

**DOSYA/DERLEME****FİNLANDIYA SAĞLIK SİSTEMİ***Yeşim ŞENOL\****1. GENEL YAPI**

Finlandiya Baltık Denizinin kuzey doğusunda yer alır. Kuzeyde Norveç, güneyde Finlandiya Körfezi, batıda İsveç ve doğuda Rusya Federasyonu ile komşudur. 338 145 km<sup>2</sup>'lik bir alana sahip olan ülkede 5 069 000 kişi yaşamaktadır. Toprak büyüklüğü açısından Avrupa'nın yedinci büyük ülkesidir. Nüfus yoğunluğunun en fazla olduğu yerler batı ve güneyde yer alan yerleşim yerleridir, diğer bölgelerde nüfus yoğunluğu daha azdır. (WHO; 2002).

Finlandiya parlamenter demokrasi ile yönetilen cumhuriyettir. Finlandiya'da 48 özerk komün bulunmaktadır. Konsüller 4 yılda bir seçilmektedir. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) 136 milyar Euro, kişi başı milli gelir 21 700 Euro, enflasyon oranı %1.5, işsizlik oranı %9.8'dir (Tablo 1).

Finlandiya Keynesyen ekonomik politikalar uygulayan ülkelerden birisidir. Ancak tarihi boyunca Finlandiya diğer İskandinav ülkelerinin aksine Keynesyen devlet politikalarını tamamen takip etmemiştir. 1990'ların başında sanayi ağırlıklı bir ülke iken, 1995'lerden sonra bilgi ve haberleşme teknolojilerine ağırlık vermiştir.

Finlandiya ekonomisinin karşılaştığı en önemli sorun 1980'lerin sonlarında başlayan ve 1990'ların ortalarına kadar süren ekonomik krizdir. Krizin oluşmasında dış borçlanmanın artması, Sovyetler Birliği'nin dağılması, ekonomik politikalarda alınan bazı hatalı kararlar rol oynamıştır. Ekonomik kriz sonucunda GSYİH %10 azalmış ve işsizlik problemi ortaya çıkmıştır. Bu dönemden sonra, Finlandiya'nın sosyal güvenlik sistemi önemli değişikliklere uğramış ve birçok kesinti yapılmıştır. Bu değişiklikler şunlardır:

1. Gelir miktarına dayalı ödemeler, aile ve çocuk yardımları azaltılmıştır.

2. Sosyal yardım alma koşulları ve gelir vergilerinde küçük reformlara gidilerek sosyal güvenliği ön plana çıkarmak yerine, istihdamda (geçici ve düşük ücretli işler için bile) karlılık amacı güdülmeye başlanmıştır.

3. Sosyal yardım dağıtımı için belirlenen ekonomik durum saptama ölçütleri sıkılaştırılmış ve gelir desteğinin miktarı düşürülüp, çalışmayı teşvik edici seçenekler artırılmıştır. Yardım alanların aktivasyon teşviklerine katılmayı reddetmeleri durumunda ise, sosyal hizmet uzmanları karar verme yetkilerini kullanarak, bu kişilere verilen gelir desteğinin %20 veya daha fazla bir kısmını kesintiye uğratabilme yetkisine sahip olmuştur.

Ülkede 1994 reformlarından sonra devletin bazı sorumlulukları azaltılmış ve bu sorumluluklar yerel yönetimlere devredilmiştir (Dahlman, 2005; Aho, 2003).

**2. SAĞLIK GÖSTERGELERİ**

Yaşayan nüfusun %18'ini 15 yaş ve altı, %15'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2020 yılında yaşayan nüfusun %16'sının 15 yaş altı, %23'ünün ise 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşacağı tahmin edilmektedir.

1950 ve 60'lı yıllarda uluslararası standartlarla karşılaştırıldığında Finli erkeklerin koroner kalp hastalığı prevalansına bağlı olarak mortalite oranı çok yüksekti. Alınan önlemlerle birlikte koroner kalp hastalığının azalması mortalite oranlarında düşüş sağladı. 2000 yılında yaşam beklentisi kadınlarda 81, erkeklerde ise 74'tür. Ancak ülkede coğrafi bölgeler ve sosyal sınıflarda yetişkinler arasında mortalite farklılıkları bulunmaktadır. Ortalama yaşam beklentisi 35 yaş eğitilmiş erkeklerde, temel eğitim almış aynı yaş grubundaki erkeklerden 5-6 yıl daha fazladır. Kadınlar için bu farklılık 3-4 yıldır. Ülkenin güney batı ve batısında yaşayan kişilerin ortalama yaşam beklentisi kuzey ve doğuda yaşayan kişilerden 2-3 yıl fazladır (WHO; 2002).

\*Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD, Halk Sağlığı Uzm.

Tablo 1. Makroekonomik değişkenler 1990-2000

	1991	1995	2000
Gayri safi yurt içi hasıla (% değişim)	-3.3	13.4	9.6
Satın ama paritesine göre düzeltilmiş kişi başı milli gelir	15761	18861	24841
Enflasyon oranı	4.1	1.0	3.4
İşsizlik oranı (%)	6.6	15.4	9.8
Çalışan oranı (%)	70.0	61.1	66.9

Kaynak: WHO, 2004

Finlandiya dünyadaki en düşük bebek ölüm hızına sahip ülkelerden bir tanesidir. 1970'lerin başlarında her yeni doğan 1000 bebeğin 15 tanesi ölürken, 1990'ların ortalarında bu oran %0.5'in altına düşmüştür. Çocuklarda aşılama oranı %95'in üzerindedir.

Toplam ölüm nedenleri arasında kardiovasküler hastalıklardan ölümler (%40.7) birinci sırada yer almaktadır. Bu hastalığı kanserler (%21.6) ve solunum sistemi hastalıkları (%7.3) takip etmektedir. En yaygın ölüm nedenleri 16-64 yaş erkekler için koroner kalp hastalığı, alkol ile ilişkili hastalıklar, kaza ve intihar iken, 16-64 yaş kadınlarda meme kanseri, alkol ile ilişkili hastalıklar, intihar ve kazalardır (Ministry of Social Affairs and Health.; 2004, WHO; 2002).

30 yaş üzeri kişilerin yaklaşık %10'u depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara sahiptir. İntihar 35 yaş altı erkekler arasında ölümlerin önemli nedenidir. 1990'larda Finlandiya'da yaşanan ekonomik krizden sonra intihar oranları en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Finlandiya Avrupa'nın en yüksek intihar oranına sahip ülkelerinden birisidir. Son yıllarda alınan önlemler ile intihar oranları düşme eğilimine girmiştir (WHO; 2002).

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN EVRİMİ

Finlandiya sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu bir kamu sorumluluğu olarak düşünülmüştür. Sağlık sistemi basamak basamak geliştirilmiştir. Finlandiya'da yerel yönetimi tanımlayan ve seçimle gelen komünler (Commune) bulunmaktadır. Finlandiya'da sağlık hizmetleri komünlerin temel görevidir. Bu yapıyla ileri derecede desantralize sağlık sisteminin bir örneğidir.

