



NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Gazanfer Aksakoğlu*

"Tam olarak yerleşik bir topluma dönüşmemiz çok eski değil, bilemediniz bir yüzyıl oldu. Kültürel gelişmemiz de buna bağımlı olarak yeni geliyor denebilir, üstelik ülkenin batısında yaşayanların bu açıdan önemli farkları olduğunu kabul etmek gerek. Birkaç yıl önce AB'ye üyelik konusunda yapılan referandumun olumsuz sonuçlanmasının nedeni batıdaki tutucu kişilerin oylarıdır. Halkımızın çoğunluğunun geçim yolu balıkçılık ve ormancılık. Diğer İskandinavlı uluslar bize hala dağlı ya da orman adamı gibi bakarlar, bizlere yakıştırılan bir sürü de fıkra dolaşır dillerinde".

Norveçli ekonomist, sağlık örgütlenmesinin sunulmasından önce, toplum yapısını özetle böyle tanıtıyordu. Ardından, politik yapı olarak ABD'ye öykündüklerini ve giderek iki merkez partili bir sisteme kaydıklarını örnekleriyle anlatıyordu. Kısa bir süre sonra Norveç halkının ulusal duygularının güçlülüğünü algılayacak, deniz kenarına dizili her evin bahçesinde bir bayrak direğinde dalgalanan bayrakları görecekti, bunları halkın Amerikalılara duyduğu olağanüstü hayranlık ve neredeyse ellibirinci eyalet olma dileğiyle bağdaştırmakta güçlük çekecekti.

İnsanların yaşam koşulları ve sosyal hakları açısından dünya cenneti olarak görülen İskandinav ülkelerinden biri olan Norveç'te her ülkede olduğu gibi çelişkiler vardır: Toplumsal dayanışmanın güçlü olmasına ve sıkı aile bağlarına karşın alkolizm, özel hastaneler oluşturulmasını gerektirecek boyutlara varmıştır. Yüzyıllardır sert doğa koşulları ile olan yaşam dikkate alınınca insanların da benzer nitelikte olması beklenir; oysa Norveçliler son derece yumuşak, sakin ve canayakın insanlardır. Yalnızca davranışlarda değil, çevre koşullarında da zıtlıklar görmek olasıdır. Sokaklar ve binaların içleri çok temiz ve tertiplidir; kanalizasyon onarımcıları bile beyaz-bembeyaz-önlüklerle çalışır; ancak kırsal alanda besi hayvanlarını üzerlerinde sinek bulutları ile dolaşır görmek şaşırtıcı değildir.

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Halk Sağlığı Profesörü

Güney ucu İskoçya'nın kuzey ucu enleminden başlayan ve toplam yüzeyinin üçtebiri Kuzey Kutup çizgisinin üzerinde bulunan bu büyük ülkenin nüfusunun 4 milyonu pek az aşması nedeniyle nüfus yoğunluğu yalnızca 13 kişi/km²'dir. Çetin doğa yapısına nüfusun seyrek dağılması ve özellikle halkın %34'ünün kırsal alanda, üstelik çoğunlukla tek tek çiftlikler ya da balıkçı kulübelerinde yaşamaları eklenince, sağlık hizmeti sunma gibi çok etmenli bir uygulamanın karşılaşılabileceği güçlükleri kestirmek güç değildir.

Geçen yüzyılın sonunda Avrupa'nın en yoksul ve geri yöreleri arasındayken bugün kişi başına yılda 23,000 dolarla dünyanın en varlıklıları arasında yer alan Norveç başarısını herşeyden önce halkının çalışkanlığına borçludur. Diğer İskandinav ülkeleri halkları dünyanın hemen her yerinde etnik gruplara yapılan şakalar ve anlatılan fıkralar türündeki sevimli alayları ile Norveçliler'e takılırken, beğeni ve övgülerini de açığa vurmaktan çekinmezler: "Danimarkalılar bir düşünceyi geliştirir, İsveçliler bunu bir plan haline getirir, Norveçliler ise uygulama alanına koyarlar". Çalışkanlık bu ulusun niteliklerinden yalnızca biridir; dürüstlük, açıklıksızlık, tokgözlülük ve içtenlik gibi çok değerli özellikler taşırlar. Alçakgönüllülük yaşamın bir parçasıdır. Ülkelerini çok sever ve onunla öğünürler; ancak 'Küçük Norveç' sloganı ulusal kültürün bir uzantısı olmuştur. Oslo'nun batısında yer alan yoğun yerleşim yörelerinde ülkeye duyulan sevginin-dinsel tutuculukla da birleşince bağnazlığa dönüştüğü ve Batı Akdeniz'den Güneydoğu Asya'ya değin bir dizi ulusun 'karakafalılar' yakıştırmasından nasibini aldığı da bu halkın ayrı bir gerçeğidir.

"Sokakta gördüğünüz kişiler çok sağlıklı, özellikle çocuklar. Ancak çocukların evin içinde karşılaştığı bozuk davranışlar konusunda ürkütücü haberler alıyoruz. Norveç, çocukların en yüksek yaşama umuduyla doğduğu-doğuşta beklenen yaşam süresi 77 yıl- ve bebeklerin en az öldüğü-bebek ölüm

hızı binde 7 dolayında-ülke. Yine de batı toplumlarının en önemli sorunları arasında bulunan ve çocuk gelişimi uzmanlarının, çocuk hekimlerinin, eğitimcilerin üzüntüyle izlediği 'çocuk dövme sendromu'ndan payını almaya başlamış, son yılların en önemli tartışma konularından biri bu olmuştur. "En uzun ömürlü uluslardan biriyiz. Ama çevrenizde gördüğünüz kişiler hep genç. Çünkü yaşlıları huzurevlerine dolduruyor, sonra biz gençler onların harcamalarını karşılayabilmek için daha çok çalışıyoruz." Bu yakınmaya karşı çıkılabilecek gerekçe ve yanıtlar var gerçi; ancak huzurevlerinde iyi yetişmiş, gencecik hemşirelerin görmeyen, duymayan, kemerle bağlanmadıkça oturamayan ve neredeyse yapay olarak yaşatılan çok yaşlı kişilerin bakımını nasıl paralanırcasına yaptığını görünce yakınmaya kulak vermemek elde değil.

