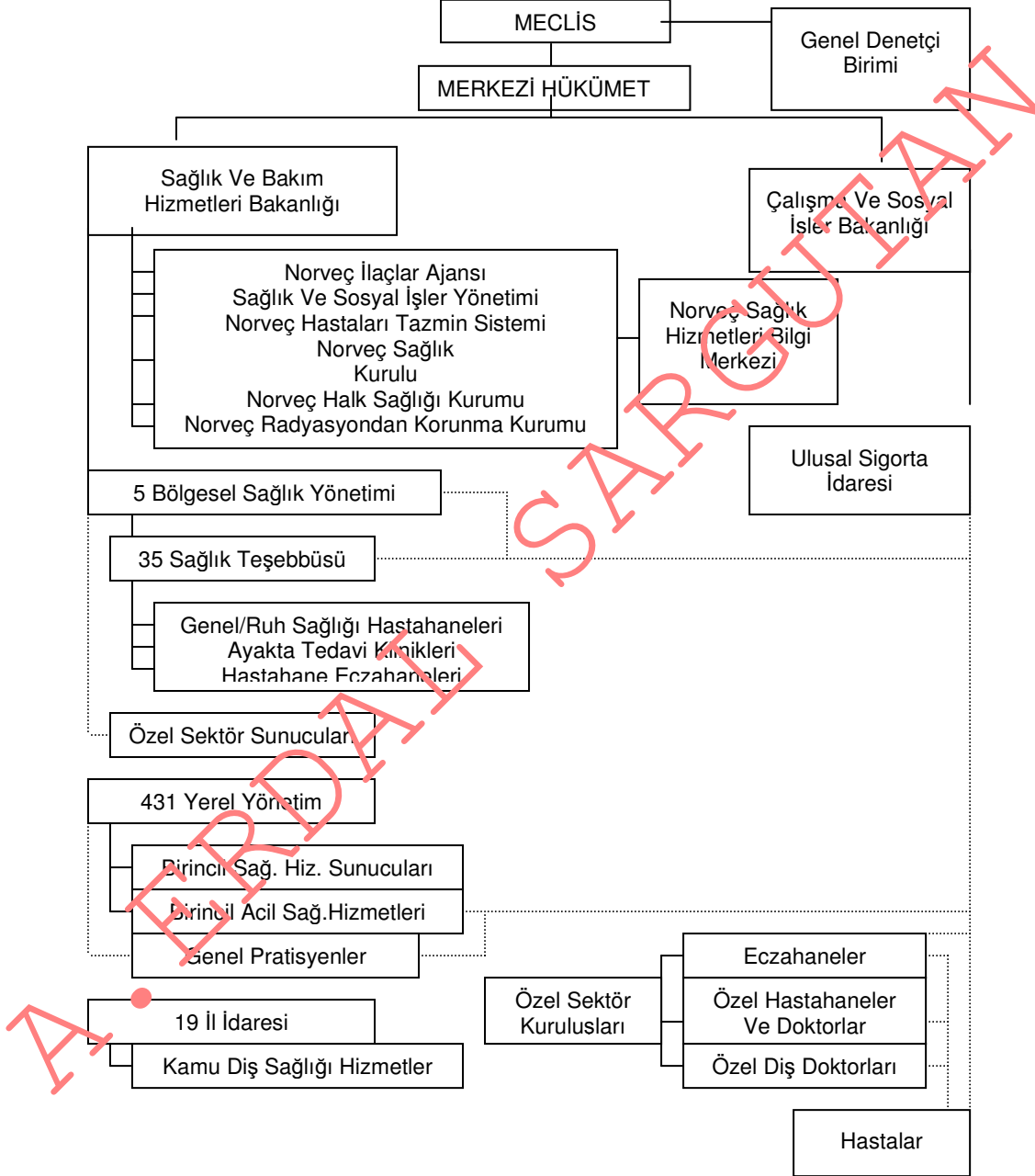
Norveç sağlık sisteminin bir çok alanında kamu sağlık sistemi baskındır ve hizmetler çoğunlukla kamu tarafından finanse edilmektedir. Devlet sağlık hizmetlerinin kalitesinden, tüm alanlardaki kapasitesinin belirlenmesinden ve sağlık politikalarından sorumludur. Devlet bu sorumluluğunu bütçleme ve yasama faaliyetleri ile yerine getirmektedir. Sağlık hizmetler genelde yerel olarak sunulmaktadır. Sistem içindeki hizmet sunum sorumlulukları yüksek oranda bölgelere ve yerel yönetimlere devredilmiştir (2:1).

● Norveç sağlık sektörü birincil sağlık hizmetlerini, dış sağlığı hizmetlerini ve uzman tedavisi hizmetlerini kapsamaktadır. 2003 yılı itibariyle toplam sağlık harcaması GSMH'nin %9'u kadar olmuştur. Kamu harcamaları toplam sağlık harcamalarının %85'i kadardır. Özel harcamalar son 20 yıldır %15 ile %20 arasında değişmiştir (3:1).

Norveç sağlık sistemi kâr amaçlı ve kâr amaçsız özel sağlık kuruluşlarını da içermektedir. Özel sektör hizmetleri bazı istisnalar haricinde çoğu alanlarda kamu sisteminin içine yerleşmiştir (12:20).



Şekil 1: Norveç Sağlık Sistemi'nin Örgütsel Şeması



**Not:** Sürekli çizgiler hiyerarşik ilişkiyi, kesikli çizgiler finansal ilişkiyi göstermektedir.

**Kaynak:** (12) WHO (2006) Health Care Systems in Transition – Norway, s:2.

## II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü

### II.4.1.1. Merkezi Hükümet

#### II.4.1.1.1. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı

Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı (Ministry of Health and Care Services) topluma yeterli sağlık hizmetlerinin sunumundan ve sağlığın geliştirilmesinden sorumludur. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı merkezi kuruluş, teşebbüs ve kurumlar aracılığıyla yıllık bütçe tahsisini yaparak ve kapsamlı yasaları çıkararak sağlık hizmetlerini yönetmektedir (1:24).

Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı ulusal sağlık politikasının ana hatlarını belirler, temel reformları ve yasa tasarılarını hazırlayarak bunların uygulanmasını gözetir. Ayrıca merkezi hükümetin sağlık alanında alacağı kararlarda tavsiyelerde bulunur.

Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı birincil sağlık hizmetleri, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, diş sağlığı hizmetleri, eczacılar ve ilaçlar ile ilgili konular, acil durumlarda planlama ve eşgüdüm, moleküler biyoloji, biyoteknoloji, beslenme ve gıda sağlığı politikalarından sorumludur (12:16).

Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı Genel Yöneticilerin yönettiği altı bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler:

- Halk Sağlığı Bölümü,
- Sağlık Hizmetleri Bölümü,
- Hastahane Bölümü,
- Sağlık Yasaması Bölümü,
- Yönetim Bölümü,
- Mali İşler Bölümü'dür (1:24).

Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı ayrıca kendisine bağlı olan Sağlık Ve Sosyal İşler Yöneticiliği, Norveç Sağlık Kurulu, Ulusal Halk Sağlığı Kurumu, Norveç İlaçlar Ajansı, Norveç Radyasyondan Korunma Kurumu, Norveç Hasta Sicil Kurumu ve Biyoteknoloji Danışma Kurulu'ndan da sorumludur (12:16).

Sağlık Ve Sosyal İşler Yöneticiliği sağlık ve sosyal işler alanındaki yönetsel organdır. Bu alanda önemli yetkilere sahiptir. Sağlık Ve Sosyal İşler Yöneticiliği aynı zamanda ulusal sağlık politikalarının ve sosyal politikaların uygulanmasına katkıda bulunmakta ve merkezi yönetim kuruluşlarına, yerel yönetimlere, bölgesel sağlık yönetimlerine ve gönüllü kuruluşlara danışma kurulu gibi hizmet vermektedir. Yöneticiliğin temel görevi ise sağlık ve sosyal işler alanındaki hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırmak, sağlığı geliştirici konularda (örneğin sigarayı bırakma kampanyaları gibi) programlar hazırlamaktır. Hasta Temsilcileri her İl İdaresi tarafından Sağlık Ve Sosyal İşler Yöneticiliğine bildirmektedir. Resmi olarak yöneticiliğin hizmetleri hem Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'ndan hem de Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı'ndan sonra gelmektedir (12:16).

Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi göreceli olarak yeni bir kamu kuruluşudur ve özerktir ancak tüm amaçları ve görevlerin belirlenmesi ile ilgili konularda Sağlık Ve Sosyal İşler Yöneticiliğine bağlıdır (12:16). Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi'nin temel görevi sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkileri alanında araştırmalar yaparak karar vericilere ve sağlık profesyonellerine bilgi vermektir. Merkez sağlık politikalarını geliştirme yetkisi olmadığı gibi sağlık politikalarının uygulanmasından da sorumlu değildir (12:17).

Norveç Sağlık Kurulu sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin genel gözetim ve denetiminden sorumlu olan kuruluştur. Kurul toplumun sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarını denetler ve bu hizmetlerin profesyonel standartlara göre verilmesini garanti eder. Kurul aynı zamanda sağlık sistemi içerisindeki hata ve başarısızlıkların önlenmesinde sağlık kuruluşlarıyla işbirliği yapar. Kurul yerel düzeydeki faaliyetlerini İl İdarelerinde bulunan Bölge Kurulu aracılığıyla yürütür. Bölge Kurulları Norveç Sağlık Kurulu'na sağlık ve sosyal işler ile ilgili konularda gerekli bilgileri sağlarlar (12:17).