II. Dünya Savaşı'ndan önce komünler tüberküloz, toplumsal hastalıklar ve akıl sağlığını da içeren hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinden daha çok sorumlu iken, savaş sonrası dönemde bütün ayaktan bakım hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetlerinden sorumlu olmuştur. Bu süreç, hekim sayısının az, hastalık çeşidinin çok olduğu dönemlerdir.

1940'lar anne ve çocuk sağlığı merkezlerinin yurt çapında yaygınlaştırıldığı yıllardır. Bu dönemde kanunlarla anne ve çocuk sağlığına ilişkin haklar sağlanmıştır.

Hastanecilik hizmetleri 20. yüzyılın ilk yarısında oluşturulmuştur. Örneğin bu dönemlerde tüberkülozun tedavisi için tüberküloz hastaneleri açılmış bölge hastaneleri kurulmuştur.

Hastane sisteminin gelişimine 1950'lerde ağırlık verilmiştir. Yeni kanunların yürürlüğe girmesi ile ikincil bakım hizmetleri 20 merkez hastane tarafından vermeye başlanmıştır. Bu hastaneler büyük şehirlerde kurulmuştur. 1960 yılından sonra tüberküloz hastalığının azalması ile birlikte tüberküloz hastaneleri diğer hastalıklara bakmaya başlamıştır ve bu dönemde ayrıca bölge hastaneleri kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin yapılandırma çalışmalarına karşın sağlık hizmetlerinin çok pahalı olması ve hastalık giderlerinin güvence kapsamında olmaması ve dünyadaki siyasal değişimler nedeniyle bu yıllarda Ulusal Sağlık Güvencesi (National Health Insurance) uygulanmaya konulmuştur. İlaç maliyetlerinin bir kısmı ve özel sağlık hizmetleri sigorta sistemi üzerinden ödenmeye başlamıştır.

1970'lerin başlarında sağlık kuruluşlarına ulaşmadaki zorluklar ve sağlık kuruluşlarının büyük şehirlerde yer alması sağlıkta eşitsizliklerin azalmasını engeller oluşturmaktaydı. Uygulamaya konulan Ulusal Sağlık Güvencesi toplum sağlığının iyileşmesine bir katkıda bulunmamıştır. Çünkü Ulusal Sağlık Güvencesi aşılama, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamamaktaydı. Bu süreçte sağlık harcamalarının %90'ı hastanelere, %10'u ise birinci basamak sağlık kuruluşlarına ayrılmıştı. Ulusal ekonominin gelişmesi ve toplumsal talepler ile birlikte 1972 yılında Sağlık Bakımı Yasası (Health Care Act) çıkarılmıştır. Yasalar ile birlikte komünler aile planlaması ve halk sağlığı hizmetlerini içeren birincil bakım hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur.

1970 ve 1980'ler işçi sağlığına önemin arttığı dönemlerdir. İşverenler 1979'da işçi sağlığını geliştirmeye yönelik taleplerden sonra çalışanları için işçi sağlığı merkezi kurmak zorunda bırakıldı. Rehabilitasyon için kaynak ayrıldı. 1984'de yeni kanunlar çocukların günlük bakımı ve yaşlılar için ev bakımını içeren sosyal hizmetleri geliştirdi. 1980'lerin sonuna kadar Finlandiya sağlık hizmetleri sürekli gelişerek büyüdü. Hizmete ulaşılabilirlikteki eşitsizlikler, sağlıkta eşitsizlikler azaltıldı ve hizmet kalitesi arttırıldı (WHO; 2002).

1990'ların başlangıcından itibaren, Finlandiya refah durumu doyumunla ulaşmıştır. Avrupa Birliği, siyasi birleşmeler ve kapitalist ekonomi, Sovyetler Birliği'nin dağılması hükümet politikalarında zorluklar yaratmaya başladı. 1966'ların sol merkezli koalisyonları, yerini diğer parti koalisyonlarına bıraktı. Bu dönemde, durgunluğun aşılması için kamu sektörünün reform çalışmalarına başlandı. Bu reformların içeriğini, belirli hizmetlerin

kullanılmasının sınırlandırılması, yoğun merkezi planların tasfiye edilmesi, devlet ödeme sisteminin kaldırılması ve hizmet kalitesinin düzeltilmesi için komünlere teşvik yaratılması gibi düşünceler oluşturmaktaydı.

Finlandiya 1991-1993 yılları arasında derin bir krize girdi. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla %13 azaldı ve işsizlik %3'ten %17'ye yükseldi. Toplum ekonomisindeki bu açık 1990'lar boyunca sürdü. Merkez-sağ hükümeti bu süreçte kuruldu. Bütçe açığı ve ihtiyaçlar için kamu sektöründeki harcamalar kesildi. Bu süreçte yapılan reformlardan ilki, işsizlik harcamaları hariç diğer tüm sosyal harcamaların kesilmesi oldu (Hakkinen, 2002; Lehto, 2005).

Finlandiya sağlık hizmetlerinde gerçekleşen en önemli reform 1993'ün başında tüm devlet desteği sisteminin değişmesi olmuştur. Reformun amacı merkezi hükümet kontrolünü azaltmak ve hizmetlerin sağlanmasında yerel sorumluluğu arttırmaktı. Reformun önemli bir unsuru sağlık hizmetleri için komünlere verilen devlet yardımlarının belirlenmesindeki özelliklerin gözden geçirilmesiydi. Eski sistemde komünlere ayrılan devlet kaynak tahsisi belirli ihtiyaçlara göre ayrılmaktaydı ve reel maliyetlerle ilişkiliydi. Sistemdeki reformla birlikte, cari masraflar için sağlanan devlet yardımları tahsis edilmemekte ve toplu bir para hibe edilmektedir. Bu toptan ödeme kişi başına düşecek ihtiyaçların ne kadar olacağını belirleyecek bir formül kullanarak gerçekleştirilmektedir (Hakkinen (a)2005; Hakkinen (b), 2005).

Reformlar komünlerin üretici rolünden, daha aktif olan satın alıcı rolünü üstlenmelerine neden oldu. Bu durum özellikle belirli alanlarda uzmanlaşmış hastanelerin hizmet alanlarında kamu sözleşmesi modeline geçişi anlamına gelmekteydi.

Reformun serbestlik getiren kısmı, komünlerin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının idare, personel ve kullanıcı ödemelerini kapsayan bir grup normun kaldırılması olmuştur. Ayrıca komünlerin hizmetleri özgürce kamudan, kar amacı gütmeyen kuruluşlardan ve kar amaçlı

kuruluşlardan satın alma ve mevcut kamu hizmetlerinden çekilme haklarının kapsamını genişletmiştir.

Katı devlet yönetmeliği (iş verilen personelin katı denetlemesi ve karma personeller oluşturulması gibi) 'daha esnek yönetmelik' ile veya sistem içinde 'bilgi kılavuzluğu' ile yer değiştirmiştir. Bu durum komünlere, üreticilere ve hekimlere bilgi sağlanmasının reform sürecinde olumlu davranışsal değişimi veya sistem değişimini getireceği düşüncesine dayanmaktaydı. Bilgi kılavuzluğu; farklı komünlerin ve hizmet sağlayıcıların maliyeti, çıktıları, erişebilirlikleri ve etkinlikleri hususunda daha fazla şeffaflığı getireceğine ve bunların komünler ve hizmet sağlayıcılar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayacağına inanılmaktaydı. Ayrıca bilgi kılavuzluğu, etkin teknolojiler ve sağlık hizmeti uygulamalarının 'kanıta dayalı' olmasını, daha rasyonel ilaç tedavilerine yönelik bir eğitim programının sürdürülmesini ve ulusal tavsiyelerin geliştirilmesini içermektedir (Hakkinen (a)2005; Hakkinen (b), 2005).

