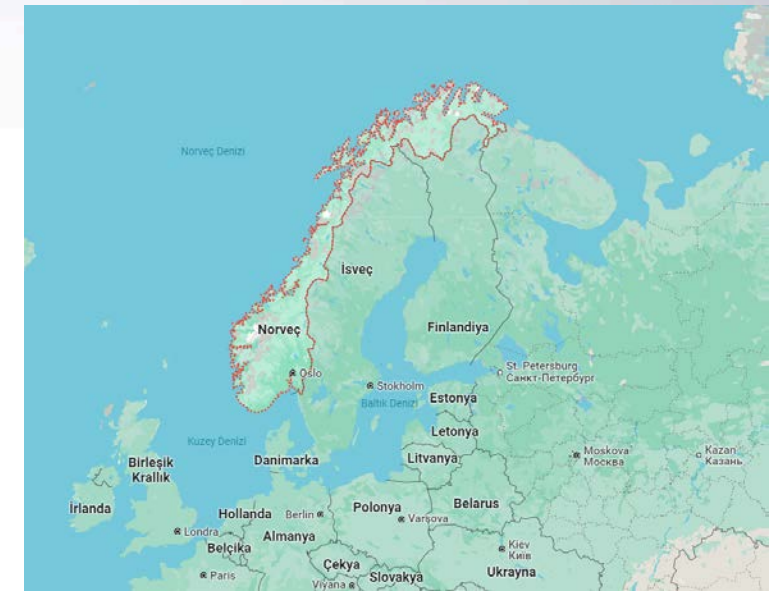
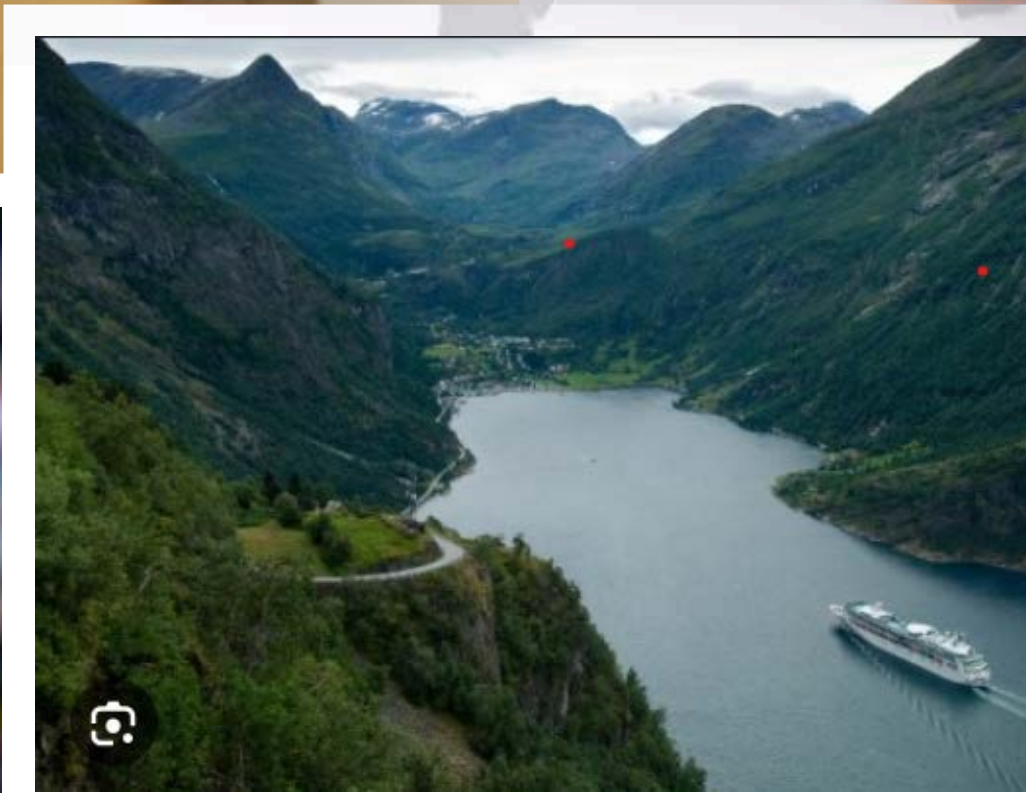




NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

NORVEÇ

- **Nüfus:** 5.571.634
- **Kişi Başı Yıllık Kazanç:** 65.652,99 dolar
- **Gayrisafi Milli Hasıla:** 90.861,72 dolar
- Norveç, İskandinav Yarımadası'nın batısında yer alan bir ülkedir ve oldukça çeşitli ve engebeli bir coğrafi yapıya sahiptir.
- Fiyortlar, Dağlar, Buzullar, Kıyılar(Norveç'in kıyı şeridi çok girintili çıkıntılıdır ve birçok ada, adacık ve kayalık içerir. Bu kıyı şeridi, Avrupa'nın en uzunlarından biridir ve uzunluğu 83.000 km'yi bulur.), Vadiler, ormanlar göller açısından zengin bir coğrafyaya sahiptir.
- Kuzey Kutup Dairesi:* Norveç'in kuzey kesimi Kuzey Kutup Dairesi içerisinde yer alır. ***Bu bölgede yer alan Lofoten Adaları ve Nordkapp gibi yerler, yılın belli dönemlerinde 24 saat güneş ışığına (gece yarısı güneşi) ve kışın ise sürekli karanlığa (kutup gecesi) sahiptir.***
- Ülkede daha çok hayvansal gıdalar tüketilmektedir, balık peynir süt ve benzeri besinler ağırlıkla tüketilmektedir.
- Sert karasal ve kutup iklimine sahip bölgeleri vardır. Yıllık yağış miktarı kıyı kesimlerde daha fazla olmak üzere fazladır.





DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Nüfus Piramidi

Demographic change 2023 - 2050

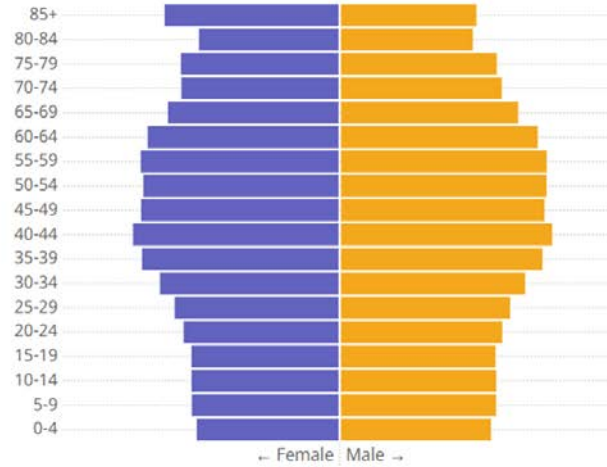
2023

Population by age and sex, Norway



2050

Population by age and sex, Norway



Norveçin 2022 nüfusu **5 milyon 434 bin 318** olarak ölçülmüştür ve 2050 yılında nüfusun **6,367,558** olması yani **%17**'lik bir artış olması beklenmektedir.

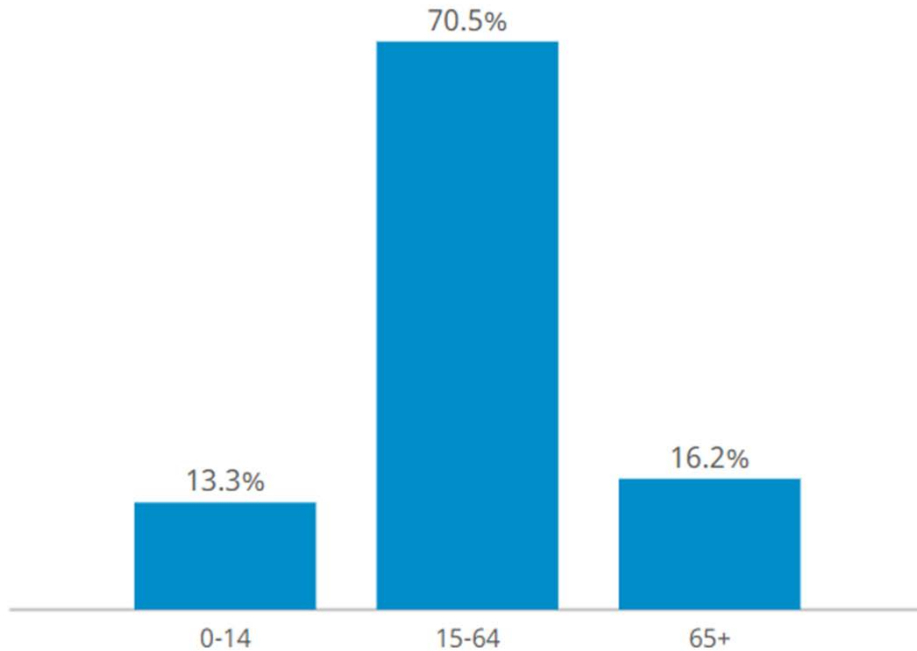


DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Yaş Dağılımları

Age distribution of population (%)

Norway, 2022



- Grafikte, Norveç'in 2022 yılı nüfusunun yaş dağılımı yüzde olarak gösterilmektedir. Nüfusun %13,3 ü 0-14 yaş arasında iken, %70,5'i 15-64 yaş arasında %16,2 si ise 65 yaş ve üzeridir.
- Nüfusun en büyük kısmı, %70.5 ile 15-64 yaş grubunda yer almakta, bu da iş gücü olarak kabul edilen kesimin oldukça geniş olduğunu göstermektedir.
- 0-14 yaş grubu %13.3 ile toplam nüfusun daha küçük bir bölümünü oluşturmakta, bu da genç nüfus oranının nispeten düşük olduğunu göstermektedir.
- 65 yaş ve üzeri grup ise %16.2 ile dikkat çekmektedir; bu oran, yaşlı nüfusun giderek arttığını ve yaşlanma eğiliminin olduğunu göstermektedir. Bu dağılım, Norveç'in yaşlanmakta olan bir nüfusa sahip olduğunu ve yaşlı nüfusun sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde daha fazla baskı oluşturabileceğini işaret eder.