Norveç'te sosyal yardım anlayışının ilk alçak gönüllü uygulamaları ortaçağlardan başlar; 1200'lerde Yasa Koyucu Kral Magnus tarafından tüm ülkeye yaygınlaştırılan uygulamalar 1900'e değin genişletilerek sürdürülür. Parası olmayanın da sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için bu ülkede 370 yıldır hekim ücretinin devlet tarafından ödendiği ifade edilir. 1900'de yenilenen yasa, 1967'de şimdiki biçimini alır. Sosyal yardımın geleneksellik özelliği, iki belirleyici sonuç getirir: Sağlık hizmetleri uygulama ve finansmanının büyük ölçüde Ulusal Sigorta Yasası'na bağlanması ve ülkede tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan 'Sağlık Direktörlüğü'nün 'Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir alt birimi olarak kalması. Daha yalın bir deyişle ülkede sağlık hizmetleri bakanlık düzeyinde değil, sosyal güvenlik kurumuna bağlı genel müdürlük düzeyinde ele alınmıştır. Ancak, kanımızca bu tür bir örgütlenme sıralanması sağlığın önemsenmemesinden değil, sağlık hizmetlerinin tüm diğer toplumsal yaklaşımlarla birlikte ve içiçe yürütülmesi gerektiği anlayışından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle Norveç'te sağlık hizmetlerinin incelenmesine sağlık örgütü yapısıyla değil, sosyal sigorta kavramıyla başlamak daha yararlı ve anlaşılır olacaktır.

Ulusal Sigorta :

Ulusal sigorta, uyruğu ne olursa olsun ülkede yaşayan tüm bireyleri zorunlu olarak kapsamına alır. Amacı da çok geniş tutulmuştur: Hastalık, fiziksel defektler, gebelik ve doğum, işsizlik, yaşlılık, işgörmezlik, ölüm ve bakmakla yükümlü kişinin kaybi durumlarında ve ayrıca evli olmayan annelere yardım ve destek sağlamak genel amaçları arasında sayılabilir. Bu sosyal ve medikal yaklaşım sağlık açısından önemli bir katkı getirmektedir. Tıbbi açı-

dan katkı hekim hizmetini; sağlık kuruluşlarındaki tıbbi bakımı; ebe yardımını; aile planlaması ve gebe izleme çalışmalarını; fizyoterapi, diş sağlığı, konuşma eğitimi, psikiatri gibi yardımları; hemen tüm protezleri ve işitme aygıtlarını; sağlam çocuk izlenmesi ve ev hemşireliğini içerir. Kişinin sağlık nedeniyle değerlendirme ya da iyileştirme kuruluşlarına ulaşım harcamaları da sigortanın sorumlulukları arasındadır.

Sigortanın toplam bütçesi 1988'de 95 milyar Norveç Kronu'dur. Bu değer ulusal gelirin yüzde 15'ine ve devlet bütçesinin üçtebirine eşittir. 1967-1988 arasında gerçek harcama üç kat artmıştır. Sigortacılık hizmetlerinden Ulusal Sigorta Enstitüsü (Rikstrygdeverket) sorumludur. Bu kuruluşun ana bölge (county), bölge (region) ve yerel örgüt düzeylerinde uzantıları vardır.

Sigortaya zorunlu olarak katılan herkesin, çalıştığı sürece sosyal yardımlardan yararlanabilmek ve emekli aylığına hak kazanabilmek için, 17-69 yaşları arasında prim ödemeleri gerekir. Yıllık geliri belli bir düzeyin altında olanlar prim ödemediği sigortalı yapırlar. Ödenen prim, sigortanın yukarıda sıralanan her tür hizmetinden yararlanmaya yöneliktir. Primler gelirin iki ayrı açıdan değerlendirilmesiyle ödenir: Net gelir ve emekliliğe esas olan gelir. Sigortalı, hesaplanan her iki prim tutarını da ödemekle yükümlüdür. Serbest meslekte çalışanlar net gelirlerinin %4.4'ünü, emekliliğe esas olan gelirlerin %9.7'sini; ücretliler net gelirlerinin yine %4.4'ünü ve emekliliğe esas olan gelirlerinin %3.8'ini prim olarak öderler. İşveren de sigortalı adına payını yatırmak zorundadır; maaş ya da ücret üzerinden, emekliliğe esas olan gelirin %12.8-15.8'i ayrıca işveren tarafından yatırılır. Bununla da kalmaz, yerel ve merkezsel yönetim de sigortalı adına katkıda bulunur: Emekliliğe esas olan gelir üzerinden belediye %2.25, devlet %1.9 oranında prim yatırır.

Ulusal Sigorta Enstitüsü'nün bütçe kaynakları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Kaynak	Katkı Oranı (%)
Sigortalı	29.4
İşveren	54.5
Belediyeler	8.3
Devlet	7.3
Diğer	0.6
Toplam	100.0

Görüldüğü gibi sigortalı kendisine ilişkin sigorta priminin üçtebirinden azını ödemektedir. Ödemelerin yarısından çoğu işveren tarafından, kalanı da yönetim tarafından yaratılmaktadır.

Sigorta giderlerinin önemli bir kısmı sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. (Tablo 2) Tüm sigorta giderlerinin yarısından çoğu bireylerin sağlık sorunları için ayrılmıştır. Bunun içinde de en büyük payın hastalık giderlerine ayrıldığı görülmektedir. Numerik olarak ele alındığında, bir yılda doğrudan sağlığa harcanan para 1976 da 13 milyar, 1988'de ise 35 milyar Norveç Kronu'dur. Sigortanın ana amaçlarından biri olan emeklilik ödentisi %29.6'lık pay ile ikinci sırayı almaktadır.