Reformlar komünlere ve hastane bölgelerine; hizmet organizasyonu, hizmetin düzenlenmesi ve hizmetin yönetiminde büyük bir özgürlük sağladı. Mevcut mevzuata göre bakanlığın gücü oldukça azalmıştır ve bakanlık yerel düzeyde alınan kararlara etki edecek bir yetkiye sahip değildir. 1990'ların ortalarından bu yana, bakanlık birçok birlik ve komite kurmuş ve ayrıca sağlık hizmetleri alanındaki komünlere ait faaliyetleri koordine etmek için uzmanlar kiralamıştır.

Sağlık hizmetlerindeki oldukça radikal desantralizasyona karşın, Ulusal Sağlık Sigortası programındaki değişimler çok az miktarda yapılmıştır. Reformların genel amacı kamu harcamalarının kısıtlanması olmuştur. Örneğin, ilaç ödeneği sistemi 1990'larda Ulusal Sağlık Sigortası giderlerini azaltmak için değiştirilmiştir. Alınan önlemler içinde sabit giderler, masraf paylaşımı ve fiyat denetiminde değişimler bulunmaktadır.

Ayrıca 1990'larda yönetsel maliyetlerin azaltılması için sağlık ve sosyal hizmetler birleştirilmiştir. Ayrıca akıl

Tablo 2. Finlandiya sağlık hizmetlerinin evrimi (WHO; 2002)

Süre	Yapılanlar
1940'lar	Anne ve çocuk hizmetleri ve Tüberküloz kontrol ve tedavi merkezlerinin kurulması
1950'ler	Hastanecilik hizmetlerinin kurulması
1960'lar	Ulusal Sağlık Sigortasının uygulamaya sokulması, Eğitilmiş hekim sayısının artırılması
1970'ler	1972 Birincil Sağlık Hizmeti Yasası ve sağlık merkezlerinin kurulması, ulusal sağlık hizmetinin ve işçi sağlığı hizmet birimlerinin kurulması
1980'ler	Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin aynı ulusal planlama ve finans sistemi içine dahil edilmesi, desantralizasyon ve reform döneminin başlangıcı
1990'lar	Reformların artması ve yerel yönetim özerkliğine vurgu 1993 devlet kaynak tahsisatı reformu Ekonomik durgunluk süresince ve sonrasında sağlık bakım hizmetlerinin sürdürülmesi

Kaynak: WHO, 2002

sağlığı hizmetleri kanunlarla somatik hastalık hizmetleri ile entegre edilmiştir. Bu durum psikiyatrik hastalar için ayrılmış yatak sayısında azalmayı getirmiş (yatak sayısı 20000'den, 6000'e düşürüldü) ve genel hastanelerin içinde küçük bölümler şeklinde yeniden yapılandırılmıştır. Psikiyatri yataklarının sayısının azaltılmasına paralel polikliniklerde personel sayısı azaltılmış ve 1992-1995 yılları arasında akıl sağlığına ayrılan kaynaklar %30 gerilemiştir. (Hakkinen, 2002; Lehtinen, 2001).

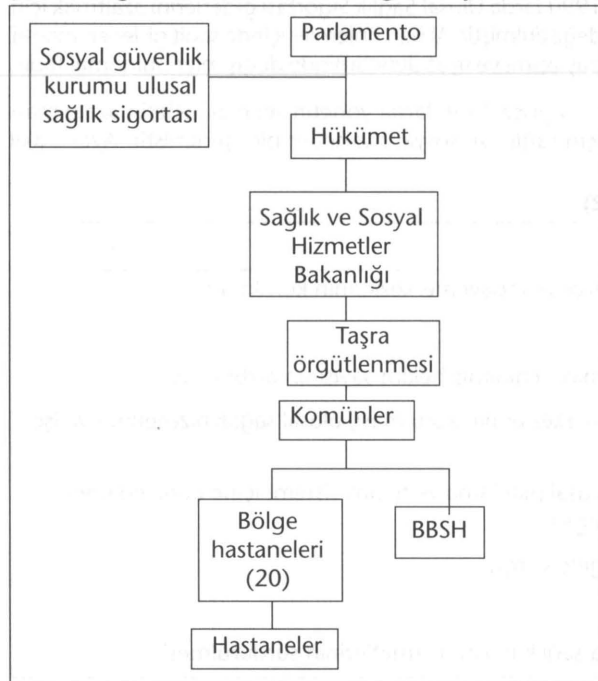
#### 4. SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNİN YAPISI

Finlandiya sağlık sistemi, İngiltere ve diğer Kuzey Avrupa Ülkelerinin sağlık hizmetlerine benzemektedir. Sağlık sistemi halkın tümünü kapsar. Hizmetler kamu sektörü tarafından yerine getirilir ve genel vergilerden finanse edilir. Finans sistemi baskın Beveridge ve marjinal Bismarck modellerinin bir karışımından oluşmaktadır. Finlandiya sağlık sistemi dünyada en fazla desantralize olan sağlık sistemlerinden birisi olarak tanımlanmaktadır. 432 komünden en küçük olanları bile sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması ve düzenlenmesinden sorumludur. Sistemin kendine has bir diğer özelliği de Ulusal Sağlık Sigortasına (National Health Insurance-NIH) sahip olmasıdır (Şekil 1) (Hakkinen (a), 2005).

##### 4.1. Birincil Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) temelde komünlere veya il konsüllerine ait belli bir popülasyona hizmet veren Terveyskeskus (sağlık merkezi) ve Terveysasema (sağlık istasyonu) adlı sağlık ocaklarına ve sağlık gruplarına benzeyen birinci basamak sağlık kurumlarında verilir (Aksakoğlu, 1993). Bu merkezlerin

Şekil 1. Sağlık bakım hizmetinin organizasyonu



Kaynak: Hakkinen (a), 2005

kar elde etme amaçları yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde (BBSH) bulaşıcı hastalıklara karşı önleyici bakım, kronik hastalıkların bakımı, acil hizmetler, tıbbi bakım, diş bakımı ve çeşitli kamu sağlığı programları (örneğin annelik ve okul sağlığına ilişkin hizmetler) yürütülmektedir. Ayrıca, işçi sağlığına yönelik ve özel hasta gruplarına yönelik (örneğin diyabet ve hipertansiyon klinikleri) hizmetler de bu merkezler tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yatan hasta bölümleri bulunmaktadır. Bu bölümlerdeki hastaların çoğunluğunu yaşlılar, kronik hastalığı olanlar oluşturmaktadır. Ancak bazı il ve ilçelerde kısa süreli, akut tedavi hizmetleri de vermektedir. Sağlık merkezleri yerel yönetimlerin sosyal hizmetler birimlerinin sorumluluğunda olan yaşlılara evlerinde sağlık bakımı sağlamaktadır (Hakkinen (a), 2005).