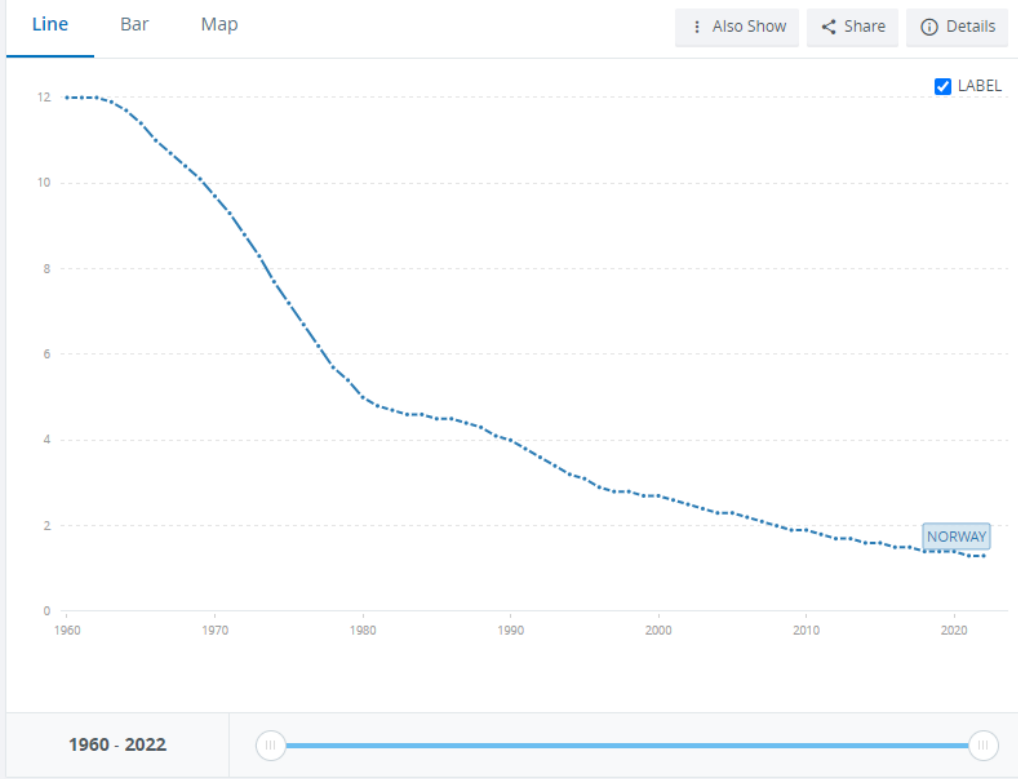
DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Neonatal Ölüm Hızı

Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births) - Norway

Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) at childmortality.org.

License : CC BY-4.0



Neonatal ölüm hızı 1000'de 2 olarak hesaplanmıştır.

- Grafik, Norveç'te 1960'tan 2022'ye kadar yenidoğan ölüm oranını (1.000 canlı doğum başına) göstermektedir. 1960'larda yaklaşık 12 olan yenidoğan ölüm oranı, yıllar içinde sürekli olarak azalmıştır.
- Bu düşüş, Norveç'in sağlık sisteminde önemli gelişmeler kaydettiğini, özellikle yenidoğan bakımı, tıbbi müdahaleler, sağlık hizmetlerine erişim, prenatal ve postnatal bakım kalitesinde iyileşmelerin olduğunu göstermektedir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

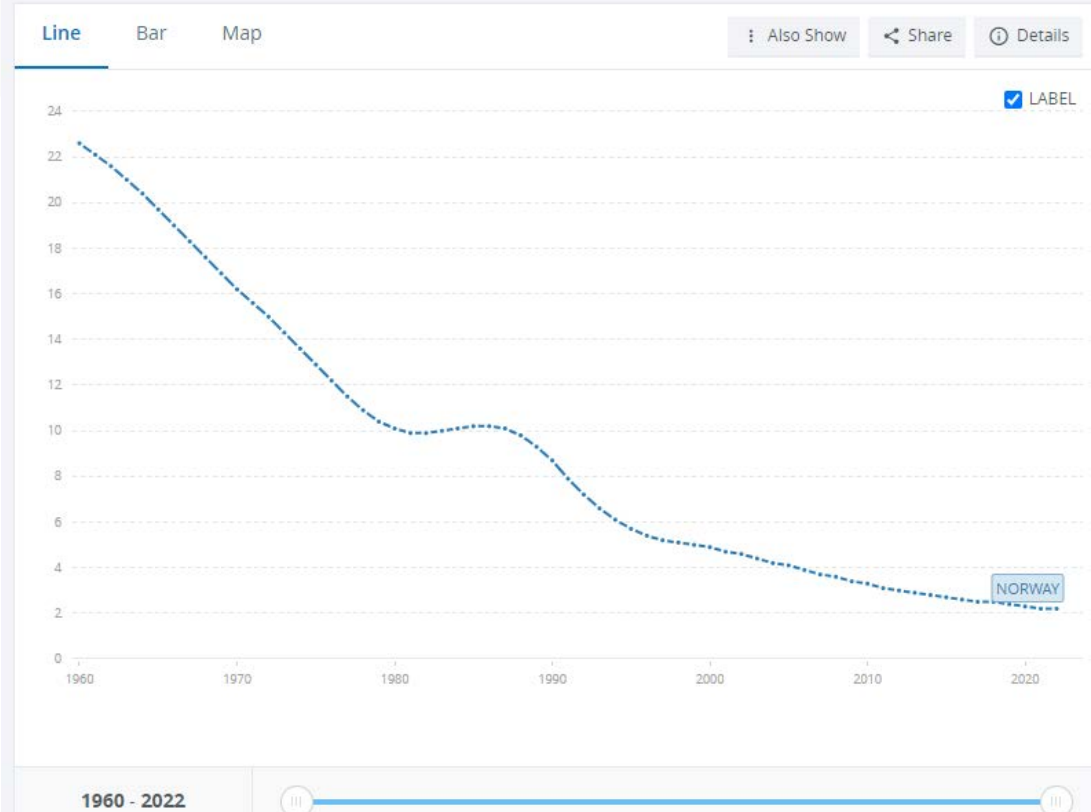
5 Yaş Altı Ölüm Hızı

5 yaş altı ölüm hızı 1000 canlı doğumda 2 olarak hesaplanmıştır.

Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births) - Norway

Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) at childmortality.org.

License : CC BY-4.0



- Grafikte, Norveç'te 1960'tan 2022'ye kadar 5 yaş altı çocuk ölüm oranı (1.000 canlı doğum başına) gösterilmektedir. 1960 yılında yaklaşık 24 olan 5 yaş altı ölüm oranı, yıllar içinde sürekli olarak azalmıştır.
- Bu azalma, Norveç'in sağlık hizmetlerinde, özellikle çocuk sağlığı, aşılama, hijyen standartları, beslenme programları ve çocuk hastalıklarının önlenmesi konularında önemli gelişmeler kaydettiğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, kaliteli tıbbi bakım, etkili aşı ve tarama programlarının yaygınlaştırılması, bebek ve çocuk ölüm oranlarının ciddi şekilde azalmasına katkıda bulunmuştur.



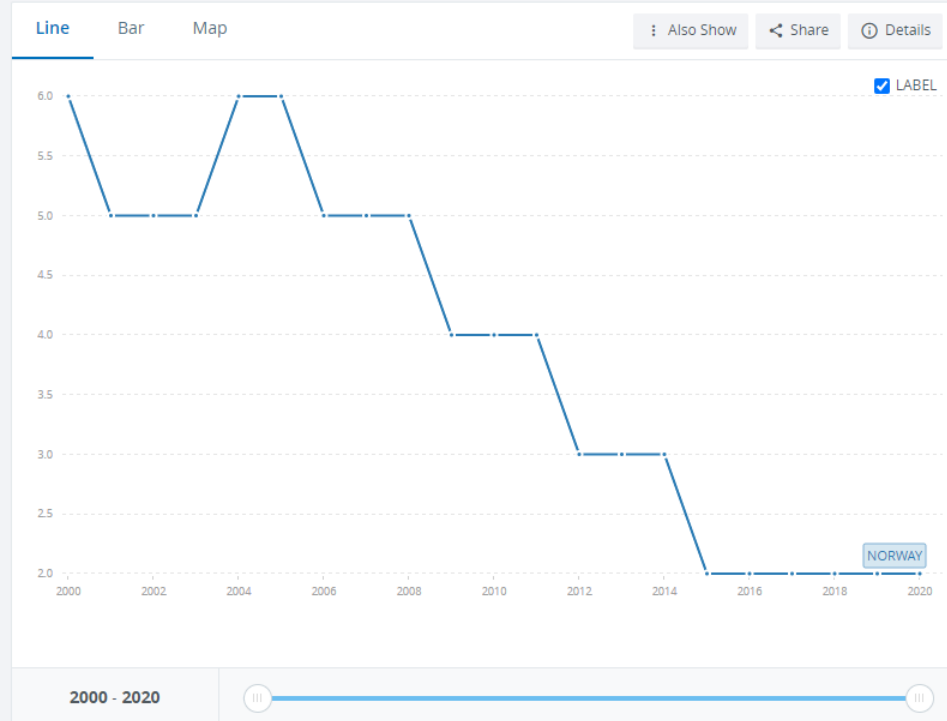
DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Anne Ölüm Oranı

Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) - Norway

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and UNDESA/Population Division. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020. Geneva, World Health Organization, 2023

License : CC BY-4.0



Anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 2.0 olarak gösterilmiştir.

