

DOSYA/DERLEME**DANİMARKA SAĞLIK SİSTEMİ***Aysun ÖZŞAHİN*, Melih Kaan SÖZMEN*****I. GİRİŞ**

Son 25-30 yıl süresince tüm dünyada çok hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Küreselleşme ve bunun getirdiği sonuçlar, eğitim ve sağlık başta olmak üzere yaşamın her alanında eşitsizliklerin hızla artmasına neden olmaktadır. "Sağlıkta eşitlik", sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir (Whitehead, 1992). Yapılan araştırmalar ülkelerdeki politik ve ekonomik yapı ne olursa olsun, aynı ülkede yaşayan farklı sosyal gruplar ve coğrafi bölgeler arasında belirgin sağlık farklılıkları olduğunu göstermiştir. Daha kötü sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan insanların daha genç yaşlarda öldüğü, ayrıca aynı ülkede kırsal ve kentsel nüfus ve farklı bölgelerde yaşayan kişiler arasında önemli mortalite farklılıkları olduğu görülmüştür (Van Doorslaer, 2006; Green, 2005; Martikainen, 2001).

Pek çok ülkede olduğu gibi, Danimarka'da da son yıllarda sağlıkta eşitsizlikler artış göstermektedir. Danimarka'da yapılan kapsamlı bir çalışmada, tüm ülkede, 1987-1998 arasında, mortalite ve beklenen yaşam süresi incelenmiş, mesleki eğitimi olmayanlarda ölüm oranı, yüksek düzeyde eğitim alanlardan %80 fazla bulunmuştur. Buna sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapmama değişkenleri eklendiğinde bu oran %50 daha yükselmektedir. Kötü yaşam koşulları, sağlıksız çevresel koşullar ve yüksek mortalite oranı işsizlerde süreklilik göstermektedir. Beklenen yaşam süresi araştırmalarında da buna benzer bir eğilim izlenmektedir (Vallgarda, 2001).

Danimarka'da, II. Dünya Savaşı yıllarından beri tüm taraflardaki politik partiler, ikamet edilen yerden ve ödeme gücünden bağımsız olarak sağlık hizmetine ulaşım düşüncesini desteklemişler ve bunu sürdürmüşlerdir. 1945-1970 arasında sağlık hizmet politikaları sağlık personelinin etkisinde olmuş ve yayınlar politik terimlerden çok teknik olmaya eğilim göstermiştir. 1970'lerden itibaren sağlık personelinin sağlık hizmet politikalarındaki etkileri zayıflamaya başlamıştır. Bununla beraber parti politikalarında sağlık hizmetlerine yönelik politikalar daha fazla yer almaya başlamış ve bu politikalar konusunda da partiler arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmüştür (Vallgarda, 2001).

On sekizinci yüzyıl'da Danimarka nüfusunun artırılmasına yönelik politik çalışmalar yapılmış, sağlıklı ve endüstrileşmiş bir toplumun sağlıklı bir ulus için önemli olduğu dikkate alınmıştır. Bu dönemde insanların sağlığının gelişimini ölçmek için değişik ölçekler kullanılmıştır; çiçek aşısının yapılması, ebelerin eğitilmesi, doktorların ve cerrahların eğitimindeki gelişmeler bunlara örnektir.

19. yy süresince Danimarka'da, çok sayıda bireysel-muayenehanesinde çalışan pratisyen ortaya çıkmıştır. Ancak ebe hizmetlerinin tümünün yoksul insanlara ücretsiz olarak verilmesi desteklenmiştir (Vallgarda, 2001).

II. POLİTİK, EKONOMİK VE YÖNETSEL YAPI

Avrupa'nın en eski krallığı olan Danimarka 1849'dan beri parlamenter monarşik yapıya sahiptir. 1972'de tahta geçen Kraliçe 2. Margethe halen ülkenin başındadır. Her dört yılda bir gerçekleşen seçimlerle kurulan Parlamento (Folketing) 179 milletvekilinden oluşmaktadır.

*Yrd. Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

Merkezi olmayan bir siyasi yapıya sahip ülkede 14 bölge (il) bulunmaktadır. Her bölgenin seçilmiş başkanı ve konseyi bulunmaktadır. Bölgelerin yanı sıra yerel yönetimde 275 tane belediye bulunmaktadır. Faeroe Adaları ve Greenland özerk bölgelerdir.

Danimarka'nın nüfusu yaklaşık 5.3 milyondur ve ayrıca 290.000 göçmen barındırmaktadır. Etnik ve kültürel olarak oldukça homojen bir yapıya sahiptir. Nüfusun %85'i kentsel bölgede yaşamaktadır.

Endüstriyel olarak gelişmiş bir ülkedir ve pazar ekonomisi uygulanmaktadır. Ülke ekonomisinde tarımın önemi gitgide azalmakta, yerini sanayi almaktadır. Gıda-ıçecek, makine, kimya, elektrikli-elektronik ekipmanlar, tekstil, mobilya, gemi inşası, petrol ve çimento başlıca imalat sanayi dallarıdır. Danimarka küçük bir pazara sahip olduğundan ekonomi dış ticarete bağlıdır. Gıda ve enerji alanlarında net ihracatçı konumundaki ülkede, ödemeler dengesi artı değerdedir; 2004 yılında cari hesap, 35 milyar Danimarka Kronu fazla vermiştir.

1973'te Avrupa Birliği (AB) üyesi olan Danimarka, Avroya geçişi reddetmiştir. NATO kurucu üyesidir. En son 1 Ocak 2007'den itibaren uygulanmaya başlanan ulusal idari reform sonucunda idari yapıda bazı değişiklikler yapılmış olup, bölüm 5'te açıklanmıştır. (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; DEİK, 2005; Government of Denmark, 2007).

3. SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık sistemleri, sağlık finansman sisteminin yapısına göre sınıflandığında, Danimarka sağlık sistemi, Beveridge (vergiye dayalı) sağlık sistemi olarak tanımlanmaktadır (Belek, 2001a). Ancak son yıllarda özel sigortalar ve sağlığa yapılan cepten harcamalar artış göstermektedir (Vallgarda, 2001).

Danimarka sağlık sistemini tanımlayan en belirleyici özellik, birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin desantralize olmasıdır. 1970 yılında Danimarka Parlamento'su tüm

sağlık hizmetlerini desantralize etmiştir. Bu yıldan itibaren sağlık hizmetlerinin biçimi ve içeriğine ilişkin tüm kararlar, iller ve belediyeler düzeyinde alınmıştır (Krasnik, 1997; World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004).

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi

3.1.1. Devlet Düzeyinde Örgütlenme

Sağlık sektörü ile ilgili yasaların hazırlanması ve ana noktaların belirlenmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Her yıl, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, il meclisleri, belediye meclisleri, İl Meclisleri Birliği (Association of County Councils) ve Ulusal Yerel Otoriteler Birliği (National Association of Local Authorities) ulusal bütçe görüşmelerinde ve sağlık hizmetlerine ayrılacak pay için yapılan görüşmelerde yer alırlar.

Ulusal Sağlık Kurulu (The National Board of Health) merkezi bir yapı olarak 1932'de kurulmuştur; daha sonra Sağlık Bakanlığı ile birleştirilmiştir. Bu kurulun görevi, sağlık personelinin ve enstitülerini denetlemek, bakanlıklara, illere, belediyelere sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunmaktır.

3.1.2. İller Düzeyinde Örgütlenme

Danimarka'da yer alan 14 il, her dört yılda bir yapılan yerel seçimler sonucunda belirlenen il meclisleri tarafından yönetilir. İl meclislerinin sağlık hizmetlerinin yanı sıra okullar, yollar ve çevre sağlığı ile ilgili görevleri de vardır ve tüm bu harcamalar o ilin bütçesinin %70'ini oluşturur.

İllerin kendilerine ait (aynı zamanda işlettikleri) hastaneleri ve prenatal bakım merkezleri vardır. İllerin büyük bir bölümü sağlık ve sosyal sorun komitesi ve hastane komitesi kurmuşlardır; bu komiteler sağlık hizmetlerindeki sorumlulukları yerine getirip getirmediğini izlerler.

3.1.3. Belediyeler Düzeyinde Örgütlenme

Her dört yılda bir il meclisleri seçilirken, aynı anda 275 belediye de meclisini seçer. Onların sorumlulukları, kreşler,

Şekil 1. Sağlık sisteminin politik ve yönetsel yapısı

Devlet Düzeyinde Parlamento Hükümet Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Kurulu	
İl Meclisleri Birliği	Lokal Otoriteler Ulusal Birliği
İl Düzeyinde 14 il + Copenhagen Frederiksberg İl Meclisleri Sağlık ve Sosyal Sorun Komiteleri Hastane Komiteleri Alt Komiteler	Belediye Düzeyinde 275 Belediye Belediye Meclisleri

Kaynak: Krasnik A, Vallgarda S., (1997). The health system of Denmark.