Finlandiya'da 270 birinci basamak sağlık kurumu bulunmaktadır. Bu merkezlerin büyüklüğü, hizmet verilen nüfusun büyüklüğüne bağlıdır ve sağlık hizmetinde ilk başvuru yeridir. Hizmet alanı 10000- 25000 dolayında bir nüfusla sınırlıdır. Ancak uygulamada 1000 kişiden daha az nüfusa da hizmet verilmektedir (WHO, 2002).

BBSH'de çalışan personel sayısı nüfusun yoğunluğuna bağlıdır. Çalışan ekip, genel pratisyen, bazen uzman, hemşire, halk sağlığı hemşiresi, ebe, sosyal hizmet çalışanı, diş hekimi, fizyoterapist, ortodontist, psikolog, kiropodist ve idari personelden oluşmaktadır. Genellikle ekibi hekimler yönetir. Ancak büyük merkezlerde profesyonel yöneticiler bulunmaktadır. Çalışanların tümü komünler tarafından işe alınır. Ortalama 1500-2000 kişiye bir hekim hizmet vermektedir. Hemşirelerin özel sorumluluğu vardır. Hemşireler gelen hastayı ilk gören ve genel pratisyene yönlendiren kişidir. Ancak hemşirenin kapı tutucu özelliği yoktur. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri halk sağlığı hemşireleri tarafından verilir. Halk sağlığı hemşireleri aile planlaması, okul sağlığı, işçi sağlığı hizmetleri, ev hemşireliği ve sağlığı geliştirme programında çalışır. İşçi sağlığı hizmetlerini bir veya birden fazla hekim sağlar. İşçi sağlığı hizmeti veren hekimlerin işçi sağlığı alanında uzmanlaşması ya da işçi sağlığı ile ilgili eğitim alması gereklidir. BBSH'de çalışan genel pratisyenlerin yarısı bu alanda uzmanlaşmıştır. Ancak BBSH'de çalışmak için genel tıp alanında uzmanlaşma zorunluluğu bulunmamaktadır. Hekimlerin temel görevi, genel tıbbi bakım hizmeti sağlamaktır. Genel pratisyenler arasında ev ziyaretleri çok yaygın değildir. Hasta (genellikle) telefonla randevu alarak gelir.

BBSH genellikle iyi donanıma sahiptir. Normalde X-ray, klinik laboratuvar, küçük cerrahi girişimler için olanaklar, endoskopi, EKG ve ultrason gibi tıbbi aletler bulunmaktadır. Bazı merkezlerde uzmanlar konsültasyona gelmektedir. Örneğin yakın bir hastaneden radyoloji uzmanı radyolojik filmleri yorumlamak için gelebilmektedir. BBSH eczaneye sahip değildir. Cerrahi işlemler, yatan hasta ve geceleri gelen hastalar için gerekli olan ilaçların bulunduğu ilaç depoları bulunmaktadır. (WHO, 2002; WHO, 2004; Aksakoğlu, 1993).

#### 4.2. Kamu sağlığı hizmetleri

Ulusal seviyede Sağlık ve Sosyal Hizmet Bakanlığı kamu sağlığının gelişimi ve geliştirilmesinden sorumludur. Koruyucu hizmetler ve toplum temelli sağlık bakımı birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiştir. Birinci basamak hizmetleri içinde yer alan anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hizmetleri koruyucu hizmetlerin temelini oluşturmaktadır. Genel aşılama programları toplumun tümünü kapsar. Yerel yönetimler 50-59 yaş arasındaki kadınlar için meme kanseri taraması, 30-60 yaş arasındaki kadınlar için servikal smear taraması yapmakla sorumludur. Komünler bu hizmetleri genellikle özel sektörden satın almaktadır. Alkol, sigara, beslenme ve fizik egzersizi konusunda sağlık eğitimi verilmektedir. Çevre sağlığı hizmetlerinin de asıl sorumlusu komünlerdir. Çevre sağlığı çalışmaları sağlıklı evler ve apartmanlar, yiyecek kalitesi, içme suyu kalitesi, kanalizasyon ve kimyasalların denetimi gibi konuları kapsamaktadır. Toplum kökenli hastalıkların izlenmesi ve korunmasından Sağlık ve Sosyal Hizmet Bakanlığı sorumludur. Halk Sağlığı Enstitüsü bu konuda bakanlığa danışmanlık hizmeti vermektedir (WHO, 2004).

#### 4.3. İkinci ve üçüncü basamak hizmetler

İkinci basamak hizmetleri (psikiyatrik ve psikiyatri dışı akut bakım) belediye birliklerinin kapsamındaki 21 hastane bölgesinde sağlanır. Her bir komün bir hastane bölgesine dahil edilmiştir. Birinci basamakta veya hastane bölgelerinde verilen hizmetlere ek olarak komünler özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alabilirler. Finlandiya'da beş üniversite hastanesi ve devlete ait iki psikiyatri hastanesi bulunmaktadır. Ülke genelinde çok az sayıda özel hastane bulunmaktadır. Hastane yönetim kadrosu, başhekim, başhemşire, mali işler sorumlusundan oluşmaktadır. Büyük hastanelerde daha kapsamlı yönetim kadroları bulunmaktadır.

1990'ların başlarında 1000 kişiye düşen yatak sayısı 11.5'tir. 1990'lar süresince ise 1000 kişiye 7.6 yatak düşmekteydi. Son yıllardaki bu azalma maliyet sınırlama ve birinci basamağın güçlendirilmesi çalışmalarının bir sonucudur. Kaynaklar yataklı tedavi hizmetlerinden ayakta tedavi hizmetlerine kaydırılmıştır.

Birinci ve ikinci basamak hizmetler her zaman çok iyi eşgüdüm göstermemektedir. Birinci basamakta çalışan hekimler hastalarını ikinci basamağa yönlendirdikten sonra hastalarının tedavisine ilişkin bilgiyi her zaman elde edememektedir.

Psikiyatrik hastalar için tedavi psikiyatri hastanelerinin ayakta tedavi uygulayan birimlerinden sağlanır. Bunlar akıl sağlığı ofisleri olarak da bilinir. Bu kurumlarda psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşiresi ve sosyal hizmet çalışanları bulunmaktadır. Uzun süreli psikiyatrik hastalar için dinlenme evleri, apartmanlar, günlük bakım hastaneleri de bulunmaktadır (WHO, 2002).

#### 4.4. Sosyal servisler

Sosyal servislerin gelişimi komünlerin sorumluluğundadır. Bu merkezler, çocukların günlük

bakımını, yaşlı bakımını, ev bakım hizmetlerini, sosyal yardımları ve engelliler için hizmetleri kapar. Sosyal hizmetler komünlerin vergileri, devlet yardımı ve kullanıcı ödentileri ile finanse edilir. Sosyal servislerden uzun süreli bakım alan hastaların çoğunluğu yaşlılardır. (%90'ı 65 yaş ve üzeri). Yaşlıların uzun süreli bakımı sağlık merkezlerinin yataklı bölümlerinde veya yaşlılar için oluşturulan evlerde sağlanır. Bu evler genellikle komünlere aittir. Ancak yaşlılar için özel evler ve hükümet dışı organizasyonlar da bulunmaktadır (WHO, 2002).