Norveç İlaçlar Ajansı yeni ve varolan ilaçlarla bunların dağıtım kanallarını düzenleyen ulusal düzeyde yetkili bir kuruluştur. Ajans ürünlerden, denemelerden ve ilaçların pazarlanmasının denetim ve gözetiminden sorumludur. Norveç İlaçlar Ajansı piyasada var olan ilaçları onaylar, kullanımını gözetir, maliyet etkililiği garanti eder, ilaçların kullanımını belgeler, fiyatları düzenler ve ilaçların taşınması gereken ticari şartları belirler (12:17).

Norveç Radyasyondan Korunma Kurumu radyasyondan korunma ve nükleer güvenlik alanında ulusal düzeyde yetkili bir kuruluştur. Kurum radyoaktif maddelerin kullanımından ve bölünebilir maddelerin kullanımının gözetim ve denetiminden, radyoaktif kazaların ve nükleer serpintilerin önlenmesinden, çevrede ve işyerlerindeki yapay ve doğal radyoaktivitenin gözlenmesinden, radyoaktif olayların meydana gelmesi, riskleri ve etkileri hakkında elde edilen verileri artırmaktan sorumludur. Norveç Radyasyondan Korunma Kurumu, Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı bünyesinde örgütlenmiştir. Ayrıca bu Kurum tüm bakanlıklara radyasyon, radyasyondan korunma ve nükleer güvenlik ile ilgili konularda yardımcı olmaktadır (12:17).

Norveç Hasta Sicil Kurumu 1997'de kurulmuştur. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı bu kurumdaki kayıtların kullanılma yetkisine sahiptir. Norveç Hasta Sicil Kurumu tüm kamu hastahanelerinden ve Norveç'deki psikiyatrik kuruluşlardan olduğu kadar bazı özel hastahanelerden de hasta verilerini toplamakta ve doğrulamaktadır. Kayıtlar hastahanelerde 24 saat içerisinde hastahaneye yatan ve ayakta tedavi hizmeti gören tüm hastaların verilerini içermektedir (12:17).

Ulusal Halk Sağlığı Kurumu bulaşıcı hastalıkların denetimi, çevre sağlığı, zehirlenme ve ilaç bağımlılığı konusunda sağlık gözetimi ve denetiminden sorumludur. Aynı zamanda kurum kapsamlı ulusal ve uluslararası eşgüdüm ile ilgili bir araştırma kuruluşudur (12:17). Norveç Halk Sağlığı Kurumu 2002 yılında kurulmuştur. Kuruluş Ulusal Halk Sağlığı Kurumu, Ulusal Sağlık Taraması Hizmetleri, Bergen Tıbbi Doğum Sicili, İlaç Kullanım İstatistikleri Ve Metodoloji Bölümü ve Norveç İlaç Deposu'nun birleşimi sonucu kurulmuştur.

Personelleri aynı zamanda Norveç Sağlık Kurulu ile Sağlık Ve Sosyal İşler Bakanlığı'ndan sağlanmıştır (12:18).

Norveç Hastaları Tazmin Sistemi 1988'den beri hastahane sahipleri ve yerel yönetimler adına tıbbi hataları tazmin etmektedir. Norveç Hastaları Tazmin Sistemi'nin rolü bir olay Tıbbi Hataları Tazmin Kurulu'na sunulduğu zaman sadece avukat ücretini kapsayacak şekilde tanımlanmıştır. Norveç Hastaları Tazmin Sistemi tarafından verilen kararlar hastahane yönetimlerini ve yerel yönetimleri bağlayıcıdır. Ancak bir davacı Tıbbi Hataları Tazmin Üst Kuruluna temyiz'e gidebilir. Resmi olarak Norveç Hastaları Tazmin Sistemi Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na bağlıdır (12:18).

#### **II.4.1.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları**

Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı doğrudan sağlık sisteminden sorumlu olmasa da çalışma ve sosyal işler hakkındaki görevleriyle dolaylı olarak sağlık sistemiyle ilgilidir. Bazen bu sorumluluk sınırı tam olarak belirlenememektedir. Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı aynı zamanda sağlık sisteminin finansmanında önemli bir işleve sahip olan Sosyal Sigorta İdaresi'nden de sorumludur (12:16).

Ulusal Sigorta İdaresi herkese asgari düzeyde bir sosyal güvencenin sağlanmasını içeren bir kamu sigorta programı olan Ulusal Sigorta Programı'nın yönetimden sorumludur. Ulusal Sigorta Programı tarafından sunulan faydalar yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan sosyal harcamaları kapsar. Ulusal Sigorta Programı hastalıklar, kazalar, bedensel özürler, gebelik, doğum, işsizlik, yaşlılık, sakatlık ve ölüm halinde çeşitli sosyal faydalar sunmaktadır. Ulusal Sigorta Programı'ndan resmi olarak Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı sorumludur. Norveç'de çalışanlar ve yerleşik tüm insanlar ile Norveç sınırlarında sürekli kalanlar zorunlu olarak Ulusal Sigorta Programı kapsamındadır. Ulusal Sigorta İdaresi genel pratisyen hizmetleri, uzman tedavi hizmetleri, ilaçlar, ayakta tedavi hizmetleri, diş sağlığı hizmetleri, fizyoterapist hizmetleri, psikiyatrik hizmetler, ebe hizmetleri ve benzeri kamu sağlık hizmetleri konusunda yönetsel işlemlere sahiptir (12:18).

Eğitim Ve Araştırma Bakanlığı sağlık çalışanlarının eğitiminden ve kısmen de insanöçürün planlanmasından sorumludur (12:16).

#### **II.4.1.2. Bölgesel Sağlık Yönetimleri**

2002 hastahane reformunun bir parçası olarak uzman tedavi hizmetlerinin sorumluluğu İl İdareleri'nden alınarak merkezi düzeye çekilmiş ve beş Bölgesel Sağlık Yönetimine verilmiştir. Yönetim ve teşebbüs rolünü yerine getiren Bölgesel Sağlık Yönetimleri uzman veya ikincil sağlık hizmetlerinin toplumun ihtiyaçlarına göre planlanmasından, genel ve ruh hastalıkları hastahanelerinden, laboratuvar ve radyoloji hizmetlerinden sorumludur. Bölgeler beş yüz bin ile 1,7 milyon arasındaki kişiye toplam 32 sağlık kuruluşu aracılığıyla hizmet sunmaktadır (8:9).

Her bölgenin isimleri ve bu bölgelerin nüfusları şöyledir:

- Kuzey Norveç Bölgesel Sağlık Yönetimi: 462.000
- Merkezi Norveç Bölgesel Sağlık Yönetimi: 649.000
- Batı Norveç Bölgesel Sağlık Yönetimi: 956.000

- Güney Norveç Bölgesel Sağlık Yönetimi: 899.000
- Doğu Norveç Bölgesel Sağlık Yönetimi: 1.671.000 (12:20).

2002 hastahane reformu hastahanelerin sahipliğini İl İdareleri'nden merkezi hükümete vermenin yanı sıra hastahanelerin Bölgesel Sağlık Yönetimleri altında örgütlenmesini ancak günlük yönetim işlevlerinin genel yöneticiler veya yönetim kurullarınca yapılmasını da içermektedir. Yönetimdeki bu değişikliklerin bildirilen ilk sonuçları ise bekleme sürelerinin düştüğü ve yönetim becerilerinin geliştiği doğrultusundadır (8:9).

#### II.4.1.3. Yerel Yönetimler

Norveç'deki yerel yönetim prensibine göre her yerel yönetim kendi coğrafi alanında ulusal yasalara uygun olarak sunulacak hizmetlerin düzeyine karar vermekte ve karar verilen düzeylerdeki hizmetlerin başarılabilmesi için gerekli fonların dağıtımından sorumlu olmaktadır (2:1).

Ülkede çeşitli büyüklükte 431 yerel yönetim vardır. Bunlar birincil sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin finansman ve sunumundan sorumludurlar. Yerel Yönetimler Sağlık Yasası yerel yönetimlerin birincil sağlık hizmetlerinde ve hasta hakları alanındaki sorumluluklarını tanımlanmıştır. Tüm vatandaşlar kendi bölgelerinde sağlık hizmetlerine ulaşma hakkına sahiptir (12:19).

Yerel yönetimler sorumluluklarındaki bir çok görevden biri olan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde oldukça özgürdür. Merkezi hükümetin birincil sağlık hizmetlerinden sorumlu yerel yönetimler üzerinde doğrudan kontrol ve emir yetkisi yoktur. Sistemin finansmanı 1986'da değişmiş ve devletten transfer edilen genel bütçe ile yerel yönetimler oldukça büyük bir özerklik kazanmıştır. Devletten yerel yönetimlere ayrılan finansman sistemi bazı alanlarda kaynak artırımı ve kalite standartlarının geliştirilmesi için etkili bir araç olmuştur.

Yerel yönetimlerin ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili hizmetlerin eşgüdümünde ve sunumunda önemli bir role sahiptir (1:26).

Uzun dönemli bakım hizmetleri temelde yerel yönetim bütçeleriyle finanse edilmektedir. Yerel yönetimler yasal gerekliliklere göre çeşitli hizmetlerin sunumundan sorumludur. Yerel yönetimler bu hizmetlerin finansmanını yerel vergilerle ve hükümetten gelen blok garantilerle finanse etmektedir (2:1).

Bölgesel sağlık otoritelerinden farklı olarak yerel yönetimler eylemlerini finans etmek için halktan vergi toplamakta yetkilidir (12:22).

#### II.4.2 Özel Sağlık Sektörü

Norveç de bazı kâr amaçlı ve kâr amaçsız sağlık kuruluşları bulunmasına rağmen bunların rolü sınırlıdır. Bu kuruluşlar kentsel alanlarda tedavi, rehabilitasyon ve diş sağlığı hizmetlerini yürütmektedir ve 2004 itibarıyla toplam 13.300 olan yatak sayısının 300'den daha azına sahiptirler (8:9).

Özel sağlık hizmet sunucuları genelde kentsel alanlarda bulunmakta ve bağımlılık tedavisi, rehabilitasyon ve diş sağlığı alanında hizmet vermektedir.

