

DOSYA/DERLEME**İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİ**

Yonca SÖNMEZ*

Giriş

Resmi adı "İsviçre Konfederasyonu" olan İsviçre yaklaşık 7.4 milyon nüfusu ve 41,000 km² yüzölçümü ile görece küçük bir Orta Avrupa ülkesidir. Tarihsel olarak bir konfederasyon olan ülke 1848 yılından beri bir federasyondur. 26 kantondan (20 tam kanton, 6 yarım kanton) oluşmaktadır. Kantonların nüfusu 15,000 (Appenzell Innerrhoden) ile 1,261,800 (Zürich) arasında ve yüzölçümü de 37 km² (Basel-Stadt) ile 7,105 km² (Graubünden) arasında değişmektedir.

Nüfusun büyük çoğunluğu Almanca (%63.7) konuşmaktadır. Bunu Fransızca (%20.4) ve İtalyanca (%6.4) izler (**Statistical Data on Switzerland 2006, Swiss Federal Statistical Office**).

Bankacılık ve finans sektörlerinde çok güçlü bir ekonomiye sahip olan İsviçre uzun süredir siyasi ve askerî tarafsızlık geleneğine sahiptir. Bu nedenlerden ötürü birçok uluslararası örgüte ev sahipliği yapmaktadır. 1863 yılında kurulan Kızıl Haç'ın merkezi bu ülkededir.

Siyasi Yapısı

Federal bir devlet olan İsviçre'nin parlamentosu büyük ve küçük iki meclisten oluşmaktadır. 200 üyeli Ulusal Temsilciler Meclisi ve 46 üyeli Kanton Temsilcileri Meclisi. Yasamanın çift meclisle şekillenmesi temelini anayasadan almaktadır. Her iki meclis de eşit güce sahiptir. Halkın ve kantonların egemenliğinin eşitliği ilkesi anayasa ile güvence altına alınmıştır. Ulusal Temsilciler Meclisi'ne kantonların kaç temsilci göndereceği son nüfus sayımına göre belirlenmekte ve sürekli değişmektedir. Büyük meclise gönderilecek temsilciler halk tarafından seçimle

belirlenmektedir. Küçük meclise ise kantonların nüfusuna bakılmaksızın tam kantonlar iki, yarım kantonlar bir temsilci göndermektedir. Her iki meclise seçilenlerin görev süresi dört yıldır. Referandumlar yoluyla her yurttaş federal hükümet tarafından kabul edilmiş yasaların geçerliliğini sorgulayabilir ve federal anayasada düzeltme yapılmasını isteyebilir. Bu haklar İsviçre'yi doğrudan demokrasi uygulanan bir ülke yapmaktadır.

1999 anayasasına göre federasyona özel olarak delege edilmemiş tüm güçler kantonların elindedir. Tüm kantonlar belediyelerden oluşmaktadır. Kantonların tümünde toplam 2903 belediye bulunmaktadır.

Yürütme erki dört yıl için seçilmiş yedi üyeden oluşan Federal Konsey'de toplanmıştır. İsviçre hükümeti, 1959 yılından 2003 yılına kadar ülkenin dört büyük partisinin federal meclisteki temsil oranlarına göre oluşturulan ve "sihirli formül" denilen bir yapıyla şekillenmiştir. Buna göre Hristiyan Demokratlar 2, Sosyal Demokratlar 2, Liberal Demokratlar 2 ve İsviçre Halk Partisi 1 üye ile temsil edilmekteydi. Ancak 2003 Ekim seçimlerinde Halk Partisi'nin Başarısı ile Hristiyan Demokratlar 1 üyeye gerilerken İsviçre tarihinde ilk kez Halk Partisi 2 üye ile hükümette yer bulmuştur. Devlet başkanı her yıl için federal meclis üyeleri içinden meclis tarafından seçilir.

Federal Yüksek Mahkemeler, kanton mahkemelerinden gelen temyizlere ve federal yönetimin idari kararlarına bakmaktadır. Yüksek mahkeme yargıçları, altı yıllık görev süresi için Federal Meclis tarafından seçilirler (**EFTA, 2007; www.en.wikipedia.org**).

Ekonomik yapısı

OECD ülkeleri içinde kişi başına yaklaşık 35,000 ABD doları (satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş) Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile Lüksemburg, Norveç, Amerika Birleşik

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

Devletleri ve İrlanda'dan sonra beşinci en zengin ülkedir (OECD ülkelerinin ortalaması 26,000 ABD doları) (OECD, 2006).

EFTA (European Free Trade Association, Avrupa Serbest Ticaret Birliği)'nin kurucu üyesi olan ülke EEA (European Economic Area, Avrupa Ekonomik Alanı)'nın bir parçası değildir. Avrupa Birliği'ne üye olmak için Mayıs 1992 tarihinde başvuru yapılmış olsa da, Aralık 1992'de EEA için yapılan referandum sonucunda halkın EEA'ya girişi kabul etmemesi üzerine bu konuda başka bir girişimde bulunulmamıştır. İsviçre hem Avrupa Birliği ile hem de Avrupa ülkeleriyle ilişkilerini ikili sektörel anlaşmalarla sürdürmektedir (EFTA, 2007; www.en.wikipedia.org).

İsviçre'nin demografik özellikleri ve sağlık göstergeleri:

Bebek ölüm hızının ve doğurganlığın düşük, doğumda yaşam beklentisinin yüksek olduğu İsviçre yaşlı toplum özelliği göstermekte aynı zamanda oldukça iyi sağlık göstergeleriyle dikkat çekmektedir (Population Reference Bureau, World Health Report 2006).

- Kaba Doğum Hızı Binde 10
- Toplam Doğurganlık Hızı 1.4
- Doğumda yaşam beklentisi 81 (Erkeklerde 79, Kadınlarda 84)
- 65+ yaş nüfus oranı %16
- Nüfus artış hızı %0.2
- Kaba Ölüm Hızı Binde 8
- Bebek Ölüm Hızı Binde 4.3
- Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Binde 5
- Anne Ölüm Hızı Yüzbinde 7

İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI

İsviçre politik sisteminin özelliği olan liberalizm ve federalizm aynı zamanda sağlık sistemini de şekillendirmektedir. Liberalizm sağlık sisteminde özel girişimlerin ve serbest piyasanın hakim olması, devletin sadece düzenleyici rol üstlenmesi (son yıllarda kamunun payındaki artışla birlikte), federalizm ise sağlık hizmetlerinin temelde kantonların sorumluluğunda olması ile karakterizedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu temelde kantonların sorumluluğunda olmasına karşın sosyal sigorta ve sağlık sigortasına ilişkin yasa yapma yetkisi federal hükümettedir (Frei, 2001).