#### 5. SAĞLIK SİSTEMİNDE İNSAN GÜCÜ VE EĞİTİMİ

Finlandiya'da eğitim bakanlığı sağlık personelinin eğitiminden sorumludur. Hekimler ülkede bulunan beş üniversiteden eğitim alırlar. Tıp eğitimi 6 yıl olup, çoğunlukla uygulama ağırlıklıdır. Üniversiteler kaç öğrenci alacakları konusunda özgür bırakılmışlardır. Hekimlerin uzmanlık eğitimi için bir fakülteye kayıt yaptırmaları gereklidir. Alınacak uzmanlık eğitimine göre bu süre 5-6 yıldır. Uzmanlık eğitimi için kuramsal ve klinik eğitimin yanı sıra ulusal merkezi bir sınavdan geçmek zorunludur. Genel tıp alanında uzmanlaşmak 6 yıllık bir eğitimi gerektirmektedir. Bu eğitim, belli bir süre sağlık merkezlerinde ve hastanelerde çalışmayı içerir.

Ülkede hekim sayısı Avrupa birliği ülkeleri ile benzer dağılım gösterirken, hemşire sayısı diğer Avrupa ülkelerinin hepsinden oldukça yüksektir. Hekimler daha çok güney ve batıda yoğunlaşmıştır (WHO, 2002).

2002 yılında 1000 kişi için hekim sayısı 3.2 (A grubu Avrupa Birliği ülkelerinde 3.4), hemşire sayısı ise 1000 kişi için 21.7'dir (A grubu Avrupa Birliği ülkelerinde 8.2) (WHO, 2004).

Finlandiya'da 1999 verilerine göre 62000 sağlık personelinin 50 yaş ve üzerinde olması gelecek için sorun oluşturmaktadır. 2001 ve 2010 yılları arasında yaklaşık 50000 kişinin emekli olması beklenmektedir. Bu durum hekim ve sağlık personelinin sayısında bir azalmaya neden olacaktır (WHO, 2002).

#### 6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

2002 yılında toplam sağlık harcaması gayri safi yurt içi harcamalarının %7.3'ünü oluşturmuştur. Kamu harcamalarının %75.7'si sağlık hizmetlerine yapılmaktadır. Kalan kısım ise ulaşım, eğitim, kültür gibi diğer hizmetlere ayrılmaktadır.

Komün vergileri, devlet yardımları ve hizmetten yararlananların yaptıkları ödemeler komünlerin sağlık hizmetlerini finanse eder (Şekil 2). Sağlık hizmetleri finansmanın %42.6'sı komünlerden, %18.2'si devletten, %14.9'u Ulusal Sağlık Sigortasından ve %24.3'ü özel kaynaklardan sağlanır (Tablo 3) (WHO, 2004).

Merkezi hükümet düzeyinde parlamento sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere yapılacak kaynak tahsisatının toplam miktarını karara bağlar. Bu kaynak

Tablo 3. Sağlık hizmetlerinin finansmanın kaynakları (1980-1999)

Finans kaynakları	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Kamu</b>	<b>79.6</b>	<b>80.9</b>	<b>75.5</b>	<b>75.9</b>	<b>76.1</b>	<b>76.3</b>	<b>75.7</b>
Vergiler	67.1	70.3	62.2	61.9	61.9	61.5	60.8
devlet	38.2	35.6	28.4	24.1	20.6	19.0	18.2
komünler	28.9	34.7	33.8	37.9	41.3	42.5	42.6
yasal vergiler	12.4	10.6	13.3	13.9	14.2	14.8	14.9
<b>Özel</b>	<b>20.4</b>	<b>19.2</b>	<b>24.5</b>	<b>24.1</b>	<b>23.9</b>	<b>23.7</b>	<b>24.3</b>
Cepten ödeme	17.8	15.6	20.6	20.1	19.8	19.5	20.0
Özel sigorta	0.8	1.7	2.0	1.9	2.0	2.0	2.1
İşverenler	1.2	1.4	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7
Yardım fonu	0.6	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5

Kaynak: WHO, 2002

taahhütü kişi başı vergi ilkesine göre komünlere ödenir. Finlandiya yaklaşımının farkı, diğer ülkelerde kişi başı vergisinin belli alanlardaki hizmetlere uygulanması iken, Finlandiya'da çok çeşitli hizmetlere uygulanmasıdır. Sağlık hizmetleri için, bu kaynak tahsisatı belirli kriterlere göre hesaplanır; 1993-1996 döneminde bu kriterler nüfus, yaş dağılımı, mortalite (her yaş için standardize mortalite oranları), nüfus yoğunluğu, toprak alanı ve komünün finansal gücüne göre belirlenmekteydi. Takımada ve diğer uzak bölgelerde kalan belediyeler nispeten daha yüksek kaynak tahsisatı almaktadır. Bu kriterlerin hizmetlere olan ihtiyaçla ilişkisi araştırılmış ve 1996'da yeni kriterler geliştirilmiştir. Kısmen araştırma bulgularına dayanarak, yeni kriterler 1997 başından itibaren benimsenmiştir. Bu kriterler arasında nüfus, yaş dağılımı ve 55 yaşın altındaki bireyler için yaşa göre standardize edilmiş maluliyet aylığı indeksi bulunmaktadır (**Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005**).

İkinci kamu finansman programı Ulusal Sağlık Sigortası'dır. Bu program üyelerine (Finlandiya'da ikamet eden ve işsiz olan kişilere) hastalık ödenekleri, annelik ödenekleri, özel bakım ödenekleri, öğrenci sağlık hizmetleri ve tıbbi harcamalar (hekim reçetesiyle verilen ilaçlar, özel-sektör muayeneleri ve bir hekim veya diş hekiminin gerçekleştirdiği veya belirlediği tedaviler) alanlarında hizmet verir. Bunlara ek olarak, bu program kısmen işverenlerin mesleki sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılar (**Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005**).

Genellikle, Ulusal Sağlık Sigortası, bir defada alınacak ilaçların fiyatı veya özel sektöre ait hekim veya diş bakımı hizmetlerinin belirlenmiş temel tarifeleri üzerinden önceden belirlenmiş asgari bir miktarı öder (hizmete bağlı olmak üzere %50-75). Sağlık ve Sosyal Hizmet Bakanlığı temel tarifenin miktarını karara bağlar. Genellikle, mevcut ücretler temel tarifenin üzerinde olur bu nedenle Ulusal Sağlık Sigortası masrafların sadece bir kısmını karşılar ve masraf paylaşımı komünlerin sağladıkları sağlık hizmetlerinden daha çok özel hizmetlerdir. Bazı durumlarda (belirli durumlardan rahatsız kayıtlı bireyler söz konusu olduğunda), neredeyse tüm ilaç masrafları karşılanır (**Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005**).

