

BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİNDE İSVEÇ ÖRNEĞİ

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU*

İskandinav ülkelerinde yerleşik yaşam birçok ül-
ke yurttaşı için yadırgatıcı öğeler taşır. Bunların ba-
şında özellikle biz Akdeniz insanları için kaçınılmaz
görülen kır-kent ayrımı gelir. Oralarda da gerçi böyle
bir farklılık sözkonusudur, ancak bu özünde yaşam
biçiminden çok nüfusa dayalı bir konumdur. Oturu-
lan konutun biçiminden, yol onarımında toz kalk-
masına olanak tanınmamasına değin, denk ve uygar
bir yerleşim düzenine ulaşılmıştır. Bu düzende köy
bir anlamda kentin boyca küçüğü durumundadır,
kentle de mükemmel bir yol bağlantısı ve iletişim
bağı vardır. Öyle olunca sunulan sağlık hizmeti de
farklılık göstermez, aynı üst düzeyde bulunur. (As-
lında oralarda sağlık hizmet olarak sunulmaz, oluş-
turulan tüm değerler ve konumlar gibi, toplum içinde
üretilir ve yaşatılır) Bu nedenle, sağlık örgütü ve hiz-
met türü sunulurken kırsal ve kentsel ayrımlar ya-
pılmaması yadırganmamalıdır.

Siyasal Yapılanma

Ortaçağlardan bu yana İsveç'in yönetim biçimi
merkezsellikten uzak tutulmaya çalışılmış, yerel ör-
gütlenmelere ağırlık verilmiştir. Üç temel örgüt dü-
zeyi vardır: Ulusal, Bölgesel, Yerel. Ulusal örgüt ya-
sama, iletişim, savunma, bazı vergilerin toplanması
gibi ortak görevleri yürütür. Bölgesel örgüt vergi top-
lama, işgüvenlik, park ve bahçeler, bazı sosyal hiz-
met uygulamaları, bölgesel planlama gibi işlevlere
sahiptir. Ülke düzeyinde ortalama 400.000 nüfuslu
24 Bölge vardır. Yerel örgüt, okullar, sosyal hizmet-
leri, yaşlıların bakımı, konutlaşma planlanması, su
ve atık toplanması gibi sorumluluklar taşır. Birinci
düzele düzenleme ve uyum, ikinciye karar ve dene-
tim, üçüncüye uygulama işlevi düşer denebilir. Tüm
örgütlenme düzeninde anahtar konumda olan ve sis-
temi asıl yürüten, halkça seçilen Bölge Meclisi, ya-
ni ikinci düzeydir. Her aşamada, ama en çok da
üçüncü düzeyde hizmet örgütü ve halk içindedir, ka-
rar ve denetim birlikte uygulanır. Yerel yapılanma-
nın 30.000 nüfusuna dayalı olması bu uygulamayı
kolaylaştırır.

Sağlık Örgütü

1950 li ve 60'lı yıllarda hekim eliyle verilen sa-
ğaltıcı hizmet hastanelerden yürütülüyordu. Sağlık
ocağı konumundaki birimler daha çok koruyucu an-
lamda çalışıyor, hemşirelerle hizmet sunuyorlardı.
Bölge hemşireliği esasına dayalı bu modelde hemşi-
reler kişileri hem evde hem de kurumda değerlendi-
rebiliyor, ancak popülasyonun yaşlı olması nedeniyle
doğal olarak birçok hasta kişiyle karşılaşabiliyorlar-
dı. Kendilerini de hastaları da hoşnutsuz kılan bu du-
rumu gidermek için hekimin devreye girmesi gere-
kiyordu. Oysa onlar ileri uzmanlaşma eğiliminde-
diler. 1980'lerde koruyucu ve sağaltıcı hizmetlerin
birlikte ve hastane dışında sunulması amacıyla sağ-
lık ocaqları oluşturulmaya başlandı. Bu aynı zaman-
da yeni bir hekim modelinin çizilmesi demektir.
Böylece genel pratisyenlik uzmanlığı doğmaya baş-
landı. Aynı yıllarda çok uzun süredir muhalefette
olan liberaller seçenek olarak aile hekimliği kavra-
mını ortaya atıyorlardı. 92 de koalisyon ortağı olduk-
larında -artık anlamı kalmamış da olsa- bu sözlerini
gündeme getirme gereğini duyacaklardı.