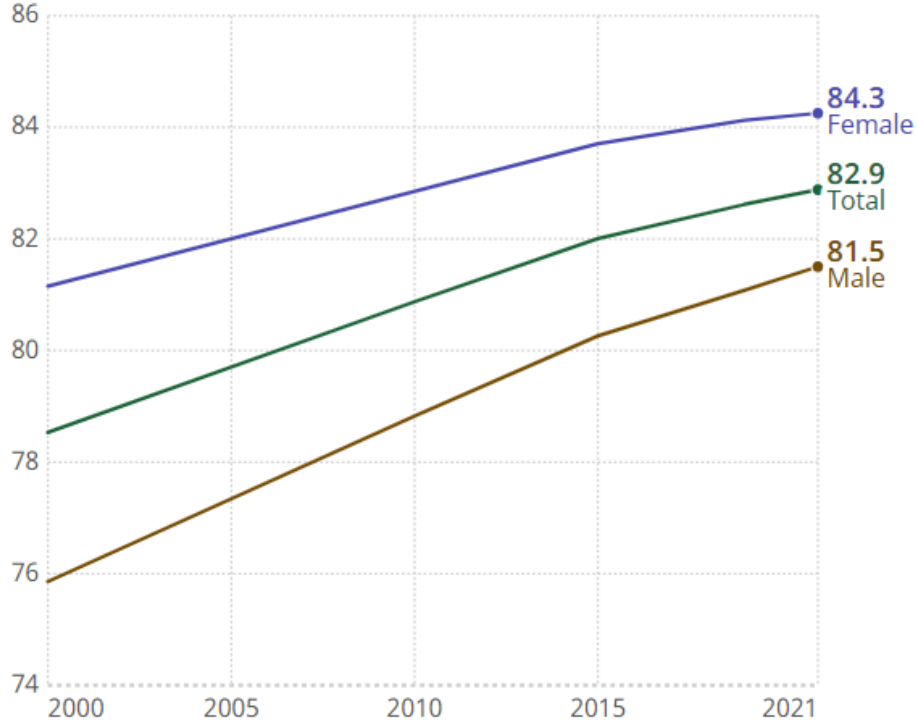
- Grafik, Norveç'te 2000-2020 yılları arasında anne ölüm oranını (100.000 canlı doğum başına) göstermektedir. 2000 yılında oran 6 civarındayken, bu oran zamanla kademeli bir şekilde azalmış ve 2015'ten itibaren yaklaşık 2 seviyesine ulaşarak 2020 yılına kadar bu seviyede kalmıştır.
- Bu düşüş, Norveç'in doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin kalitesini artırdığını, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştiğini ve özellikle acil doğum hizmetlerinin geliştirilmiş olduğunu göstermektedir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Life expectancy at birth

The average number of years that a newborn could expect to live. Norway, both sexes, 2000 - 2021.



Grafik, Norveç'te 2000-2021 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresini (ortalama yaşam beklentisi) göstermektedir. Veriler, kadınlar, erkekler ve toplam nüfus için ayrı ayrı sunulmuştur.

- **Kadınlar:** 2000 yılında kadınların beklenen yaşam süresi yaklaşık 82 yıl iken, 2021 yılına gelindiğinde bu süre 84.3 yıla yükselmiştir. Kadınlar, erkeklere kıyasla her zaman daha yüksek bir yaşam beklentisine sahiptir.
- **Erkekler:** 2000 yılında erkeklerin yaşam beklentisi yaklaşık 76 yılken, 2021'de bu süre 81.5 yıla çıkmıştır. Erkekler de yıllar içinde önemli bir iyileşme göstermiştir, ancak yaşam beklentileri kadınların gerisinde kalmaktadır.
- **Toplam Nüfus:** Genel yaşam beklentisi 2000 yılında yaklaşık 79 yıl iken, 2021 yılında 82.9 yıla yükselmiştir.

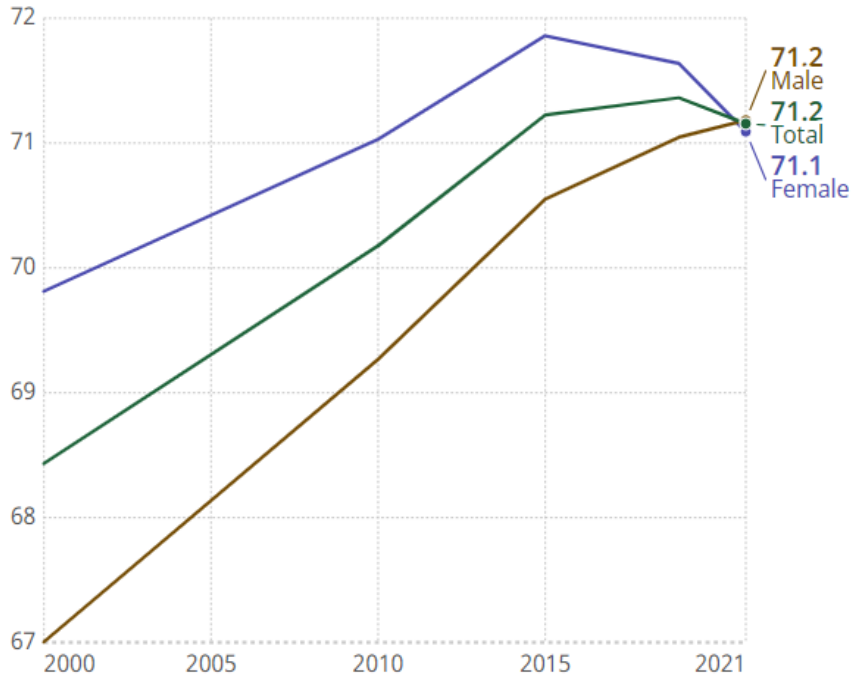


DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Sağlıklı Yaşam Beklentisi

Healthy life expectancy (HALE) at birth

The average number of years that a person can expect to live in "full health" from birth.
Norway, both sexes, 2000 - 2021.



Grafik, Norveç'te 2000-2021 yılları arasında doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresini (Healthy Life Expectancy - HALE) göstermektedir. Bu veri, bireylerin doğumdan itibaren "tam sağlık" halinde yaşamayı bekleyebilecekleri yılların sayısını belirtir.

- **Kadınlar:** 2000 yılında yaklaşık 70 yıl olan sağlıklı yaşam beklentisi, 2021 yılında 71.1 yıla yükselmiştir.
- **Erkekler:** Erkeklerde 2000 yılında sağlıklı yaşam beklentisi yaklaşık 67 yıl iken, 2021 yılında 71.2 yıla ulaşmıştır. Erkekler, yıllar boyunca kadınlardan daha düşük sağlıklı yaşam beklentisine sahip olmalarına rağmen, 2021'de kadınlarla neredeyse eşit bir seviyeye gelmiştir.
- **Toplam Nüfus:** Genel sağlıklı yaşam beklentisi 2000 yılında yaklaşık 68 yıl iken, 2021 yılında 71.2 yıla yükselmiştir.



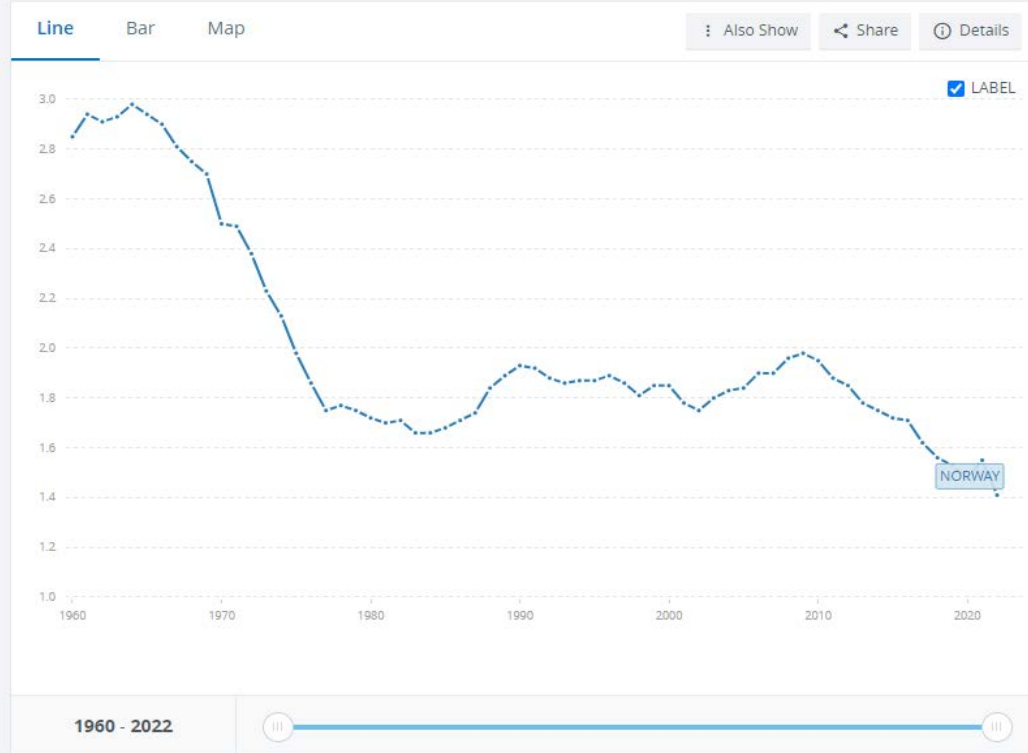
DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Toplam Doğurganlık Hızı

Fertility rate, total (births per woman) - Norway

(1) United Nations Population Division. World Population Prospects: 2022 Revision; (2) Statistical databases and publications from national statistical offices; (3) Eurostat: Demographic Statistics.

License : CC BY-4.0



- Grafik, Norveç'te 1960-2022 yılları arasındaki toplam doğurganlık oranını (kadın başına düşen ortalama doğum sayısı) göstermektedir. 1960'larda yaklaşık 3 olan doğurganlık oranı, yıllar içerisinde düşüş göstererek 2022 yılında yaklaşık 1.5'in altına gerilemiştir.
- 1960'lardan 1980'lere kadar olan keskin düşüş, modern toplumlarda görülen genel eğilimlerle paralel olarak, kadınların iş gücüne katılımının artması, doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlaşması, aile planlamasının önem kazanması ve yaşam standartlarının değişmesi gibi faktörlerden etkilenmiştir.
- 1980'lerden sonra doğurganlık oranı 1.7 civarında sabitlenmiş gibi görünse de 2000'li yıllardan itibaren hafif bir artış ve ardından tekrar bir düşüş trendi gözlemlenmiştir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Başlıca Ölüm Nedenleri

İskemik Kalp Hastalığı: 100.000 kişide 98.9 ölümlle en yaygın ölüm nedeni.

Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar: 83 ölümlle ikinci sırada yer almakta, yaşlanan nüfusun etkisi büyük.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH): 50.6 ölüm, sigara kullanımı ve hava kirliliği etkili olabilir.

İnme: 46 ölümlle dördüncü sırada.

Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri: 43.1 ölüm, kanserin toplumdaki önemli etkisini yansıtmakta.

Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları: 33.4 ölümlle, solunum yolu hastalıklarının ciddi bir sorun olduğunu gösteriyor.

Kolon ve Rektum Kanseri: 33.2 ölüm, kanser türleri arasında önemli bir yer tutuyor.

Prostat Kanseri: 21.8 ölüm, özellikle erkeklerde önemli bir kanser türü.

Düşmeler: 14.4 ölüm, özellikle yaşlı nüfusta ciddi bir risk faktörü.