Politik gücün desantralizasyonu ve yüksek derecede rekabet, İsviçre sağlık sisteminin temel özelliklerini belirlemektedir (The Swiss Healthcare System, 2002).

Son yıllarda konfederasyon, ya yeni federal yasaların kabulü ya da varolan yasaların yeniden düzenlenmesiyle kantonlardan gücün transfer edilmesiyle, yeni sorumluluklar kazanmışlardır. Örneğin İsviçre Tedavi Edici Ürünler Ajansı'nın (swissmedic) kurulmasıyla farmasötiklerin, tıbbi cihazların piyasaya girişlerinin kontrolü, güvenliği, kayıt altına alınma sorumlulukları konfederasyonlara verilmiştir (OECD, 2006).

Hem federal hem kantonal düzeyde sağlık alanında birçok kuruluş görev yapmaktadır. Federal düzeyde Federal İçişleri Bakanlığı'na bağlı Halk sağlığı bürosu, istatistik bürosu ve sosyal sigorta bürosu ve kantonal düzeyde halk sağlığı bakanlıkları önemlidir.

Tek tek kantonların sağlık uygulamaları oldukça çeşitli olabileceği için bir politik koordinasyon organı olarak, 1919'da hem 26 kantonun kendi içinde hem de kantonlar ile konfederasyon arasında işbirliğini geliştirmek amacıyla İsviçre kantonal halk sağlığı bakanları meclisi (Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health) kurulmuştur (OECD, 2006).

Federal, kantonal ve belediyeler düzeyinde sağlık alanındaki ana sorumluluklar:

Federal;

Aşağıda tanımlanan alanlarda yasa yapma ve denetleme görevi

- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve eradikasyonu
- Fiziksel egzersiz ve spor etkinliklerinin geliştirilmesi
- Sosyal sigorta
- Profesyonel tıbbi sınavların düzenlenmesi ve doktorların niteliklerinin belirlenmesi
- Bilim, araştırma ve üçüncü basamak eğitimin geliştirilmesi
- Genetik mühendisliği, üreme sağlığı, organ transplantasyonu ve tıbbi araştırmalar
- İşgücünün sağlığının ve güvenliğinin korunması
- Çevrenin korunması
- İlaç ve tıbbi cihazların kalite ve güvenliğinin kontrolü
- Güvenli gıda
- Madde kötüye kullanımı
- Sağlık profesyonellerinin eğitimi
- Sağlık istatistiklerinin tutulması

Kantonal;

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hastane ücretlerinin bir kısmının finansmanı
- Sağlık kurumları ya da eczanelerin açılması için ruhsat verilmesi
- Hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi
- Federal hükümet tarafından delege edilen federal yasaların uygulanması

Belediye;

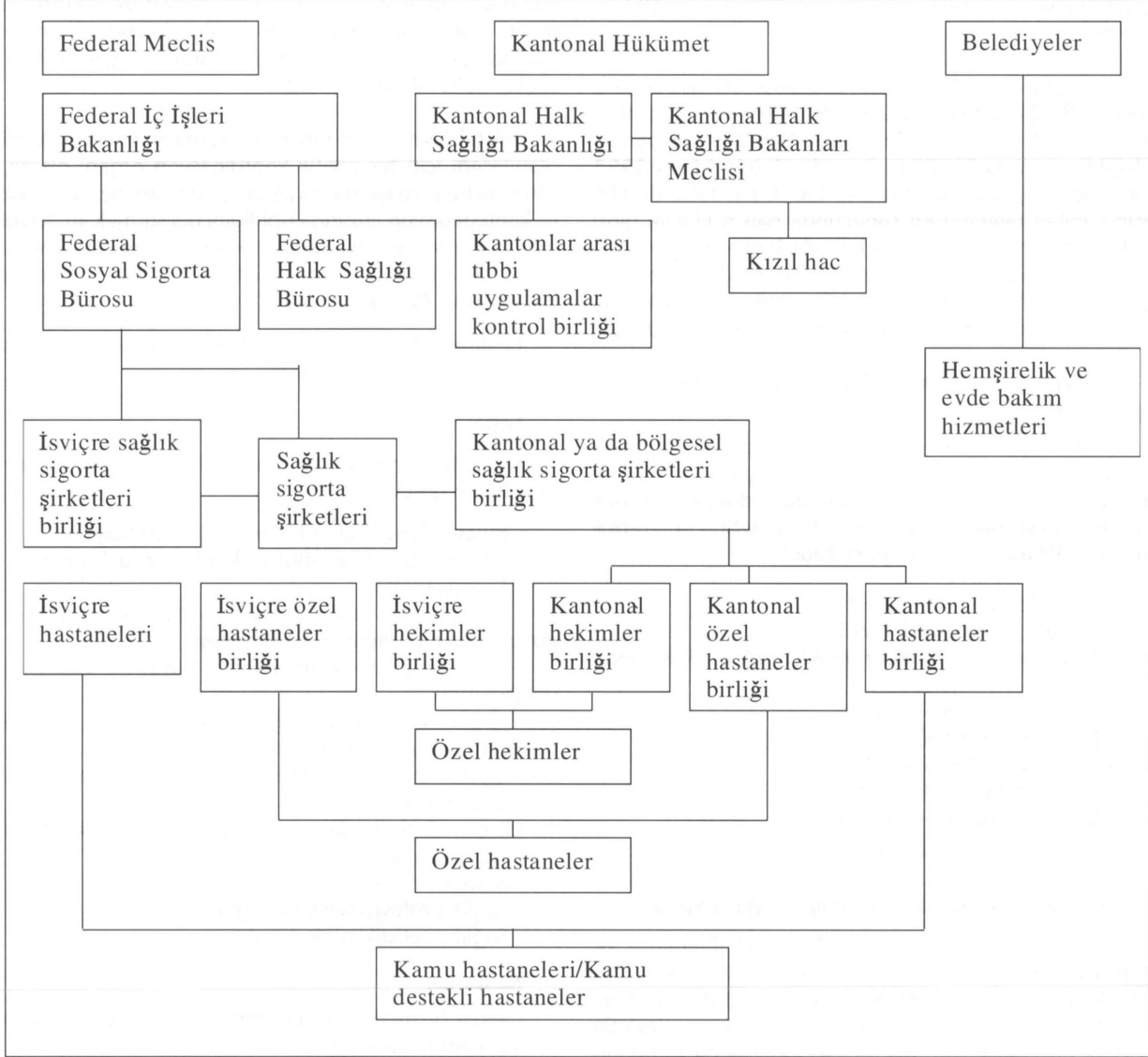
- Kantonlar tarafından delege edilen sorumlulukların yerine getirilmesi (örneğin yaşlı bakım evleri ve evde bakım hizmetlerinin sağlanması)

(European Observatory on Health Care Systems, 2000; OECD, 2006)

SAĞLIK HİZMET SUNUMU VE GERİ ÖDEME MEKANİZMALARI

Zorunlu sağlık sigortası yasalarca belirlenmiş "sağlık teminat paketi" sunumundan sorumludur (European Observatory on Health Care Systems, 2000; OECD, 2006).