Tablo 2 : Norveç Ulusal Sigorta Enstitüsü Gider Dağılımı

	Yüzde
Sağlık Harcamaları	56.0
Hastalık Sigortası	40.1
İşgöremezlik ödentisi	13.8
Esenlendirme	2.1
Emekli Ödentisi	29.6
İşsizlik Sigortası	2.4
Çocuk ve evli olmayan anne ödentileri..	1.4
Diğer Ödentiler	6.4
Araştırma, yönetim, vb. giderleri	4.2
Toplam.....	100.0

Şimdiye değin ele alınan veriler, ulusal sigorta sisteminin tanıtımı amacıyla sunulmuştur. Bu nedenle, sağlığa yapılan harcamaların yalnızca sigorta kanalıyla olduğu düşünülebilir. Oysa sağlığa ayrılan parasal kaynaklar bu kadarla kalmamaktadır; yerel yönetimlerin, devletin ve hatta bireyin küçümsenmeyecek katkıları vardır.

Sağlık Göstergeleri:

Ülkenin sağlık göstergelerinin en önemlileri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Sunulabilen verilerin kaba değerlendirmesi, ülkedeki sağlık düzeyinin birçok sanayileşmiş ülkeyi bile kısıktırarak denli yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle en duyarlı göstergelerden olan bebek ölüm hızının ulaştığı nokta dikkat çekicidir. Doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda dünyanın en ileri yaşını oluşturmaktadır. Seksenli yılların resmi olmayan göstergelerinde bebek ölüm hızının binde 7'nin altında, kadınlar için beklenen yaşam süresinin 80'in üzerinde olduğu gözönüne alınırsa, Norveç toplumunun ne denli sağlıklı kılındığı ortaya çıkar.

Tablo 3 : Norveç Sağlık Göstergeleri

	Yıl
Nüfus	4,121,000.....1990
Kaba Doğum Hızı	binde 12.4.....1985-90
Kaba Ölüm Hızı.....	binde 10.6.....1985-90
Bebek Ölüm Hızı.....	binde 7
Anne Ölüm Hızı (100,000 canlı doğumda)....	3.....1980-90
Hekim başına nüfus	383.....1988
Hemşire başına nüfus (aktif olarak çalışan)	128.....1988
Doğuştan beklenen yaşam süresi (yıl).....	77.....1993

Sunulabilen verilerin kaba değerlendirmesi, ülkedeki sağlık düzeyinin birçok sanayileşmiş ülkeyi bile kısıktırarak denli yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle en duyarlı göstergelerden olan bebek ölüm hızının ulaştığı nokta dikkat çekicidir. Doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda dünyanın en ileri yaşını oluşturmaktadır. Seksenli yılların resmi olmayan göstergelerinde bebek ölüm hızının binde 7'nin altında, kadınlar için beklenen yaşam süresinin 80'in üzerinde olduğu gözönüne alınırsa, Norveç toplumunun ne denli sağlıklı kılındığı ortaya çıkar.

Nüfusu bu denli az olan bir ülkede sağlık personeli yetiştirmenin ve sağlık sorunlarını çözümlenmenin hiç de güç olmayacağını düşünenlere kuramsal düzeyde hak vermemek olanaksızdır. Ancak, bu nüfusun oldukça geniş bir alana yayılmış bulunduğu ve coğrafi koşulların alabildiğine elverişsiz olduğu da dikkate alınmalıdır. Jeolojik yapının elverişsizliği öylesine yaygındır ki, toprakların ancak %3'ü ekilebilir niteliktedir. Kıyı uzunluğu 21,000 kilometrenin üzerindedir. Nüfusun önemli bir kesimini oluşturan balıkçılara ve ormancılara sağlık hizmeti sunabilmek için öncelikle sarp kayalıkları, azgın dalgaları, buzulları ve kar fırtınalarını aşabilmek gerekir. Kuzey kutbuna değin yayılan adalar da dikkate alındığında, nüfus azlığının bir avantaj olmaktan çıktığı rahatlıkla ileri sürülebilir. Bu koşullarda ulaşılan başarının ne denli büyük olduğunu anlayabilmek için, aşağıdaki değerlendirme yerinde olur:

1977 yılında doğumların %99'undan fazlası hastanelerde oldu. Tüm doğumların %1'inden azını oluşturan 192 olgu ise -evde ya da kendikendine değil- sağlık kuruluşuna getirilirken yolda, ambulans içinde olan doğumlardı. Zaman yitirilmeden dikkatli bir inceleme başlatıldı, çünkü sorun önemli boyutlardaydı: Birincisi, olgu sayısı hiç de öyle küçümsenecek

gibi değildi, tam 192 doğum sağlık kuruluşları dışında olmuştur. Sonra, bunların 16'sı başkent Oslo'daydı. Gerçi ölüm olmamıştı, çoğunda da sağlık personeli yardımı sağlanabilmişti ama, doğan bebeklerin çoğunluğu 2500 gramın altındaydı. İnceleme sonucu elde edilen bulgu sağlık örgütünü yerinden sarstı; çünkü bütün suç sağlığı örgütlenmesinin kuruluş yapısındaki hatadaydı. Eğer hastane ya da doğumevleri kişilere daha yakın ve ulaşılabilir olsaydı, gebelerin 190'ı zamanında yetiştirilebilecekti. Yalnızca 2 olguya çare bulunamadı. Bunlar anakaraya uzak ve küçük, izole adalarda oturdukları için, her koşulda sağlık kuruluşundan yararlanmaları çok güç anne adaylarıydı. Yine de bu 190 kişi iyi bir örnek olmalı, kuruluşların yeniden yerleşimi konusu gündeme getirilmeliydi.

Bu örnek, geri kalmış ülkeler halkları için ulaştırılması olanaksız bir düş gibidir ve gerçekten düşündürücüdür. Batı'da olsun, Doğu'da olsun; sanayileşmiş ya da gelişmiş olarak adlandırılan hiçbir ülke henüz bu denli minimal bir sorunu bu önem ve titizlikle ele alabilecek düzeyde bir sağlık hizmetine kavuşabilmiş değildir. Yine bu, sağlık sorunlarının öneminin görece olduğunu ve her ülke koşulunda ayrı sorunların farklı önem ve önceliğe sahip olacağını ilginç bir örneğidir.

Örgüt Modeli:

Sağlık hizmetleri, sosyal hizmetlerden de sorumlu bulunan "Sosyal Güvenlik Bakanlığı" tarafından, "Sağlık Direktörlüğü" aracılığıyla yürütülür. Sağlık Direktörlüğü, silahlı kuvvetler, cezaevleri ve esenlendirme hizmetleri dışında ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin yönetimiyle yükümlüdür.