Pankreas Kanseri: 14.3 ölüm, ciddi bir sağlık tehdidi.

Top causes of death

Deaths per 100 000 population. Norway, 2019

Ischaemic heart disease	98.9	
Alzheimer disease and other dementias	83	
Chronic obstructive pulmonary disease	50.6	
Stroke	46	
Trachea, bronchus, lung cancers	43.1	
Lower respiratory infections	33.4	
Colon and rectum cancers	33.2	
Prostate cancer	21.8	
Falls	14.4	
Pancreas cancer	14.3	



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Suicide deaths

Norway, 2019

11.78 [10.64 - 13.11] ^{-0.18}
improving since 2018

Number of suicide deaths in a given year

Road traffic deaths

Norway, 2021

1.5

Number of road traffic deaths per 100 000 population

İntihar Ölümleri (2019): İntihar oranı 100.000 kişi başına 11.78 olarak belirtilmiş ve bu oran 2018'den bu yana iyileşme göstererek -0.18 oranında azalmıştır.

Trafik Kazası Ölümleri (2021): Trafik kazalarından ölüm oranı 100.000 kişi başına 1.5'tir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Hastalık Yükü

- Norveç'te, DALY'lerin yüzde oranı, özellikle kontrol edilemeyen hastalıklar tarafından domine edilmektedir. İskemik kalp hastalığı , toplam DALY'lerin %6.35'i ile en yüksek paya sahiptir. İKH, prevalansı azalmış olmasına rağmen, hem 1990 hem de 2019 yılında DALY'lerin en büyük sebebi olmaya devam etmiştir. Sırt ağrısı, toplam DALY'lerin %4.7 ile ikinci en büyük paya sahiptir ve bunu %3.92'lik pay ile KOAH ve inme takip etmektedir. Aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi, inmeler nedeniyle kaybedilen DALY'ler 2019'da azalmıştır.
- Şiddet ve öz kıyım dahil olmak üzere yaralanmalar, toplam DALY'lerin ikinci en büyük payına sahiptir. Bu alandaki en büyük payı, toplam DALY'lerin %3.99'unu oluşturan düşmeler almaktadır ve bu oran hafif bir artış göstermektedir. Bunu, %1.77 ile öz kıyım ve toplam DALY'lerin %0.9'unu oluşturan trafik kazaları takip etmekte, her ikisi de azalmaktadır.

Top 10 causes of DALYs in Norway, both sexes, all ages

1990	2019
1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease
2 Stroke	2 Low back pain
3 Low back pain	3 Falls
4 Falls	4 COPD
5 Lung cancer	5 Stroke
6 Lower respiratory infections	6 Lung cancer
7 Self-harm	7 Diabetes
8 Colorectal cancer	8 Headache disorders
9 Headache disorders	9 Colorectal cancer
10 Anxiety disorders	10 Anxiety disorders



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Hastalık Yükü

Top 10 causes of DALYs in Norway, both sexes, all ages

1990	2019
1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease
2 Stroke	2 Low back pain
3 Low back pain	3 Falls
4 Falls	4 COPD
5 Lung cancer	5 Stroke
6 Lower respiratory infections	6 Lung cancer
7 Self-harm	7 Diabetes
8 Colorectal cancer	8 Headache disorders
9 Headache disorders	9 Colorectal cancer
10 Anxiety disorders	10 Anxiety disorders

- Bulaşıcı, neonatal, maternal ve beslenme hastalıkları, toplam DALY'lerin en küçük payına sahiptir. Bu alandaki en büyük sebep, toplam DALY'lerin %1.47'sini oluşturan alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Alt solunum yolu enfeksiyonları, 1990 yılında DALY'lerin en büyük on sebebinden biriydi. Ancak, prevalansının yıllar içinde azalmasıyla birlikte artık en büyük on içinde yer almamaktadır. Toplam DALY'lerin %0.85'ini oluşturan neonatal bozukluklar da azalmaktadır, buna karşın ishal hastalıkları %0.58 ile artmaktadır. Bu grup içinde, toplam DALY'lerin %0.33'ü ile en yüksek yıllık artışı %2.41 ile protein enerji malnütrisyonu göstermektedir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Öncelikli Risk Faktörleri

Alkol Tüketimi (2019): Kişi başına düşen yıllık saf alkol tüketimi 6.8 litre olarak belirtilmiştir. 2015'ten bu yana 0.03'lük küçük bir azalma gözlemlenmiştir. Bu, Norveç'te alkol tüketiminin genel olarak düşük olduğunu ve zamanla daha da azaldığını göstermektedir.

Tütün Kullanımı (2020): 15 yaş ve üzeri bireylerde tütün kullanımı oranı %20'dir. Bu oran, tütünle mücadele politikalarının önemini vurgulamaktadır. Sigara kullanımının azaltılması, toplum sağlığı açısından önemli bir hedefdir.

Hipertansiyon Yaygınlığı (2019): 30-79 yaş aralığındaki yetişkinlerin %30.5'i hipertansiyona sahiptir. 2018'den bu yana %0.5'lik bir iyileşme gözlenmiştir. Hipertansiyonun yaygınlığı, kalp-damar hastalıkları riskini artıran önemli bir faktördür.

Yetişkin Obezite Oranı (2022): 18 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %19.1'dir. Obezite, diyabet, kalp hastalıkları ve çeşitli kanser türleri gibi kronik hastalıkların önemli bir risk faktörüdür.

Prevalence of hypertension

Norway, 2019

30.5% [23.3% - 38.5%] -0.5 percentage points
improving since 2018

Percentage of adults (30-79) with hypertension

Alcohol consumption

Norway, 2019

6.8 [4.49 - 9.3] -0.03
change since 2015

Amount of alcohol consumed per adult (15+ years) over a calendar year, in litres of pure alcohol

Adult obesity

Norway, 2022

19.1% [15.9% - 22.7%]

Percentage of adults aged 18+ years with a body mass index (BMI) of 30 kg/m² or higher

Tobacco use

Norway, 2020

20% [10% - 20%]

WHO estimate of current tobacco use prevalence among persons 15 years and older % (age-standardized) (SDG 3.a.1)



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Births attended by skilled health personnel

Norway, 2022

99.1% -0.1 percentage points
worsening since 2021

Percentage of births attended by skilled health personnel

Safely managed sanitation

Norway, 2022

78.1% +0.0781 percentage points
improving since 2021

Percentage of population that have access to safely managed, improved sanitation facilities that are not shared with other households

Sağlık Personeli Tarafından Gerçekleştirilen Doğumlar (2022): Doğumların %99.1'i eğitimli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu oran son bir yılda %0.1 oranında azalmış olsa da, neredeyse tüm doğumların eğitimli sağlık personelinin gözetiminde gerçekleştiğini göstermektedir. Bu yüksek oran, Norveç'in doğum hizmetlerinde yüksek standartları ve anne-çocuk sağlığına verdiği önemi yansıtır.

Güvenli Yönetilen Sanitasyon Olanaklarına Erişim (2022): Nüfusun %78.1'i güvenli yönetilen, geliştirilmiş sanitasyon olanaklarına erişime sahiptir. Bu oran, 2021'den bu yana %0.0781 oranında bir iyileşme göstermektedir. Bu, sanitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi için devam eden çabaları göstermektedir, ancak hala iyileştirilmesi gereken alanlar mevcuttur.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Bağışıklama Yüzdeleri

**12-23 haftalık
çocukların DPT
aşılanma oranı %97'dir.**

**12-23 haftalık
çocukların kızamık
aşılanma oranı %96'dır.**

**Herhangi bir yaş
aralığındaki çocukların
hepatit aşılanma oranı
%96'dır.**



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aşılama

**Aile
planlaması
ve doğum
öncesi
hizmetler**

**Tarama
programları**

**Bulaşıcı
hastalık
kontrolü**

**İş sağlığı ve
güvenliği**



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

• Aşılama

- Norveç Çocuk Aşılama Programı'nda yer alan aşıların uygulanmasından belediyeler sorumludur.
- Program 1952 yılında başlamış olup, ***şu anda kızamık, kabakulak ve kızamıkçık (KKK), difteri, tetanos, boğmaca, Haemophilus influenzae tip B (Hib), pnömokokal hastalık, çocuk felci, rotavirüs, Hepatit B ve insan papilloma virüsü (HPV) gibi 13 farklı hastalığa*** karşı ***ücretsiz çocuk aşıları*** sunmaktadır. Bazı çocuklara ayrıca tüberküloz aşısı da önerilmektedir.
- Norveç'te bu programa dahil olan aşıların çoğunda ***kapsama oranı %90'ın üzerindedir*** (Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü, 2017)
- Yetişkinler için kızamıkçık aşısı, kızamıkçık bağışıklığı olmayan doğurganlık çağındaki kadınlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Grip ve pnömokokal aşılar ise hamile kadınlar ve 65 yaş üzerindeki gibi risk gruplarına önerilmektedir. Aşılar ağırlıklı olarak aile hekimleri tarafından sağlanmakta olup, belirli bir ücret alınmaktadır.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **Aile Planlaması ve Doğum Öncesi Hizmetler**



- Belediyeler ayrıca aile planlaması ve doğum öncesi hizmetleri sunmaktan da sorumludur. Bu hizmetler genellikle yerel **Doğum ve Çocuk Sağlığı Merkezi'nde (helsestasjon) bir ebe veya aile hekimi tarafından sağlanır.** Genellikle hamilelik süresince sekiz doğum öncesi randevuyu ve bir ultrason taramasını içerir. Bu danışmanlıklar ücretsizdir ve hamile olan çalışan kadınlar, doğum öncesi randevulara katılmak için ücretli izin hakkına sahiptir.
- 1996 yılından bu yana, **belediyelerde Sağlıklı Yaşam Merkezleri (HLC)** kurulmuş olup, bu merkezler, sağlık davranışlarını değiştirmede veya sağlık sorunları ve kronik hastalıklarla başa çıkmada desteğe ihtiyaç duyan insanlar için egzersiz grupları ve danışmanlık gibi disiplinler arası birinci basamak sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bir belediyenin HLC kurması yasal bir zorunluluk olmamakla birlikte, Sağlık Müdürlüğü, belediyelerin sundukları koruyucu sağlık hizmetlerini yönetmek için her belediyenin bir HLC kurmasını önermektedir (Saunes, 2016)
- 2018 yılında belediyelerin %64'ünde bir HLC bulunmaktaydı (Norveç İstatistik Kurumu, 2019).