Özel kâr amaçlı kuruluşların bir çoğu da plastik cerrahi gibi alanlarda hizmet vererek kamu finansmanlı hizmetleri tamamlayıcı olarak kurulmuştur. (12:20)

Evde hemşirelik hizmetlerinin %90'ı yerel yönetimlerce %10'u ise ticari şirketlerce sunulmuştur (8:9).

Radyoloji ve laboratuvar hizmetleri gibi destek hizmetlerde uzmanlaşmış sağlık hizmeti olarak tanımlanan hizmetlerde kâr amaçlı özel sektör sunucuları baskındır. 2003 yılı verileri genel pratisyenlerin hastalarını %60 oranında özel laboratuvarlara, %80 oranında özel radyoloji kuruluşlarına yönlendirdiğini göstermektedir. Buna ek olarak Bölgesel Sağlık Yönetimlerinin hastahaneleri aracılığıyla sahip olduğu eczahane miktarı toplam eczahanelerin %10'ya da %15'iye kadar bir çok eczahane özel sektöre aittir.

Kâr amaçsız kuruluşlar tipik olarak dini temelli kuruluş ve hastahanelerdir. Prensip olarak kamu sağlık hizmetlerinin bir parçası gibi görülerek finanse edilmektedir. Bu kuruluşların çoğu kiliseler tarafından işletilmektedir (12:20-21).

## **II.5. Sağlık Hizmetleri**

Norveç hastahane reformunu takiben tam yerleşmiş sağlık sisteminden yarı merkezi bir ulusal sağlık sistemi modeline geçmiştir. Yerel yönetimler birincil sağlık hizmetlerinden sorumluyken Bölgesel Sağlık Yönetimleri ikincil sağlık hizmetlerinden sorumludur (12:21).

### **II.5.1. Birincil Sağlık Hizmetleri**

Yerel yönetimlerdeki birincil sağlık hizmetleri sistemi orada yaşayan ve oturan insanlara yeterli ve etkili tıbbi tedaviyi sunmakla görevlidir. Acil servis klinikleri, ana çocuk sağlığı klinikleri ve düzenli genel pratisyenler bu hizmetlerin önemli bir parçasıdır.(1:25)

Norveç'te hastalar için sistem içerisinde ilk temas noktası konumunda olan, kayıtlı 4000 genel pratisyen vardır. Birincil sağlık hizmetleri toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmek, hastalıkların tedavisi ve hastahanedeki yatmasına gerek kalmadan hastaların sağlık problemlerinin çözülmesi şeklinde kabaca tanımlanmıştır (8:9).

Çoğunlukla serbest çalışan özel pratisyenler vatandaşlara sundukları sağlık hizmetlerinin bedelini yerel yönetimlerden alabilmek için bir anlaşma yapmak zorundadırlar. Bu anlaşmalar ile hastalar, kullanıcı katılımından daha fazla bir ücret ödememektedirler (6:2)

Nüfusun %99'u hastalara düzenli genel pratisyenlerini serbestçe seçme hakkı tanıyan ve hasta doktor ilişkisini güçlendirmeyi amaçlayan "Düzenli Genel Pratisyen Programına" kayıtlıdır (12:19).

1 Haziran 2001'de geçilen Düzenli Genel Pratisyen Programına göre vatandaşlar yerel otoritelerle anlaşması olan genel pratisyenler arasından birisini seçmekte serbesttir.

Düzenli Genel Pratisyen Programı hizmet sunucular açısından gönüllülük temeline dayalıdır. Bir kişi yılda iki kez genel pratisyenini değiştirebilmektedir (6:6).

Düzenli Genel Pratisyen Programında her genel pratisyenin 1500 hastayı listesinde bulundurmasına izin verilmektedir ancak genelde 1200 hasta listelenmektedir (6:2).

Ayakta tedavi hizmetlerinin sayısı 1990'da 2,5 milyonken 2003 yılında 3,5 milyona ulaşmıştır (12:70).

Ana çocuk sağlığı merkezleri ve okul sağlık merkezleri halk sağlığı hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve çocuk sağlığı alanında önemli ölçülerdir. Koruyucu ana çocuk sağlığı hizmetleri genellikle bölgesel sağlık merkezleri ve okullarda sunulmaktadır. Okul sağlık hizmetleriyle, sağlık merkezleriyle ve doktor ile ebelerden oluşan gezici sağlık birimleriyle çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması sağlanmaktadır. Sağlık merkezleri gebelere tam sağlık kontrolü ve önerilen aşılama programı çerçevesinde aşılama hizmetleri sunmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri içerisinde teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de sunulmaktadır. Bu hizmetler acil sağlık hizmetlerini de içeren genel tıbbi tedavi, fizyoterapi ve hemşirelik hizmetlerini içermektedir. Ayrıca yerel yönetimler tarafından hemşirelik evleri ve ev hemşireliği hizmetleri sunulmaktadır. Evde verilen sağlık hizmetleri her yerel yönetimde farklı düzeydedir (12:19).

Kamu dış sağlığı hizmetleri bazı gruplar için bir kamu hizmetiye n nüfusun büyük bir kısmı için bu hizmetlerde para ödemek zorunludur. Ancak devlet ülkenin tamamında, tüm yaş gruplarındaki vatandaşlara dış sağlığı hizmetlerinde eşit ulaşılabilirliğin garanti edilmesinden sorumludur.

Ruhsal bozukluğu olan kişiler kısmen birincil kısmen de ikincil sağlık hizmetleri bünyesinde hizmet almaktadır. Aynı zamanda bu kişilere sağlık sistemi içinde yer almayan yerel ve gönüllü hizmetler de verilmektedir. 1990'ların sonundan beri ruh sağlığı alanında Ruh Sağlığı Savaş Planı çerçevesinde çalışmalar yapılmaktadır (1:25).

## II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Norveç'te özellikle hastahane alanındaki sorumlulukların 2002 yılında İl İdaresi düzeyinden ulusal düzeye aktarılmasından sonra hastahanelerde sunulan hizmetler ve diğer ikincil sağlık hizmetleri merkezi hükümet işlevi haline gelmiştir (2:1).

### II.5.2.1. 2002 Tarihinde Yapılan Hastahane Reformu

Ülkede hastahaneler hem özel sektör hem de kamu sektörü tarafından kurulmakta ve işletilmektedir. 1969 yılında çıkarılan Hastahane Yasası'na kadar hastahane kapasitesinin dağılımındaki eşgüdümeye yönelik bir teşebbüs olmamıştır. Bu yasayı takiben yüksek oranda uzmanlaşmış birkaç hastahane merkezi hükümetin sorumluluğunda kalmış geri kalan hastahanelerin sorumluluğu ise İl İdaresi'ne verilmiştir. Genel pratisyenler ve birincil sağlık hizmetlerinin sorumluluğu ise yerel yönetimlere verilmiştir.

1969 tarihli Hastahane Yasası Norveç sağlık politikasında planlamanın merkezden yapılması ve sorumlulukların yerelleşmesi olmak üzere ikili bir ayrıma sebep olmuştur (7:6).

Bu durum finansman sistemine de yansımıştır. Merkezi hükümet daha önceleri İl İdarelerine geçmiş harcamaları için ödeme yaparken bu finansman sistemi 1980'lere gelindiğinde değiştirilmiş ve İl İdarelerine nüfusa göre blok garanti yoluyla kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Bu tarihten sonra İl İdareleri bütçe federalizmi üzerine şekillenmiştir. İl İdarelerinin toplumun beklentilerine daha duyarlı olması ve yerel maliyetler hakkında daha iyi bilgi sahibi olması sebebiyle hastahaneleri daha etkili bir şekilde işletebilecekleri düşünülmüştür (7:6).

Ancak İl İdareleri'nin vergi oranları meclisce belirlenmiş ve merkezi bir finansman sistemi uygulanmıştır. Bu durum bütçe federalizmi ile karşıt bir durum oluşturmuştur. Merkezi hükümetin rolü finansman ve planlama faaliyetleri ile sınırlı kalmıştır (7:7).

2002 yılında yapılan hastahane reformuna kadar olan dönemde yerelleşme bölgeselleşme ve finansal reform şeklinde basitçe uygulanmıştır (7:7).

**Bölgeselleşme:** Ülke 1974 yılında beş sağlık bölgesine ayrılmış ve her bir bölgede bir tane eğitim hastahanesi yer almıştır. Bölgesel düzeyde resmi bir otorite kurulmamıştır fakat sadece büyük coğrafi alanların ihtiyaçlarının tanımlanmasına esas alınması sorunlara yol açmıştır. Bölgesel bir eşgüdüm uzun yıllar sağlanamamıştır. İl İdarelerinde gönüllü eşgüdüm sağlanamadığından 1999 yılında zorunlu bir eşgüdüm mekanizması geliştirilmiştir (7:7).

**Finansal Reformlar:** 1980 yılına kadar İl İdareleri ve hastahaneler yıllık genel bütçe ile finanse edilmişlerdir. 1986'ya kadar merkezden İl İdarelerine sektör bazında belirlenmiş şekilde kaynak aktarımı yapılmıştır. 1990'lı yılların başında merkezi finansmanın içeriği genişlemiş ve meclis tarafından İl İdarelerine fazladan kaynak aktarımına gidilmiştir. İl İdareleri hastahanelerdeki uzun bekleme listeleriyle baş edememiştir. 1997 yılında Norveç sağlık sisteminin tüm alanlarında hizmet başına ödeme şeklinde finansman sistemi uygulanmıştır. Merkezden İl İdarelerine hastahane hizmetleri için aktarılan blok kaynak garantisinin bir kısmının yerine hastahanedeki tedavi hizmetlerinin içeriğine ve sayısına göre aktarılan diğer fonlar geçmiştir (7:7).