Ülke-biri Oslo olmak üzere- 19 İl'e (Fylker) bölünmüş, illerin altında 450 kadar komün (Kommuner; kırsal yerel yönetim) yer almıştır. Hemen her il, sağlık yönetimi açısından bir anabölgeyi (county) oluşturur. 450 dolayındaki komün de sağlık yönünden 390 kadar bölge (district) halinde toplanmıştır. Böylece bir sağlık bölgesi, birden çok ili kapsayabilir. İller 79,000-470,000 nüfusu kapsar; komünlerin nüfusu ise, sağlık örgütlenmesindeki bölünme bu yönetsel bölünmeye tam uymamakla birlikte, bölgelerle koşutluk gösterir.

Anabölge (ya da İl)'de sağlık hizmetlerinin tüm sorumlusu, bir ölçüde yarı-özerk çalışabilen İl Halk Sağlığı Müdürü'dür. Yüksek düzeyde yetki sahibi bu kişilerin ana görevleri ilin sağlık hizmetlerini düzenlemek, sağlık ve sanitasyon yasalarının uygulanmasını kontrol etmek ve yerel (bölge) sağlık müdürlerini denetlemektir. Aynı zamanda, esenlendirme İl Ko-

miteleri'ne de başkanlık ederler. İl Halk Sağlığı Müdürleri; Bölge Halk Sağlığı Müdürü'nün, Bölge Halk Sağlığı Hemşiresi'nin ve Hastane'nin düzenleyicisi, danışmanı ve denetleyicisidir.

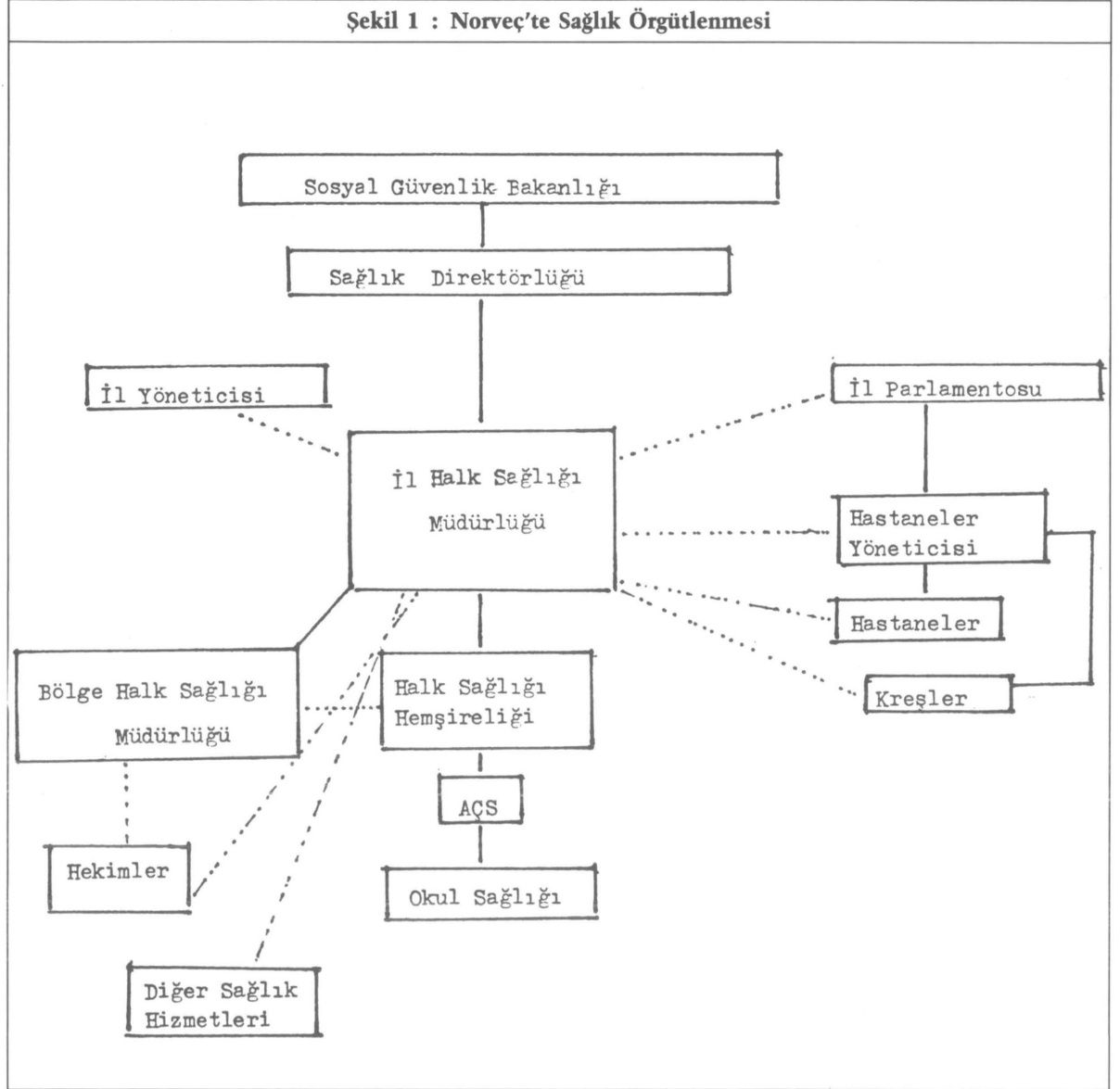
Bölge düzeyindeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu, aynı zamanda Yerel Sağlık Kurulu'na da başkanlık eden Bölge Halk Sağlığı Müdürü'dür. Bu kişiler Bölge'nin sağlık hizmetlerinin tümünün yürütülmesinden sorumludurlar. Halk Sağlığı alanında uzmanlaşmış değıllerdir. Aynı zamanda buldukları bölgenin resmi hekimi (GP) olarak da çalışırlar. Sorumlu ve yetkili olmalarına karşın yalnızca 30-40 kadarı tamsüre çalışır. %95'i bu işi ek görev olarak üstlenen genel pratisyenlerdir(*). Oslo gibi büyük kentlerdeki Bölge Halk Sağlığı Müdürleri genellikle tam süre görev yapar ve yalnızca sağlık yönetimi ile ilgilenirler. Başkanlığını yaptıkları Yerel Sağlık Kurulu'nun görevleri çevre sağlığı ve sağlık eğitimi olarak özetlenebilir. Yukarıda değinildiği gibi, Bölge sayısı 390 dolayındadır, buralarda görevli Müdürler ise 620 kişidir. Bunun nedeni, büyük ve yoğun bölgelerde görevli yönetici sayısının birden fazla olabilesidir.