Şekil 2. Politik yapılanma, idari yapı ve sağlık hizmetlerinin sunumu

	Devlet	İller	Belediyeler	Özel
Politik Yapılanma	Parlamento ve Parlemononun Sağlık Komitesi Hükümet tarafından sunulan Sağlık, Finansman, Sosyal Sorunlar ve Çalışma Bakanlıkları	Komiteleri ile birlikte 14 il meclisi Copenhagen, Frederiksberg şehirleri Copenhagen Hastane Kurumu	275 Belediye Meclisi (alt komiteleri ile birlikte)	İl Meclisleri Birliği Lokal Otoriteler Ulusal Birliği Profesyonel Örgütler Hasta Örgütleri
İdari Yapılanma	Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Kurulu, Enstitüler Maliye Bakanlığı Sosyal Sorunlar B. Çalışma Bakanlığı	Hastane Yönetimi NHSS'nin Yönetimi	Sağlık ve Sosyal Yönetim	
Uygulamalar	Yasama ve Düzenleme Sağlık sektörü ve sağlık zararlarının denetimi Halk Sağlığı Çalışanları İl Meclisleri Birl. ve Ulusal Lokal Otor. Birl. ile yıllık bütçe görüşmeleri	Hastaneler Prenatal Merkezler Özürülüler için özel enstitüler Bölgesel Psikiyatri	Kreşler Halk Sağlığı hemşireleri Çocuk dişçileri Okul sağlığı hizmetleri Ev yardımcıları	Genel pratisyenler Uzmanlar Fizyoterapistler Diş hekimleri Eczacılar Pedikürçüler Özel Hastaneler İş Sağlığı Merkezleri

Kaynak: Vallgarda S et al.; (2001). Health Care systems in transition-Denmark 2001.

halk sağlığı hemşireleri aracılığıyla bebek ve çocuk izlemeleri, belediye diş hekimleri aracılığı ile diş sağlığı ile ilgili tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlerin verilmesi ve okul sağlığı hizmetleridir. Bu çalışmalar vergilerle finanse edilir (Vallgarda, 2001; Krasnik, 1997).

3.2. Planlama, Düzenleme ve Yönetim

1994 yılına kadar ulusal bir plan veya ulusal bir planlama aracı yokken 1994'te bir yasa çıkarılarak illerin ve belediyelerin gereksinimleri göz önüne alınarak, her dört yılda bir yenilenmek üzere, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamını koordine eden bir sağlık planı geliştirilmiştir.

Koordinasyon süreci ilden ile değişmekle birlikte, temel olarak çocuklar, yaşlılar, akıl sağlığı gibi özel konularda odaklaşan ortak çalışma grupları ile yürütülmüştür. Bu planlar Ulusal Sağlık Kurulu'nun öneri ve denetimine açıktır.

Farklı sağlık hizmetlerinin desteklenmesi konusundaki kararlar devlet ve il düzeyinde alınır. Örneğin çocuklar ve gebelere verilen sağlık hizmetleri konusundaki kararlar, devlet tarafından alınırken, bu hizmetlerin sunumu konusundaki kararlar il düzeyinde alınır (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004).

Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Kurulu'nun rolü, kısıtlı denetim ve destekleyici önerilerde bulunmaktır. Bu iki kurumun iller üzerinde etkileri vardır ama zorlayıcı nitelikte değildir. Örneğin Ulusal Sağlık Kurulu uzmanların

nerelerde lokalize olacağına karar verir ama pratikte buna pek uyulmamaktadır. Ulusal Sağlık Kurulu özellikle mezuniyet sonrası eğitimle ilgilidir (Vallgarda, 2001).

İllerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri üç yolla olur:

Birincisi; hastanelerde çalışan sağlık personeli üzerinde düzenleyici bir otoritesi vardır ve özel çalışan pratisyen hekimlere, ücretlerini NHSS'den (**National Health Security System**) geri alma hakkını verir. Genel pratisyenlerle iller arasında yapılan görüşmeler sonucunda, taraf tutmadan her 1000 kişiye düşen doktorlar konusunda kurallar detaylı ve tarafsız olarak kararlaştırılır. İller bu yolla, pratisyenlere erişimi sınırlama gücüne sahiptir ve harcamalar üzerinde bu yolla kontrol yapabilir.

İkincisi; iller profesyonel örgütler ile görüşmeler yapar ve bireysel çalışan pratisyenlerin uygulamalarını bu şekilde kontrol eder. Örneğin, genel pratisyenlerle yapılan görüşmelerde daha ucuz olan ilaçların reçete edilmesi sağlanmış ve bu şekilde ilaç harcamalarında sınırlama başarıları gösterilmiştir.

Üçüncüsü; iller, hastanelerde yapılan işlemlerin fiyatını, içeriğini, büyüklüğünü tanımlayarak, o hastanenin kullanımı için ayırdığı bütçeyi ayrıntılandırabilir. Böylece hastanelere bazı tanı yöntemlerinin (teknik) ve bazı tedavilerin satın alınabilir olduğunu belirtir. Ancak bunun uygulamasında bazı sorunlar yaşanmıştır.

Hastane yönetiminde son yıllarda değişiklikler olmuş, ekonomistler, avukatlar ve diğer üniversite eğitilmiş yöneticiler gibi daha profesyonel kişiler hastane yöneticisi

olarak atanmışlardır. Bu durum hastanenin yapısal gücünü etkilemiş ve arzuladıkları gibi klinisyen doktorların etkisini azaltmıştır (Vallgarda, 2001).

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu

Az sayıdaki merkezi devlet hastanesi hariç, Danimarka'da sağlık hizmetleri ile ilgili sorumluluklar, 18. yüzyılın başlarından beri iller ve ilçelere paylaştırılmıştır. Yani Danimarka'da sağlık hizmetlerinin yönetsel desantralizasyonu uzun süreli bir gelenektir. 1970'te yapılan reformdan sonra ki bu reform sonucunda illerin sayısı 24'ten 14'e, belediyelerin sayısı, 1300'den 275'e azaltılmış, bu sayede sorumlulukların hem santralizasyonu hem de desantralizasyonu yapılmıştır. 1970 reformu sonucunda, devlet zaman içinde gittikçe artan bir şekilde sağlık sektörünün yönetiminde daha fazla söz sahibi olmak istemiş ve bu durum illerin otonomisine ilişkin gerilimin artmasıyla sonuçlanmıştır. 1976'da psikiyatri hastaneleri ve engellilere verilen sağlık hizmetleri desantralize edilmiştir (Krasnik, 1997; Valgarda, 2001).

3.4. Sağlık Hizmet Harcamaları ve Finansman

Danimarka 2002 yılında GSMH'nin %8.8'ini sağlığa harcamıştır. Eyalet, il ve belediye vergilerinden oluşan

kombinasyon, toplam sağlık harcamalarının %83'ünü karşılamıştır. Yerel vergiler, yıllık yerel vergi miktarının büyüklüğüne göre hesaplanan eyalet yardımlarıyla desteklenmektedir. Ek olarak, yaş yapısı ve sosyoekonomik göstergeler dikkate alınarak yapılan hesaplamalarla eyaletler ve belediyeler arası kaynak transferi yapılmaktadır.

Sağlıktaki özel harcamalar, tüm harcamaların %17'sini oluşturmaktadır. Bunlar fizyoterapi, diş bakımı, gözlükçü-eczane ek ödemelerini ve gönüllü sağlık sigortası primlerini içermektedir.

3.4.1. Cepten Ödemeler

Hastalar fizyoterapi ve diş tedavi ücretlerinin bir kısmını kendileri ödemek zorundadırlar. Hastanede yapılan ilaç harcamalarının ücretlerinin tamamını geri alırlar, ancak birinci basamakta yaptıkları ilaç harcamalarına farklı oranlarda katılmaları zorunludur. İlaç harcamalarında yeni yapılan düzenlemelere göre geri ödeme şöyle olmaktadır: Hastaların ilaç harcaması;0

- 500DKr'un altında ise geri ödeme yapılmaz,
- 501-1200 DKr ise %50'si geri ödenir,
- 1200-2800 DKr ise %75'i geri ödenir,
- 2800 DKr'nin üzerinde ise %85'i geri ödenir.