Şekil 1. İsviçre sağlık sisteminin örgütlenme şeması



Kaynak: European Observatory on Health Care Systems, 2000.

Ayaktan bakım hizmetleri:

Ayaktan bakım hizmetleri genel tıbbi bakım, tanı koyma hizmetleri, doğum öncesi bakım hizmetleri, perinatal bakım, çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, küçük cerrahi operasyonlar, esenlendirme hizmetleri, dental bakım ve evde bakım hizmetlerini kapsar. Ayaktan bakım hizmetleri çok büyük oranda bağımsız olarak tek başına muayenehanelerinde çalışan özel hekimler tarafından verilir. Çoğu hekim bir asistan ile birlikte çalışır.

Muayenehane hekimleri yanında kamu ve özel hastanelerin ayaktan bakım birimleri ve HMO benzeri yönetilen bakım stili örgütler (managed-care-style organisation) de ayaktan bakım hizmeti sunar. Kişilerin hekim seçimi konusunda tam bir serbestlik bulunmaktadır. Genel pratiyene ya da uzmana başvuru konusunda da kısıtlama getirilmemiştir. İsviçre sağlık sisteminde

kapı tutuculuk olmamasına karşın çoğu kişinin düzenli bir aile doktorları vardır. Primleri daha düşük olan bazı sigorta fonlarını seçenlerin sağlık hizmet sunucularını seçimleri sınırlanmıştır. Bu kişiler HMO tarafından belirlenmiş sağlık hizmet sunucularından hizmet almak zorundadırlar.

Hastane hizmetleri:

İsviçre’de kısa süreli bakım için hastanelerde 1,000 kişiye 3.9 yatak düşmektedir. Son yirmi yılda İsviçre’de kişi başı yatak sayısında belirgin bir azalma görülmektedir (Grafik 1). Bu durum belirli kantonlarda hastanelerin akılcı kullanımına ilişkin çalışmalarla açıklanmaktadır. Yatak sayısı yanında hastanede kalış süreleri de azalmıştır (OECD, 2006).

Hastaneler yasal durumları ve mülkiyet açısından çeşitlilik göstermektedir. Kantonlar, belediyeler ya da vakıflar tarafından işletilen kamu hastanelerinin yanında

kar amaçlı ya da kar amacı olmayan özel hastanelerde hizmet verilmektedir. Genel hastaneler yanında esenlendirme ve psikiyatrik bakım için özelleşmiş hastaneler de bulunmaktadır. İleri derecede teknoloji ve uzmanlaşma gerektiren hizmetler beş üniversite hastanesinde (Zürih, Bern, Basel, Lausanne, Geneva) ve bazı büyük kantonal hastanelerde sunulmaktadır. Çoğunlukla acil hizmetler kamu hastaneleri tarafından verilmektedir. Özel hastaneler toplam hastane yataklarının beşte birini oluşturmakta ve basit cerrahi tedavi hizmetleri ve günlük bakım hizmetlerini sunmaktadır. Bununla birlikte az sayıda ileri derecede uzmanlaşmış hizmet sunan merkez de bulunmaktadır (OECD, 2006).

Zorunlu sağlık sigortası yasası (LAMal) ile hastanelerin planlanması kantonların sorumluluğundadır. Bu şekilde hastane maliyetlerini kontrol altına alabilmek ve nüfusun gereksinimine göre kapasitelerinin ve yapısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Yasada spesifik kriterler ve yöntemler belirlenmediği için kantonal planlarda çeşitlilikler görülmektedir.

Geri Ödemeler

Ayaktan bakım hizmetleri ve hastanelerde sağlanan poliklinik hizmetleri ile kısa süreli yatışlar (bir gün ya da daha az) için hizmet başı ödeme (fee for service) yapılmaktadır. Hizmetlerin ücret tarifeleri yıllık olarak belirlenir ve Federal Meclis tarafından kabul edilmesi zorunlu olan ulusal ücret şemasında gösterilir. Belirlenen uç değerlere göre hizmetlerin fiyatlarının belirlenmesi amacıyla zorunlu sağlık sigortaları ile kantonal düzeyde, diğer sigorta tipleri için federal düzeyde görüşmeler yapılır. Federal düzeyde görüşmeler İsviçre Hastaneler Birliği ya da meslek örgütleri ile farklı sigorta şirketleri arasındadır (sağlık, kaza, askeri, engellilik). Kantonal düzeyde ise her bir kanton içinde görüşmeler ya bireysel ya da örgütsel