Tablo 1 : Bazı önemli veriler

		Yıl
Nüfus (m)	8.5	1990
Doğum Hızı (%0)	14.4	1990
Doğum Hızı (%0)	12.9	1985-90
Ölüm Hızı (%0)	11.1	1990
Ölüm Hızı (%0)	12.1	1985-90
Doğal Artış Hızı (%0)	0.8	1985-90
Bebek Ölümü Hızı (%0)	5.9	1990
Doğ. Beklenen Yaşam (y) - E 74.9, K 80.5		1991

Ülkede yaklaşık 600 sağlık ocağı (vordcentral)
bulunur. Herbiri en yakın hastane ile bağlantılıdır.
Bu bir üniversite hastanesi ise, tıp eğitimi için işbir-
liği ortamı da kurulur. Eğitimde temel özelliklerden
biri tıp fakültesi öğrencilerinin birinci günden baş-
layarak alanda bulundurulmasıdır. Hastane hangi ni-
telikte olursa olsun, uzmanları haftada bir kez
ocakları ziyaret ederek pratisyenle birlikte hasta ba-
kar. Pratisyen de -daha çok duyduğu ilgi oranında-
hastaneyi ziyaret ederek sevkettiği hastaların baki-
mını izleyebilir.

Sağlık ocağı alan ve nüfus prensibi ile düzenle-
nir. Amaçlanan 2,000 kişiye bir hekim ve bir hem-

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı
Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

şire sağlanmasıdır. Böylece her ocakta 4-5 hekim ve hemşire sayısına ulaşılır. Her hemşire kendi alanındaki kişileri ya evde izler, ya da ocakta kendine ayrılmış kişisel odasında görür, gerek görüldüğünde hekimle işbirliğine girer. Hemşireler genellikle sağlam kişi bakımında ya da süregen hastalıkların izlenmesinde işlev görürler. Bazıları aldıkları kurs ve sertifikalar sonucu uzmanlaşmıştır. Örneğin diyabetik hastaların izlenmesinden hemşireler sorumludur. AKŞ ölçümü, diyet, insülin dozunun ayarlanması, onların görevlerindedir. Nüfusa göre ayrılmış bir bölgeden bir ya da iki hekim sorumludur. Hekim ya pratisyendir, ya da genel pratisyenlik uzmanı. Hastane ile işbirliğinde çalışır, gerek gördüğünde hastasını bulgularını içeren bir sevk formu ile sevkeder, hastanede yatarsa kendi de izler, sonuçları aynı sevk formu ile ocağa ulaştırılır.

Genel pratisyenlik uzmanlığı 5.5 yıllık tıp eğitimini izleyen 2 yıllık internlikten sonra bir danışman eşliğinde ve adayın gereksinmesine göre 5-7 yılda yapılır. Klinik uzmanlara göre %15 kadar daha fazla ücret alırlar.

Sağlık ocağında hekim ve hemşire dışında fizyoterapist, beslenme uzmanı, işyeri sağlıkçısı gibi elemanlar bulunur. Gereksinmeye yönelik olarak Geriatri, AÇS, Diyabet gibi merkezler oluşturulabilir.

Hasta Sağaltımı

Hastalık nedeniyle sağlık kurumuna başvurma sayısı 1990 yılında 27 milyondur, bir başka deyişle kişi başına 3.2 başvuru. Bu başvuruların dağılımı Tablo 2'de görülmüştür.

Kamu Sağlık Hizmeti	:	20.9 m.
İşyeri Sağlık Hizmeti	:	1.3 m. (1985)
Özel Hekim	:	3.8 m.
Ordu / Okul Sağ. Hizmeti	:	1.0 m.
Toplam		27.0 m.

Hastalarınca devlet hizmetinden yararlanma daha yaygındır (20.9 milyon). Bunların yaklaşık %50 si birincil sağlık hizmetine (BSH) başvurulardır. Kurum yerine sağlık elemanına başvuru incelenince rakamlarda küçük bir fark görülür (Tablo 3).

Kişi başına :	1973	1990
Hekimi ziyaret	2.82	2.96
Hemşire(yi) ziyaret(i)	1.91	5.53

Yıllara göre hizmetten yararlanma büyük ölçüde artıyor. Ancak hemşireyi ziyaret ya da hemşire

ziyaretinden yararlanma giderek yeğlenen bir yaklaşımdır. Temel nedeni devletçe hemşireye verilen önem ve gösterilen özen, bunun kökünde de sağlık hizmeti sunumuna bakışın değişmesi yatıyor: Daha pratik, daha kolay, daha ucuz sağlık hizmeti sunumu.

Yataklı sağaltım hizmeti buna bağlı olarak düşürülüyor (Tablo 4).