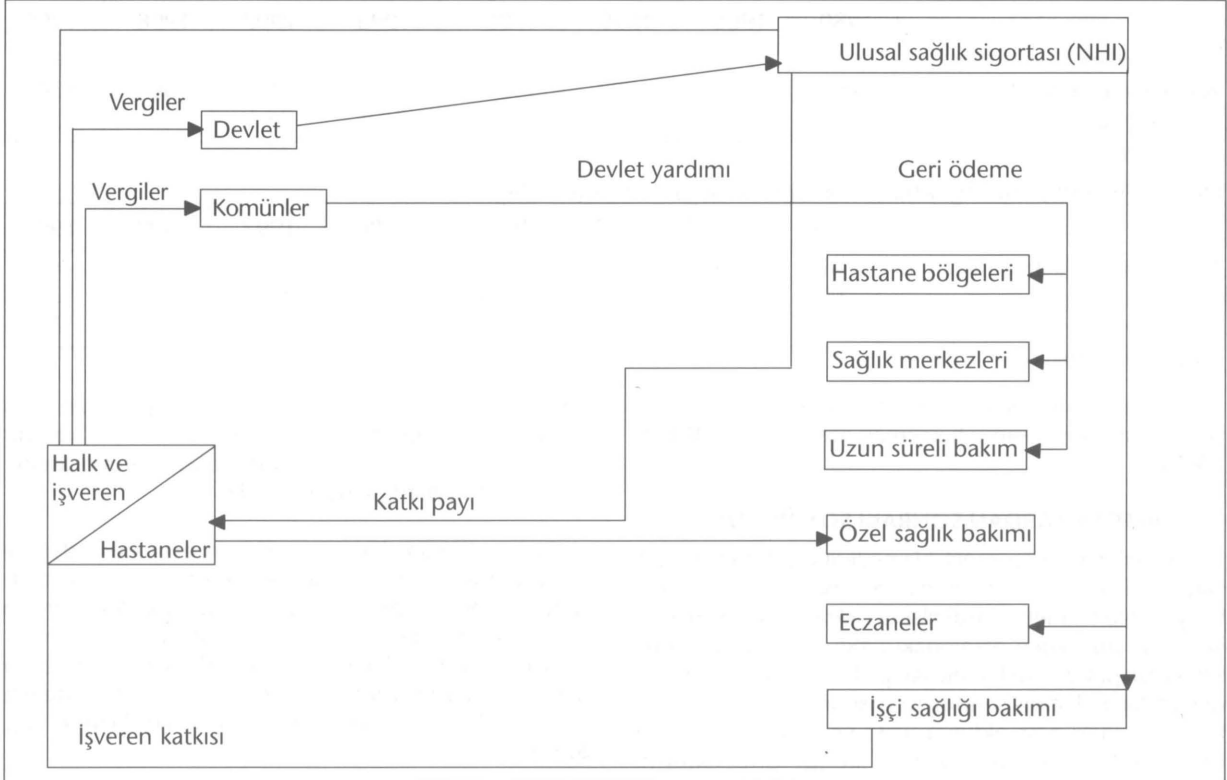
Ulusal Sağlık Sigortası'nın geliri büyük oranda sigortalı kişilerin, yani halk ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla

finans edilmektedir. Prensipite, Ulusal Sağlık Sigortası programı açık uçludur ve hükümet kuruluşun herhangi bir nedenle oluşan bütçe açığını kapatır. Ödenek sistemi yasa ile belirlenmiş olsa da, hükümet ve bakanlık temel tarifelerin ve ödeme sisteminin diğer ayrıntılarını tanımlayarak ödemelerin düzeyini belli bir noktaya kadar etkileyebilirler.

Yerel yönetim sağlık hizmetlerinin programı Finlandiya sağlık bakım hizmetindeki en büyük finansal sistem olarak görülebilir çünkü harcama payı açısından bakıldığında sağlık hizmetlerinin %70'ini sağlamaktadır. Buna karşın, yerel sağlık hizmetlerinin payı sektörden tedavi hizmetlerinde (göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve diş bakımı gibi) özel sektör mevcut hizmetlerin yarısından fazlasını karşılar. Özel sektör toplam yatan hasta kabulünün %5'ini gerçekleştirirse de, belirli cerrahi tedavilerindeki (örneğin katarakt ameliyatı) payı büyüktür. Özel hastalar için cerrahi tedavileri gerçekleştiren özel hastanelerin çoğu kar amaçlı organizasyonlardır. Kar amacı gütmeyen ve belediyelerce karşılanan hizmetler sağlayan iki hastane de mevcuttur. Bunlara ilaveten, resmi olarak izin verilmemesine karşın, kamu hastanelerinin, kıdemli hekimler için fazladan bir ödeme gerçekleştiren, hastaların kendileriyle ilgilenen hekimleri seçebildikleri ve pratikte tedavi bekleme sürelerinin kısalmasını sağlayan bir "özel ödeme kategorisi" bulunmaktadır. Ek ödemelerin bir kısmı Ulusal Sağlık Sigortası tarafından karşılanır.

Ulusal Sağlık Sigortası ile özel hekim hizmetlerinin kullanımı yüksek sosyoekonomik gruplarda yoğunlaşmıştır ve hizmete ulaşım açısından coğrafi farklılıklar göstermektedir. Hizmetleri komün hastanelerinde sürekli kadroları bulunan hekimler verdikleri için özel hekim hizmetlerinin kullanımı büyük şehirlerde ve kamu hastanelerinin yakınındaki alanlarda en üst seviyededir. Özel hizmetlerin kullanımı da hizmet alımı ve bölgedeki sağlık merkezlerindeki bekleme sürelerine bağlıdır. Son zamanlarda büyük şehirlerde yaşayan yüksek gelir düzeyine sahip ailelerin çocukları için özel hizmetleri kullanmalarını sağlayan (Ulusal Sağlık Sigortasının ödemelerine ek olarak) özel sigortalara başvurmaları oldukça yaygınlaşmıştır.

Şekil 2. Sağlık hizmetlerinde finansmanın akış şeması



Kaynak: WHO, 2004

Özel sağlık harcamaları 1980 ve 2000 yılları arasında artış göstermiştir. Sağlık harcamalarındaki oran 1980 yılında %20 iken bu oran 2000 yılında %24.3'e yükselmiştir. Bu oran yerel hizmetlerin kullanıcı ödentilerindeki artışla, ilaçların vergi azaltılmasının ortadan kaldırılmasıyla, Ulusal Sağlık Sigortası'nın geri ödeme sisteminin kaldırılmasıyla açıklanmaktadır.

Komünlerde verilen sağlık hizmetlerinde, hasta kendisini tedavi edecek hekimi seçme olanağına sahip değildir. Mümkün olduğu kadarıyla, hastane hastanın bakımından sorumlu olacak hekimi seçmesine izin vermektedir. Bunun aksine, Ulusal Sağlık Sigortası'nın kapsadığı özel hekim uygulamasında hastalar tercih ettikleri bir genel pratisyenden, uzmandan veya hastaneden tedavi hizmeti alabilirler. Ancak özel hizmetler için kullanıcılar maliyetin %65'ini ödemek zorundadırlar (Linnala, 2006).

Kamusal alanda çalışan birçok hekim ve diş hekimi aylık olarak maaşlarını almaktadır ve performanslarına bağlı olarak ancak küçük ücret farklılıkları olabilmektedir. Buna karşın, kamusal alanda çalışan hekimlerin özel alanda çalışmasına da izin verilmektedir. Hekimlere yapılan ödemelerin sistemi yerel farklılıklar göstermektedir (Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005).