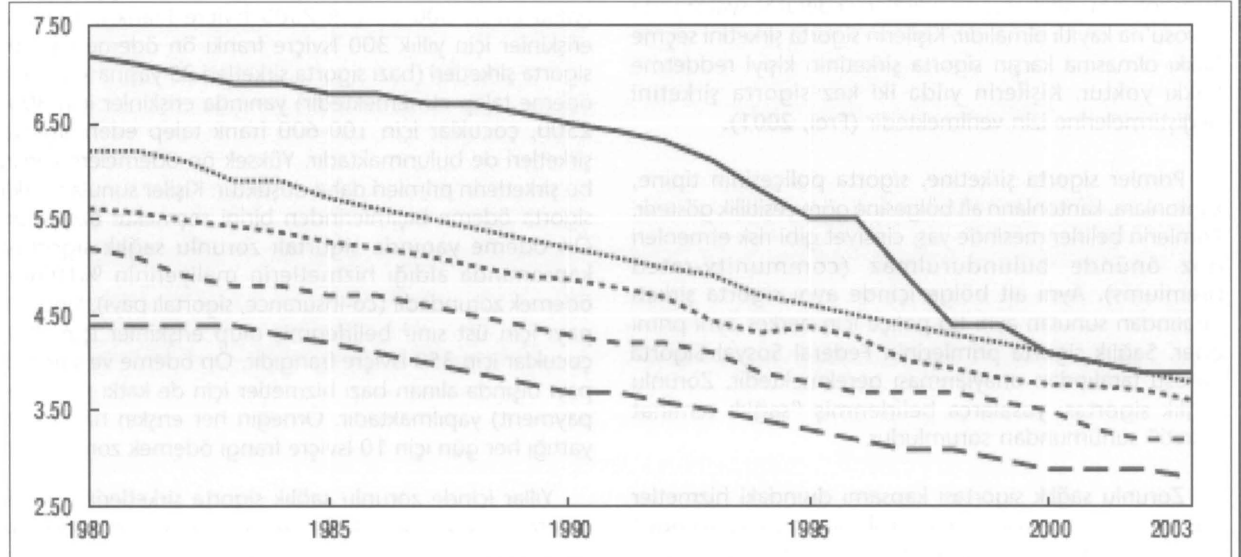
olarak hizmeti sunanlar ile yine bireysel ya da örgütsel olarak hizmeti satın alan sigorta şirketleri arasında yapılır. Ancak görüşmelerin sonuçlarının kantonal hükümet tarafından onaylanması gerekmektedir. Taraflar arasında anlaşmazlık olduğunda ücretleri kantonal hükümet belirler. Kantonal hükümetin kararına federal düzeyde itiraz edilebilir. Eğer bir hizmet kanton bölgesinde sunulmuyorsa fiyat hizmeti sunan kanton tarafından belirlenir.

Federal hükümet her dört yılda bir zorunlu sağlık sigortası primleri için sübvansiyon miktarını belirler. Federal sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma etkinlikleri için de yıllık olarak bütçe belirlenir. Kantonal parlamento da yıllık olarak primlere, sağlığı koruma ve geliştirme etkinliklerine ve özel, kamusal kantonal hastanelere ayrıacakları sübvansiyon miktarlarını belirler. Aynı zamanda bölgelerindeki yaşlı ya da fiziksel, mental engelli kişilerin ayaktan ya da yatarak bakımı için bütçe ayıran kantonlar da bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayanlar büyük çoğunlukla sigorta şirketleri ya da hastaların direk ödemeleri ile finanse edilirler. Vergilerden sağlanan federal, kantonal ya da belediye sübvansiyonları hastanelerin, yaşlı, mental ya da fiziksel engelli kişilerin ayaktan ya da bakarak bakımları, zorunlu sağlık sigortası için prim sübvansiyonu sağlar. Geri ödeme kapsamında olan hizmetler sağlık sigorta yasasınca belirlenmiştir. Hekimlere hizmet başı ödeme yapılır (fee for service). Ücretler kantonal düzeyde hekim birliği ile sağlık sigortaları birliği arasında yapılan anlaşmalarla belirlenir.

Laboratuvar incelemelerinin ücretleri ve geri ödenecek ilaçlar ulusal düzeyde Federal İçişleri Bürosu tarafından belirlenir. Bu liste dışında yer alan tüm ilaçlar kişinin kendisi tarafından karşılanır.

Grafik 1. İsviçre ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen yatak sayıları



Kaynak: OECD, 2005. OECD Health Data 2005.

Hastanecilik hizmetleri için sigorta şirketleri hastanede kalınan gün başına ödeme yapmaktadır. Mali görüşmeler kantonal sigorta şirketleri birliği ile ya tek tek hastaneler ya da hastane grupları arasında gerçekleştirilir. (European Observatory on Health Care Systems ,2000; OECD, 2006).

İSVİÇRE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

İsviçre sağlık sisteminde finansmanın %58.4'ünü kamu kaynakları oluşturmaktadır. Kamu kaynakları içinde de çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası primleri oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık harcamalarının finansman kaynaklarına göre dağılımı, 2003

	%
Kamu	58.4
Hükümet	17.9
Konfederasyon	0.3
Kanton	14.8
Belediye	2.8
Sosyal sigorta	40.5
Zorunlu sağlık sigorta	32.7
Kaza sigortası	3.0
Engellilik sigortası	4.7
Askeri sigorta	0.7
Özel	41.6
Cepten ödeme	31.6
İsteğe bağlı özel sigorta	9.0
Diğer özel harcamalar	1.0

Kaynak: OECD, 2006.

Yeniden düzenlenerek 1996'da yürürlüğe giren Federal Sağlık Sigorta Yasası'na göre İsviçre'de yaşayan herkes birbiriyle rekabet eden ve kar amacı olmayan sağlık fonlarının birinden temel sağlık sigortası satın almak zorundadır (1996 öncesi sadece belirli kantonlarda yaşayanlar için zorunlu sağlık sigortası uygulanmaktaydı). Tüm zorunlu sağlık sigorta şirketleri Federal Sosyal Sigorta Bürosu'na kayıtlı olmalıdır. Kişilerin sigorta şirketini seçme hakkı olmasına karşın sigorta şirketinin kişiyi reddetme hakkı yoktur. Kişilerin yılda iki kez sigorta şirketini değiştirmelerine izin verilmektedir (Frei, 2001).

Primler sigorta şirketine, sigorta poliçesinin tipine, kantonlara, kantonların alt bölgesine göre çeşitlilik gösterir. Primlerin belirlenmesinde yaş, cinsiyet gibi risk etmenleri göz önünde bulundurulmaz (community-rated premiums). Aynı alt bölge içinde aynı sigorta şirketi tarafından sunulan aynı tip poliçe için herkes aynı primi öder. Sağlık sigorta primlerinin Federal Sosyal Sigorta Bürosu tarafından onaylanması gerekmektedir. Zorunlu sağlık sigortası yasalarca belirlenmiş "sağlık teminat paketi" sunumundan sorumludur.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışındaki hizmetler için kişiler özel ya da yarı özel nitelikli sigorta şirketlerinden tamamlayıcı sigorta poliçeleri satın alabilirler. Bugün her dört İsviçreliден birinin özel sigortalardan hizmet satın

aldığı tahmin edilmektedir. Zorunlu sağlık sigorta primlerinin tersine tamamlayıcı sigorta primleri riskle bağlantılı olarak belirlenmektedir. Örneğin yaşlı ve kronik hastalığı olan vatandaş bu tür sağlık riskleri olamayanlara göre daha fazla prim ödemekle yükümlüdür.