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

• Tarama Programları

- Norveç'te üç ulusal kanser tarama programı bulunmaktadır.
- Bunlardan ikisi, **50-59 yaş arası kadınlar için meme kanseri** ve **25-69 yaş arası kadınlar için rahim ağzı kanseri** taramaları, 1995 yılından beri yürürlükte.
- Üçüncü program ise **50-74 yaş arası erkekler ve kadınlar için kolon kanseri taraması** olup, şu anda pilot aşamasındadır. 2019 sonbaharından itibaren 55 yaşına giren erkekler ve kadınlar tarama programına katılmaya davet edilecek ve 2024 yılında ulusal kapsama ulaşılması beklenmektedir. Bu tarama programlarının tamamı Norveç Kanser Kayıt Bürosu tarafından yönetilmektedir.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü**
- Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü (NIPH), ***Bulaşıcı Hastalıklar için Norveç Gözetim Sistemi'ni*** (Meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS) yürütmekte ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi ve Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde uluslararası gözetim çalışmalarına katkıda bulunmaktadır. ***MSIS, üç grup hastalığı ayırt eder.***
- **Grup A, GrupB, GrupC**
- Seçili grup A hastalıklarının (örneğin kuduz ve kızamıkçık) izole vakalarında erken uyarı bildirimini (yani düzenli yazılı bildirim sistemi dışında hemen bildirim) gereklidir. Uyarı, yerel Belediye Sağlık Memuru'na iletilmeli, o da hemen NIPH ve İl Hekimi'ne bildirmelidir. Bu durum hem hastane içinde hem de dışında geçerlidir. Gıda veya su yoluyla bulaşabilecek bir enfeksiyon hastalığından şüphelenildiğinde veya doğrulandığında, Belediye Sağlık Memuru ayrıca yerel Gıda Güvenliği Ajansı'nı da bilgilendirmelidir.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Grup A hastalıkları (örneğin kolera, hepatit) için, tıbbi mikrobiyolojik laboratuvarlardan ve doktorlardan gelen raporlar, tespit edildikten hemen sonra hasta kimliği ile birlikte NIPH'ye gönderilir. Bildirimlerin kopyaları ayrıca hastanın ikamet ettiği belediyedeki Belediye Sağlık Memuru'na da gönderilir.



Grup B hastalıkları (bel soğukluğu, HIV ve frengi) için, raporlar doktorlar ve tıbbi mikrobiyolojik laboratuvarlar tarafından yine NIPH'ye hemen gönderilir, ancak hastanın kimliği açıklanmaz. Bildirimlerin kopyaları ayrıca hastanın ikamet ettiği belediyedeki Belediye Sağlık Memuru'na da gönderilir.



Grup C hastalıkları (genital klamidya ve clostridium difficile) için raporlar da hastanın kimliğini açıklamaz, ancak hemen gönderilmez.



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Seçili grup A hastalıklarının (örneğin kuduz ve kızamıkçık) izole vakalarında erken uyarı bildirim (yani düzenli yazılı bildirim sistemi dışında hemen bildirim) gereklidir. Uyarı, yerel Belediye Sağlık Memuru'na iletilmeli, o da hemen NIPH ve İl Hekimi'ne bildirmelidir. Bu durum hem hastane içinde hem de dışında geçerlidir. Gıda veya su yoluyla bulaşabilecek bir enfeksiyon hastalığından şüphelenildiğinde veya doğrulandığında, Belediye Sağlık Memuru ayrıca yerel Gıda Güvenliği Ajansı'nı da bilgilendirmelidir.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **İş Sağlığı ve Güvenliği**

2005 tarihli Çalışma Ortamı Yasası'na göre, iş sağlığı ve güvenliğini düzenleyen yasalar uyarınca, işverenler işyerlerinde sağlık ve güvenlik standartlarının karşılanmasını sağlamakla yükümlüdür ve sağlık, çevre ve güvenlik faaliyetleri için yazılı hedeflere sahip olmalıdır. Bu yasanın uygulanması, ***Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı Norveç İş Müfettişliği*** tarafından denetlenmektedir. ***İş Müfettişliği'nin yedi bölgesel ofisi ve ülke genelinde 16 yerel ofisi bulunmaktadır.*** Yerel ofisler, yerel topluluklardaki bireysel işverenlere rehberlik eder ve onların yasal gerekliliklere uymalarını denetler (Norveç İş Müfettişliği, 2018).

Norveç, OECD ülkeleri arasında tam zamanlı çalışanlar arasında en yüksek iş günü kaybı oranına sahiptir. (bkz. Bölüm 1.4). 2000'li yılların başından itibaren işverenler, çalışanlar ve NAV arasında işyerinde hastalık nedeniyle devamsızlıkları azaltmak, engelli çalışanların istihdam oranını artırmak ve fiili emeklilik yaşını yükseltmek amacıyla bir dizi kapsayıcı işyeri anlaşması yapılmıştır. Mevcut anlaşma, 1 Ocak 2019'dan 31 Aralık 2022'ye kadar olan dönemi kapsamaktadır.

Anlaşmayı imzalayan şirketlerin çalışanları, tek bir devamsızlık için sekiz takvim gününe kadar, bir yıl içinde toplamda 24 gün boyunca doktor raporu olmaksızın hastalık izni alma hakkına sahiptir. İşyerinde sunulan ve uzun süreli hastalık izninde olan çalışanların işlerine geri dönmelerine ve maluliyet yardımlarından çıkmalarına yardımcı olan iş sağlığı hizmetleri, NIS kapsamında özel bir oranda geri ödenebilir. 2018'de engelli çalışanlar arasında istihdam oranı %44 iken, 15 ile 66 yaş arasındaki genel nüfus için bu oran %70,4 idi (Norveç İstatistik Kurumu, 2019a). 2012'den 2018'e kadar olan kapsayıcı işyeri anlaşmasının hedeflere ulaşımını belgeleyen bir rapor, hastalık devamsızlığı oranlarının ve engelli bireylerin istihdam oranlarının nispeten istikrarlı seviyelerde kaldığını, ancak fiili emeklilik yaşında bir artış olduğunu ortaya koymuştur (Telle et al., 2018).





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Sistemi

- Belediyeler, rehabilitasyon, fizyoterapi ve hemşirelik dahil olmak üzere birincil sağlık hizmetlerini sağlama , 24 saat acil hizmeti sunma , hastalara hastane öncesi ve sonrası bakım sağlamada görevlidirler. Kayıtlı olan sakinler, doktorun ek hasta kabul etme kapasitesi olması şartıyla, istedikleri bir aile hekimine gitme hakkına sahiptir (2016 yılında bir aile hekimi için ortalama hasta paneli büyüklüğü 1.120 idi).
- Belediyeler, sağlık hizmetlerini nasıl organize edeceklerine karar verme konusunda özgürdür; pratisyen hekimleri kamu çalışanı olarak istihdam etme veya özel hekimlerle sözleşme imzalama kararı alabilirler.
- Belediyeler, genellikle serbest çalışan bireysel aile hekimleriyle sözleşme yapar; sadece yüzde 6'sı belediye çalışanı olarak maaş alır.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Sistemi

- Aile hekimi muayenehaneleri genellikle bir ila altı doktordan oluşur ve hemşireler, laboratuvar teknisyenleri ve sekreterler istihdam eder.
- Neredeyse tüm nüfusun (> %99) düzenli olarak gittikleri bir pratisyen hekime (GP) kayıtlı olduğu görülmektedir. Ancak, yaklaşık 20.000 kişi (%0,4) düzenli olarak pratisyen hekime gitmemektedir. 2017 yılında, bir pratisyen hekimin listesinde bulunan ortalama hasta sayısı ulusal düzeyde 1157 idi, ancak bu sayı coğrafi olarak büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Finnmark'ta (en kuzeydeki il) ortalama 800 hasta varken, Oslo'da bu sayı 1400 hastaya kadar çıkmaktadır. Bir pratisyen hekimin listesinde yer alabilecek hasta sayısının üst sınırı 2500 olarak belirlenmiştir.(Norveç Sağlık Müdürlüğü, 2017c).



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ

Ulusal Seviye (National level):

Parliament (Parlamento): Sağlık sisteminin en üst seviyesidir ve politikaları belirler.

Government (Hükümet): Sağlık sistemini yönetir ve Parlamento'nun belirlediği politikaları uygular.

Ministry of Health and Care Services (Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı): Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve denetlenmesinden sorumludur.

Ministry of Labour and Social Affairs (Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı): İşçi hakları ve sosyal politikalar ile ilgilenir.

National Insurance Scheme (Ulusal Sigorta Planı - NIS): Sosyal güvenlik ve sağlık sigortası yönetiminden sorumludur.

Subordinate Agencies (Alt Kuruluşlar): Direktörlükler, denetim kurumları ve çeşitli sağlık ile ilgili düzenleyici ve danışma organlarını içerir.

Bölgesel Seviye (Regional level):

Regional Health Authorities (RHA'lar): Bölgesel sağlık otoriteleridir ve hastaneler ile sağlık hizmetlerinin organizasyonunu sağlar.

Hospital Trusts (Hastane Vakıfları): Bölgesel sağlık otoritelerine bağlı olarak çalışırlar ve hastane hizmetlerini yürütürler.

İlçe Seviyesi (County level):

Counties (İller): Sağlık hizmetlerinin yerel düzenlenmesinde rol oynar, ancak daha çok koordinatör bir role sahiptirler.

Belediye Seviyesi (Municipal level):

Municipalities (Belediyeler): Yerel halk sağlığı ve temel sağlık hizmetleri sunumundan sorumludur.