	1973	1990
Yatak sayısı	117,231	98,009
1,000 kişiye yatak	14,4	11,4
Yaşlı yatağı	60,150	39,364
1,000 yaşlı başına yatak (75 y)	136,4	57.1

Yatak sayısı giderek azalıyor. Bu yalnız hasta yatağı için değil, sosyal hizmet amaçlı yaş yatağı (bakımevi, vb.) sayısı için de geçerli. Ancak bunun nedeni İngiltere'de Thatcher Hükümetlerinin politikası olan devletin etkinliğini azaltma değil. Çağdaş sağlık anlayışı (AT ülkelerinde olduğu gibi) yalnız hasta bakımını değil, yaşlı bakımını da eve kaydırıyor. Bunun için hemşire hizmetini hem nicel, hem nitel olarak geliştiriyor.

Hastane yatış süreleri de gerek bu anlayışın yaygınlaşması, gerekse teknolojinin gelişimi ile değişiyor. Tablo 5'de bazı tanılar ya da cerrahi uygulamalar nedeniyle seçilmiş yıl ve cinsiyetler için ortalama yatış süreleri görülmüştür.

Tanı-Cerrahi	1977 (Kadın)	1988 (Erkek)
Diyabet	14.9	97.7
Miyokard İnfarktüsü	16.9	9.6
Serebrovasküler Hastalık	30.6	15.7
Kalça Cerrahisi	24.8	14.6
Katarakt	11.1	3.3

Sağlıkçılar

Siyasal yapılanmadaki ikinci düzey olan Bölge bazında değerlendirildiğinde, genelde sağlıkçıların büyük boyutta arttığı görülür. 1970 yılında 121 bin olan sağlık personeli sayısı 1990 da 455 bindir. Bunların yüzde 54'ü tam zamanlıdır, geri kalanı yarı zaman ya da saat ücretli olarak çalışır. Hekimlerin yüzde 94'ü tam zamanlıdır. Diğer personelde bu oran azalır, yardımcı hemşirelere ve özellikle gece hemşirelerine gelince yarı zaman çalışanların oranı yüzde 96 ya kadar çıkar.

Yukarıda belirtilen sağlık elemanlarının 331 bin (1990) kamu sağlığı hizmetlerinde görevlidir. Bunların 14.642 sini hekimler oluşturur.

Hekimlerden 70 yaş altında olanların çalıştıkları birime göre dağılımı Tablo 6'da görülebilir.

	1987	1989
Ulusal ve Bölgesel düzeyde *	15,202	16,258
Birincil Sağlık Hizmeti **	4,338	4,667
Özel Sektör	2,071	?
İş Sağlığı	1,369	?
Yurtdışı, vb.	2,067	?
Toplam	25,047	?
* Genelde hastane		
** Genelde sağlık ocağı, yerel düzeyde		

Hekimlerin uzmanlaşmasına özen gösterilir. Yetmiş yaş altında, bazıları birden fazla uzmanlığa sahip hekimlerin uzmanlık dallarına göre dağılımı Tablo 7'dedir.

Genel Tıp (Genel Pratisyen)	3,909
İç Hastalıkları	2,629
Genel Cerrahi	1,865
Kadın-Doğum	1,329
Erişkin Psikiyatri	1,315
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1,234
Anesteziyoloji	1,144
Gerontoloji	487
Çocuk ve Genç Psikiyatri	296
İş Sağlığı	69
Toplam	22,107

Genel Tıp, ya da ülkede kullanılan diğer adıyla Genel Pratisyenlik en çok ilgi gösterilen uzmanlık dalıdır. Bu nedenle ve sağlık ocaklarında yaygın çalışma olanağı nedeniyle en çok başvurulmuş dal durumundadır. Ücreti de oldukça çekicidir: Uzmanlık eğitimi sırasında aylık gelir 20,000 SEK (İsveç Kronu)* dolayındadır, uzman olunca 30,000 SEK'a çıkar. Hastane hekimlerinde bu ücret 26,000 SEK kadardır, klinik şeflerinde 40,000 SEK'e yükselir.

Genel hekimlerin tümü devletten ücret alır. Aile hekimlerinin bile yaklaşık yüzde 80 ücreti vergilerden karşılanır.

Özel Sektör

Son on yılda siyasal bir tercih olarak sunulan özel sağlık hizmeti genel hizmetin küçük bir oranını oluşturur. Tüm özel sektör etkinliklerinde olduğu gibi sağlıkta özel sektörde de kesin rakamlar verilememekle birlikte, tüm ülke sağlık hizmetinin yüzde beşinin altında bir bölümün özel sektörde olduğu kabul edilir.