Tablo 1. Finansmanın temel kaynakları (Toplam sağlık harcamasının %'si olarak; 1980-1999)

	1980	1985	1990	1995	1996	1999
Halk (devlet, il ve belediye vergileri)	86.5	85.0	83.4	82.8	82.3	82.0
Özem (toplam)	13,5	15,0	16,6	17,2	17,7	18,0
Cepten ödemeler		14.0		15,5		16,5
Özel sigortalara yapılan ödemeler		1,0		1,7		1,5

Kaynak: SUNDHENDMINISTERIET.Website of the Ministry of Health; www.sum.dk

Tablo 2. Sağlık harcamalarının kaynaklarına göre dağılımı 1980-1999 milyon Dkr

	1980	1985	1990	1995	1999
Kamu Harcamaları	23.137	34.084	43.212	52.744	64.530
Hastaneler	17.616	26.009	32.072	38.576	47.072
Bireysel Sağlık Hizmetleri*	5.192	7.576	10.390	13.131	16.148
Yönetim**	173	280	577	771	982
Diğer	155	218	173	266	328
Özel harcamalar	4.299	7.915	12.114	14.477	18.247
İlaçlar(vitaminler dahil)	1.065	1.975	3.451	3.864	4.831
Gözlükler,duyma cihazları,vs.)	751	1.263	1.984	2.140	2.495
Doktorlar ve diş hekimleri	1.226	2.449	4.358	5.087	6.082
Hastaneler	565	1.039	704	985	1.389
Evde bakım	396	762	810	1.425	1.895
Gönüllü sağlık sigortası	296	427	897	976	1.555
Sağlıkla ilgili toplam harcamalar(ülke tanımı)	27.436	41.999	55.326	67.221	82.777
Yaşlıların bakımı***	7.733	13.045	14.298	15.844	18.671
Sağlıkla ilgili toplam harcamalar(OECD tanımı)	35.169	55.043	69.624	83.065	101.448

Kaynak: Danimarka Sağlık bakanlığı verileri (www.sum.dk)

* Bu hizmetler NHSS finansmanını ve bazı ev bakımı faaliyetlerini içerir.

**Buradaki yönetim en az Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Kurulu kadar sağlığın korunmasından sorumlu olan kırsal ve kentsel yönetimi içermektedir; hastane yönetimi de hastane bütçesine dahildir.

***Danimarka'da, diğer birçok ülkeye karşı olarak, hasta yada bakıma muhtaç yaşlı insanlara ve diğer bakıma muhtaç insanlara ev bakımı hizmetleri sağlıkla ilgili sektörden çok sosyal refah sisteminin bir parçasıdır. Bu nedenle, resmi istatistikler dikkate alınarak sağlık hizmetleri kurumlarındaki yatak sayıları ve sağlık harcamaları da diğer ülkelerle doğrudan karşılaştırılmıyor.

Emekli aylığı alanlar için ise özel kurallar vardır. Emekliler eğer ilaç ödemelerinde zorlanıyorsa, bağlı oldukları belediye finansal yardım yapabilir.

3.4.2. Gönüllü – İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

Toplumun %30'u kanuni ek ödemeleri karşılamak için gönüllü sağlık sigortasını kullanmaktadır. Danimarka'daki gönüllü sağlık sigortası, diş hekimleri, ilaçlar, gözlük gibi hizmet ve ürünleri de kapsamaktadır. Son yıllarda bu sağlık sigortasının özel hastanelerdeki tedaviyi kapsamı da önerilmektedir (Kalp cerrahisi gibi bazı sağlık hizmetlerinde bekleme süresi uzundur, bu nedenle bu tür uzun bekleme süresi olan sağlık hizmetleri için önerilmektedir) (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001).

Tablo 2'de 1980'de kamunun yaptığı sağlık harcamasının, 1999'da yaklaşık üç kat arttığı, buna karşın aynı süre içinde yapılan özel sağlık harcamasının dört katından daha fazla arttığı görülmektedir.

Danimarka'da sağlık hizmet harcamalarının AB ülkeleri ortalaması (1992) ile karşılaştırılması (Şekil 3) sonucunda, Danimarka'da hastane bakım hizmetlerinin (%48) ilk sırayı aldığı, bunu %18 ile hemşirelik bakımının izlediği görülmektedir. Buna karşın AB Ülkeleri ortalaması incelendiğinde, hastane bakım hizmetleri (%42) yine ilk sırayı almakla birlikte Danimarka'daki orandan düşüktür. Danimarka'da ilaç tedavisine harcanan oran diğer AB ülkeleri ortalamasından belirgin olarak düşüktür ve bu çok olumlu bir göstergedir.

Ayrıca, yapılan araştırmalar, Danimarka'da ilaç harcamalarının, diğer OECD ülkelerine göre daha az arttığını göstermiştir. 2004 yılında OECD ortalaması %17,7 olan ilaç harcamaları Danimarka'da tüm sağlık harcamalarının %9.4'üne denk gelmektedir (OECD Health Data, 2006).

3.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

3.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Halk Sağlığı Hizmetleri:

3.5.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Danimarka'da birinci basamak sağlık hizmetleri özel hekimler ve belediye sağlık hizmetleriyle sağlanmaktadır.

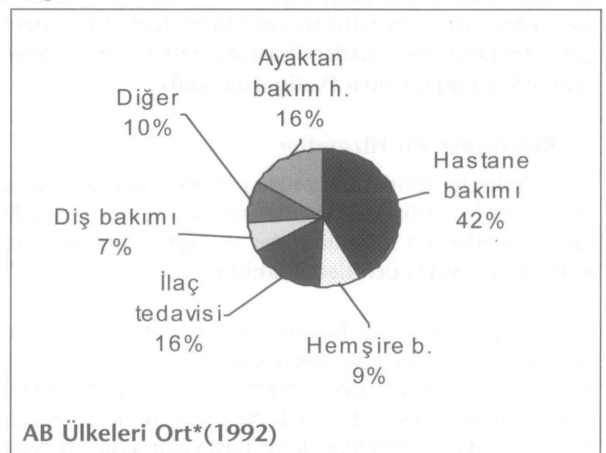
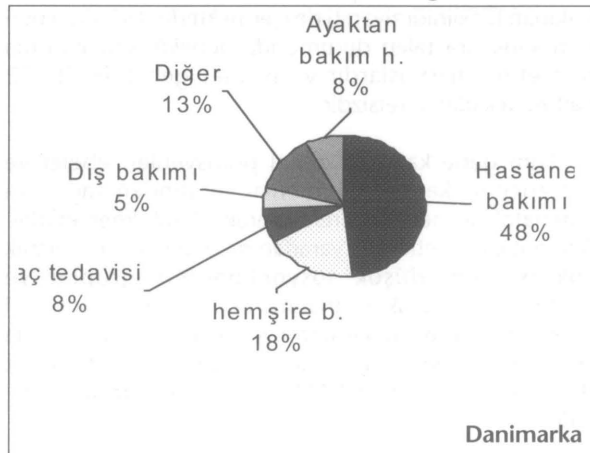
Genel Pratisyenler

Danimarka sağlık sisteminde genel pratisyenler başvuruda ilk kişi olmaları ve hastaneler, uzmanlar ve fizyoterapistlere geçiş kapısı olduklarından anahtar rol oynamaktadırlar. Hastaları ne zaman, hangi durumlarda sevk edeceği genel pratisyenlerin inisiyatifindedir. Genel pratisyen başına kayıtlı hasta sayısı Danimarka Tıp Birliği'nin bir parçası olan Genel Pratisyenlik Örgütü ve NHSS tarafından belirlenip, sabitlenmektedir. Hastalar 6 ayda bir doktorlarını değiştirme hakkına sahiptirler.

1973'ten beri 16 yaş üstü Danimarka vatandaşları Grup 1 ve Grup 2 olarak bilinen iki hizmet alım ve prim ödeme seçeneğinden birini seçebiliyorlar. Grup 1'deki kişiler, evlerininin 10 km mesafesi (Kopenhag'da 5 km) içinde görev yapan, onlara ücretsiz genel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici hizmetler veren genel pratisyene kayıtlı olmaktadır. Çocuklar ayrı bir birey olarak kayıtlı olmaktadır (bağımsız bireyler olarak kabul edildiklerinden). Hastalar, KBB ve göz hastalıkları uzmanına sevk edilmeden başvurabilirken, diğer tüm uzmanlara ve hastane tedavilerine ulaşım hakkı için genel pratisyen tarafından sevk edilmek zorundadır.

Grup 2'deki bireyler, herhangi bir pratisyen ve uzmana sevk edilmeden başvurabilmekte, fakat hastane ücretleri dışındaki hizmetlerin tüm masraflarını ödemek zorundadırlar. 1993'ten beri sevk edilen hastalar herhangi bir hastanede tedavi alma hakkına sahiptirler. Genel pratisyenler hastaların hangi hastaneyi seçmeleri gerektiği konusunda önemli fonksiyon görmektedirler. 2002

Şekil 3. Danimarka ve AB ülkelerinin sağlık harcamalarının dağılımı



*12 AB Ülkesi-1992

Kaynak: World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission (2004).

yılında tüm nüfusun sadece %1,7'si Grup-2'yi seçmiştir. Bunun nedeninin kısmen ekstra masrafların eklenmesine, kısmen de genel pratisyen sevk sisteminden memnuniyete bağlı olduğu düşünülmektedir (**World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001**).