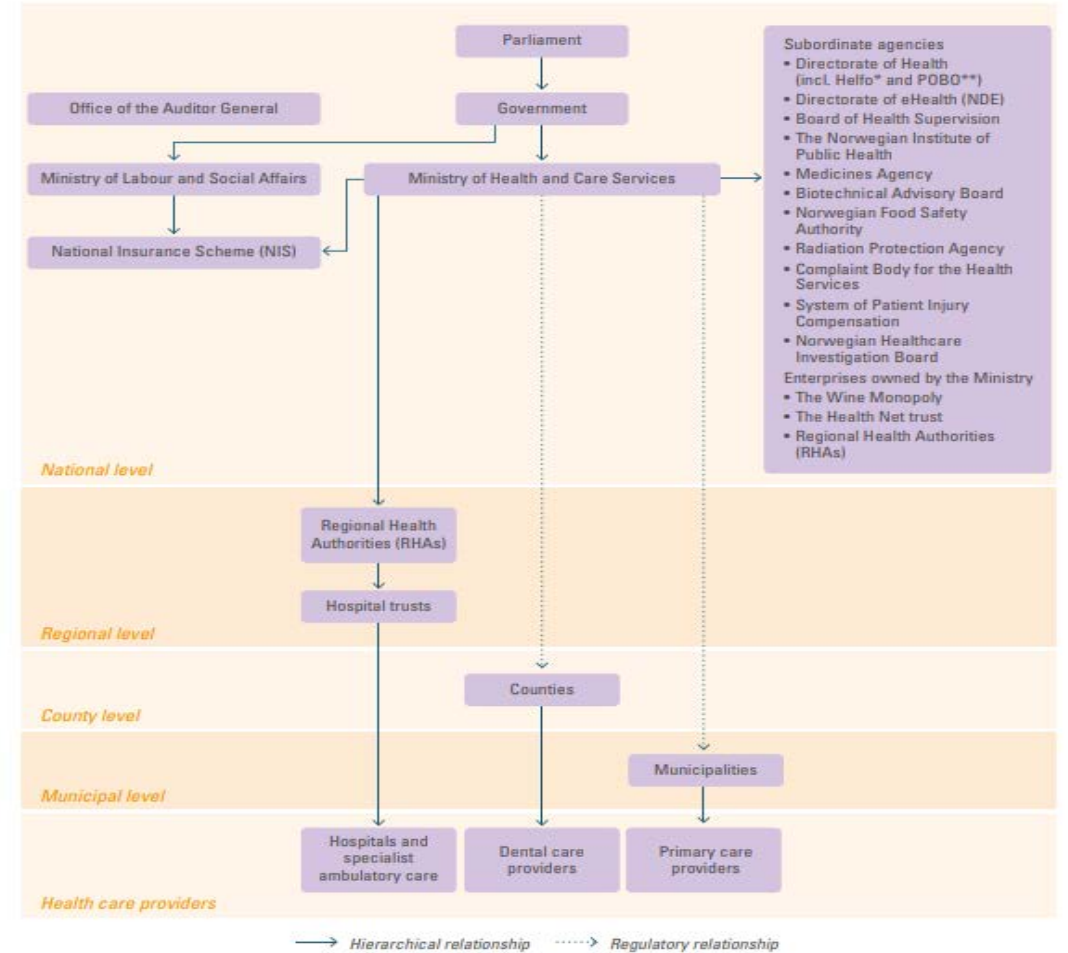
Sağlık Hizmet Sunucuları (Health care providers):

Hospitals and specialist ambulatory care (Hastaneler ve uzman ayakta bakım): Yüksek uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerini sunar.

Dental care providers (Diş bakımı sunucuları): Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sağlar.

Primary care providers (Birincil sağlık hizmet sunucuları): Aile hekimliği ve diğer temel sağlık hizmetlerini sağlar.

FIG. 2.1 Overview of the health system



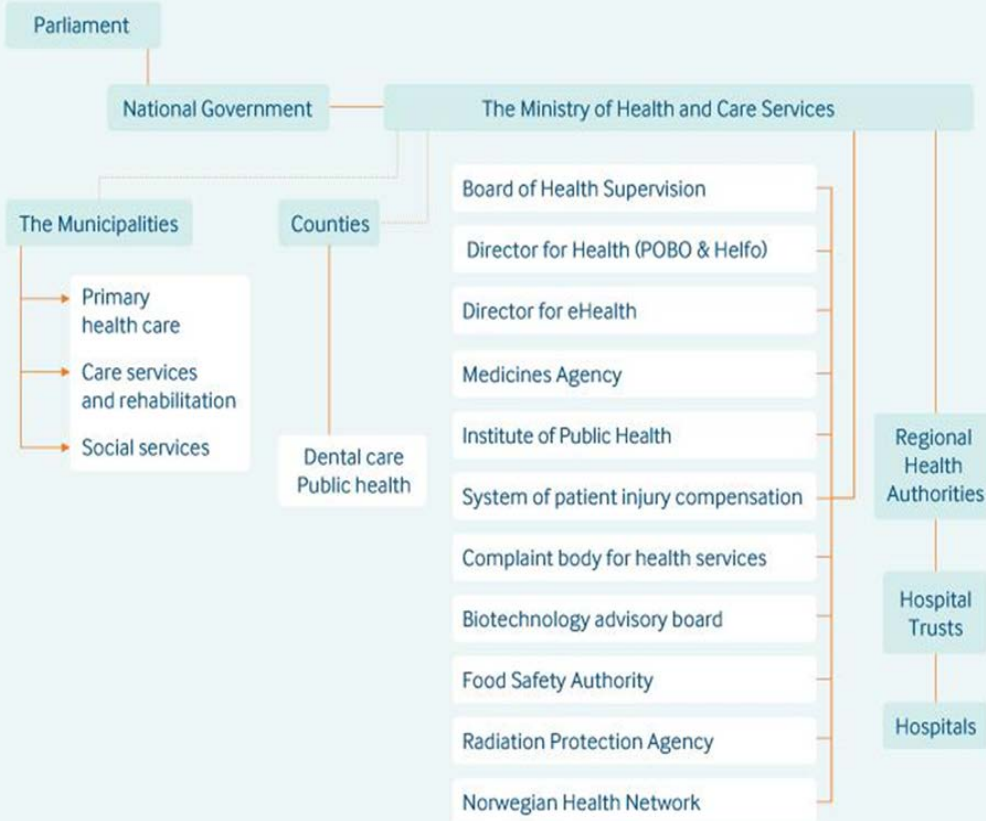
Notes: * Helfo = Health Economics Administration; ** POBO = Health and Social Services Ombudsmen.

Source: Authors



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ

ORGANIZATION OF THE HEALTH SYSTEM IN NORWAY



Notes: POBO = health and care services ombudsmen; Helfo = Health Economics Administration.

- **Parliament (Parlamento):** Norveç sağlık sisteminin en üst karar organıdır ve sağlık politikalarının belirlenmesinde kritik rol oynar.
- **National Government (Ulusal Hükümet):** Sağlık ve bakım hizmetlerinin genel yönetimini sağlar. Parlamento ile Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı (Ministry of Health and Care Services) arasındaki bağlantıyı temsil eder.
- **Ministry of Health and Care Services (Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı):**
 - Bu bakanlık, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden, denetlenmesinden ve yönetilmesinden sorumlu olup, çeşitli alt kuruluşlara rehberlik eder. Şemanın sağ tarafında yer alan birçok kuruluş bu bakanlığa bağlıdır:
- **Board of Health Supervision (Sağlık Denetim Kurulu), Director for Health (POBO & Helfo), Director for eHealth (eSağlık Direktörü), Medicines Agency (İlaç Ajansı), Institute of Public Health (Halk Sağlığı Enstitüsü), System of Patient Injury Compensation (Hasta Yaralanması Tazminat Sistemi), Complaint Body for Health Services (Sağlık Hizmetleri Şikayet Kurumu), Biotechnology Advisory Board (Biyoteknoloji Danışma Kurulu), Food Safety Authority (Gıda Güvenliği Otoritesi), Radiation Protection Agency (Radyasyon Koruma Ajansı), Norwegian Health Network (Norveç Sağlık Ağı)**
- **Regional Health Authorities (Bölgesel Sağlık Otoriteleri):** Bakanlığa bağlı olarak çalışan ve hastane hizmetlerinin yönetiminden sorumlu olan birimdir.
- **Hospital Trusts (Hastane Vakıfları) ve Hospitals (Hastaneler):** Hastaneler ve uzman sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardır.
- **The Municipalities (Belediyeler):**
 - **Primary health care (Birincil sağlık hizmetleri):** Temel sağlık hizmetlerini sunar.
 - **Care services and rehabilitation (Bakım hizmetleri ve rehabilitasyon):** Hastaların bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.
 - **Social services (Sosyal hizmetler):** Sosyal destek ve hizmetleri sağlar.
- **Counties (İller):** Dental sağlık ve halk sağlığı hizmetlerinden sorumludur.



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ

FIG. 4 | PROVIDER PAYMENT MECHANISMS IN NORWAY



GPs

Capitation,
fee-for-
service, fixed
budgets, co-
payments



Specialists

Fee-for-
service, case
payments,
payment
for quality,
co-payments,
fixed budgets



**Acute
Hospitals**

Fee-for-
service, case
payments,
payment for
quality, fixed
budgets



**Hospital
Outpatient
services**

Fee-for-
service, case
payments,
payment
for quality,
co-payments,
fixed budgets



Dentists

Fee-for-
service



Pharmacies

Fee-for-
service

"Fee-for-services," sağlık hizmeti sunucularının (doktorlar, hastaneler, klinikler gibi) verdikleri her hizmet için ayrı ayrı ücret aldıkları bir ödeme modelidir. Bu modelde, her bir tıbbi işlem, test, muayene veya tedavi için belirli bir ücret belirlenir ve hastalar veya sigorta şirketleri bu hizmetler için ödeme yapar. Fee-for-services modelinde, sağlık hizmeti sunucuları ne kadar çok hizmet sunarsa, o kadar çok ücret alırlar. Örnek ülkemizde uygulanan performans sistemidir.