En uç düzeyde, yani birinci basamakta, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri birlikte vermesi planlanan Sağlık Ocağı yeralır. Her onbin nüfus için bir Sağlık Ocağı kurulmaya çalışılmıştır, bu nedenle bazı komünlerde birden fazla-örneğin Oslo'daki komünlerde toplam 50- bulunur. Bu birimin kuruluşunun temel amacı koruyucu hizmetler, başta ana-çocuk sağlığı hizmetleridir. Bu nedenle denetim açısından Bölge Sağlık Müdürü'nden çok, Halk Sağlığı Hemşiresi'ne bağlıdır. İyileştirici hizmet de sundukları için hekim ve diğer terapistler de görev alır. Ülkedeki 1350 dolayında Sağlık Ocağı'nda 2400 hekim, gerektiğinde uzman hekimler, konuşma eğitimcileri, psikologlar, vb. de bulunur.

Şekil 1'de kabaca açıklanan örgütlenme modeli, uygulamada bu yalınlıkta görülmemektedir. Ülkenin sağlık sorunları koşulunda uzmanlaşmış hastane ve kuruluşlar, yan uzantıları oluşturmaktadır. Tüberküloz ve Alkolizm hastaneleri, doğum evleri, gerontoloji hastaneleri, daha çok kuzey yeralan küçük kapasiteli 'Klube Hastane'ler, vb. bunlar arasında sayılabilir. Kuzey Denizi'ndeki petrol kuyuları üzerinde yeralan dispanserler de yeni geliştirilen sağlık kuruluşlarıdır.

(*) Sistemin en fazla eleştirilebilecek yanı. Genel Pratisyen, özel hekim'le eş anlamlı kabul edilebilir. Genel pratisyenler sigortadan ve hastadan, başvuru başına ücret alırlar. Bu hekimlere yöneticilik verilmekle, bir bakıma, kamu hizmeti özel kesime gördürülmüş olmaktadır.

Şekil 1 : Norveç'te Sağlık Örgütlenmesi



Her sağlıkçının ilk ağızda yakınmasına neden olan büyük bir eksiklik, bir ambulans servisinin kurulmamış olmasıdır. Yerel örgütler bunu kendi olanaklarıyla çözümlenmekle yükümlüdür. Kuzeyde' de çok daha yoğun hissedilen bu sıkıntı, bazı koşullarda özel uçaklar ve askeri helikopterlerle giderilme-ye çalışılmaktadır.

Sağlık İnsangücü:

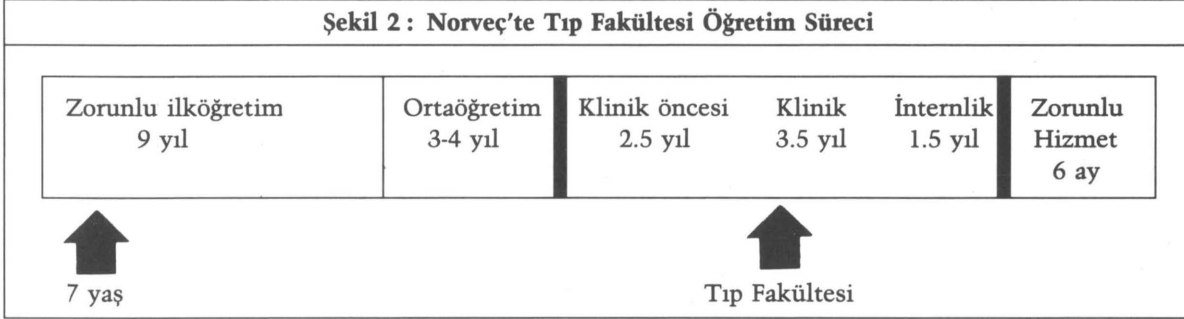
Bir üst düzey yöneticisinin deyimiyle, ülkede sağlık sektöründe çalışan 130,000 kişi, Norveç'in en büyük sanayi'ini oluşturmaktadır. Bunların 11,000 kadarı hekimidir; hemşireler ve hemşire yardımcıları ise toplamın üçtebirinden fazladır. Hemşire Birli-

ği'ne kayıtlı 33,000 hemşire vardır. Hekimlerin %30'u, hemşirelerin %20'si Birincil Sağlık Hizmeti'nde görevlidir. Halen 2,000 kişiye bir pratisyen hekim çalışmaktadır. Hedef 1,200 kişiye bir hekimidir.

Ülkenin dört tıp fakültesi yılda yaklaşık dört yüz hekim mezun eder. Tıp fakültelerinde klinik öncesi dönem 2 1/2-3 yıl, klinikler 3 1/2 yıl sürer. Bunun bitiminde 1 yılı iç hastalıklarında, 1/2 yılı cerrahide olmak üzere internlik yer alır. Fakülteyi tamamlayan her hekim, 6 ay süreyle kırsal alanda zorunlu hizmetle yükümlüdür.

Hekimlerin özlük hakları büyük ölçüde Tabipler Birliği'nce korunur. Üyelik, zorunlu olmamasına karşın %95'in üzerindedir. Katılan hekimler

Şekil 2 : Norveç'te Tıp Fakültesi Öğretim Süreci



sigortalanmış ve gerektiğinde ikramiyeye hak kazanmış sayılırlar.

Hekimlerin işe yerleştirilmesinde de Tabipler Birliği sorumludur. Hekim gereksinmesi olan kuruluşlar bunu birliğe duyurur. Birlik üç aday önerir, kuruluş birini seçer. Birlikçe aday gösterilmeden, dışarıdan başvuran olursa, ihraç edilir (Böyle bir olay yalnız bir kez, 1930'da olmuştur). Tüm uygulamalar Sağlık Direktörlüğü ile yürütülen bir centilmenlik anlaşması çerçevesinde gerçekleşir. Hekim gelirini hem hastadan, hem sigortadan sağlar. Ödemeler başvuran hasta başınadır ve miktarı birlikçe belirlenir.