İki kademeli finansman sisteminin mevcut ödeme yöntemleriyle bir arada olması doktorların hizmetlerindeki rekabeti açıkça sınırlandırmaktadır: Birçok özel sektör

hizmeti mesai saatlerinde kamu hastanelerinde çalışan doktorlar tarafından sağlanmaktadır (Hakkinen (a) 2005).

Birinci basamakta çalışan hekimler hastalarını hastanelerin ayaktan tedavi kurumlarına sevk ederler. Ancak talebin fazla olması nedeniyle hastanelerde uzun bekleme süreleri vardır. Özel sektörde çalışan hekimlere ulaşmak çok daha kolaydır. Ancak kullanıcılar açısından maliyet çok yüksektir. Yapılan harcamaların %65'i hastalar tarafından ödenmektedir (Linnala, 2006).

Ayrıca iki kademeli finansman sistemi belediyelere ait sağlık hizmetlerini geliştirmede güçlüklerle yol açabilmektedir. Doktorların zaman sıkıntısı ve zamanın esnek kullanımındaki güçlükler verimliliği arttırmanın önünde bir engel teşkil etmektedir. Son yıllarda, hekimleri birinci basamak sağlık bakım hizmetlerine çekmek oldukça zor olmaktadır (Hakkinen (b), 2005).

## 7. SAĞLIK HARCAMALARI

Toplam sağlık harcamaları 1980-1996 yılları arasında artmıştır. Sonra ise azalma eğilimine girmiştir. Son yıllarda azalmada uygulamaya konulan maliyet sınırlayıcı önlemlerin etkisi olmuştur. 1999 yılı için satın alma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması 1547 Dolar ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı da %6.8'dir. Bu değerler ile sağlık harcamaları açısından Avrupa Birliği ülkeleri arasından sadece Lüksemburg ve İrlanda Finlandiya'nın gerisinde kalmıştır (WHO, 2002).

Tablo 4. Finlandiya'da sağlık harcamaları

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Ulusal gelirdeki oranı (%)	6.4	7.2	7.9	7.5	7.7	7.3	6.9	6.8
Kişi başı harcama (PPP)	510	849	1292	1421	1486	1491	1502	1547
Kamunun payı (%)	79.0	78.6	80.9	75.5	75.9	76.1	76.3	75.7

Kaynak: WHO, 2002

Tablo 5. Finlandiya'da sağlık harcamalarının kategorilerine göre dağılımı (%)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Yatan hastada kamu harcaması	48.4	45.4	44.2	39.8	41.4	41.3	41.3	40.7
İlaç	10.7	9.7	9.4	14.0	14.4	14.8	14.6	15.1
Yatırım	1.9	2.0	2.0	2.3	2.5	2.2	2.4	2.1

Kaynak: WHO, 2004

Son yıllarda ilaç harcamaları belirgin biçimde artarken, yatan hastalar için kamu harcaması azalmaktadır (WHO, 2002).

## 8. REFORMLARDAN SONRAKİ SON DURUM

Reformdan sonra, sağlık hizmetlerine ilişkin ekonomik kararlar 432 komün tarafından alınmaktadır. Komünler her yıl sağlık hizmetlerine ayrılacak miktarı karara bağlayan ve sağlık hizmetleri alanındaki farklı sektörler arasında kaynakları paylaştıran bir role sahip olmuştur. Bu kararlarda, devlet kaynak tahsisatının rolü sınırlıdır, zira toplam finansmandaki payı oldukça azdır ve merkezi hükümet bu rolü kaynak tahsisatında kendi önceliklerini uygulamanın bir aracı olarak kullanmaktadır. Devlet kaynak tahsisatı komünlerin sağlık harcamalarının %24'ünü oluşturmaktadır ve bunun anlamı bazı komünlerde kaynak tahsisatının eşitliği sağlayacak kadar çok olmadığıdır. İkincisi, Ulusal Sağlık Sigortası aracılığıyla sağlık hizmetlerine tahsis edilen kamu fonları komünlere yapılan devlet kaynak tahsisatının boyutuna etki etmemektedir. Bu durum özel sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmış ve Ulusal Sağlık Sigortası'nın ödemelerinin de kentsel alanda daha fazla olmasından dolayı sağlık hizmeti sağlama konusunda komünler arasında eşitsizliklere neden olmuştur (Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005).

### 8.1. Yapısal değişim

Sağlık bakımının temel hedeflerinden biri kaynakların kurumlardan ve uzmanlık bakım merkezlerinden poliklinik ve birinci basamak hizmetlere transfer ederek sağlık bakımının dengesinde bir değişim sağlamaktır. 1980 ve 2000 yılları arasında yatan hastalar için yapılan giderler %49'dan %40'a düşmüştür ve uzmanlık ve birinci basamak poliklinik hizmetleri %15'ten %20'ye yükselmiştir (Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005).

2000 yılında sağlık hizmetlerinde kişi başına düşen toplam görevli sayısı (hem birinci basamak hem de hastanecilik hizmetlerinde) 1991 yılına göre azalmıştır. Personel sayısında hekim, hemşire ve diğer uzmanların oranı artarken diğer personelin (çoğunlukla iyi eğitilmiş olmayan veya kalifiye olmayan) oranı azalmıştır. 2000 yılında temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, hemşire

ve uzmanlaşmış personel sayısı 1990 yılına göre %20 daha fazladır. Komünlerde çalışan hekim ve hemşirelerin %65'inin uzmanlık hizmetlerinde olduğu görülmektedir. Bu oran 90'lı yıllarda sadece %5'dir.

Son yıllarda kamu sağlık merkezlerinde ve hastanelerdeki hekim sayısındaki yetersizlik artmaktadır; bunun nedeni kamu kesimindeki çalışma koşulları ve ücretlerden duyulan memnuniyetsizliktir. Bu durumun bir sonucu olarak birçok sağlık merkezinde ve hastanede acil hizmetler (hekim hizmetleri) saat esası ile ücret ödenen özel firmalar tarafından verilmektedir (Hakkinen (a), 2005).

1980'lerde bazı birinci basamak kurumlarında "kişisel doktor" uygulaması başladığı zaman, doktorlara erişimin daha kolay olması ve bakımın devamlılığının teminat altına alınması amaçlamaktaydı. Bu uygulamada hasta ve ailesine onların tedavilerini sürekli olarak üstlenen bir hekim tayin edilmekteydi. Bu sistem bir hekimin toplam maaşının temel maaşı (%60) baş vergisi (%20) hizmete karşılık ödeme (%15) ve yerel ödeneklerin (%15) bir araya gelmesinden oluştuğu bir ödeme sistemiyle işlemekteydi. 1990'larda sistem daha çok "toplum sorumluluğu" olarak adlandırılan yöne kaydı. Bu model bir grup doktor ve hemşirenin coğrafik olarak belirlenmiş bir toplum sağlık hizmetlerinden sorumlu oldukları bir modeldi. Ancak bu modelin uygulanması çok yaygınlaşmadı (Hakkinen (a) 2005).