Kişi başına düşen prim gelir ve ekonomik durumdan bağımsız olarak belirlenmektedir. Bu durum özellikle çok çocuklu ve düşük gelirli aileler için ekonomik yük getirmektedir. Bu nedenle kantonlarla birlikte İsviçre Federasyonu vergiler yoluyla sağlık sigorta primlerini sübvans eder (Kamu kaynaklarının %17.9'u hükümet kaynaklı olup büyük çoğunluğu kantonlar tarafından finanse edilmektedir, Tablo 1). Belirli sınırlar içinde kantonlar prim sübvansiyonun mekanizmalarını belirlemede bağımsız oldukları için sübvans edilen prim miktarı ve alıcıya ilişkin özellikler açısından kantonlar arası farklılıklar görülebilmektedir. Örneğin bazı kantonlar prim ödemesinin gelirin %10'unu geçmesi durumunda bazı kantonlar ise belirli gelirin altındakilere ödeme yapmaktadır.

Hükümet fonları ile hastane, uzun süreli bakımevleri gibi kurumlar da sübvans edilmektedir. Aynı zamanda bu fonlar ile halk sağlığı uygulamaları ve yönetim maliyetleri karşılanmaktadır.

Özel harcamalar ve özellikle cepten ödemeler sistemin finansmanında önemli yer tutmaktadır. İsviçre %31.6 ile tüm OECD ülkeleri arasında Meksika (%51), Yunanistan (%46) ve Kore (%45)'den sonra cepten harcamaların en yüksek olduğu dördüncü ülkedir. Cepten ödemeleri büyük oranda zorunlu sigorta kapsamındaki kişilerin yaptıkları ön ödemeler, katkı payları ve kapsam dışındaki hizmetlerin kullanımını sırasında yaptıkları ödemeler oluşturmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası programının teminatlarının aktif hale gelmesinden önce kişilerin ön ödeme (deductible) olarak adlandırılan bir miktar para ödemesi gerekmektedir. Ön ödeme miktarı sigorta şirketine göre değişmektedir (yılda en az 300 en çok 2500 İsviçre Frankı). Yalnızca erişkinler için yıllık 300 İsviçre frankı ön ödeme yapılan sigorta şirketleri (bazı sigorta şirketleri 25 yaşına kadar ön ödeme talep etmemektedir) yanında erişkinler için 300-2500, çocuklar için 100-600 frank talep eden sigorta şirketleri de bulunmaktadır. Yüksek ön ödemelere karşın bu şirketlerin primleri daha düşüktür. Kişiler sunulan farklı sigorta ödeme biçimlerinden birini seçmekte özgürdür. Ön ödeme yanında sigortalı zorunlu sağlık sigortası kapsamında aldığı hizmetlerin maliyetinin %10'unu ödemek zorundadır (co-insurance, sigortalı payı). Sigortalı payı için üst sınır belirlenmiş olup erişkinler için 700, çocuklar için 350 İsviçre frangıdır. Ön ödeme ve sigortalı payı dışında alınan bazı hizmetler için de katkı payı (co-payment) yapılmaktadır. Örneğin her erişkin hastanede yatdığı her gün için 10 İsviçre frangı ödemek zorundadır.

Yıllar içinde zorunlu sağlık sigorta şirketlerinin sayısı giderek azalmaktadır. 1996'da 145 olan sayı 2003 yılında 93'e kadar düşmüştür. Tüm sigorta şirketlerinin %17.2'sini oluşturan 16 şirket nüfusun %80.1'ini kapsamaktadır

(European Observatory on Health Care Systems, 2000; OECD, 2006).

İSVİÇRE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

İsviçre'de sağlık harcamaları Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'nin %11.5'ini oluşturmaktadır. Bu oran OECD ülkeleri içinde Amerika Birleşik Devletlerinden sonra (%15.0) ikinci en yüksek oran olup %8.8 olan ortalamanın oldukça üzerindedir (Grafik 2). 1990-2003 yılları arasında İsviçre'de GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay sürekli artış göstermiştir. %2.4'lik artış %1.5 olan OECD ülkelerinin ortalamasının üzerindedir.

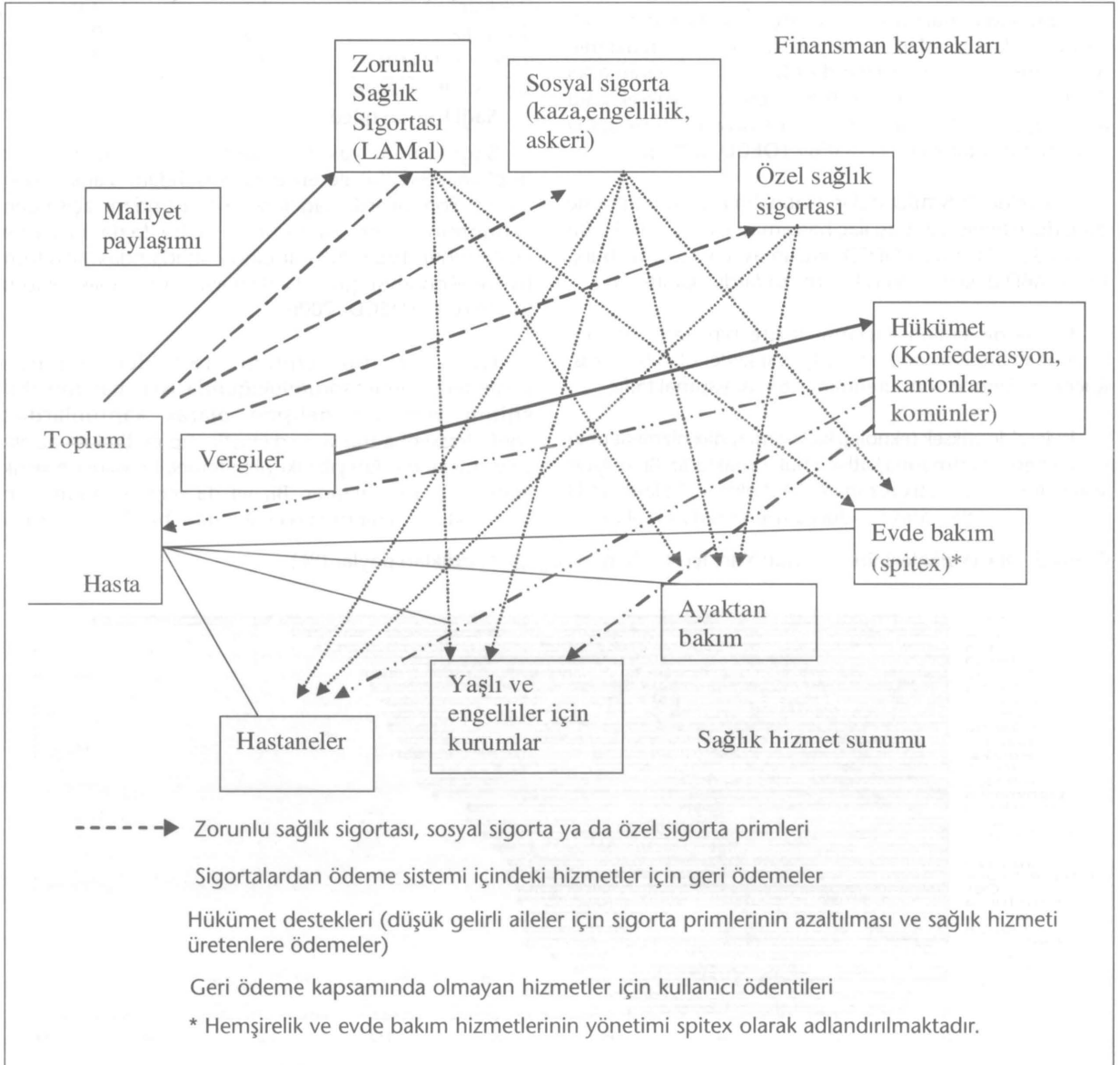
İsviçre'de GSYİH'dan sağlığa ayrılan payla birlikte kişi başı sağlık harcaması yıllar içinde belirgin bir artış