Genel pratisyenler gelirlerini, NHSS'den, Genel Pratisyenlik Örgütü ve NHSS komitesi tarafından kabul edilen ücret aralığına göre elde etmektedirler. Kiraladıkları veya sahip oldukları evin-büronun ve personelin masraflarından sorumlu olup bu masraflar ücretlerine dahildir. Genel pratisyenlerin hizmet karşılığı alacakları ücret kapitasyondan oluşmaktadır (hasta sayısına göre belirlenen hekimin ücreti), bu tüm gelirlerinin 3/4'ünü oluşturmakta, hizmet başına (konsültasyon, muayene, operasyon başına) ödemeler, serbest zamanlarında yapılan konsültasyon, telefon konsültasyonları ve ev ziyaretleri için olan özel ücretleri de içermektedir.

Genel pratisyenlerin NHSS'den ücret alabilmeleri için yerel yönetim tarafından ruhsatlandırılması gerekir. Yerel yönetimler, genel pratisyenlerin sayısını, masrafların kontrolü için sınırlandırmaktadır; her yerel yönetim bölgesinde çalışan pratisyenlerin sayısı, yerel yönetimler ve Genel Pratisyenlik Örgütü tarafınca görülmektedir. Tüm ülkede hekim dağılımı eşit olup, hekim başına düşen hasta sayısı çok az farklılık göstermektedir (1998'de hekim başına düşen kişi sayısı 1507 ve 1610 arasındadır). (**Vallgarda, 2001**).

Uzmanlar

Yerel yönetim ruhsatıyla özel olarak çalışan uzmanların genel pratisyen tarafından yönlendirilmiş Grup 1 hastalar için hizmete özgü ücretleri NHSS tarafından karşılanmaktadır. 1998 yılında özel olarak çalışan toplam 787 uzman, Dermatoloji, KBB, Göz hastalıkları dallarında büyük çoğunluğu Kopenhag ve diğer merkezi bölgelerde tam-gün temelli çalışmaktaydı. 335 uzman ise part-time çalışırken büyük çoğunluğu aynı zamanda kamu kurumunda full-time çalışmaktaydı. Çok az sayıda uzman ise yerel yönetim ruhsatı olmadan tamamen özel çalışmaktadır; bu yüzden hastalardan gelecek direkt ödemelere bağımlıdır (**Vallgarda, 2001**).

Belediyeye Ait Hizmetler

Belediyeler birinci basamakta kreşler ve huzurevleri (sağlık yurdu), halk sağlığı hemşireleri, ve belediye dışılığı gibi hizmetlerden sorumludurlar. Bu hizmetleri sağlayan kişiler sabit aylıkla ücretlendirilmiştir.

Huzurevleri sosyal hizmet olarak sınıflandırılmıştır. Sayıları son yıllarda dramatik olarak artmıştır. Huzurevleri günlük bakım ve evde bakım hizmetlerini sağlamış; yaygın ev yardımı ve genel pratisyen desteğinin kombinasyonuyla bir çok kronik ve terminal olarak hasta olan kişilerin evde kalabilmeleri olanaklı olmuş, huzurevine başvuruyla önlemiş ya da geciktirmiştir.

Halk sağlığı hemşiresi ziyaretleri, çocuk ve ailelerin koruyucu bakımını sağlamaktadır. Tüm çocukların okula başlarken sağlık muayenelerini halk sağlığı hemşireleri ve okul doktoru veya özel koruyucu sağlık sorumluluğu olan belediye doktorları sağlamaktadır. Çocuklar okula başladıktan sonra da her yıl, yılda bir kere olmak üzere, halk sağlığı hemşireleri tarafından izlenmektedir.

Belediye dışılığı çocuklar ve 18 yaş altı gençlere ayrıca özel diş sorunları olanlara ücretsiz önleyici ve tedavi edici bakım sağlamaktadırlar (**World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001**).

3.5.1.2. Halk Sağlığı Hizmetleri

Danimarka'daki halk sağlığı hizmetleri tedavi edici hizmetlerle kısmen entegre ve özel kurumlar tarafından yürütülen ayrı faaliyetlerde kısmen organize edilmiştir. Sürveyans ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili ana sorumluluk Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmiş halk sağlığı görevlilerine aittir. Halk Sağlığı görevlileri belirli bölgelerden sorumlu olup, bulaşıcı hastalık meydana geldiğinde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu tarz hastalıkların kontrolünde bireysel ve toplumsal müdahale yapmaları yetkilerindedir. Halk Sağlığı görevlilerinin işlevi büyük oranda tavsiye biçiminde olsa da; infekte çocukların okullara girişinin önlenmesi ve hatta okulları daha fazla yayılımın engellenmesi için kapatma yetkisine sahiptirler.

Genel aşılama programları genel pratisyenler tarafından yürütülmektedir ve bu hizmetin finansmanı, hizmet başına ödeme temelli olarak il idaresi tarafından karşılanmaktadır. Çocukların ilk aşılamaları çocuklar için yürütülen önleyici programın bir parçası olarak sağlık muayeneleri ile birlikte yürütülmektedir. Bunlar il idaresi tarafından finanse edilmektedir ve 5 ay-5 yaş arası çocuklar için ücretsizdir.

Okullar genel eğitim programlarının bir parçası olarak oral kontraseptiflerin kullanımını içeren cinsel eğitim vermektedir. Bu aile planlaması hakkında önerilerde bulunan bir kliniği ziyareti de içermektedir. 1973'ten beri tüm kadınlara talep durumunda gebeliği sonlandırma hizmetine ulaşmışlardır ve hizmet gebeliğin ilk 12 haftasına kadar ücretsizdir.

Tüm gebe kadınlar genel pratisyenler, ebeler ve hastanedeki kadın-doğumcular tarafından sağlanan antenatal hizmetlere direkt olarak ulaşabilmektedirler. Antenatal hizmetlerden yararlanma oranları genel olarak yüksek iken, düşük sosyoekonomik gruplar ve göçmenlerde düşük yararlanma oranları gibi bazı sosyal ve etnik farklılıklar bulunmuştur. Kadınlar doğumu hastane veya evde yapmayı seçebilir, hizmet ücretsizdir, fakat doğumların neredeyse %99'u hastanede gerçekleşmektedir.

İşçi sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerinin bir parçası değildir. Patron ve işçiler tarafından kurulmuş olup

işçi sağlığına dair özel düzenlemelerin temelinde patronlar tarafından finanse edilmektedir. Sürveyans ve işçi sağlığı standartlarının sağlanmasının kontrolü ve güvenlik özel bir bölge kuruluşu olan, öneriler sunan, standartları belirleyen ve iş sahalarını denetleyen Ulusal İşçi Çevresi yetkililerindedir.

3.5.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Danimarka'daki hastanelerin çok büyük bir kısmı genel hastanelerdir ve illere aittir (Kopenhag bölgesindeki hastaneler ve özel sektörün kar amacıyla kurduğu hastaneler hariç; ancak bunlar tüm hastane yatak sayılarının %1'inden bile daha az yatağa sahiptir). Kopenhag bölgesindeki hastanelerin sahibi ve finansmanı, Kopenhag ve Frederiksberg Belediyeleri tarafından yapılır ve bir halk şirketi-ortaklığı olarak organize olmuştur ve Kopenhag Hastane Kuruluşu olarak adlandırılır. Bu şirket bir yönetim kurulu tarafından denetlenir ve bu yönetim kurulu, devlet ve belediyeler tarafından tayin edilen üyeler tarafından oluşturulur (bu kurulda özel sektörü temsil eden üyeler de vardır). Psikiyatri hastanelerini hariç tutarsak, oldukça az sayıda özel dal hastanesi vardır. 1997'de 80 genel hastane ve 13 psikiyatri hastanesi bulunmaktadır ve son 60 yılda hastane sayısının 160'tan 80'e düştüğü, doktor sayısının 10 kat arttığı saptanmıştır. Son yirmi yılda hastaneye başvuru oranının arttığı, hastanede yatma süresinin ise azaldığı bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı istatistikleri 1990-1999 arasında hastane yatak sayısının da azaldığını göstermektedir. 1980'de binde 7,6 olan kişi başına düşen yatak sayısı, 2001'de binde 3,4'e düşmüştür. Genel ve psikiyatri hastaneleri yatak sayılarında olan bu düşüş, ayaktan hasta muayene sayılarındaki önemli artışla ilişkilidir. 2002'de her bin kişiye 3,7 hekim ve 9,7 hemşire düşmektedir. İleride yeni hemşireler bulmak düşük maaş, ağır iş yükü, kötü çalışma şartları nedeniyle giderek zorlaşacaktır (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001).