Hekimin haftada 38 saat çalışma zorunluluğu vardır. Bunun için yılda ortalama 190,000 kron alır(*). Hasta başına alınan ücret dışında, ev ziyaretlerinde yolun uzaklığına göre de ücret alınır. Beş yıldan kıdemli hekimler hasta başına 5 kron fazla alır; hekim tazeleme kurslarına katıldıkça da bu miktar artar. Birinci basamak gece nöbetleri evde tutulur; hastaya çağrılmasa bile hekime her nöbeti için 1500 kron verilir. Tüm bunların dışında, haftada 38 saatten fazla olan çalışmalarda ek ücret ödenir. Özellikle Kuzey'de çalışan genç bir hekim, haftada 55-70 saat iş yaparak yıllık gelirini 600,000 kşona kadar çıkarabilir.

Birinci basamakta görev yapan tüm hekimlerin sürekli eğitim görmesi yasa gereğidir; yılda 50 saat kurs görmeleri ve beş yılda bir 3 ay süreyle hastane eğitiminden geçmeleri beklenir. Ancak, yılda yalnızca yirmi hekimin sıraya alındığı düşünülürse uygulamada başarılı olunamadığı ve hekimlerin pekazının meslek yaşamları boyunca böyle bir şansa ulaşabilirdiği kolayca hesaplanabilir.

Pratisyen hekimlerin çoğu özel olarak çalışır, hasta başına ücret alırlar. Daha önce değinildiği gibi bunların bir kısmı aynı zamanda resmi hekimlik de yaparlar. Ödemelerde bir fark yoktur, resmi görevli

olarak hasta baktıklarında da yine hasta başına ücret alırlar; yalnızca yöneticilik nedeniyle bir ek ödeme-devlet-sağlanır. Bunların zamanlarının yarısını yönetim/denetimde geçirmeleri beklenir; ancak %90 sürenin hasta bakımı ile geçtiği belirlenmiştir.

Birinci basamakta ayrı yer ve zamanlarda görüşü alınan on kadar hekimin, sağlık örgütü ve hekimlerin durumu konusundaki ortak düşünceleri şöyle özetlenebilir: "Teknik açıdan olanaklar yeterli. Çalışma koşulları uygun ve sağlıklı. Ülkenin yaşam pahalılığı dikkate alınırsa ücretler yüksek sayılamaz, ancak ortalama düzeyin oldukça üzerinde. Kuzey'de ve petrol kulelerinde iş böyle değil elbet. Orada tersi geçerli; çalışma olanakları kısıtlı ve iş çok güç. Buna karşılık ücretler daha dolgun, izin olanağı (ödülendirme) daha çok".

Çok yakın zamanlara değin ülkede Tıp Fakültesi yalnızca bir kentte, Oslo Üniversitesi'nde vardı. Bu nedenle hekimlerin tümü aynı temel bilgiyle, tek bir ekolü oluşturuyordu. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yabancı ülkelere (Birleşik Krallık, F. Almanya, Hollanda, İsviçre, vb.) eğitim gören hekimlerin sayısı giderek arttı. Bu gelişmeyle birlikte, yeni tıp fakültelerinin de açılarak sayısının dörde yükselmesi, farklı yaklaşımların oluşmasına neden oldu.

Hemşirelik hizmetlerinin nicel ve nitel olarak yeterliliği tartışmasız kabul edilmektedir. Hemşire yetiştirilmesine verilen büyük önem, ülkenin bu alanda çok doyurucu bir noktaya gelmesini sağlamıştır. Zorunlu temel eğitimden sonra, ortaöğretim düzeyinde hemşire okuluna girilir ve 3-4 yıllık hemşirelik eğitiminden geçilir. Bu aşamada çalışmaya başlayanlar, Yardımcı Hemşire (Practical Nurse) olarak görev alırlar. Dileyenler hemşire kolejine devam edip yine 3-4 yıllık bir eğitimden sonra Hemşire (Registered Nurse) olurlar. Bunun da üzerinde 3-4 yıl uzmanlık çalışması yapmak ve Uzman Hemşire olmak olasıdır. Halen tüm hemşirelerinde %38'i uzmanlaşmış durumdadır.

(*) Brüt gelir. Gelirle birlikte vergilendirme oranı da artar. Bu düzeyde bir gelirden verilen tüm örnekler için-çocuk durumuna bağlı olarak %40-50 kesinti hesaba katılmaktadır.

Alışılmış yataklı kurumlar hemşirelik hizmetleri dışında, ayrı yasa ve örgütlenmeleri bulunan üç ana hemşirelik hizmeti vardır: 1. Halk Sağlığı Hemşireliği, 2. Bölge Ebelik Hizmetleri, 3. Ev Hemşireliği. Bunlardan bölge ebeleri, üst düzeyde antenatal bakım ve doğum hizmeti verirler; en üst eğitim düzeyinde uzmanlaşmış kişilerdir. Ev hemşireleri yerel yönetim görevlileridir; daha çok yaşlıların evde bakımından görev alırlar.

Halk Sağlığı Hemşireliği bölge düzeyinde, hemen hemen bağımsız çalışan bir kuruluştur. Halk Sağlığı hemşireleri sağlık ocaklarında hekimlerle birlikte görev alırlar, ancak görev alanları oldukça farklıdır. Hekim iyileştirici hizmetleri yürütürken, hemşire koruyucu hizmette yer alır. Bu işlev hemşireye sağlık ocağının yönetimi sorumluluğunu da getirir. Yönetim kavramı bazen sorun yaratacak denli karışıktır. Daha önce değinildiği gibi hekimler hem bölge düzeyinde yönetici, aynı zamanda genel pratisyen olabilirler. Böylece, halk sağlığı hemşiresinin yöneticisi olan bir sağlık müdürü, sağlık ocağında çalışırken aynı hemşirenin emrinde bir hekim olabilir.