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

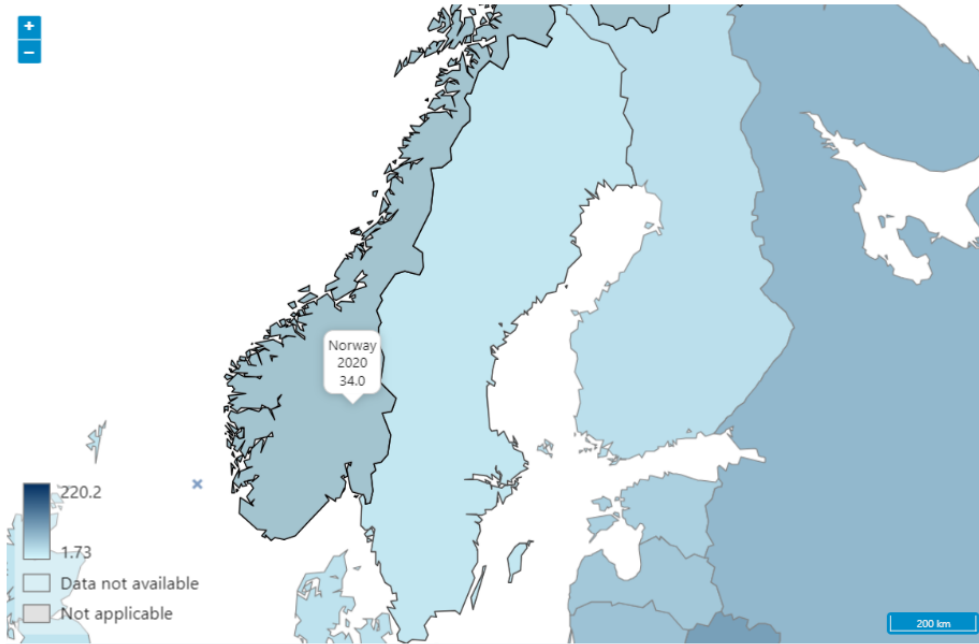
İkinci Basamak Sağlık Sistemi

Hospital beds (per 10 000 population)

FILTERS

Year

Latest



Disclaimer

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted



- Nüfusa düşen hasta yatağı sayısı: her 10.000 kişiye 34
- Yaklaşık 94 tane hastane bulunmaktadır bunların 2 tanesi özel hastanelerdir.
- Bu 92 devlet hastanesi 4 tane bölgeye ayrılmıştır. Bu 4 bölgenin içinde de merkez hastaneler olup bunlara bağlı diğer hastaneler bulunmaktadır.



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Palyatif Bakım



- Palyatif bakım hastalarının çoğunluğunu kanser hastalarının oluşturması nedeniyle, onkoloji, palyatif bakım alanındaki mesleki eğitim için en ilgili alan olmuştur. Onkoloji uzmanları, hastanelerdeki palyatif bakım birimlerinde rotasyon yapmaktadır. Çocuk palyatif bakımı, 2017 yılından bu yana bir hemşirelik uzmanlığı olarak sunulmaktadır.
- "Hayat ve Ölüm Üzerine; Hastalar ve Ölmekte Olanlar için Palyatif Bakım" başlıklı resmi bir rapor (Norveç Resmi Raporu, 2017:16) şu anda Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından işlenmektedir ve hükümet, uzun vadeli bakım ve palyatif bakım için daha güçlü destek sinyalleri vermiştir.
- The Economist dergisinin 80 ülke (37 Avrupa ülkesi dahil) arasında son dönem bakım hizmetlerini değerlendiren (Ölüm Kalitesi İndeksi) sıralamasına göre Norveç, genel olarak 12. sırada, palyatif bakım hizmetleri sağlama kapasitesi açısından 6. sırada ve palyatif bakım için insan kaynakları açısından 7. sırada yer almıştır. Norveç, uygunluk ve bakım kalitesi açısından sırasıyla 22. ve 16. sıralarda yer almıştır (Economist Intelligence Unit, 2015).



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Palyatif Bakım

Evde Kalan Hastalar için Palyatif Bakım

- Aile hekimleri ve belediye evde bakım hizmetleri tarafından sunulmaktadır. Aile hekimleri ve belediye evde bakım hizmetleri, hastane bazlı uzman palyatif bakım ekipleri tarafından desteklenebilir; bu ekipler, hastanelerin ayakta tedavi bölümlerinde ve belediyelerde palyatif bakım sağlamaktadır. Her ekip, en az bir uzman hekim ve bir tam zamanlı hemşire bulundurmalı; ayrıca bir sosyal çalışmacı, bir fizyoterapist içermelidir.

Uzman Palyatif Bakım

- Tüm ana hastanelerde multidisipliner palyatif bakım ekipleri bulunmaktadır.
- Uzman palyatif bakım, belediye hemşirelik evlerinde ve en karmaşık ihtiyaçları olan hastalara hizmet veren daha büyük hastanelerdeki uzman palyatif bakım hastane birimlerinde sağlanmaktadır.

Tersiyer Palyatif Bakım

- Tersiyer palyatif bakım, üniversite hastanelerinde sunulmaktadır. Dört üniversite hastanesi, bir ayakta tedavi ekibi, ayakta tedavi kliniği ve yataklı birimden oluşan kapsamlı bir palyatif bakım programına sahiptir.



SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Santralizasyon/Desantralizasyon

- İskandinav sağlık sistemi genellikle merkezi olmayan bir ulusal sağlık hizmeti (NHS) modeli olarak tanımlanır; finansman ağırlıklı olarak vergilendirme yoluyla sağlanır ve ana aktörler kamu kuruluşlarıdır.
- Norveç'te belediye hükümetleri, kaynakların tahsisi ve birinci basamak ve ayakta bakım hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir rol oynar. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında merkezi hükümetten belediye düzeyine önemli bir güç devri yapılmış olsa da, 2000'lerde hem merkeziyetçilik hem de yerelleşme eğilimleri gözlemlenmiştir.
- Son yıllarda, sağlık hizmetleri ve sosyal bakım konusundaki sorumluluk giderek daha fazla devletten ve il yönetimlerinden belediyelere kaydırılmıştır.
- Aynı zamanda, 2012 koordinasyon reformu, uzman bakım ve birinci basamak hizmetlerinin daha iyi koordine edilmesi için hastaneler ve belediyeler arasında zorunlu ağ yönetişi yapıları oluşturmuştur.
- alite izleme ve performans standartlarını belirleme alanlarında da merkeziyetçilik eğilimleri gözlemlenmektedir.





SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Sevk Zinciri

**75 yaşında
aksama ve
kalça ağrısı
olan bir kadın
hasta tipik
olarak şu
adımları izler:**

- Düzenli olarak gittiği aile hekimine başvurur. Hekim, hastayı muayene eder, artrit teşhisi koyar ve bir radyoloji incelemesi için sevk eder. Çoğu ayakta tedavi muayenesi için katılım payı ödenir.
- Radyoloji incelemesi sonuçlarını aldıktan sonra, aile hekimi hastayı bölgedeki genellikle bir kamu hastanesindeki ortopedi bölümüne muayene ve ardından bir operasyon ya da konservatif tedavi için sevk eder. Hasta, işlemin gerçekleştirileceği hastaneyi seçebilir. Hastane bekleme süreleri ve işlem sayıları hakkında bilgiler çevrimiçi olarak mevcuttur ve hastalar ayrıca ulusal yardım hattından da tavsiye alabilirler.
- Konservatif tedavi için, hasta bir fizyoterapistte sevk edilir, uygun ağrı yönetimi alır ve durumun yeniden değerlendirilmesi için bir takip randevusu planlanır.
- Bir ameliyat için, hasta elektif cerrahi için yedi aya kadar beklemek zorunda kalabilir. Norveç'teki herhangi bir kamu hastanesine ücretsiz erişim hakkına sahiptir ve aile hekimi, daha kısa bir bekleme listesine sahip bir hastanede tedavi görmesini tavsiye edebilir. Ancak, ilk değerlendirmeden sonra hastane değiştirmek, bekleme süresini uzatabilir çünkü bazı hastaneler, kendi ortopedi değerlendirmelerini talep eder.
- Eğer hasta, ilk hastane tarafından belirlenen bireysel bekleme süresi içinde tedavi göremezse, Helfo (Norveç Sağlık Ekonomi İdresi) hastayla iletişime geçerek başka bir hastanede zamanında bakım bulma konusunda yardım ister. Sağlık Müdürlüğü tarafından önceden onaylanmışsa, özel bir hastane de seçilebilir.
- Ameliyat ve hastanedeki rehabilitasyon sonrasında hasta evine taburcu edilir ve evde bakım (evde hemşirelik ve/veya evde yardım) gerekebilir. Eğer bu bakım hastane ya da aile hekimi tarafından reçete edilirse, belediye tarafından ücretsiz olarak sağlanır.
- Aile hekimi, fizyoterapistte sevk gibi herhangi bir takip işlemi için sorumludur (fizyoterapi için küçük bir katılım payı ödenmesi gerekebilir).-
- Takip muayenesi yapılması için hastane ziyareti yapılması muhtemeldir.
- Helfo, aile hekimindeki ve ameliyat için yapılan masrafların bir kısmını, seyahat masraflarının bir kısmını, uzman muayeneleri için yapılan masrafların bir kısmını, hastanede yatarak tedavi ve rehabilitasyon masraflarının tamamını ve fizyoterapi masraflarının bir kısmını karşılar.



SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

- Norveç, dünya çapında sağlık hizmetleri performansı açısından çeşitli sıralamalarda genel olarak çok yüksek puanlar alır. Norveç sağlık sistemi için benzersiz olan şey, devletin hastanın tüm masraflarını neredeyse tamamen finanse etmesidir. Kalıcı bir hastalık nedeniyle ekstra yüksek masrafları olan hastalar vergi indirimi alırlar. 2020 yılında ülkenin GSYİH'sinin %11,3'ü sağlık harcamalarına gitti ve bunun yalnızca yaklaşık %14'ü özel harcamalardı (cepten ödemeler), bu da ılımlı maliyet paylaşımı gereksinimlerini yansıtmaktadır. Toplam devlet harcamalarının sağlık harcamalarındaki kamu payı yalnızca %17 civarındadır.
- Hastane bakımı için ayrılan fonlar, gelecek yılın bütçesi geçtikten sonra bölgesel sağlık otoritelerine tahsis edilir. Bu otoriteler, finansal fonları yerel hastanelere ve diğer sağlık hizmetlerine dağıtmaktan sorumludur.
- Cepten harcamaların büyük bir çoğunluğunu dış sağlığı harcamaları oluşturmaktadır.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