göstermiştir. 2003 yılında kişi başı sağlık harcaması 5035 dolara ulaşmıştır. Yıllar içinde sağlık harcamalarında kamunun payı da bir miktar artış göstermiştir (Tablo 2).

Yüksek kişi başı sağlık harcamalarına karşın sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri için toplam sağlık harcamasının yalnızca %2.2'si (%2.7 olan OECD ortalamasının bile altında) harcanmaktadır (OECD, 2006).

İsviçre'de 2003 yılı toplam sağlık harcamalarının %48'ini hastane hizmetleri, %27'sini ayakta bakım hizmetleri, %10.5'ini ise ayakta bakım hastalarına dağıtılan ilaç maliyetleri oluşturmaktadır. 1985-2003 yılları arasında sağlık harcamalarının dağılımı incelendiğinde benzer oranlar olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Şekil 2. İsviçre sağlık sisteminin finansman yapısı



Kaynak: OECD, 2006.

Tablo 2. İsviçre'de sağlık harcamaları

	1999	2000	2001	2002	2003
Kişi başı harcama (ABD dolar)	3881	3572	3774	4220	5035
GSYİH'da oran (%)	10.5	10.4	10.9	11.1	11.5
Kamunun payı (%)	55.3	55.6	57.1	57.9	58.5

Kaynak: WHO, 2006.

Tablo 3. İsviçre'de sağlık harcamalarının hizmet bileşimlerine göre dağılımı (%)

	1985	1990	1995	2000	2003
Hastane	46.7	47.9	47.9	46.8	47.9
Ayaktan bakım	27.3	26.6	27.0	27.8	27.3
İlaç (ayaktan bakımda dağıtılan)	11.3	10.2	10.0	10.7	10.5

Kaynak: OECD, 2006.

Tüm sağlık harcamaları içinde yatarak tedavi yani hastanecilik hizmetleri en büyük dilimi oluşturmaktadır. Aynı zamanda İsviçre İzlanda (%56.5) ve Danimarka (%50.7)'dan sonra hastane hizmetlerine en yüksek para ayıran üçüncü OECD ülkesidir. Oysa aynı oranın tüm OECD ülkeleri için ortalaması %37.0'dır (OECD, 2006).

İsviçre'de 398 ABD doları (satılma gücü paritesine göre düzeltilmiş) kişi başı ilaç harcaması yapılmaktadır. Bu rakam 380 dolar olan OECD ortalamasının üzerinde buna karşın ABD'dekinin yaklaşık yarısı kadardır (Grafik 3).

İsviçre'de satılan ilaçların dörtte biri yerli şirketler tarafından üretilmektedir. En büyük şirketler olan Novartis, Roche ve Serono tüm üretimin %61'ini yapmaktadır.

İsviçre'de yüksek teknoloji kullanımı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans 14.2 olup 7.7 olan OECD ülkelerinin ortalamasının oldukça üzerindedir (Tablo 4).

Tablo 4. İsviçre ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde bir milyon kişiye düşen BT ve MR sayıları

Ülke	Bilgisayarlı tomografi (bir milyon kişiye düşen)	Manyetik rezonans (bir milyon kişiye düşen)
İsviçre	18.0	14.2
Avusturya	27.2	13.5
Finlandiya	14.0	12.8
Almanya	14.7	6.2
Danimarka	14.5	9.1
İspanya	13.0	7.3
Kanada	10.3	4.5
Portekiz	12.8	3.9
Polonya	6.3	1.0
Fransa	8.4	2.8
Türkiye	7.3	3.0
Meksika	1.5	0.2
OECD ortalaması	17.8	7.7

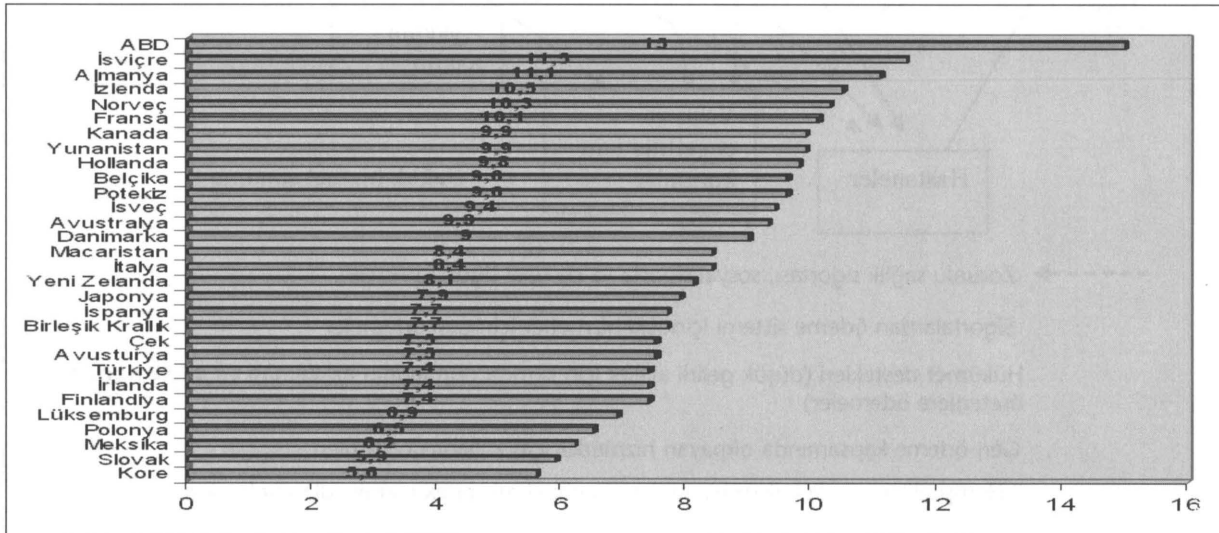
Kaynak: OECD, 2006.