Hizmet başına ödeme şekline geçişle birlikte hastahanelerde tedavi gören hasta sayısında büyük bir artış ve bekleme sürelerinde de düşüş meydana gelmiştir. 1997 ve 2001 yılları arasında tedavi gören hastaların sayısında ortalama yıllık %2,2 oranında artış olmuştur. Sonuçta hizmet başı ödemenin tüm maliyetleri karşılamaması nedeniyle İl İdareleri bütçe açığı vermeye başlamıştır. 1995 yılında İl İdareleri ortalama %3,1 bütçe fazlası verirlerken, 2001 yılında ortalama %1,8 açık vermeye başlamışlardır (7:8).

İl İdarelerinde uygulanan modelin bir diğer özelliği de yatay bütçe dengesizliğinin ortaya çıkmış olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin talebi yerel düzeydeyken hizmetlerin finansmanı merkezi düzeyde yapılmıştır. İl İdareleri sundukları sağlık hizmetleri için vergi toplama yetkisine sahip olmamışlardır.



İl İdarelerinin gelirleri meclisce belirlenmiş sabit vergiler, hastahane hizmetleri için aktarılan hizmet başına ödemeler ve merkezi hükümetten sağlanan bir blok kaynak garantisi olmuştur. Ayrıca sağlık hizmetleri üretimindeki artış büyük bütçe açıklarına ve ek kaynaklara ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Özellikle meclisteki muhalefet partileri ve azınlık hükümetleri ek kaynak talebine olumlu tepki vermişlerdir. İl İdaresi Kurulları ve hastahaneler ek kaynakları esnek bir bütçe ve merkezi hükümetin yıllık bütçe içinde ek kaynakları sağlayacağını sinyali olarak algılamışlardır (7:8).

Sonuç olarak İl İdarelerinin yerel ihtiyaçlara farklı tepkiler vermesi nedeniyle sistemin istenmeyen özelliği ortaya çıkmış ve tekrar merkezi bir politika uygulanması tercih edilmiştir.

2002 yılında yapılan yeni hastahane reformu iki öge den oluşmaktadır. En önemli öge merkezi hükümet tüm hastahanelerin sorumluluğunu üstlenmiştir ve sonuçta 100.000 çalışan ile İl İdaresi Kurullarının bütçelerinin %60'ı merkezi hükümet aktarılmıştır. İkinci öge ise hastahanelerde verilen sağlık hizmetleri Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na bağlı beş Bölgesel Sağlık Yönetimi altında yeniden örgütlenmiştir (7:9).

Hastahane reformunun bu iki ögesi hastahane sektöründe yeniden merkezleşmeyi sağlamıştır. Hastahanelerin sahipliği merkezi hükümete geçmiş, Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı sorumluluğu üstlenmiş ve sektörün eşgüdümü ve güçlendirilmesi amacıyla beş örgütsel birim oluşturmuştur. Beş sağlık bölgesinde hastahaneler sağlık teşebbüsleri gibi örgütlenmişlerdir (7:10).

### II.5.2.2. Hastahanelerde Sunulan Sağlık Hizmetleri

Yataklı tedavi hizmetlerini, hastahanelerin ayakta tedavi kliniklerini ve ambulans hizmetlerini içeren uzman sağlık hizmetleri topluma sunulan ikincil sağlık hizmetleridir. İkincil sağlık hizmetleri Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na bağlı beş adet Bölgesel Sağlık Yönetimince örgütlenmiştir. Bölgesel Sağlık Yönetimleri anlaşmalı oldukları özel sektör hizmet sunucuları veya sahibi oldukları sağlık teşebbüsleri aracılığıyla topluma ikincil sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludurlar.

Norveç'te son 10 yıllık dönemde yatak sayısı aynı kalırken ortalama yatış süresi düşmüştür. 1990 yılında ortalama yatış süresi 7,2 günken 2004'de 5,2 güne düşmüştür (12:70).

İlaç bağımlılığına yönelik sağlık hizmetleri geçtiğimiz yıllar boyunca olağan sağlık hizmetlerine ek olarak yerleştirilmiştir. Bu hizmetler yüksek ulaşılabilirliğe sahip sağlık hizmetleri ve ilaç destekli tıbbi tedaviden oluşmaktadır. 1 Ocak 2004'den beri bu alandaki uzman tedavisi Bölgesel Sağlık Yönetimleri'nin sorumluluğuna verilmiştir (1:25).

### II.5.3. Geleneksel Tıp Uygulamaları

Akapunktur ve homeopati gibi alternatif tıbbi tedaviler kamu sağlık sisteminde verilen sağlık hizmetlerinin içerisinde yer almamaktadır.

Ancak varolanlar kamu altyapısı içindeki kuruluşlarca gelişimi desteklenmektedir. Alternatif tıbbi tedavi ile ilgili yeni bir yasanın çıkarılmış olması ve alternatif tıp uygulayıcılarının sicilinin tutulduğu bir kuruluşun oluşturulması bu alandaki çabaların açık göstergesidir (1/25).

## II.6. Sosyal Hizmetler

Norveç'de uzun dönemli bakımın yasal bir tanımı bulunmamaktadır. Uzun dönemli bakımın yalnızca yaşlılar için olabildiğini gösteren inanç olduğu halde, bu doğru değildir. Uzun dönemli bakım tüm yaşlarda ve ilaç bağımlılığı, ruhsal sorunlar, fiziksel sorunlar ve fiziksel engellilik durumundaki kişilere sunulan hizmetleri de içermektedir.

Bir çok kişi (160.000 kişi) ikametgahında uzun dönemli bakım hizmeti almaktadır. Ayrıca nüfusun büyük bir kısmı da (41.000 kişi) bakım kuruluşlarda bu hizmeti almaktadır. Hizmetler 7 gün 24 saat hizmet veren kuruluşlardan, evde sunulan haftalık 2 saatlik bakıma kadar bir çok farklı şekilde verilmektedir.

Uzun dönemli bakımın sunumu tek bir kayıt sistemi üzerinedir. Herkes ihtiyacı olan hizmeti nerede yaşıyorsa oranın yerel yönetiminden talep eder. Verilecek yardım ve ihtiyacın düzeyi yerel yönetim bakım yöneticisi tarafından ihtiyaç değerlendirme süreci sonunda belirlenir.

Evde bakım yerel yönetimlerce sağlanmak zorunda olunan kişisel bakımdır. Bu bakım barınma, temizlik, gıda, ilaç gibi kişinin yaşaması için bağımlı olduğu ihtiyaçları içermektedir. Yerel yönetimler geliri 731 euro ve 7391 euro arasında olanlardan hizmet bedelinin %75'ini alabilmektedir.

Genelde yerel yönetimler sosyal hizmetlerin sunumunda bu sektörde hizmet veren kuruluşları ve yerel yönetimlerde doğrudan istihdam edilenleri kullanmaktadır. Bazı yerel yönetimler özel sektör sunucularıyla bu hizmetlerin sunumunda anlaşmalara sahiptir. Bazı hizmetler de gönüllü özel örgütlerce sunulabilmektedir. Ancak genelde bu hizmetler yerel yönetim düzeyinde finanse edilmektedir (2:1 2).

## II.7. Sosyal Güvence Sistemi

Norveç'deki temel sosyal sigorta programı Norveç'de çalışan veya ikamet eden herkesi kapsayacak şekilde tasarlanmış olan Ulusal Sigorta Programı'dır. Bu program altında topluma Şubat 1997 tarihli Ulusal Sigorta Yasasına göre belirlenmiş tüm faydalar sunulmaktadır. Aile Yardımı Programı'nın faydaları da benzer şekilde Mart 2002 tarihli yasaya göre garanti altına alınmıştır. Üçüncü sosyal sigorta programı Haziran 1998 tarihli Küçük Çocuk Sahibi Aileler İçin Nakdi Faydalar yasasına göre sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri için ek yasalar uygulanmaktadır.

Temel sosyal sigorta programı içinde sunulan faydalar yaşlılık, dulluk faydalarını (eşlere ve çocuklara) sakatlık faydalarını ve bazen de hastalık ve analık halinde, mesleki hastalık ve sakatlık halinde, özel destek faydaları, rehabilitasyon faydalarını, günlük nakdi faydaları, cenaze ve çeşitli aile faydalarını içermektedir.

Tüm bu programların yönetiminden doğrudan Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığına bağlı bir müdürlük olan Ulusal Sigorta İdaresi sorumludur. İşsizlik durumunda sunulan faydalar bu müdürlük yönetimi kapsamında değildir. Ancak hükümet tüm faydaların tek bir yönetim altında birleştirmeyi planlamaktadır.

Ulusal Sigorta İdaresi sosyal sigorta sistemince sağlanan faydaların tamamından sorumlu olan kamu otoritesidir. İşlemlerini 19 İl İdaresi Ulusal Sigorta Bürosu ve her yerel yönetimde bulunan 466 adet Ulusal Sigorta Büroları tarafından yürütmektedir. İl İdaresi'ndeki sigorta büroları teknik yardım merkezlerince desteklenmektedir. Ulusal Sigorta İdaresi İl İdaresi ve yerel yönetim bürolarını denetlemekte ve sosyal sigorta yasalarına göre tek bir uygulamanın yapılmasını garanti etmektedir. Aynı zamanda bu kurum sosyal sigorta istatistiklerinin tutulmasından ve değerlendirilmesinden de sorumludur.

Yabancılar Sosyal Sigorta Bürosu özellikle emeklilik alanında olmak üzere yurt dışında ikamet eden kişilere sunulan faydaların yönetiminden sorumludur.