* Nisan 1993 de 1 SEK yaklaşık 1,300 TL.

Özel hekime yılda ortalama kişi başına başvuru 1990 da 0.52 olarak hesaplanmaktadır (1973 te 0.55). 1987 verilerine göre ülkedeki tüm hasta yataklarının yüzde 7.3'ü özel sektördedir. Tüm hasta yatışının yüzde 2.7 sini bu yataklar karşılar. Yine özel yataklar tüm hasta yatış süresinin yüzde 8.3 ünü oluşturur. (Her yerde olduğu gibi: Geniş olanak, seyrek kullanım, uzun süreli yatış.) Tüm sağlık harcamalarının yüzde 1.6 sını özel sektörde olduğu anlaşılmaktadır.

Finansman

Ulusal Gelir'den sağlığa ayrılan payın seksenli yıllarda azalarak 1991 de yüzde 9.3'e indiği hesaplanıyor.

Asıl harcamanın planlandığı ve uygulandığı Bölge düzeyinde 1990 yılında harcama toplamı 122.3 milyar SEK. Bu miktarın gelir kaynağı olarak dağılımı Tablo 8'de görülebilir.

Yerel vergiler	68.2
Ulusal Sigorta	11.8
Devlet katkısı	9.1
Kamu ve diğer kurumlar	9.2
Hasta ödemesi	1.7

Hasta tarafından yapılan ödemenin ne denli az olduğu hemen farkediliyor. Oysa görünürde durum biraz farklıdır. Hastalanınca hekime başvuran herkes yılda toplam 1,200 SEK'a ulaşana dek ücret ödemekle yükümlüdür. Örneğin sağlık ocağına başvuru ücreti 1,200 SEK ödediyse, sonraki başvuruları ücretsiz olur. Herhangi bir nedenle hastaneye yatırılırsa günde 60 SEK ücret ödenir. Yine örnek olarak, Se-rebnovasküler hastalık nedeniyle hastaneye yatmışsa (Tablo 5) ortalama 15.7 g.x60 SEK = 940 SEK, total kalça eklemi protezi için yatmışsa 14.6 g.x 60 SEK = 876 SEK, diyabet nedeniyle yatmışsa 9.7 g.x 60 SEK = 582 SEK öder. Bu ücretlere her tür hizmet, ameliyat, protez, ilaç, vb. dahildir ve herhangi bir ek ödeme söz konusu değildir.

Harcamalar dikkate alındığında, Bölge bütçesinin 1989 da yüzde 58.2 si hastane, yüzde 13.1'i BSH yatırımlarına ayrılmıştır. 1989'da işletme masraflarının yüzde 24.6'sı BSH ye harcanmıştır. 1990'da sağlıkta inşaat hacminin yüzde 3'ü sağlık ocağına yöneliktir.

Sonuç

Onyıllardır dünyanın en gelişkin sağlık hizmetine sahip olan İsveç, sık sık yöntem değişikliğine gitmesine karşın iki temel özelliği koruyor: Birincisi,

insan hakkı olarak sağlık, devletin üstlenmekle yükümlü olduğu ve temel kavram. İkincisi, toplumun sağlık gereksinmelerine ve önceliklere yönelik uygulama, temel ilkeyi oluşturuyor. Bazen aile hekimliği, özel sigorta gibi geri dönülebilir hatalara düşülmesi bu yerleşik doğrulardan sapmaya neden olmuyor. Bu doğruları oluşturan ise insanlığın geliştirdiği en üstün erdem: demokrasi. İsveçli, başkasının hakkına kendininkinden çok önem verme ve farklı düşünceye saygı ve hoşgörü gösterme anlamında demokrasiyi bölgesel ve yerel düzeyde oluşturabildiği için sağlıklı yaşam üretebiliyor.

KAYNAKLAR

1. Trelle, Erik; Özel Görüşme, Linköping, 19-23 Ekim 1992.
2. Isacsson, Sven Olof; Özel Görüşme, Malmö, 26-27 Ekim 1992
3. Sommansson, Göran; Özel Görüşme, Linköping, 22 Ekim 1992.
4. Cederlund, Jan; Özel Görüşme, Linköping, 22 Ekim 1992.
5. Some Facts About Health Care in Sweden, ed. Söderholm, Bo; Stockholm, June 1992.
6. Swedish Country Councils, Landstings Förbundet, Stockholm, 1989.
7. The County Councils and Their Functions, Landstings Förbundet, Stockholm, 1981
8. WHO; World Health Statistics Annual 1990, Geneva, 1991.