### 8.2. Kullanıcı ücretlendirmesi ve hizmet kullanımı

Reformdan sonra sağlık hizmetlerinden yararlanmada ve komün sağlık hizmetlerindeki kişi başına harcamalarda bölgesel farklılıkların artmadığına ilişkin bazı bulgular vardır. Komünlerin 1990 ve 1996 yılları arasında sağlık harcamalarında azalma görülmüştür (Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005).

Reformlardan sonra sağlık merkezlerindeki ayaktan tedavi hizmetleri yoksullardan yana bir dağılım gösterirken, özel hekim hizmetleri ve mesleki sağlık hizmetleri ise yüksek gelirli gruplarda yoğunlaşmaktadır. Aynı şekilde cerrahi işlemlerin uygulanmasında artışa rağmen 1980'lerin sonlarındaki yüksek gelirli bireylerin yoksul ve sağlık



durumu daha kötü olanlardan daha çok cerrahi tedavi görmeleri durumu 1996'da daha sistematik ve artan şekilde devam etmiştir (Keskimaki, 2003). 1990-1996 yılları arasında sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten ödemelerin oranı %15'den, % 20'ye yükselmiştir. Cepten ödemelerdeki bu artış, kısmen katkı payı ve kullanıcı ücretlerinin artmasından, kısmen de sağlık harcamaları için vergi indiriminin kaldırılmasından kaynaklanmaktadır (Hakkinen (b), 2005).

### 8.3. Bekleme zamanları

1980'lerde ve 1990'larda bypass cerrahisi için bekleme zamanları dışında uzun bekleme zamanı sağlık hizmetinde genel bir sorun olarak düşünülmemektedir. Ancak 1990 yıllarının başında sağlık sisteminin özel problemlerine ilişkin toplumsal ve politik tartışmalar uzun bekleme sürelerini de gündeme getirmiştir. Bu dönemde bekleme süresi acil olmayan vakalarda 2-6 hafta olarak hesaplanmıştır (WHO, 2002) 2001 Eylül'ünde, hükümet sağlık hizmetlerinin geleceğini güvenceye almak için ulusal bir proje geliştirdi. Şimdiye kadar projenin en önemli sonucu 2003 yılında hükümetin bekleme listesindeki hastaların sayısını azaltmak ve bekleme sürelerini kısaltmak için belediyelere ve hastane bölgelerine fazladan fon tahsis etmesidir (Hakkinen (a), 2005).

### 8.4. Hastane ücretlendirmesi

Hastane fiyatlandırmasında, gün başına yatak ücretlendirmesinin yerini olgu temelli ücretlendirme (OTÜ) almıştır. Bunun başlıca nedeni hastane hizmetinin finansmanını daha eşitlikçi bir hale getirmek, yani hastalara sağlanan hizmetin reel maliyetini daha iyi yansıtmak olmuştur. Örneğin, 1993'te Finlandiya'daki hastanelerin %7'si olgu-temelli ücretlendirmeyi kullanarak kalça replasmanı uygulamasını faturalandırırken, 1998 yılında hastanelerin %64'ü bunu yapmıştır. Olgu-temelli ücretlendirmeye olan eğilim biraz daha yavaş ilerleme göstermiş olsa da diğer birçok işlem için de benzerlik göstermektedir. 1997'de, büyük güney hastane bölgeleri ilk kez kullanılan tanı ilişkili gruplar üzerinden olgu-temelli ücretlendirmeye dayanan faturalandırma sistemleri kullanılmıştır. 2000 yılına gelindiğinde hastane bölgelerinin çoğu hizmetlerinin ücretlendirmesinde OTÜ'leri kullanma fikrine yönelmişlerdir. Kişi başına çıktıya ilişkin ölçümler 1990 ve 1996 yılları arasında üretkenlikte bir artışa işaret etmektedir. Örneğin, OTÜ ağırlıklı hasta kabulleri %17 oranında ve somatik bakım için gerçekleştirilen ayakta tedavi hizmetlerinin oranı %36 oranında artmış ve bu esnada bu hizmetlerin reel maliyetleri azalmıştır. Sağlık merkezlerindeki ve akut somatik hastanelerdeki üretkenliğin artırılmasına ilişkin özel çalışmalar çıktılar ve maliyetlerdeki eğilimi doğrular niteliktedir (Linna, 2006).

## 9. HALKIN SAĞLIK HİZMETİNDEN MEMNUNİYETİ

Ancak tüm bu değişimlere karşın Finlandiya sağlık hizmetlerinden halkın geneli oldukça memnundur: 1996'dan 2002 yılına kadarki dönemi kapsayan çalışmaya

göre, Finlilerin %70'ten fazlası sağlık sisteminden memnundur ve bu oran tüm Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde en yüksek oranlardan biridir. Ayrıca, Finlilerin halk sağlığı hizmetlerine diğer kamu hizmetlerinden daha fazla önem verdikleri görülmektedir (Hakkinen (a) 2005; Hakkinen (b), 2005).

Finlandiya OECD ülkeleri arasında genel pratisyenlere ulaşma açısından eşitlikçi yapıya sahip tek ülke olarak belirtilmektedir (Doorslaer, 2006).

*Teşekkür: Değerli katkı ve önerileri için Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'na teşekkür ederim.*

### KAYNAKLAR

Aho, S., Virjo, I. (2003), "More selectivity in unemployment compensation in Finland: Has it lead to activation or increased poverty" in standing (ed) Minimum Income Schemes in Europe. Geneva. International Labour Office pp:193-216.

Aksakoğlu, G. (1993), "Finlandiya'da sağlık düzeyine bakış", Toplum ve Hekim, 57;6

Dahlman, C.J., Routti, J., Yla-Anttila, P. (2005), "Finlands as a knowledge economy, The International Bank for Reconstruction and Development", The World Bank.

Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. (2006), "Inequalities in Access to medical care by income in developed countries", CMAJ,174(2):177-183.

Hakkinen, U. (2002), "Change in determinants of use of physician services in Finland between 1987 and 1996", Soc Sci Med, 55(9):1523-1537.

Hakkinen, U. (a) (2005), "The impact of changes in Finland's health care system", Health Econ, Sep;14(Suppl 1):S101-18.

Hakkinen, U., Lehto, J. (b) (2005), "Reform, change, and continuity in Finnish health care", J Health Polit Policy Law, Feb-Apr;30(1-2):79-96.

Keskimaki, I. (2003), "How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care", Soc Sci Med 65:1517-1530.

Lehtinen, V., Taipale, V. (2001), "Integrating mental health services: the Finnish experience", Internal Journal of Integrated Care, 1(1): 1-7.

Linna, M., Hakkinen, U., Magnussen, J. (2006), "Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland", Health Policy, Aug;77(3):268-78.

Linnala, A., Aroma, A., Mattila, K. (2006), "Specialist consultations in primary health care- a possible substitute for hospital care?", Health Policy, 28: 93-100.

Ministry of Social Affairs and Health. (2004), "Health care in Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health", 11.

WHO. (2002), "Health care systems in transition", Finland vol:4 no:1 writing by Jutta Jarvelin.

WHO. (2004), "Highlights on Health, Finland" www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhfin/20050311-1, Ulaşım Tarihi: 8.11.2006.