Halk sağlığı hemşirelerinin en önemli görevleri ana ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Kırsal alanda çevre sağlığı hizmetlerini (kamplarda sağlık koşulları denetimi, kuaförlerin denetimi ve gıda kontrolleri gibi) de üstlenirler. Kentlerde bu konuda kendilerine yardımcı olmak üzere çevre sağlığı teknisyenleri bulunur. Okul sağlığı hizmetleri de hemşirelerin denetim ve yönetiminde yapılır.

Hizmetin Yürütülmesi:

Koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin her ikisinin de -ancak birlikte değil, aynı ayrı-yürütüldüğü en uç nokta Sağlık Ocağı'dır. Buraları her alanda ilk başvuru yeridir. Tüm koruyucu hizmetleri örgütlemelerine ve poliklinik hizmetleri vermelerine karşın sağlık ocaklarının bekleme salonlarının dolu olmadığı ilk dikkati çeken özelliklerdendir. Ancak gözlenen ferahlığın nedeni hizmetten yararlanmanın azlığı değil, hizmetin sunulduğundaki düzenliliktir. Yıllık kişi başına ortalama poliklinik sayısı kırsal alanda 3.5'tir. Bağışıklama ve diğer koruyucu hizmetler evde değil, ocakta yapıldığı halde, bebeklerde bağışıklanma oranı %96 dolayındadır. Bu örnekler hizmetin verimliliği konusunda fikir verecek yeterlidir.

Sağlık ocaklarının hemen tümü yerleşim alanı olan elverişli ve kullanışlı durumdadır. Belli bir standarda bağlı kalmaksızın kimi bağımsız ve tek katlı bir bina olarak kurulmuş; kimiye büyük bir bina-

nın, örneğin bir işhanının elverişli bir dairesinde yerleşmiştir. Tümünde bekleme salonu, başvuru deski, aşırı odası, hasta bakım odası, AÇS odası, cerrahi odası, laboratuvar, hekim ve diğer personelin ofisleri bulunur. Her merkezde bulunmayan, oda ve olanaklar da gerektiğinde sağlanmıştır. Konuşma ya da işleme-eğitim odası, kriopodi (hiperkeratoz bakımı) odası, gibi. Gelişmiş olanakları bulunan birçoğunda bilgisayar iletim aygıtları, çeşitli elektronik araç-gereç sıklıkla görülebilir. Birçoğunun laboratuvarı açlık kan şekeri ya da enzimlerin ölçümünü yapabilecek düzeydedir. Tüm bunlara, kullanılan malzemenin iyi kalitede, biçim ve renklerin gözcü olduğu; yerleşim ve kullanım yönünden çalışan personelin iş veriminin ve dinlenmesinin önlem gözetildiğini de eklemek gerekir.

Her sağlık ocağına aynı önemin verildiği söylenemez. Sağlanan olanaklar merkezden bir gereksinme planlanmasıyla değil, yerel olarak gereksinimlerin belirlenmesi ve katkıda bulunulmalarıdır. Hekimler - altı ay zorunlu görev yapan internerler dışında merkezden atanmadığı, isteyenler boş kadrolara yerel görevlendirmeye verildiği için, farklı popülasyonlarda farklı hekim sayılarına rastlanır. Aynı gözlemin araç-gereçte de yapılması olasıdır. Gelişmiş bir kent olan Bergen'in banliyösü yarıkentel Loddefjord'un nüfusu 20,000 dir. Sağlık Ocağında 4 hekim görevlidir, ambulansı da yoktur. Bu ocağın dezavantajı, halkın kent merkezindeki hekimlere gitmeyi yeğlenmesidir. Altı köye yayılmış 12,000 popülasyonu kapsayan ve Stavanger kasabasından elli kilometre uzaklıkta bulunan Håda ise kırsal özellikler ve uzaklık avantajına dönüşmüştür: 5 hekim, 4 diş hekimi, 2 ambulans ve pek az sağlık kuruluşunda bulunan düzenli bir kayıt sistemi vardır. Düşünülebilecek olanak ve pek az sağlık kuruluşunda bulunan düzenli bir kayıt sistemi vardır. Düşünülebilecek olanak ve konforun her türüne burada rastlanabilir. Bakı masasında çarşaf yerine dev bir rulo kağıdın kullanıldığını ve her hastadan sonra yatağın altında bulunan sarma koluyla rulonun döndürülerek kağıdın yeni bir diliminin yatak üzerine serildiğini belirtmek açıklayıcı bir örnek olacaktır.

Popülasyonu, özellikle çocuk popülasyonu yoğun olmayan sağlık ocakları hergün hizmet veremeyebilir. Haftada bir-iki gün, ayda bir, hatta üç aydabir işlev gören sağlık ocaklarına rastlanabilir. Hergün aktif olmayan ocak sayısı toplamın yarısını bulur. Bu durumda hizmet sağlığa ayrılmış özel binalarda değil; okul odaları, kiliseler gibi kuruluşlarda sürdürülür.

Bir Bölge Sağlık Müdürü, ülkede birincil sağlık hizmetlerinin gerçek bir 'kaos' içinde olduğunu ileri

sürmektedir. Bunun nedenini, tüm hizmetleri kapsayan bir sağlık yasasından yoksun bulunmalarına ve ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, hastane hizmetleri, sigorta uygulamaları gibi her bir konuda ayrı bir yasanın yürürlükte olmasına bağlamaktadır. İleri sürülen savda bir abartma payı bulunsada, gerçeklik vardır. Norveç sağlık yapılanmasında da en önemli eksik tek başlı olmayıştan kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetinin integre sunulduğu savına karşın, dikkatli bir gözlemci iyileştirici ve koruyucu hizmetlerin birbirinden ayrı yürütüldüğünü kolayca kavrayabilir. Aynı binada hizmet sunan kişilerin farklı kurumlara ve farklı kayıtlarla veri sunmaları bunun bir göstergesidir.