Norveç'de ikamet eden veya çalışan tüm kişilerin Ulusal Sigorta Programı kapsamında sigortalanması ve sigorta kapsamındaki faydaların sunulması zorunludur. Aynı zamanda ülke dışında çalışan Norveç brandalı gemilerde çalışanlar ile Avrupa'da çalışanlar zorunlu olarak sigorta kapsamındadırlar. Norveç dışında çalışan ve bazı gereklilikleri yerine getiren kişilere de gönüllü üyelik uygulanabilmektedir. Ulusal Sigorta Programınca sağlanan faydalar çoğu kez devlet, birlikler ve sigortalı dernekleri arasındaki anlaşmaları takiben meclis tarafından belirlenen temel bir değere göre göre tanımlanmaktadır. Temel değerler her yıl 1 Mayıs'da yürürlüğe girmektedir.

Sosyal güvence sistemi işçilerin, serbest meslek sahiplerinin, işverenlerine ve devletin katkılarıyla (prim) finanse edilmektedir. Katkı oranları ve devletin katkı düzeyine meclis tarafından karar verilmektedir. İşçi ve serbest meslek sahiplerinin katkı oranları sigortaya esas gelirlerine göre hesaplanmaktadır (hem bürüt ücret hem de hastalık, analık ve işsizlik durumunda nakdi faydalar hesaba katılmaktadır). İşverenlerin katkıları işçiyeye ödenen ücrete göre belirlenmekte ve katkılar işçinin yaşı ile çalıştığı bölgeye göre farklılıklar göstermektedir (13:114, 115).

### II.7.1. Sağlık Faydaları

Norveç de sağlık hizmetleri beş sağlık bölgesi, 19 İl İdaresi ve 435 yerel yönetim arasında bölünmüştür.

Norveç Sağlık Kurulu merkezi sağlık yönetiminin bir parçasıdır. Bu bağımsız kurul doğrudan Sağlık Ve Sosyal İşler Bakanlığı yönetimi altındadır. Kurul yerel düzeyde sağlık hizmetleri ve sağlık personelinin gözetim ve denetiminden sorumludur. Ayrıca Kurul Sağlık Ve Sosyal İşler Bakanlığı'na, kamuya ve sağlık sektörüne sağlık alanındaki konularda kılavuzluk etmekte, tavsiyelerde bulunmakta ve yönetsel görevleri üstlenmektedir. Bu görevlerini altı kurul bölümü ve 19 İl İdaresi Tıbbi Memuru ile sıkı işbirliği içinde yürütmektedir.

Ulusal Sigorta Programı hastalık durumunda günlük nakdi fayda ile gebelik durumunda nakdi fayda ve uyum yardımı sunmaktadır.

Ulusal Sigorta Programı tarafından sunulan hastalık faydası normal ücrete eşdeğerdir. Üst sınır ise Ulusal Sigorta Şeması içindeki temel değerın altı katıdır. (13:115,116).

### II.7.2. İş Kazası Faydaları

İkametine bakılmaksızın işçiler ve diğer gruplar Ulusal Sigorta Programı altında iş sakatlıkları risklerine karşı zorunlu olarak kapsanmaktadır. Serbest meslek sahipleri gönüllü şekilde sigorta kapsamına girebilmektedirler. Bir iş sakatlığını takiben sigortalıya özel durumuna göre tıbbi faydalar ve emeklilik faydası sunulmaktadır. Faydaların türleri büyük oranda sakatlık veya hastalık durumunda sunulanlara benzemektedir. Ancak bir çok yönden daha iyi imkanlar sunulmaktadır. Faydalar iş sakatlığı durumunda tıbbi tedavi, nakdi hastalık faydasını, rehabilitasyon yardımını sakatlık tazminatını ve sigortalının bağımlılarına sunulan faydaları içermektedir.

İşverenler Ulusal Sigorta altyapısı dışındaki işçileri için iş sakatlığı sigortası satın almak zorundadır. Bu program Adalet Bakanlığı'na kabul edilen gerekliliklere göre özel sigorta şirketlerince işletilmektedir. Tazminat, Ulusal Sigorta Programı'nın sıradan ödemesine ek bir ödemedir. Bu uygulama Ulusal Sigorta Programı üzerindeki ekonomik yükü azaltmak için yapılmıştır. Buna ek olarak sistem tarafından kapsanmayan tüm iş kazası durumlarını kapsayan Norveç Mesleki Sakatlık Sigortacıları Bürosu ulusal bir yönetim de vardır (13:116,117).

### II.7.3. Emeklilik Faydaları

Ulusal Sigorta Programı altındaki sunulan emeklilik faydası yaşlılık, ölüm (eşlere ve çocuklara) ve sakatlık durumunda geçerlidir. Bu faydalar Ulusal Sigorta İdaresi, yerel yönetimlerdeki bürolar ve bölgesel bürolarca yönetilmektedir.

Norveç'te yaşlı emekliliği, temel emeklilik, emeklilik desteği ve özel emeklilik desteği ile gelir durumuna bağlı olarak çocuklara ve eşlere de sunulan destek emeklilikten oluşmaktadır. Emeklilik yaşı 67'dir 16 ve 66 yaş arasında üç yıllık toplam sigorta periyoduna sahip kişiler daha önceki gelir durumundan ve ödedikleri primlerden bağımsız olarak temel bir emekliliğe hak kazanmaktadırlar. Tam bir emeklilik için 40 yıllık sigorta süresi gereklidir ve emeklilik faydası temel değerın %100'üne eşittir. Herhangi bir üç yıllık dönem içerisinde yıllık geliri temel değerın altına düşen bir kişi için emeklilik desteği garanti edilmiştir. Emeklilik yıllık emeklilik puanına (40 yıllık emekli kazancı tam emeklilik için gereklidir) ve sigorta süresine bağlıdır. Ulusal Sigorta Programı emekli maaşı çok düşük olanlara özel bir destek ödemesi yapar.

Malüllük faydaları temel fayda, hazır bulunan fayda, sınırlı faydası ve malülen emekliliği içermektedir. 18 ve 67 yaş arasında hastalık ve sakatlık nedeniyle iş kapasitesi sürekli olarak düşmüş kimse malül emekliliğiyle emekli olur. Uygulama için 3 yıllık bir sigorta dönemi gereklidir. Malülen emeklilik temel emeklilik, emeklilik desteği ve özel emeklilik desteğinden oluşmaktadır.

Ek emeklilikler Norveç'de önemli bir rol oynamaktadır. Ücret gelinine sahip kişilerin %80'ine yakını toplu anlaşmalara göre yapılmış programlarca kapsamaktadır (13:117).

#### II.7.4. Aile Faydaları

Aile Faydaları analık ve analık garantisi durumunda sunulan günlük nakdi faydalardan, Ulusal Sigorta Programı altındaki çocuklar için peşin ödenen faydalardan oluşmaktadır. Aile yardımları ve küçük çocuğu olan aileler için nakdi faydalar tamamen devlet bütçesi ile finanse edilmektedir. Aile yardımı 18 yaş altında olan ve Norveç'de ikamet eden çocuklar içindir. Nakdi yardımlar gelirden bağımsız olarak iki yaşın altındaki çocuğa sahip aileler içindir.

Yerel yönetimler aile ve çocuklara sunulan hizmetlerden sorumludurlar. Çocukları günlük bakım kuruluşlarında bulunan aileler yerel yönetimlerce belirlenen kullanıcı ücretleriyle hizmet maliyetlerine katılmaktadırlar (13:117, 118).

#### II.7.5. İşsizlik Faydaları

Norveç'de İşsizlik sigortası ücret gelinine sahip kimseler için zorunludur. İşsizlik boyunca kaybedilen gelir önceki iş saatinin yarısına düşürülerek günlük nakdi fayda şeklinde belirlenmektedir. Sigortalı kişi iş için başvurmuş olması, iş için yetenekli olması ve işsizlik bürosuna kayıtlı olması gerekir. Ayrıca hak sahibi kimselere çocuk durumuna göre günlük ödeme de yapılmaktadır. Bu alandaki kurumsal sorumluluk Çalışma Ve Sosyal İşler Müdürlüğü'ndedir. İstihdam büroları bu müdürlük altında yer almaktadır. Sigorta Ulusal Sigorta Programı kapsamında ödenen işçi ve işveren katkılarıyla ve devlet sübvansiyonuyla finanse edilmektedir (13:118).

#### II.8. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Sağlık hizmetleri İl İdaresi ve yerel yönetim düzeyinde ve devletten transfer edilen fonlarla işletilmektedir. Tüm sigortalılara hastahanelerde kalacak yer, tedavi ve ilaçları da kapsayan hizmetler ücretsiz olarak sunulması garanti edilmiştir. Hastahanelerdeki ayakta tedavi hizmetlerine ve hastahane dışında verilen tedavilerde hastalar bir kısım ücret ödemektedirler. Yerel yönetimler yerel vergilerle, merkezi yönetimden transfer edilen fonlarla, Ulusal Sigorta Fonu ile ve hastaların tıbbi danışmanlık hizmetlerinden alınan sınırlı kullanıcı ücretleriyle finanse edilen birincil sağlık hizmetlerinin yönetiminden ve işletilmesinden sorumludur (13:115).

Yerel siyasetçiler yerel fonların ne kadarının sağlık alanında harcanacağına karar vermektedirler. Buna karşın Yerel Yönetimler Sağlık Yasası yerel düzeyde verilmesi zorunlu olan bazı hizmetleri tanımlamıştır. Merkezi hükümet fonlarının amacı tüm nüfusun kaliteli ve eşit sağlık hizmetine ulaşmasını garanti altına almaktır (13:115).

Yıllar içinde sağlık hizmetlerinde ve sosyal hizmetlerde karmaşık bir finansman sistemi gelişmiştir.

Sağlık harcamalarının sadece %2'si özel sektör sunucularına yapılmıştır. Bu harcamaların içinde dış sağlığı hizmetlerinin payı %40'dır (10:67).