3.6. Finansal Kaynakların Paylaşımı

Danimarka sağlık sisteminde kaynakların paylaşımındaki en önemli mekanizma, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, il ve belediye meclisleri arasında bir yıl boyunca süren ulusal bütçe görüşmeleri ve daha sonra bu görüşmelerin sonuçlarının İl Meclisler Birliği ve Ulusal Lokal Otoriteler Birliği'ne sunulmasıdır.

Bu yıllık görüşmeler şu konularda yürütülmektedir:

- 1) Halkın belediyelere ve illere ödeyeceği vergilerin en üst miktarının belirlenmesi ve önerilmesi,
- 2) Zarar eden belediye ve illere, hükümetin vergi gelirinden ne kadarının ödenek olarak verileceği, bunun düzeyi,
- 3) İller ve belediyeler arasında finansal denkleştirme ve yeniden dağılım yapma (farklı alanlarda alınan vergilerdeki farklılıkları kompanse etmek için);
- 4) Ek kaynakların gerekli olduğu bazı özel alanlarda ne kadar ödeneğin ayrılacağını tartışma.

Her ne kadar belediyeler ve iller, sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü sağlamaktan sorumlularsa da, yıllık görüşmeler sırasında kararlaştırılan sağlık hizmet harcamalarındaki hedefleri yerine getirmek zorundadırlar. Devlet, belediyeler ve iller arasında genel bütçeden pay ayırırken şu kriterler kullanılmaktadır: O bölgede oturanların yaşa göre dağılımı, tek ebeveynli aile sayısı, işsizlik oranı, eğitimsiz kişi sayısı, kiracı sayısı, AB'ye dahil olmayan ülkelerden göçle gelmiş ve o ilde/belediyede yaşayan göçmen sayısı, sosyal olarak kötü bölgelerde yaşayan kişi ve yalnız yaşayan yaşlı sayısı.

Yıllık bütçe görüşmeleri merkezi hükümet tarafından, sağlık sektöründe amaçlanan gelişmeleri sağlayabilmek ve ekonomik alt yapıyı oluşturabilmek için, gittikçe artan şekilde kullanılmaktadır. Kalp cerrahisi, kanser tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi, bekleme listelerinin azaltılması; belediyelere ve illere ayrılmış olan ödeneklerin verilmesi gerçekleştirilebilecek amaçlardır.

Merkezi hükümetin sağlık sektörü yönetimi üzerinde sarf ettiği bazı çabalara şunları örnek olarak gösterebiliriz; ameliyat için bekleme sürelerinin azaltılması, kalp-bypass ameliyat sayılarının artırılması, psikiyatri servislerinin genişletilmesi.

Hastane bütçeleri ve muayenehanesinde özel çalışan pratisyen hekimlerin NHSS'den geri ödemelerinin yapılması yetkisi illerdedir. Pratisyenlerin vizite ücretleri, iller ve profesyonel örgütler arasındaki görüşmeler ile belirlenmektedir (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001).

3.6.1. Hastane Ödemeleri

Son yirmi yılda, hastanelere ayrılacak kaynaklar, hastane yöneticileri ile iller arasındaki görüşmeler sonucunda, prospektif olarak global bütçeden belirlenmektedir. Bu bütçeler belirlenirken hastanelerin son performansları ve yeni uygulamalara, spesifik alanlardaki değişimlere uyumları göz önünde bulundurulmaktadır.

Büyük kapital yatırımlarına il meclisleri tarafından karar verilir. Daha küçük yatırımlar içinse hastane yöneticileri karar verme yetkisine sahiptirler.

3.6.2. Sağlık Çalışanlarına Yapılan Ödemeler

Danimarka'lı doktorların yaklaşık %60'ı hastanelerde maaşlı-ücretli olarak çalışmaktadır. Yaklaşık %10'u da idari işler, eğitim ve araştırma hizmetlerinde çalışmaktadırlar. Yine illerden ruhsat alan uzmanlar sadece hizmet başına ücret alırlar. Birinci grupta yer alanlar (ki halkın %98'i bu gruptadır), bu noktadaki hizmet kullanımında uzmana ödeme yapmaz. Uzmanlar ücretlerinin hemen tamamını NHSS'den alırlar. Bunun dışında az sayıda uzman hekim özel kliniklerde, küçük hastanelerde ya da ilaç endüstrisinde çalışır.

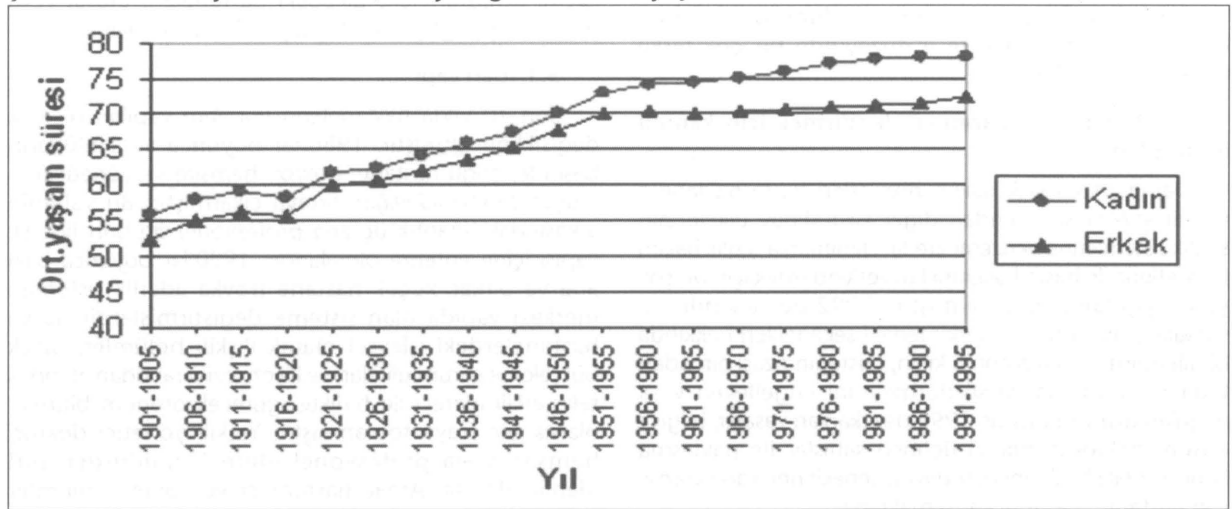
Belediyeler tarafından çalıştırılan sağlık çalışanları belediyeden belli bir maaş alırlar (Vallgarda, 2001).

4. SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Danimarka'da yaşam koşullarındaki iyileşmeler, koruyucu sağlık hizmetleri ve tıbbi bakımdaki ilerlemeler sayesinde doğumdaki yaşam beklentisi giderek artarak, 2004 yılında 77,6 yıla çıkmıştır; bu diğer OECD ülkeleri ortalamasından (78.3) ve diğer Kuzey Avrupa ülkelerinden düşüktür (OECD Health Data, 2006). Danimarka'da doğumdaki yaşam beklentisinin diğer OECD ülkelerinden düşük olmasının nedenlerini açıklamak mümkün olmasa da, 1993'te ana sağlık politikası sorunu haline gelmiş ve

buna neden olabilecek üç faktör tanımlanmaya çalışılmıştır. İlk olarak sağlıksız yaşam biçimi kısmen sorumludur; yüksek sigara içme prevalansı, yüksek alkol tüketimi, yüksek kalorili ve yağlı yiyeceklerin tüketimi, fiziksel inaktivite Danimarka'daki prematür ölümlerin ana belirleyicileridir. İkinci olarak kanser tedavisi için teknolojiler ve kalp hastalıkları rehabilitasyonu gibi sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine olan düşük yatırımlar kısmen suçlanmaktadır, fakat bunu desteklemek için güçlü kanıtlar yoktur. Son olarak sosyoekonomik faktörler etkilemektedir (Government of Denmark, 2002).

Şekil 5. 1901-1995 yılları arasında, cinsiyete göre ortalama yaşam süresi



Kaynak: Vallgarda, 2001.

20. yy boyunca mortalite oranlarındaki en önemli düşüşler, bebekler, çocuklar ve gençlerde olmuştur. Halen Avrupa'da bebek ölüm hızının en düşük olduğu ülke Danimarkadır; bebek ölüm hızı 2004'te binde 4'e gerilemiştir (OECD ort 5,7). Buna karşın neonatal ölüm hızı Avrupa ortalamasının üstündedir (OECD Health Data, 2006).

Çocuklarda, gençlerde ve orta yaşlılarda mortalite oranlarının düşmesi, enfeksiyon hastalıklarındaki azalmaya bağlıdır. Danimarka'da 1930'larda 15-44 yaş arasındaki ölümlerin %60'ı tüberkülozdandır. II. Dünya Savaşı'ndan sonra, gençlerde ve orta yaşlılarda hem tüberküloz insidansı hem de diğer enfeksiyon hastalıklarının insidansı azalmıştır (Vallgarda, 2001).