İyileştirici hizmette kuramsal olarak üç aşama görülür: Sağlık ocağı ilk başvuru yeridir, arada Bölge hastanesi bulunur, üçüncü aşamada ise Merkez hastaneler yer alır. Ancak bunların bir sevk zinciri ile işletildiğini söylemek olanaksızdır. Hastaneler modern, etkin, içaçıcı kuruluşlardır, ama sağlık ocaklarını eğittikleri ve yukarıdaki modelle hasta sevki aldıkları ileri sürülemez. Ülkede beş tane ana bölge (Region) hastanesi bulunur ve 0.4-1 milyon kişilik bir alanda sorumludur. İllerde 10-15 uzmanlık dalı olan büyük hastaneler bulunur; yerel olarak ise bir iç hastalıkları uzmanı, bir genel cerrah, bir radyolog ve bazen de bir kadın-doğum uzmanının görevlendirildiği hastaneler bulunur.

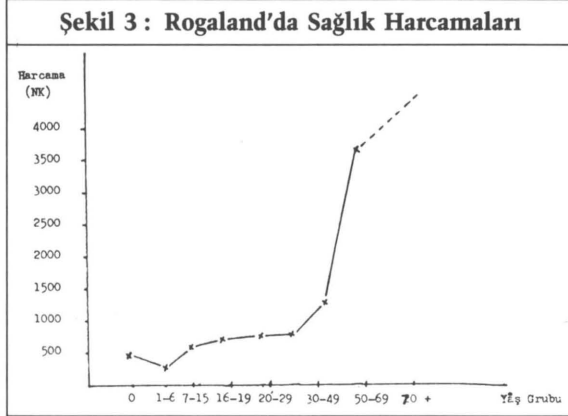
Hastane yataklarının yüzde 85'i kamuya aittir. Özel hastanelerin çoğunluğunu dinsel kuruluşlar oluşturur. Kişisel-özel hastane yatakları yüzde 2'nin altındadır.

Esenlendirici hizmet özel bir önem taşır. Her sağlık ocağında en az bir fizyoterapist ve fizik tedavi salonu bulunur. Özel hizmet hastaneleri de çok üst düzeyde esenlendirme hizmetleri sunar.

Tüm bu hizmetler içinde iyileştirici hizmetler önemli ölçüde ayrıcalıklıdır. Tüm sağlık harcamalarının ortalama yüzde 75'i yataklı kurumlara ayrılmıştır. Yaşamın son altı ayında kişiye yapılan harcamalar, tüm sağlık harcamalarının yüzde 70'i kadardır. Rogaland bölgesinde yaş gruplarına göre sağlık harcamalarına bakıldığında (Şekil 3) en fazla harcamanın ileri yaş gruplarına, daha çok da süregen hastalıklara yapıldığı görülür.

Koruyucu hizmetlere daha az pay ayrılmasının nedenlerinden biri, bölge sağlık müdürlerinin yüzde 95'inin bu işi ek görev olarak yürütmeleri ve asıl uğraşlarının özel hekimlik olması olabilir. Devletin ödevi olan koruyucu hizmetler, özel sektöre devredilmiş görülmektedir. Yine de halkın yüksek bilinç

Şekil 3 : Rogaland'da Sağlık Harcamaları



düzeyi ve eğitimi sayesinde bu konuda önemli bir açık kalmadığını, koruyucu hizmete pay ayrılmasına da artık fazla gerek kalmadığını söylemek olasıdır. Sağlık hizmetlerinde görev alan bazı personelin hizmet türüne göre etkinlikleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4 : Bölge Sağlık Hizmetleri Sunumu

	Bireye Yönelik Hizmetler		Topluma Yönelik Hizmetler
	İyileştirici	Koruyucu	
Hekim			
Genel Pratisyen (Özel hekim)	+	(+)	
Bölge Sağlık Müdürü	+	+	+
Hemşire			
Halk Sağlığı Hemşiresi		+	
Ev Ziyareti Hemşiresi	+		
Dış Hekimi			
Özel	+		
Kamu	+	+	
Fizyoterapist	+	(+)	

Sağlık Hizmeti Ödemeleri :

Hastanede yatırılarak verilen sağlık hizmeti tümüyle ücretsizdir. Sağaltım, ameliyat, ilaçlar, protezler, yol masrafları, sigorta tarafından karşılanır. Ayakta hasta bakımında kişisel katkı gereklidir. Pratisyen hekime başvuruda 50 kron ödenir, hekim eve gelirse bu 85 kron olur. Uzman hekime başvuru 60 kron, radyolojik inceleme 60 kron ücret gerektirir. Ödenen ücretlerin yaklaşık yarısı sigortadan geri alınır. Yıllık sağlık harcamaları-örneğin kronik bir hastalık nedeniyle-840 kronu aşarsa, fazlası sigorta tarafından karşılanır.

İlaç :

"İskandinavya'da bakkaldan aspirin alamazsınız".

Norveç'te tümünden daha sık bir uygulama vardır. Tüm ilaçlar, devlet tekelinde tek bir merkezde toplanır. 1100 preparatta toplanan 700 etkin madde kullanımdadır. Preparatlar eczanelere bilgisayar kaydıyla ulaşır. Eczanelerden de bilgisayar kaydıyla ve kişiye özel çıkar. Böylece hangi ilacın hangi miktarda ve kime ulaştığı en yukarıdaki merkez depo tarafından yüzdeyüz doğrulukla bilinir. Eczaneler yarı resmi hizmet kuruluşlarıdır.

Sonuç :

Norveç'in sağlık sistemi son derece gelişkin, teknolojisi alabildiğine yüksektir. Ulaşılan sağlık göstergeleri parlaktır. Tüm bunlar sağlık sisteminin mükemmel kurulmuş ya da çalıştırılıyor olmasından

çok, ülkenin genel gelişim düzeyiyle bağlantılı görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lecture notes, "Medical Care and Health Services in Norway", International Summer School, University of Oslo, 1978.
2. Lecture notes, "Medical Care and Health Services in Norway", International Summer School, University of Oslo, 1989.
3. Evang K. Health Services in Norway, Oslo, 1976.
4. Siem H. Choises for Health, Oslo, 1986.
5. Social Insurance in Norway, Oslo, 1986.
6. WHO, World Health Statistics Annual 1990, Geneva, 1991.
7. Gerdtham UG, Jönsson B. Health Care expenditure in the Nordic countries, Health Policy 26 (1994) 207-220.
8. WHO, Health Service in Norway, Copenhagen, 1981.