### **II.8.1. Sağlık Harcamaları**

1990 yılında Norveç Nordik ülkeler arasındaki en düşük sağlık harcamasına sahipti ve toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %7,8'di. 1999 yılında ise sağlık harcamaları GSMH'nın %9,9'u kadar olmuştur. Sağlık harcamalarındaki bu artışın en önemli sebepleri yaşlanan nüfus, beklenen yaşam süresinin yüksekliği, teknolojik gelişim ve hizmet kalitesindeki artış gibi nedenlerdir. (6:5)

OECD verilerine göre 2002 yılında kişi başına sağlık harcaması 3.616 Amerikan Doları'dır. 2006 yılı tahminlerine göre Norveç, Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra en fazla kişi başına sağlık harcaması yapan ülkedir (9:3).

Norveç'te kamu hizmet sunucuları tarafından hizmet sunulduğu için satın alıcı ile sunucu arasındaki ayrımı sağlamak oldukça güçtür (8:10)

### **II.8.2. Vergiler**

Norveç'teki sağlık hizmetlerinin finansman gelirleri genel vergiler, ulusal sigorta sistemi ve özel harcamalardan sağlanmaktadır. Norveç sağlık sistemi temel olarak yerel yönetimler, il idareleri ve merkezi hükümetin topladığı vergilerle finanse edilmektedir. Meclis merkezi hükümetin, yerel yönetimlerin ve il idareleri'nin toplayacakları vergi oranını belirlemektedir. Norveç'te sağlığa özel bir vergi bulunmamaktadır. Ayrıca Bölgesel Sağlık Yönetimleri de kendi vergilerini toplama yetkisine sahip değildir. Son yirmi yıl boyunca sağlık harcamalarında kamunun payı %85'lerde seyretmiştir (9:3).

### **II.8.3. Ulusal Sigorta Programı**

Ulusal Sigorta Programı işveren, işçi, serbest meslek sahipleri ve devlet katkılarıyla finanse edilmektedir. 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının %10'u Ulusal Sigorta Programı'na yapılmıştır (9:3).

### **II.8.4. Özel Harcamalar**

#### **II.8.4.1. Kişisel Ödemeler**

Genel hastahanelerdeki yataklı tedavi hizmetlerinde kişisel ödeme yapılmamaktadır. Ancak özel uzman tedavisi, ayakta tedavi hizmetleri, genel pratisyenlerin sunduğu sağlık hizmetleri, radyolojik hizmetler, laboratuvar testleri ve ilaçlarda kişisel ödeme yapılmaktadır. Kişisel ödemelerde 1980'li yıllardan beri üst sınır uygulaması vardır. Üst sınır her yıl yıllık olarak ayarlanmaktadır ve 2006 yılı için 1.615 Norveç Kronu olarak belirlenmiştir. 2005 yılında bir milyon kişi üst sınıra ulaşmıştır (9:3).

Üst sınıra ulaşılmasından sonra kişiye bir kart verilmekte ve yılın geri kalanında ücretsiz tedavi sağlanmaktadır. 7-18 yaşları arasındaki çocukların kişisel ödemeleri ebeveynlerinin kartlarına işlenmektedir (6:5).

OECD verilerine göre kişisel ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı son yirmi yıl boyunca %15 düzeyinde seyretmiştir (9:3).

Genel pratisyen hizmetlerinde 2005 yılı itibariyle 15 Euro, uzman tedavisinde 30 Euro kişisel ödeme yapılmakta ve ilaç harcamalarının %36'sı kişiler tarafından ödenmektedir. İlaç harcamalarında üst sınır 60 Euro olarak belirlenmiştir. Radyoloji harcamalarında 23 Euro taşıma ücretlerinde 14 Euro kullanıcı ücreti vardır (3:1).

Maliyet paylaşımında özel hastalıklarda ve bazı gruplarda muafiyetler vardır (6:5).

7 yaş altı çocuklar tüm sağlık hizmetlerinde 18 yaş altı çocuklar ruh sağlığı hizmetlerinde ve diş tedavisinde kişisel ödemeden muafır. Gebelik ve doğum boyunca kadınlara verilen tıbbi tedaviler ücretsizdir. Asgari ücret alan emekliler ve malülen emeklilerden önemli ilaçlarda ve hemşirelik hizmetlerinde kişisel ödeme alınmamaktadır. Kronik hastalar ve ameliyat geçirmiş hastalar fizyoterapi hizmetlerinde kişisel ödemeden muaf tutulmuştur (3:1).

Kamu dış sağlığı hizmetleri 18 yaşın altındakilere ve evde hemşirelik hizmetleri alan ruhsal sağlığı bozuk kişiler, kronik hastalara ve sakatlara ücretsizdir. Kamu dış sağlığı hizmetleri 19-20 yaş arasındaki kişilerin maliyetlerinin %75'ini karşılamaktadır (3:1).

#### II.8.4.2. Özel Sağlık Sigortası

Gönüllü özel sigorta sistemi Norveç'te önemli bir role sahip değildir (9:3).

Finansmana özel sağlık sigortanın katkısı önemsizdir. Tahminen 30.000 kişi gönüllü özel sigortaya sahiptir. (8:10)

#### II.9 Sağlık İnsangücü

Norveç sağlık sisteminde sağlık insangücü önemli bir role sahiptir. Diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında Norveç çok sayıda sağlık insangücüne sahiptir. 2002 verilerine göre ülkede 1000 kişiye 3,4 doktor düşmektedir. Son 5 yıldır doktor oranı artmıştır. Hemşire oranı da Avrupa'daki en yüksek orandır. Norveç Nordik ülkeler arasındaki en yüksek diş doktoru sayısına sahiptir. Diş sağlığı hizmetlerine ilişkin temel sorun coğrafi dağılımın sağlanamamasıdır (12:77).

2000 yılından 2002 yılına kadar yerel yönetimlerdeki ve hastahanelerdeki hemşire sayısı artmıştır. Bu artış yerel yönetimlerde 658, hastahanelerde 1.617 olmuştur.

1999'da doktorları düzenleyen sistem değişmiş ve zorunlu anlaşmalı bir sisteme geçilmiştir. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı yeni doktor pozisyonlarını belirlemeye yetkilidir. Doktorlar hastahanelerden yerel yönetimlere atanabilmektedir (12:79).

Norveçli doktorlar Norveç Doktorlar Derneği'nce temsil edilmektedir. Aynı zamanda küçük uzman dernekleri de vardır. Norveç Doktorlar Derneği yıllar içinde Norveç'deki sağlık politikaları üzerindeki doğrudan etkileme gücünü sağlayacak önemli bir konuma gelmeyi başarmıştır (10:70,71).

1990'ların sonlarından bu yana psikoterapistlerin sayısı artmıştır ve şu anda talebi yeterli düzeyde karşılayacak sayıya ulaşmıştır (12:79).

Hemşireler ve daha çok da doktorlar sağlık hizmetlerinde yönetsel konumlarda bulunmaktadır (12:80).

1990'lardan bu yana psikiyatri hastahanelerinde ve birincil sağlık hizmetlerinde çalışan doktor ve hemşire sayısı artmıştır (12:81).

1990'lardan bu yana diş doktoru sayısı sabit kalmıştır. Kamu sektöründe çalışan diş doktoru sayısı 1990 yılında 1260 diş doktoru kamuda çalışırken 2002 yılında bu sayı 891'e düşmüştür.

Tıbbi eğitim programlarına kamu üniversiteleri sahiptir. Norveç'te Oslo Üniversitesinde 156, Begren Üniversitesinde 139, Trondheim Üniversitesinde 91, Tromsö Üniversitesinde 79 tıp eğitimi kapasitesi vardır (12:84).

Bu fakülterle kabul edilme üçüncül eğitim seviyesinden sonra olmaktadır. Üniversite düzeyindeki eğitim için kredi verilmektedir. Kabul şartları 4 tıp fakültesinde de aynıdır. Uygulamalı eğitim farklı hastahanelerin benzer bölümlerinde yapılmaktadır. Tıp fakülteleri farklı öğrenme yöntemleri ve öğrenim süreçlerini içeren kendi müfredatlarına sahiptir.

6 yıllık temel eğitimi takiben 18 aylık internlik dönemi vardır. Norveç Sağlık Personeli Kayıt Yönetimi intern hizmetlerden sorumludur. 18 aylık internlik döneminin 6 ayı klinik alanında, 6 ayı cerrahi alanında ve 6 ayı da genel pratisyenlik alanında yapılmaktadır.

Psikiyatriyi de kapsayan 30 temel uzmanlık alanı vardır. Bunların 8 tanesi klinik, 5 tanesi cerrahi alanındadır. Uzmanlık için asgari 5 yıllık eğitim gereklidir. Uzmanlık alanına göre bu süre farklılıklar göstermektedir.

Temel hemşirelik eğitimi alanında 22'si üniversitede 5'i sağlık kuruluşlarında olmak üzere 27 eğitim kuruluşu vardır. Öğrencilerin hemşirelik eğitimi alabilmesi için üçüncül seviye eğitimini tamamlamış olması gerekmektedir (12:85).

Bölgesel Sağlık Yönetimleri hemşirelik, tıp fakülteleri ve diğer sağlık profesyoneli öğrencilerinin uygulama yapacakları yerleri belirlemektedir.

Yardımcı hemşirelik eğitimi üçüncül eğitim düzeyinde verilmektedir ve İl idarelerinde örgütlenmektedir (12:86).

Kamu üniversiteleri beş yıllık diş hekimliği için öğrenci kabul etmektedirler. Bu eğitimin ilk iki yılı tıp öğrencilerinin eğitimi ile beraber verilmekte, daha sonra ise uzman diş sağlığı eğitimi olmaktadır. Norveç'deki diş doktoru eğitim kapasitesi 2003 yılı itibarıyla Oslo Üniversitesinde 51, Bergen Üniversitesinde 38'dir. Ayrıca kamu üniversiteleri 5 yıllık psikoloji eğitimi vermektedir.