Danimarka'da özellikle kadınlar arasında sigara içme diğer Avrupa ülkelerinden daha siktir, 1984'te, sigara içen erişkinlerin oranı %47 iken, 2004'te bu oran %26'ya gerilemiştir. Fakat alkol tüketimi Avrupa ortalamasının %10 üzerindedir. Kronik alkol tüketiminin göstergelerinden olan karaciğer sirozu gibi kronik hastalık ölümleri tüm Avrupa ülkelerinde azalırken, Danimarka'da artmaktadır (OECD Health Data, 2006).

Avrupa'da günlük kalori alımının en yüksek olduğu ülke Danimarka'dır ve bu nedenle obezite önemli bir sağlık

sorunudur; 1987'de %5.5 olan obezite sıklığı, 1994'te %8'e, 2000'de %9.5'e yükselmiştir. Obezite ve bununla ilgili, diyabet, kalp hastalıkları gibi sorunlar da artmıştır (OECD Health Data, 2006; World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004).

1987 yılında Danimarkalıların %33'ünün kronik bir hastalığı olduğu, 2000'de bu oranın %40'a çıktığı ve bunların %12'sinin hastalığının ciddi olarak günlük aktivitelerini engellediği belirtilmektedir. Bu kronik hastalıklar içinde en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları görülmektedir (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004).

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILAN REFORMLAR
(Vallgarda, 2001; World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004).

5.1. Ulusal reformlar

İki yeni gelişme, ilin coğrafi olarak tanımlanmış nüfus için sağlık bakım hizmeti vermesindeki yapısal düzenlemelerde sapmalar göstermektedir: 1993'teki resmi reform ile hastalara istedikleri ilde, istedikleri hastanede tedavi olma özgürlüğünün verilmesi ve Kopenhag hastane kurumunun kurulması.

Kopenhag hastane kurumu büyük Kopenhag bölgesindeki yönetsel yapının başarısızlığı üzerine 1994'te kurulmuştur. Kurum, Kopenhag'daki eyalet hastanesinde yer almakta, Kopenhag ve Frederiksberg' teki hastane hizmetlerini yönetmektedir. Üyeleri, hükümetin atadığı kişiler ve yerel politikacılardan oluşmaktadır. Bu reformun amaçları, büyük Kopenhag bölgesindeki hastane sektörünü büyütme, uyumluluğu arttırmak ve hastane sektöründeki yöneticiler için daha yüksek seviyede özerklik sağlamaktır.

5.1.1. Hastanelerin finansman ve bütçelemeindeki değişiklikler

Global bütçeleme sisteminin olumsuz yönleri düzeltmek için eyalet ve il düzeyinde bir çok farklı düzenleme yapılmıştır.

5.1.2. Hasta haklarını güçlendirmek için kanuni inisiyatifler

Danimarka sağlık bakım hizmetleri hasta haklarının resmîleştirilmesi açısından diğer İskandinav ülkelerinin sağlık sistemlerine benzerdir. Danimarka sağlık bakım hizmetlerinde hasta haklarını kuvvetlendirmek için bir çok yeni uygulamalar yapılmıştır. 1992'de hekimlerin, hastaları, durumları ve farklı tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmelerini zorunlu kılan, hastanın rızası olmadan tedaviye başlama ve sürdürmelerini engelleyen yasa uygulamaya konmuştur. 1998'de çıkarılan yasalar, bilgiye erişim, doktorun bilgiyi üçüncü şahıslar ile paylaşma konusundaki haklarını ve tedavi seçeneklerine karar verme için hastanın haklarını kapsamaktadır.

5.1.3. Bekleme listeleri ve garanti edilmiş maksimum bekleme süreleri

1993'te, Sağlık Bakanlığı ve İl Meclisleri Birliği, 1995 sonunda ulaşılmak üzere, acil olmayan cerrahi tedavilerde en fazla üç ay bekleme süresi hedefi üzerinde anlaşmışlardır. Fakat hedefe ulaşılmamasının güç olduğu görülmüş, bunun üzerine, üç ay içinde diz ve rüptüre disk operasyonları için kanuni tedavi güvencesi yürürlüğe girmiştir. Garanti, iller için finansal inisiyatiflerle karşılanmış, izleyen sürede bekleme sürelerinde azalmalar olsa da, illerin garantiyi yerine getirmesinin olanaksız olduğunun ispatlanması üzerine 1997'de iptal edilmiştir. O zamandan beri, politik yaklaşım, sağlık bütçesini arttırarak, bekleme sürelerini azaltmak şeklinde olmuştur. Merkezi hükümet, farklı tedavi grupları için hedefleri belirlerken, iller hedef zamanda tedaviyi sağlamak ya da başka yerde tedaviyi karşılamak zorundadır. Mayıs 2000'de, hedefler, hayatı tehdit eden kalp durumları için (spesifik tanı ve tedavi olmasına göre 3, 4 ve 5 hafta) ve meme, akciğer, uterus ve barsak kanselleri için (sevkten hazırlık araştırmalarına kadar 2 hafta, cerrahiye kabulden cerrahi müdahaleye kadar 2 hafta ve cerrahiden, cerrahi sonrası tedavi başlangıcına kadar 2 hafta) düzenlenmiştir. 1997'den beri Sağlık Bakanlığı internete farklı hastanelerdeki 24 tanı tipine göre tahmini bekleme sürelerini postalamaktadır. Böylece hastaların tüm ülkede hastaneler arası seçim yapma yeteneklerinin geliştirilmesi planlanmıştır.

5.2. İl reformları

5.2.1. Finansman ve bütçeleme

Buradaki amaç, yönetsel ve finansal sorumluluğun daha alt seviyedeki birimlere devredilmesidir; örnek olarak hastaneden bölüm seviyesine aktararak hizmeti verme noktasındaki bölümlerin masraflardan daha fazla farkında olmalarını sağlamaktır.

Bir çok il aynı zamanda kamu ve özel sektör arasında; kısmi olarak temizlik, yemek, çamaşırhane gibi yardımcı hizmetleri için, bazı istisnalarda ise klinik hizmetleri için ihale prensiplerini kullanmıştır. Hastane tedavileri için ihale işlemi il hastaneleri, ülkedeki hastaneleri, ulusal veya uluslararası sağlayıcıları kapsayacak şekilde olabilir.

5.3. İdari yapı

Son 10 yılda hastanelerin yönetim yapıları bir çok değişikliğe gitmiştir. 1980'ler boyunca ve 1990'ların başında, çoğu hastane, doktor, hemşire ve yöneticiden oluşan *troyka liderliğini* ortaya çıkarmıştır. Bu sistemin arkasındaki mantık üç ana profesyonel grubun liderlik yapısı içine entegre olmalarıdır. 1990'lar boyunca bazı ana ve birkaç küçük hastane troyka liderlik sistemini merkezi yapıda olan sisteme değiştirmişlerdir; farklı hastanelerdeki işlevsel olarak ilişkili bölümler, ortak bütçeleme sorumlulukları ve il konseyi tarafından atanmış tek yetkili idareci ile birlikte, göreceli otonom birimler olarak bir araya toplanmıştır. Yetkili yönetici doktor, hemşire veya profesyonel idareci, müdürden biri olabilmektedir. Amaç hastaneler ve yönetici birimler arasında uyum yaratmak ve tedavinin çeşitli aşamalarında daha iyi koordinasyon sağlamaktır. Diğer eğilim yönetim görevlerini tüm hastanelere birleştirmek ve/veya farklı hastanelerdeki bölümlerin ortak sorumluluklar ile fonksiyonel birimler olarak birleştirilip özel tedavi alanları için matriks organizasyonlar yaratılmasıdır. Bu işlem bütün illerde yürütülmekte olup yürütmede model farklılıkları vardır.

Her ildeki hasta danışmanları ve hizmet hedef beyanlarının ortaya konması sağlık hizmetleri sistemindeki hizmetlerin geliştirilmesi ve kalitenin arttırılmasına genel odaklanmanın bir sonucudur. Hasta danışmanları il tarafından görevlendirilmiş ve seçilmiş hastanelerde yerleşmişlerdir. Görevleri hasta ve sağlık hizmeti veren personel arasında aracı olmak; hasta hakları sorunları, bekleme süreleri, hastane seçim serbestliği ve şikayetler hakkında önerilerde bulunmaktır.

5.4. Sağlık hizmeti sunulması

Sağlık hizmeti sunulmasındaki önemli bir değişiklik yatış sayısını ve sistemdeki toplam masrafları azaltan gezici tedavinin hastanede tedavinin yerini almasıdır. Diğer bir eğilim özel prosedürler için özelleşmiş hastane bölümlerinin kurulmasıdır. Bazı küçük hastaneler kapanmama stratejisi olarak bunu kullanmışlardır.