Sağlık insan gücü:

Sağlık alanı yaklaşık yarım milyonluk çalışanı (toplamın %12'si) ile en önemli istihdam alanlarından biridir. Son yıllarda sağlık sektörü istihdam açısından ekonominin geri kalanından daha fazla büyüme göstermiştir. 1985-2001 arasında istihdamdaki artış tüm İsviçre ekonomisi için %12 iken aynı oran sağlık sektörü için %70'tir (OECD, 2006).

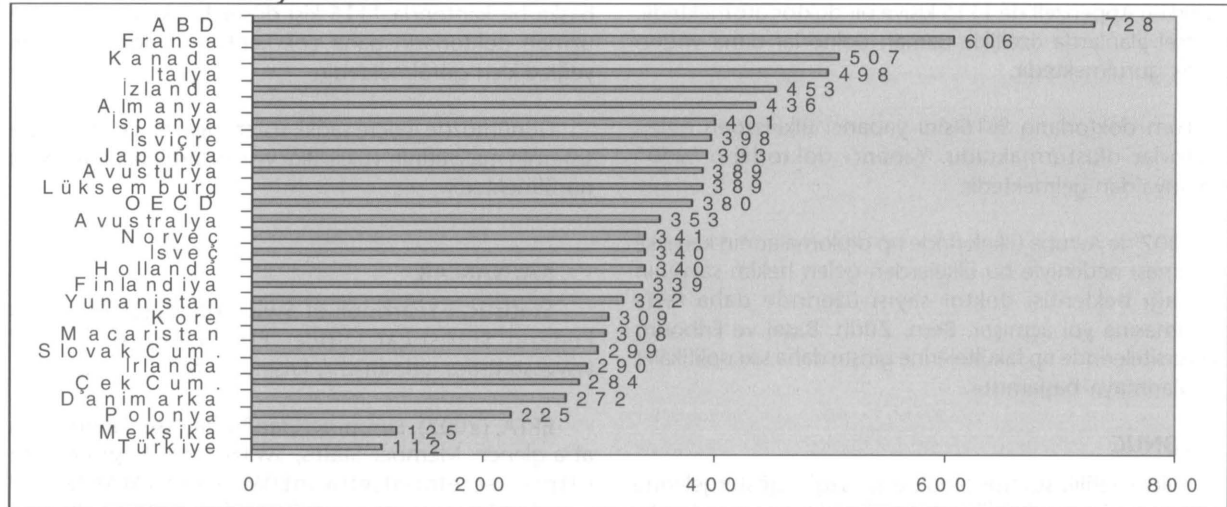
İsviçre'de tıp eğitimi 1877'den itibaren konfederasyonun sorumluluğunda iken paramedikal eğitim yeni bir gelişme olarak kantonlardan konfederasyona transfer edilmiştir. Tıp eğitimi en az altı yıl sürmektedir. Altı yılın iki yılını temel, üç yılını ise klinik eğitim oluşturmaktadır. Bir yıl da seçmeli eğitimden oluşmaktadır. Eğitim süreci standart bir sınav ile sona

Grafik 2. OECD ülkelerinin Gayrisafi Yurt İçi Hasıla'dan sağlığa ayırdıkları paylar (%)



Kaynak: OECD, 2006.

Grafik 3 . OECD ülkelerinin kişi başı ilaç harcamaları, 2003 (Japonya verisi 2002, Avustralya verisi 2001, Türkiye verisi ise 2000 yılına aittir).



Kaynak: OECD, 2006.

ermektedir (Federal tıbbi sınav). Doktorlar bu eğitimin sonunda uzmanlık eğitimine başlamaktadır. Bu eğitimin süresi çeşitli dallara göre farklılık göstermekle birlikte beş-yedi yıl kadar sürmektedir (**European Observatory on Health Care Systems, 2000**). İsviçre Hekimler Birliği genel pratisyenlik eğitimini de içeren yaklaşık 50 uzmanlık alanında eğitimlerin akreditasyonundan ve düzenlenmesinden sorumludur (**OECD, 2006**).

Tablo 5. İsviçre’de sağlık insan gücü

	Sayı	1,000 kişiye düşen sağlık insan gücü
Hekim	25,921	3.6
Hemşire	77,120	10.75
Ebe	2,033	0.28
Diş hekimi	3,598	0.50
Eczacı	4,322	0.60

Kaynak: WHO, 2006

Genel pratisyenler ve dahiliye uzmanları tüm hekimlerin %40’ını oluşturmaktadır. Pediatristler de eklendiğinde bu oran %45’lere çıkmaktadır.

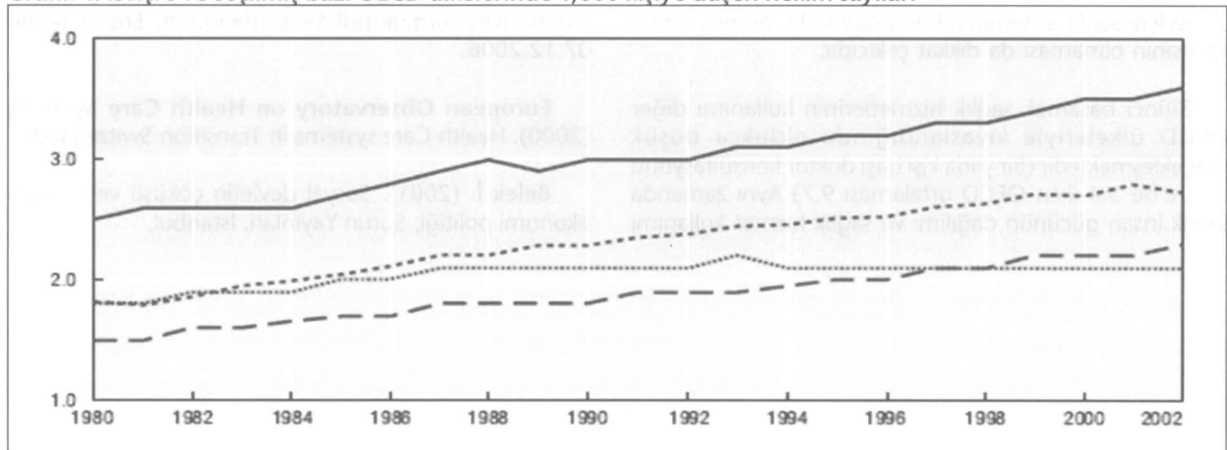
Hekimler kantonal hekimler birliği içinde örgütlenmişlerdir.