1986 yılında iş deneyimi olan sağlık personeline tam zamanlı eğitim programı sunan Oslo Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Sağlık Yönetimi Merkezi kurulmuştur. Bu merkez 18 aylık Sağlık Yönetimi master programı sunmaktadır.



Ayrıca 2002 yılında bu merkezce sağlık yönetimi ve sağlık ekonomisi alanında master düzeyinde eğitim verilmeye başlanmıştır. Diğer üniversitelerin ve özel kuruluşların sunduğu sağlık yönetimi programları da vardır (12:87).

## II.10. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi

İlaç endüstrisi hükümet tarafından güçlü düzenlemelere tabidir. Hükümet Norveç İlaçlar Ajansı aracılığıyla tüm ilaçların fiyatlarını belirlemektedir. Reçete edilmeyen ilaçlar, eczahanelerde üretilen ilaçlar ve veterinerlik ilaçlarının fiyatları serbest piyasa şartlarına göre belirlenmektedir (10:69).

Norveç'te eczacılık hizmetleri çoğunlukla özeldir. Ancak Kamu sağlık sistemi ilaçların güvenilirliğinden, ulaşılabilirliğinden sorumludur. Mavi Reçete olarak adlandırılan anlaşma hastaların bu alandaki özel ihtiyaçlarının Ulusal Sigorta Sisteminde mali garanti altına almaktadır (1:25).

Norveç İlaçlar Ajansı Norveç'te varolan ve yeni piyasaya giren ilaçların gözetim ve değerlendirmesinden sorumlu ulusal bir kuruluştur. Norveç İlaçlar Ajansı, Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na bildirim yapmaktadır. Bu kurumun üretimin denetim altında tutulması, ilaçların pazara girmesine izin verilmesi ve ilaçların test edilmesi gibi görevleri vardır.

Norveç Avrupa Birliği üyesi olmadığı halde ilaç pazarı düzenlemeleri İlaç Yasama Komisyonu'na göre yapılmaktadır. Şu anki sistem tıbbi ürünleri üzerine iki ayrı prosedür uygulanmaktadır.

Birincisi merkezi prosedürdür. Tüm Avrupa Birliği'nde Londra'daki Avrupa İlaçlar Değerlendirme Ajansı'nın bilimsel değerlendirmelerine göre tıbbi ürünlere pazarlama izni verilmektedir. Bu prosedür tıbbi ürünlerin biyoteknolojik sürece uygun bir şekilde geliştirilmiş olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu tıbbi ürünler merkezi prosedüre uygun değilse sistem tarafından müşterek tanınma prosedürü uygulanmaktadır. Bu ikinci prosedür üye ülkelerin iki veya daha fazlasında pazarlama izni bulunan tıbbi ürünlere uygulanmaktadır. Merkezi prosedür 1995'de yürürlüğe girmiştir (10:68,69).

Norveç İlaçlar Ajansı reçetelenebilir ilaçların eczahanelerdeki azami fiyatlarını, eczahanelerdeki azami satış fiyatının ayarlanması ve azami eczahane kârının ayarlanması yoluyla kontrol etmektedir (11:41).

Eczahanelerdeki profesyoneller eczahane yöneticisi, işçi eczacılar, reçeteciler, eczacı teknisyenleri ve bazen de hemşirelerden oluşmaktadır. Eczahane yöneticisi eczahane işletme lisansı olan ve eczahane çalışan eczacıdır. Eczahane yöneticisi eczahanedeki hata ve ihmallerin resmi sorumlusudur. Eczahane sahibi eczahane yöneticisi ile sigorta anlaşması yapmak zorundadır.

Reçeteciler Nordik ülkelerde görülen ve eczahane şubeleri ile ilaç satış bürolarında çalışan özel bir gruptur. Reçetecilerin reçete edilen ilaçları verme yetkisi vardır. Bunların üniversitede eczacılık eğitiminden 2 yıl daha kısa süren ve toplamda 3 yıl süren reçeteci eğitimi almış olmaları gerekmektedir.

Sağlık Personeli Yasası'na göre işveren eczacılıkla ilgili personelinin gerekli eğitimlerinin güncellenmesinden sorumludur. Ancak güncelleme kurslarının asgari eğitim günü ve saati belirlenmemiştir. Eczacılık personeli bilgi güncellemesi kursu Norveç Eczacılar Birliği ve Oslo Üniversitesi gibi diğer dış kuruluşlar tarafından verilmektedir. Her yıl ortalama 970 kişi bu kursu almaktadır (11:46).

İlaçlar genelde eczacı tarafından işletilmesi zorunlu olan eczahanelerde satılmaktadır. Buna ek olarak ilaçların şunlar tarafından satılmasına da izin verilmektedir:

**Eczahane Şubeleri:** Bu şubeler sadece eczahaneler tarafından açılabilirler. Bu eczahane şubeleri bir bölgede eczahane yoksa ve bölgede eczahane kurulmasına gerek varsa kurulabilmektedir. Eczahane şubeleri reçeteciler tarafından çalıştırılmaktadır. Ana eczahanenin sorumlusu olan eczacı şubeden de sorumludur.

**Hastahane Eczahaneleri:** Hastahane eczahaneleri ayakta tedavi gören hastalara ilaç satabilmektedirler.

**İlaç Satış Birimleri:** Bu birimler eczahaneler tarafından eczahane olmayan bir alandaki ihtiyacı karşılamak için kurulabilir. Norveç İlaçlar Ajansı ilaç satış biriminin kurulmasına karar verir. Bu satış yerleri sadece reçete edilemeyen ilaçları satabilmektedir. Bu birimlerde reçeteci bulunması zorunlu değildir ancak eczacılıkla ilgili deneyimi olan birisi bulunmalıdır. Birimlerin çoğu marketlerdedir. 2005 yılı itibarıyla yaklaşık 1.250 birim vardır ve eczahanelerin yaklaşık yarısı bu birimlerden kurmuştur.

**İlaç Satış Yerleri:** 1 Kasım 2003 itibarıyla eczahaneler, eczahane şubeleri ve ilaç satış birimleri dışında satılabilen ilaçlar reçete edilmeyen ilaçların bir kısmını kapsamaktadır. Eczahaneler dışında satılabilen ilaçlar reçete edilmeyen ilaçlardan oluşmaktadır ve yaklaşık 50 adettir. 1 Ocak 2005 itibarıyla Norveç'te 5.700 ilaç satış yeri vardır (11:42,43)

2001 yılında yeni Eczahane Yasası'nın yürürlüğe girmesinden önce sadece eczacıların eczahane açmalarına izin verilirken ve eczhanenin sahibinin eczacı olması gerekmekteydi. Yeni yasa ile eczahane işletmeleri için iki türlü lisans verilmektedir. İlk lisans eczahane sahipliği lisansı ikincisi ise eczahane işletme lisansı. Eczahane kurulmasındaki yeniden düzenlemeyle beraber Norveç'te eczahanelerin sayısı büyük oranda artmıştır. Buna ek olarak birçok eczacı büyük paralar karşılığında eczhanesini satmaya karar vermiştir. Norveç'teki eczacılık piyasasında hem dikey hem de yatay birleşme söz konusudur. Birçok perakendeci dikey olarak birleşmiş ve sahibi aynıdır. Bir çok toptancı da yatay olarak birleşmiş ve sahipleri aynıdır (11:45).

İlaç ürünleri üzerine harcamalar geride kalan on yıl boyunca artmıştır. Buna ek olarak ilaç harcamalarının artışı toplam sağlık harcamaları artışından daha yüksek orandadır. İlaç harcamalarındaki yükselişin devam etmesi maliyet kontrol uygulamalarına sebep olmaktadır (10:68).

İlaçlar tamamen bireysel ödemelere dayanan reçete edilemeyen ilaçlar, Ulusal Sigorta Programı'nca kapsanan mavi reçeteler ve tamamen hastalarca ödenen beyaz reçeteler olmak üzere üç sınıfa ayrılmıştır. Mavi reçetelerde katılım payı reçete ücretinin %36'sıyla sınırlandırılmıştır. Hastalar hastahanelerdeki ilaçlar için herhangi bir ücret ödememektedirler. Mavi reçetelerin, hastahane ve hemşire evlerindeki ilaçların maliyetlerinin üçde ikisi Ulusal Sigorta Programı'nca finanse edilmiştir. Geri kalan üçde birlik kısım reçete edilmeyen ilaçlar, hasta katılım payları ve beyaz reçeteler arasında dağılmıştır (11:40).

Toplam kayıtlı ilaçların yaklaşık %55'i piyasada bulunmaktadır. 5.500 civarındaki ilacın yaklaşık 150 adeti reçete edilmeyen ilaçlar, geri kalanı ise sadece reçete edilebilen ilaçlardır. İlaç dışı ürünlerin örneğin tıbbi aletler, cilt bakım ürünleri gibi ürünler eczahanelerde satılabilmektedir. Bu ürünlerin eczahanelerde satılabilmesi için Norveç İlaçlar Ajansı tarafından izin verilmiş olması gerekir. Genelde sağlıkla ilgili ürünlerin satılmasına izin verilmektedir (11:48).

1 Ocak 2005'de jenerik ilaçlar için yeni bir fiyatlandırma sistemine başlanmıştır. Yeni sistemde patent süresi dolmuş ancak Norveç İlaçlar Ajansı'nın listesinde yer alan ilaçlar için fiyatlar düşürülmüştür. Bu düşüş adım adım gerçekleşmiştir (11:41). Geride kalan on yıl boyunca jenerik ilaçların reçete edilmesini teşvik eden çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. 2001 tarihli Eczahane Yasası ile jeneriklerin eczahane düzeyinde kullanılmasına geçilmiştir. Eczacıların şu anda reçete edilmiş ilacın eşdeğeri olan başka bir ilacı verme yetkisi vardır. Ancak eczacılar bu eşdeğer ilaçları eğer Norveç İlaçlar Ajansı'nın listesinde yer alıyorsa verebilmektedirler.