5.5. Sağlık hizmetlerinde kalite teşvikleri

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi Danimarka'da öncelikli alanlardandır. Aşağıda anlatılacağı

gibi eyalet ve il düzeyinde bu önceliği desteklemek için bir çok farklı teşvikler başlatılmıştır.

5.6. Hastane faaliyetlerini değerlendirme merkezi

1998'de parlamento kaliteyi güçlendirmek, kaynakların etkili kullanımı sağlamak için bağımsız Hastane Faaliyetleri Değerlendirme Merkezi'ni kurmuştur. Şubat 2001'de merkez Danimarka Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Enstitüsü ile birleşmiştir. Halen farklı değerlendirme yöntemleri üzerine araştırma sürecinde olmakta, fakat akreditasyon, göz cerrahisi bölümlerinin kalite değerlendirmesi, büyük ve küçük hastanelerin karşılaştırılması, Kopenhag bölgesini yönetimi ve gezici cerrahi hakkında bir çok rapor basılmıştır.

En son 1 Ocak 2007'den itibaren uygulanmaya başlanan ulusal idari reform sonucunda; (**The local government reform– In brief, 2007**) Onüç ilin yerini beş bölge almıştır. Eskiden 275 olan belediye, çoğunun nüfusu 20.000'in üzerinde olan 98 büyük birime dönüşmüştür. Önceki illerin sorumluluklarının çoğu büyütülmüş belediyelere geçmiştir. Daha önceki 32 belediye ise daha büyük birimlere dönüştürülmemiştir; çünkü bir kısmının nüfusu zaten 20.000'in üzerindedir ya da daha büyük belediyelerle işbirliği anlaşması yapmışlardır.

Sağlık bakımı hizmetleri

Belediyeler

Yerel yönetim reformuyla belediyeler sağlık bakım sektöründe daha önemli rol oynayacaklardır. Hastanede yatış süresi dışındaki tüm koruyucu hizmetler, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sorumluluğu ve finansmanı belediyelere ait olacaktır. Belediyeler bu görevi kendi enstitülerinde, özel kurumlarda ya da kamu hastanelerinde anlaşmalar aracılığıyla yerine getirecektir (reform öncesi bu sorumluluklar iller arasında paylaşılmaktaydı). Ek olarak belediyeler, illerde oturan vatandaşlar için, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesinde tüm sorumluluğu alacaklardır. 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren alkol ve uyuşturucu bağımlılığı tedavisi, psikiyatrik hastalığı olanların dış bakım hizmetleri, iller yerine belediyelerin sorumluluğunda olacaktır. Ev bakımı, yaşlı bakımı, sosyal psikiyatri hizmetleri belediyelere ait olacaktır.

Belediyeler özellikle koruyucu ve esenlendirici hizmetlerde sağlık bakım merkezleri olarak yeni çözümler bulabileceklerdir. Belediyeler ve bölgeler tedavi, eğitim, bakım ve koruyucu hizmetlerde işbirliği yapmaya kanuni olarak mecbur olacaklardır. Belediyelerin kısmi olarak kendi vatandaşlarının (sağlık bakım hizmetlerini kullanan kişi sayısı ile hesaplanan) tedavi masraflarının sorumluluğunu alması, belediyelerin koruyucu hizmetler, eğitim ve bakım konularında daha fazla çaba harcamasını özendirilecektir.

Bölgeler

Bölgelerin ana sorumluluğu sağlık bakım hizmetleridir. Bu görev psikiyatri ve sağlık sigortasını içeren hastane

hizmetlerini, genel pratisyenlik ve uzmanlık hizmetlerini içermektedir. Bölgeler; sağlık bakımı sorumluluğunu eyaletlerden, Kopenhag hastane kurumundan ve Bornholm bölge belediyesinden alacaktır. İçinde sağlık bakım hizmet sektörünün de olduğu beş bölgeye bölünmedeki amaç; grup tedavileri için temeli oluşturarak, kaliteli hasta bakım hizmetini desteklemek, uzmanlıkların avantajlarını kullanmak ve kaynakların en iyi biçimde kullanıldığından emin olmaktır. Bölgesel ve yerel sağlık hizmetlerinin arasındaki korelasyonu sağlamak için (tedavi, rehabilitasyon, önleyici tedavi ve bakım) belediyeler ve bölgeler sağlık koordinasyon komitelerinde işbirliği içine girmeli, yaşlı hastaların hastaneden taburcu olmaları, önleyici tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri gibi konularda sağlık anlaşmaları yapmaları gerekmektedir.

Eyalet

Eyaletlerin başlıca görevleri uzmanlık planlaması, düzenli olarak kalite ve etkinlik izlemi, bilgi teknolojisi kullanımı, sağlık bakım sektörüyle birlikte planlama yapmaktır. Merkezi sağlık bakım yetkililerinin deneyimleri ve sağlık bakım sektörüyle beş bölge yaratılmış olup amaç oldukça özel sağlık kaynaklarının koordineli kullanımı ve her yerde aynı düzeyde tedavi olanağının sağlanmasıdır.

Sağlık finansmanı

Bölgelere sağlık bakım hizmetlerini sağlamaları için eşit olanak vermek amacıyla, gerekli ödeneği yansıtan bir çok objektif kriter (her bölgenin sosyal ve demografik yapısı) göz önüne alınarak para yardımı bölüştürülecektir. Bu, bölgelere sağlık hizmetlerinin sunumu için düzenli finansal ortamı sağlar. Blok yardım kaynaklı finansman, bölgelere, öncelikleri belirleme ve planlamada özgürlük sağlar. Bölgelere ödenen finansmanın bir bölümü eyalet-aktivite havuzunda saklanır ve bölgelerin anlaşmaya bağlanmış görevleri yerine getirmediği zaman bu kaynak belirlenmiş oranlarda azaltılabilir. Aktivite havuzu, bölgelerin sağlık harcamasının %5'ine denk gelmektedir. Havuzun amacı bölgelerin hastane aktivitelerini artırmalarını teşvik etmektir.

Bir yenilik de ileride belediyelerin sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunacak olmalarıdır. Belediyeler sağlık bakım hizmetlerinde daha önemli rol oynayacak olup; amaç belediyelerin vatandaşları için koruyucu tedavileri etkili biçimde uygulamasıdır. Eyalet bölgelere harcamaları için objektif kriterler temel alınarak blok yardım ödemesi yapar. Koruyucu ve bakım hizmetlerindeki etkili çaba aracılığıyla hastane tedavisi gereksinimini azaltmayı hedefleyen belediyeler vatandaşlarının hastanede yatış masraflarını daha az ödeyerek ödüllendirileceklerdir.

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Danimarka'da sağlık hizmetleri ile ilgili sorumluluklar, 18. yüzyılın başından beri iller ve ilçelere paylaştırılmıştır (**Vallgarda, 2001**). 1970'de yapılan sağlık reformu ile yeniden dekonsantrasyon (idari desantralizasyon) ve devolüsyon (politik desantralizasyon) uygulanmıştır. Ancak

uygulamalar bu kadarla da kalmamış ve desantralizasyonun bir başka biçimi olan özelleştirmeye doğru yol alınmıştır.

1993'ten beri bazı iller, kendi hastanelerinde o hizmet verildiği halde, diğer bir hastaneden daha ucuz hizmet satın almak için sözleşme yapmaya başlamışlardır. Hastane tedavileri için ihale işlemleri yapılmıştır (Vallgarda, 2001). Yine insanların ödedikleri sigorta primine göre Grup 1 ve Grup 2 olarak ikiye ayrılmış olmaları; Grup 2'dekilerin daha yüksek bir prim ödemeleri karşılığında, ayrıcalıklı bir sağlık hizmeti alıyor olması da, Danimarka'da, sağlığın piyasa ekonomisi koşullarına göre veriliyor olduğunun bir göstergesidir (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission, 2004; Vallgarda, 2001). Başlangıçta sadece yönetsel desantralizasyon gibi başlayan süreç, daha sonra sağlık sisteminde özelleştirmeye varmıştır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, Danimarka'da, son yirmi yılda, toplam sağlık hizmet harcamalarından kamunun yaptığı harcama oranının gittikçe düştüğü; özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetleri için yapılan cepten ödemelerin oranının gittikçe arttığı saptanmıştır (Mossialos, 2004; Vallgarda, 2001; Krasnik, 1997). Danimarka'da, 1998'de, tüm toplumun %28'inin; 2002'de %30'unun gönüllü sağlık sigortası satın aldığı belirtilmektedir (World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission 2004; Vallgarda, 2001). Şu anda bu oran yüksek olmamakla birlikte, uzun vadede bu oranın çok artabileceği düşünülmekte ve bunun da sağlık hizmetlerine ulaşmadaki eşitsizlikleri arttıracığı belirtilmektedir (Vallgarda, 2001).