- 2020 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları yılda yaklaşık 7.727 ABD doları olup, bu rakam dünyadaki en yüksekler arasındadır.
- Norveç'te kamu sağlık hizmetlerine erişim evrensel olsa da belirli ödeme koşulları vardır. On altı yaş ve altındaki çocuklar ve bazı diğer gruplar (emziren kadınlar ve emekliler gibi) önceki durumlarına bakılmaksızın ücretsiz sağlık hizmeti alırlar. Diğer tüm vatandaşlar belirli bir miktarda kullanıcı ücreti ödemekle sorumludur. Cepten ödedikleri belirli bir miktara ulaşırlarsa, kamu sağlık hizmetleri için muafiyet kartı (Norveççe'de frikort for helsetjenester) alırlar ve takvim yılının geri kalanında kullanıcı ücreti ödemezler. Bu miktar 2021 yılında 2460 NOK, yani yaklaşık 264 ABD dolarıdır. Bu miktarın üzerindeki her şey yılın geri kalanında ücretsiz olarak verilir.
- Muafiyet kartı; aile hekimleri, psikologlar, ayakta tedavi klinikleri, radyoloji hizmetleri, laboratuvar testleri, hasta seyahati, "mavi reçete" sistemine giren ilaçlar ve ekipmanlar, fizyoterapi, diş hastalıkları ve anormallikleri, periodontit, rehabilitasyon ve Oslo Üniversitesi Hastanesi tarafından düzenlenen yurt dışı tedavi seyahatlerini kapsar. Diş hekimleri ve diş hijyenistleri dahil değildir, ancak Norveç'te hastaneye yatış ve hastanede yatışla ilgili her şey, gelir durumu veya muafiyet durumu ne olursa olsun, her vatandaş için ücretsizdir. Acil servis kabulü açısından tüm acil sağlık giderleri karşılanır.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Norveç'te tüm vatandaşlar ve kayıtlı sakinler kamu sağlık sistemi tarafından kapsam altına alındığından, özel sağlık sigortası zorunlu değildir. Aslında, nüfusun yalnızca yaklaşık %10'unun özel sağlık sigortası olduğu düşünülmektedir ve bunların çoğu işverenler tarafından sağlanan bir avantaj olarak bu sigortadan yararlanmaktadır. Norveç genelinde özel hastaneler ve klinikler bulunmaktadır, bu nedenle özel sigorta, daha fazla hizmete erişim sağlayabilir ve belirli prosedürler veya randevular için bekleme sürenizi azaltabilir. Ayrıca, özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının daha iyi olanaklara sahip olduğunu da görebilirsiniz, ancak aldığınız bakımın kalitesi, nereye giderseniz gidin büyük ölçüde aynıdır. Ve hangi planı seçtiğinize bağlı olarak, Norveç'teki özel sağlık sigortası, belirli randevular için yapacağınız katkı paylarını ve ayrıca kamu sağlık sistemi kapsamına dahil olmayan dış hekimliği gibi hizmetleri de karşılayabilir.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Norveç'teki sağlık finansmanı, büyük ölçüde kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. Bu kaynaklar, genel hükümetten (ulusal, il ve yerel vergi gelirleri) yapılan transferlerden (%76) ve Ulusal Sigorta Şeması'ndan (%10) oluşmaktadır. Ulusal vergiler, ikincil bakımın sağlanmasını ve kısmen birincil bakımın sağlanmasını finanse etmek için kullanılırken, yerel vergiler birincil bakım için ana finansman kaynağıdır. Norveç vergi sistemi büyük ölçüde progresiftir; vergi gelirinin çoğu doğrudan vergilerden gelmekte ve ortalama vergi yükü, gelir arttıkça artmaktadır. Ulusal Sigorta Şeması, üyeleri tarafından yapılan sigorta katkılarından (%32), bordrodan (%40) ve ulusal (%28) vergilerden finanse edilmektedir.





SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İSTATİKLERİ

10.000 kişi
başına düşen
hemşire
sayısı : **188,9**

10.000 kişi
başına düşen
doktor sayısı
: **51,7**

10.000 kişi
başına düşen
diş hekimi
sayısı : **9,29**

10.000 kişi
başına düşen
eczacı sayısı
: **9,14**

Density of pharmacists

Norway, 2021

9.14 +2.69
improving since 2011

Number of pharmacists per 10 000

Density of doctors

Norway, 2021

51.7 +9.8
improving since 2011

Number of medical doctors per 10 000

Density of dentists

Norway, 2021

9.29 +0.45
improving since 2011

Number of dentists per 10 000

Density of nurses

Norway, 2021

188.9 +19.6
improving since 2011

Number of nurses and midwife per 10 000



SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İSTATİKLERİ

FIG 5A NUMBER OF PHYSICIANS PER 100 000 POPULATION IN NORWAY AND SELECTED COUNTRIES, 2002–2019

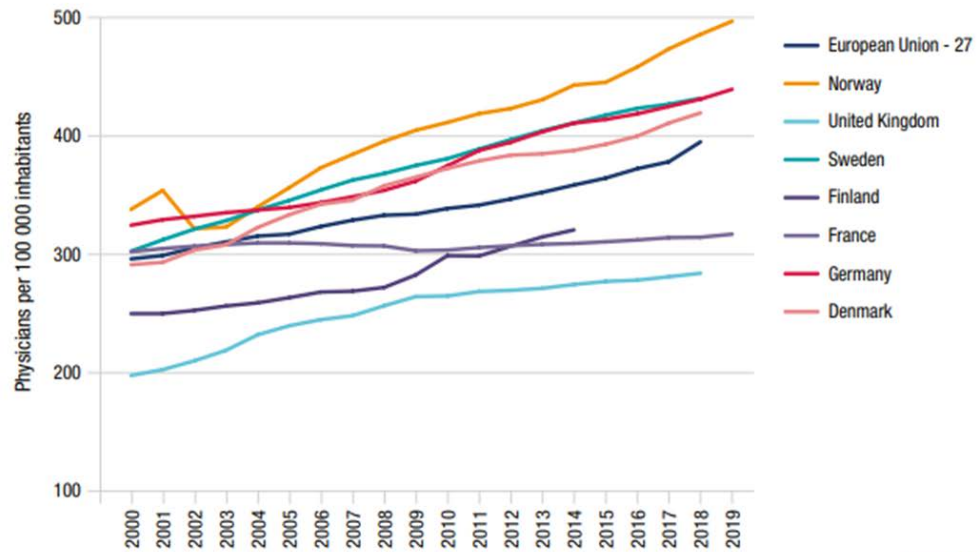
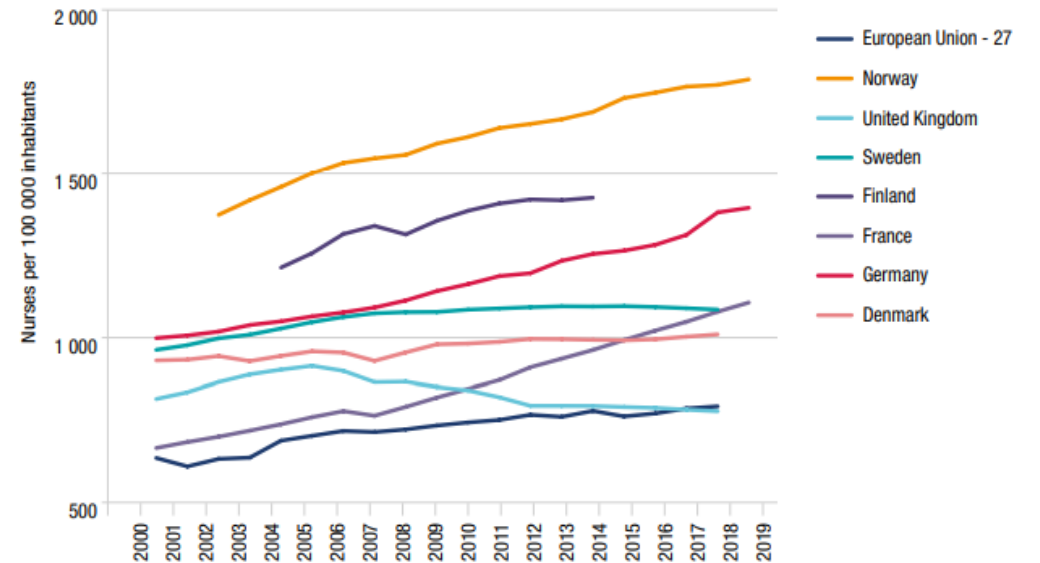


FIG. 5B NUMBER OF NURSES PER 100 000 POPULATION IN NORWAY AND SELECTED COUNTRIES, 2002–2019





DiğER



Belediyelerde ruh sağlığı hizmetleri, pratisyen hekimler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet çalışanları tarafından sağlanmaktadır. Birçok belediyede multidisipliner ruh sağlığı erişim ekipleri bulunmaktadır. 18 yaşın altındaki çocuklar için psikolojik bakım tamamen karşılanmaktadır. Ruh sağlığına yönelik koruyucu hizmetler, okul sistemi aracılığıyla çocuklara ve ergenlere yönlendirilmektedir. Özel bakıma ihtiyaç duyan hastalar, pratisyen hekimler tarafından ya özel psikolog ve psikiyatristlere ya da akut bakım hizmetleri (yatarak, ayakta ve gündüz bakımı) ve rehabilitasyon hizmetleri sunan, bir yandan da birinci basamak sağlık hizmetlerini denetleyen ve destekleyen topluluk ruh sağlığı merkezlerine yönlendirilebilir. Bu merkezler ülke genelinde dağılmış durumdadır ve genellikle psikiyatrik erişim ekiplerini içermektedir. Daha ileri düzeyde uzmanlaşmış hizmetler, genel hastanelerin psikiyatri servislerinde veya ruh sağlığı hastanelerinde verilmektedir. Hastanede yatarak tedavi ücretsiz olarak sağlanmakta ve ayakta tedavi hizmetleri diğer poliklinik ziyaretleriyle aynı maliyet paylaşımına tabidir. Hastanelerdeki ve topluluk ruh sağlığı merkezlerindeki psikiyatrik hizmetler, Bölgesel Sağlık Otoriteleri (RHA) tarafından tam olarak (%100) finanse edilmektedir. Özel ruh sağlığı hastaneleri, yeme bozuklukları, yaşlı psikiyatri hastaları için bakım evleri ve çoğunlukla RHA'lar tarafından sözleşmeli olarak çalışan bazı psikiyatrist ve psikologların ayakta tedavi hizmetleri dahil olmak üzere ruh sağlığı bakımının yaklaşık %12'sini oluşturmaktadır. Bağımlılık (zellikle uyuşturucu ve alkol) tedavisi için özel tedavi merkezlerinin rolü belirgindir ve çoğunlukla RHA'lar ile yapılan sözleşmeler aracılığı ile finanse edilmektedir.



KAYNAKÇA

- **<https://www.ssb.no/en>**
- **<https://www.populationpyramid.net/norway/2023/>**
- **<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331786/HiT-22-1-2020-eng.pdf?sequence=1>**