Norveç'te tüketilen bu ilaçların yaklaşık üçte ikisi kamu tarafından finanse edilmiştir. Bu ödemelerin büyük bir kısmı olağan ödeme sistemiyle (mavi reçeteler) gerçekleşmektedir. Geri kalan üçte birlik kısım ise reçete edilmeyen ilaçlar, hasta katılım payları ve ücreti karşılanmayan ilaçlardan (beyaz reçeteler) oluşmaktadır.

2003 yılında Norveç'te toplam ilaç harcaması 1,688 milyar Euro olmuştur. Bu oran toplam sağlık harcamasının %9,4'üdür (11:48,49,50).

## II.11. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji

Bölgesel Sağlık Yönetimleri 2003 yılında merkezi bir satın alma biriminin kurulmasına karar vermiştir. Sonuçta Sağlık Donanımı Satın Alma Hizmeti kurulmuştur. Bu kuruluşun sahibi bölgesel sağlık yönetimleridir. Kuruluş tarafından sadece sağlık teşebbüsü açılırken hizmet verilmektedir. Kuruluşun iki temel görevi vardır. İlki tavsiye görevidir. Kurum bölgesel ve yerel sağlık teşebbüslerine modern satın alma araçları hakkında bilgi vermektedir. İkinci olarak kuruluş satın alma sürecinde aktif rol oynamaktadır. Ülke çapında iş tekliflerinde bulunmakta, tekliflerin ve anlaşmaların alt yapılarını belirlemektedir (12:75).

Biyoteknolojinin kullanımı birçok tamamlayıcı yasa ile beraber genel olarak Biyoteknoloji Yasası ile düzenlenmiştir. Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'nın bu alandaki sorumluluğu içinde yasama işlemleri ve biyoteknoloji alanındaki ahlaki sorunlar en önemli bileşenlerdir (1:25).

### III. NORVEÇ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 1: Norveç Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri**

GÖSTERGELER	NORVEÇ	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	4,598	72,220
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	0,6	1,6
Kişi başına toplam sağlık harcaması (ABD \$) (2003)	3.809	528
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	10,3	7,6
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	83,7	71,6
Devletin sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesine oranı (%) (2003)	17,6	13,9
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	17,9	54,6
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	16,3	28,4
Bin kişiye düşen doktor sayısı	3,13	1,35
Bin kişiye düşen hemşire sayısı	14,84	1,70
Bin kişiye düşen diş hekimi sayısı	0,82	0,24
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	77	71
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	4	32

**Kaynak:** (15) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 172,173,174,175,182,183,184,185,188,189,194,196.

İskandinav yarımadası ülkelerinden olan Norveç'te Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi, Türkiye'de Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürürlüktedir.

Türkiye'de sağlık sistemi içerisinde finansman açısından sosyal sigorta / güvenlik kuruluşları, doğrudan kişisel ödemeler ve merkezi hükümet önemli roller üstlenmişlerdir. Sosyal sigorta / güvenlik kuruluşları sağlık hizmetlerinin arzında yer almazlar. Aynı şekilde Norveç'te de sosyal güvenlikle ilgili yönetsel kuruluşlar hizmet sunumunda rol almamaktadır. Ancak Norveç'te sağlık sisteminin finansmanında kamu harcamaları daha yüksekken, bu harcamaları içinde sosyal güvenlik ödeneklerinin payı Türkiye'ye nazaran oldukça düşüktür.

Her iki ülkede de merkezi yönetimde bir bakanlık sağlık sektörünün eşgüdümünden sorumludur. Norveç'te Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı sağlık politikalarının geliştirilmesi, yasa tasarılarının hazırlanması gibi genel görevlerin üstlenmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı sağlık sistemi içerisinde en önemli rolü oynamaktadır. Sağlık Bakanlığı genel politikaların belirlenmesinin yanı sıra aynı zamanda birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli görevler üstlenmiştir.

Norveç'te GSMH'dan sağlığa ayrılan pay Türkiye'ye kıyasla daha yüksektir. Aynı zamanda Norveç'te kişi başına sağlık harcaması da Türkiye'deki harcamanın 7 katıdır.

Norveç'te sosyal güvence alanında Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı Ulusal Sigorta İdaresi sosyal güvence kapsamındaki faydaların sunumundan. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin pek çoğu sosyal güvence kapsamındadır. Ancak bazı hizmetlerde kullanıcılardan ücret alınmaktadır. Bu ücret bir üst sınır ile sınırlanmıştır. Merkezi vergiler ve yerel yönetimlerin vergileri sağlık hizmetlerinin finansmanında temel araçtır. Sosyal sigorta ödenekleri vergilere nazaran daha küçük bir rol oynamaktadır.

Türkiye'de sosyal güvence kuruluşlarının yanı sıra prim ödemeye dayanmayan ve devlet bütçesi ile finanse edilen Yeşil Kart sistemi gibi sağlık güvenceleri sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynamaktadır. Sosyal güvence kuruluşları tüm sağlık hizmetlerini kapsamamaktadır ve kapsanan hizmetlerde de özellikle ilaçlarda sigortalıların katılım payı ile maliyetlere katılması sağlanmaktadır.

Norveç'te birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla genel pratisyenlerin bireysel uygulamaları aracılığıyla düzenli genel pratisyen programı altında yerel yönetimlerce sunulmaktadır.

Türkiye'de birincil sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi genelde pratisyen hekimlerin görev yaptığı sağlık kuruluşları önemli rol oynamaktadırlar.

Norveç'te ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu hastahanelerinde ve özel hastahanelerde verilmektedir. Kamu hastahaneleri 2002 yılından itibaren İl İdarelerinin sorumluluk alanından çıkarılarak merkezi yönetimin sorumluluğuna geçmiştir. Merkezi yönetim bu sorumluluğunu beş Bölgesel Sağlık Yönetimi aracılığıyla kullanmaktadır. Çok kısıtlı sayıdaki özel hastahaneler daha çok sosyal güvenlik kapsamında olmayan plastik cerrahi gibi sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastahaneler ağırlıklı olarak ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynamaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastahanelerinde üçüncül sağlık hizmetleri verilmektedir. Genel olarak üçüncül sağlık hizmetleri ise üniversite hastahanelerinde verilmektedir. Ancak tüm bu hastahaneler birincil sağlık hizmeti de vermektedir.

Her iki ülkede de özel sektörün radyoloji ve laboratuvar hizmetleri alanındaki baskınlığı öne çıkmaktadır.

Norveç'te 1.000 kişiye düşen doktor, hemşire ve diş hekimi sayısı Türkiye'ye göre yüksektir. Özellikle evde bakım hizmetleri Norveç'te daha gelişmiş olduğu için 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'ye nazaran oldukça yüksektir. Her iki ülkede de doktorlar üniversitelerin tıp fakültelerinde eğitim görmektedirler. Yardımcı sağlık personelleri ise her iki ülkede de hem lise düzeyinde hem üniversite düzeyinde eğitim almaktadırlar.

**KAYNAKLAR**

1. Helgoy I. (2005) Active Ageing and the Norwegian Health Care System, Stein Rokan Centre for Social Studies, Universitetsforskning Bergen.  
<https://bora.uib.no/handle/1956/1313>
2. EC (2006) Long Term Care in Europe-Norway, European Commission.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2006/02/2006\\_02\\_no\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2006/02/2006_02_no_en.pdf)
3. EC (2005) Health Care:User Charges-Norway, European Commission.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2005/02/2005\\_02\\_no\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_no_en.pdf)
4. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Norveç Maddesi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:16
5. U.S. Department of State (2007) Background Note: Norway, United States of America Department of State.  
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3421.htm>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. EC (2002) Health Care in Europe-Norway, European Commission.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2002/03/norway\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/03/norway_en.pdf)
7. Nagnussen J., Hagen T.P., Kaarboe Q.(2006) Centralized or Decentralized? A Case Study of the Norwegian Hospital Reform, Program for Health Economi in Bergen University.  
<http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/193-HEBnotat0206.pdf>
8. Cardiff G. Ve diğerleri (2006) Report on Key Learnings Study Visit to Sweden and Norway The Change Foundation.  
[http://www.changeofoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/bd2f3bc5aed75c4605256e0d00513d5b/ffdb367ad68c2d3d852572060055439b/\\$FILE/Sweden%20Study%20Tour%20Final%20Report.pdf](http://www.changeofoundation.com/tcf/TCFBul.nsf/bd2f3bc5aed75c4605256e0d00513d5b/ffdb367ad68c2d3d852572060055439b/$FILE/Sweden%20Study%20Tour%20Final%20Report.pdf)
9. WHO (2006) Health Care Systems in Transition HiT Summary – Norway, World Health Organization Regional Office for Europe.  
<http://www.euro.who.int/Document/E88821sum.pdf>
10. OECD (2004) Biopharmaceuticals - Norway, Organisation for Economic Co-operation and Development, Case Studies in Innovation Vol.1.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/26/14/31684752.pdf>
11. Vogler S., Arts D., Habi C.(2006) Community Pharmacy in Europe, Lessons from Deregulation, Case Studies Pharmaceutical Group of the European Union, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.  
<http://www.pgeu.eu/Portals/6/documents/2006/Position%20and%20policy%20papers/OBIG%20Report%20-%20final.pdf>

12. WHO (2006) Health Care Systems in Transition – Norway, World Health Organization Regional Office for Europe  
<http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>
13. ESIP (2005) The Structure of Social Insurance in Europe, European Social Insurance Platform.  
<http://www.esip.org/publications/pb55.pdf>
14. WB (2003) The Provision of Social Services and the Emerging Welfare State. A Norwegian Perspective, World Bank  
[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/02/27/000265513\\_20040227165043/Rendered/PDF/28012.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/02/27/000265513_20040227165043/Rendered/PDF/28012.pdf)
15. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.  
[http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN



A. ERDAL SARGUTAN