Bu birlik sağlık sigorta şirketleri ile ücretlerin belirlenmesinden sorumludur.

İsviçre’de 2002 yılında 25,921 hekim çalışmaktadır. 1,000 kişiye 3.6 doktor, 10.7 hemşire düşmektedir (Tablo 5). Bu oranlar sırasıyla 2.9 ve 9.0 olan OECD ortalamasının üzerindedir. Buna karşın 1,000 kişiye 0.4 genel pratisyen düşmektedir (0.8 olan OECD ortalamasının altındadır).

Yıllar içinde hekim sayısı sürekli artış göstermiştir. 1980’de 2.4 olan 1,000 kişiye düşen hekim sayısı 2002’de 3.6’ya yükselmiştir (Grafik 4).

Grafik 4. İsviçre ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde 1,000 kişiye düşen hekim sayıları



Kaynak: OECD, 2005.

Doktorların kantonlara göre dağılımında önemli farklılıklar görülmektedir. Basle'de 291 kişiye bir doktor düşerken Appenzell'de 1115 kişiye bir doktor düşmektedir. Kentsel alanlarda özellikle uzman doktorlar daha yoğun olarak görülmektedir.

Tüm doktorların %16'sını yabancı ülkelerden gelen doktorlar oluşturmaktadır. Yabancı doktorların %60'ı Almanya'dan gelmektedir.

2002'de Avrupa ülkelerinde tıp diplomalarının karşılıklı tanınması nedeniyle bu ülkelerden gelen hekim sayısının artacağı beklentisi doktor sayısı üzerinde daha fazla durulmasına yol açmıştır. Bern, Zürih, Basel ve Fribourg Üniversitelerinde tıp fakültelerine girişte daha sıkı politikalar uygulanmaya başlamıştır.

SONUÇ

İsviçre sağlık sistemi oldukça iyi sağlık göstergelerine karşın pahalı ve eşitsizlikçi yapısıyla dikkati çekmektedir. Cepten ödemeler ve isteğe bağlı özel sigorta harcamaları sistemin finansmanında önemli yer tutmaktadır.

Sağlık harcamaları yıllar içinde giderek yükselmektedir. Nüfusun yaşlanmasına ek olarak ileri teknoloji kullanımı maliyetleri artırmaktadır. Hastanecilik hizmetleri harcamalar içinde önemli bölümü oluşturmakta buna karşın halk sağlığı uygulamalarının payı düşük düzeylerde seyretmektedir.

İsviçre sağlık sisteminin finansman yapısını belirleyen sosyal sigorta sistemi dayanışmayı, risk paylaşımını sağlayamamaktadır. Çünkü gelirden bağımsız olarak sabit miktarlarda prim toplanmaktadır. Oysa esas olan primlerin gelirin belli bir oranı olarak toplanması, hizmet kullanımının ise gereksinimler ölçüsünde gerçekleşmesidir. Ancak bu durumda geliri daha çok, refah düzeyi daha iyi olan kesim daha fazla prim ödeyip bunun yanında daha az hastalanıp daha az sağlık hizmeti kullanarak geliri daha az, refah düzeyi daha kötü olan kesimi (daha az prim ödeyen buna karşın daha çok hastalanıp daha fazla hizmet kullanan) desteklemiş olur (Belek, 2001).

İsviçre sağlık sisteminin finansmanında, prime işveren katkısının olmaması da dikkat çekicidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı diğer OECD ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça düşük gerçekleşmektedir (Bir yılda kişi başı doktor konsültasyonu İsviçre'de 3.4 iken OECD ortalaması 9.7) Aynı zamanda sağlık insan gücünün dağılımı ve sağlık hizmet kullanımı

açısından kantonlar arası farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin bir kantonda bin kişiye 291 doktor düşerken başka bir kantonda 1115 kişi düşebilmektedir. Özellikle uzman doktorların daha çok kentsel alanda çalışmayı yeğledikleri görülmektedir.

Günümüzde İsviçre sağlık sistemi için en çok tartışılan sistemin maliyetinin yüksekliği ve sürdürülebilirliği olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

Statistical Yearbook of Switzerland. (2006). Swiss Federal Statistical Office. Erişim Adresi: <http://www.statistics.admin.ch/>, Erişim Tarihi: 21.11.2006

EFTA. (2007). European Free Trade Association. EFTA at a glance, Member States, Switzerland. Erişim Adresi: <http://secretariat.efta.int/Web/EFTAAtAGlance/memberstates/Switzerland>, Erişim Tarihi: 18.01.2007.

Wikipedia. The Free Encyclopedia. Erişim Adresi: <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Switzerland&oldid=92276752>, Erişim Tarihi: 18.01.2007.

OECD. (2006). **Rewiews of Health Systems Switzerland**. Organisation for economic co-operation and development (OECD), World Health Organization.

Population Reference Bureau. Erişim Adresi: <http://www.prb.org/Countries/Switzerland.aspx>, Erişim Tarihi: 21.02.2007.

WHO. (2006). World Health Report, Working together for health. Erişim Adresi: <http://www.who.int/whr/2006/annex/en/index.html>, Erişim Tarihi: 21.11.2006.

Frei A, Hunsche E. (2001). The Swiss health care system. Health Economics in Prevention and Care;2:76-8.

The Swiss Healthcare System. (2002). Civitas: The Institute for the Study of Civil Society. Erişim Adresi: <http://www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf>, Erişim Tarihi: 07.12.2006.

European Observatory on Health Care Systems (2000). Health Care systems in Transition Switzerland.

Belek İ. (2001). Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politikası, Sorun Yayınları, İstanbul.