Desantralizasyonun önemli bir sonucu, farklı illerde sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizliklerin ortaya çıkmasıdır. Danimarkalı politikacıların hükümet üzerindeki etkileri, coğrafi eşitsizliklerden daha önemli olmuş; bu da ameliyathane için bekleme sürelerinde, tıbbi teknolojilerin kullanımında, over kanserlerinde pahalı ilaçların kullanımı gibi özel tedavi yöntemlerinin kullanımında, iller arasında farklılıklara, eşitsizliklere neden olmuştur (Vallgarda, 2001). Sadece Danimarka'da değil, desantralizasyonun uygulandığı diğer ülke ya da bölgelerde de benzer sonuçlar görülmüştür (Mishra, 2006). Desantralizasyon merkezi yönetimi zayıflatmaktadır. Kapitalizm koşullarında desantralizasyon sermayenin gücünün uç noktalara taşınmasına yaramaktadır (Belek, 2001b).

Danimarka'da kamu yönetimi reform çalışmaları 1983 yılından bu tarihe kadar, özellikle Avrupa Birliği kriterlerinin getirdiği ekonomik ve yasal düzenlemelerle gerçekleştirilmiştir. Kamu ihaleleri artmış, yurttaşların siyasi partilere güveni azalmış, hizmet kalitesini arttırmak için "Kalite Ödülleri" sistemi getirilmiştir. 1998'de oluşturulan Yerel ve Bölgesel Yönetimler Birliği yapılanması ile, idari birim temsilcileri, sermaye temsilcileri, üniversite mensupları ve sivil toplum kuruluşları temsilcileri birlikte Kamu Hizmetleri Kalite Stratejisi isimli bir çalışma

yapmışlardır. Ayrıca, Danimarka'da 150'ye yakın çok amaçlı ve farklı hizmetlerin bir yerde verilmesi koşuluna dayanan yerel merkezler oluşturulmuştur (Yılmaz, 2003).

Sağlık reformlarının temel amacı, sağlık harcamalarının sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynakların yaratılması ve var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Bu unsurların dışında hizmet kalitesinin artırılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi amaçlarının olduğu söylenmekle birlikte bunlar hiçbir zaman finansmanla ilgili kaygıların önüne geçememişlerdir (Belek, 2001b).

En son, Ocak 2007'de uygulamaya başlanan reformlar için Danimarka parlamentosu 2005 yılında karar almıştır. Yeni sağlık reformuyla birlikte belediyeler hastaneye yatana kişi başına yaklaşık 4000DKK (540 Avro) ödeyecektir. Belediyeler önleyici sağlık hizmetleriyle hastaneye yatışları azaltabilirse, bu tasarruflar belediyelere kalacaktır. Hükümet, bu düzenleme sayesinde belediyelerin koruyucu hizmetlere daha fazla önem vereceği görüşündedir. Ancak, Danimarkalı sağlık ekonomistleri ve halk sağlıkçılar bu uygulamanın yukarıda belirtilen amacı karşılamayacağını belirtmişlerdir. Bunu üç maddede özetlemişlerdir: Birincisi, koruyucu önlemlerin kolay olanları zaten uygulanmaktadır (ev hemşireliği, ev yardımları vs.). İkinci olarak belediyeleri bu konuda özendirme olasılığı çok azdır çünkü tasarruftan sağlanacak paralar, çoğu aktiviteyi karşılayacak miktarda değildir ve belediyelere önemli ekonomik avantajlar sağlamak için yetersizdir. Son olarak ise belediyelerin hastaneye yatış kararını kontrol etme yetkisi yoktur; bu tamamen genel pratisyenlerin sorumluluğundadır (Pedersen, 2005). Bu durum bize, buradaki düzenlemenin asıl amacının, halk sağlığı hizmet kalitesini iyileştirmek adı altında, hastane hizmet masraflarını azaltmaya yönelik bir karar olduğunu düşündürmektedir. Danimarka hasta memnuniyetinin en yüksek olduğu ülkelerden birisi olup, memnuniyetin kaynağı, ulaşımı kolay olan genel pratisyenlik hizmetleridir. Alınan önlemler sayesinde gelişmeler olmasına rağmen, özellikle cerrahi işlemlerde uzun hastane bekleme sürelerinin olması ve hastane hizmetlerinde devam eden sorunlar düşük hasta memnuniyetine neden olmaya devam etmektedir (Pedersen, 2005; Wittrup-Jenson, 2001).

Sağlıkta reform stratejileri sağlık sistemlerinin içinde bulunduğu harcamaların fazlalığı ya da yetersizliği, verimsizlik ve eşitsizlik biçimindeki sorunların çözümünde yetersiz kalmakta, bunun da ötesinde bu sorunları ağırlaştıracak sonuçlar üretmektedir (Belek, 2001b). Yukarıda verilen tüm örnekler Danimarka'da da sağlık reformlarının başarılı olmadığını göstermektedir.

Danimarka sağlık sisteminde dikkat çeken diğer bir nokta da işçi sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri içinde yer almamasıdır. İşçi sağlığı standartlarının sağlanması, kontrolü ve güvenlik, özel bir bölge kuruluşu olan, standartları belirleyen ve iş sahalarını denetleyen "Ulusal İşçi Çevresi" yetkililerindedir. Bu kuruluş, patron

ve işçiler tarafından kurulmuş olup, işçi sağlığına dair özel düzenlemelerin temelinde patronlar tarafından finanse edilmektedir.

Yukarıda belirtilen olumsuzluklara karşın Danimarka halen sosyal güvenlik sisteminin %90'ı aşan oranda, kamusal nitelikteki kaynaklardan sağlayan bir ülkedir (Işıklı, 2004). Ama diğer taraftan toplam sağlık hizmet harcamalarından kamunun yaptığı harcama oranı gittikçe düşmektedir.

Sonuç olarak yirmi yıl öncesine kadar hemen hemen tüm koruyucu sağlık hizmetlerini ücretsiz veren bir ülke olan Danimarka'da, sağlık hizmetleri gittikçe özelleştirilmekte ve bu da sağlıktaki eşitsizlikleri arttırmaktadır.

KAYNAKLAR

Belek İ., (2001a), Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. Sorun Yayınları, 3. Baskı, İstanbul.

Belek İ., (2001b), "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma". Toplum ve Hekim, TTB yayını, 16(6): 430-37.

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (Foreign Economic Relations Board) - DEİK, 2005. www.deik.org.tr/bultenler/2006130162721Danimarka-Aralık2005.pdf

Green A, Gerein N., (2005), "Exclusion, inequity and health system development: the critical emphases for maternal, neonatal and child health". Bulletin of the World Health Organization. 83:401-80

Government of Denmark., (2007), "The local government reform – In brief". http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/Kommunal_UK_screen.pdf. Erişim tarihi:28.01.2007.

Government of Denmark., (2002), "Healthy throughout life-the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002-2010". www.folkesundhed.dk/media/healthythroughoutlife.pdf. Erişim tarihi:19.12.2006.

Işıklı A., (2004), "Sosyal Güvenliğin Sonu mu?". Türk İş, 362: 46-52.

Krasnik A, Vallgarda S., (1997), The health system of Denmark. In: Raffel WH ed. Health care and reform in industrialized countries. Pennsylvania. Pennsylvania State University Pres,. s.29-48

Martikainen P et al., (2001), "Income differences in mortality: a register-based follow up study of three million men and women". Int. J of Epidem, 30 (6):1397-1405.

Mishra US.; (2006), Understanding Health Inequity in Decentralized Health System of Kerala State, India. www.hsph.harvard.edu/takemi/RP222.pdf - erişim tarihi:16.12.2006.

Mossialos E, Thopson S., (2004), Voluntary Health Insurance. WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Pedersen K.M.et al, (2005) The Danish health care system: Evolution not revolution in a decentralized health system Health Econ. 14: 41–57

Vallgarda S et al., (2001) Health Care systems in transition-Denmark 2001. Brussels, European Observatory on Health Care Systems (HIT country profiles; <http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf>. erişim tarihi:16.12.2006.

Van Doorslaer E et al., (2006), "Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 174(2): 177-83

Whitehead M., (1992). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. WHO European Regional Office, 1985 -TTB Merkez Konseyi Yayını.

Wittrup-Jenson K.U., (2001), An Introduction to the Financing and Organization of the Danish Health Care Sector. ISBN 1876662387, p:7-22.

World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission (2004). Highlights on Health in Denmark 2004. www.euro.who.int/document/E62007.pdf erişim tarihi: 21.12.2006.

Yılmaz O. "Kamu Yönetimi Reformu ve Dünya Örnekleri". www.sendika.org. Erişim tarihi: 25.01.2007

OECD Health Data: (2006) <http://www.oecd.org/dataoecd/19/12/36956937.pdf> Erişim tarihi: 29.01.2007.