

BEYAZ RUSYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Veli DEDE
Mustafa DELEN
Çağdaş BAŞ

A. ERDAL SARGUTAN

BEYAZ RUSYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	464
I. ÜLKE TANITIMI	465
I.1. Coğrafi Özellikler	465
I.2. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı	465
I.3. Tarihçe	466
I.4. Nüfus Yapısı	467
I.5. Yönetmel Yapı	468
I.6. Yaşam Düzeyi Ve Kültürel Yaşam	468
I.7. Ekonomi	468
I.8. Ulaştırma	469
II. SAĞLIK SİSTEMİ	470
II.1. Genel Sağlık Durumu	470
II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	471
II.2.1. Sağlık Bakanlığı	472
II.2.2. Bölgesel Sağlık Yönetimleri	472
II.2.3. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri	474
II.2.4. Gönüllü Sağlık Hizmetleri	474
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	475
II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	475
II.3.2. Halk Sağlığı Hizmetleri	476
II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	477
II.3.4. Sosyal Hizmetler	477
II.4. İnsan Kaynakları	478
II.5. Eczacılık Hizmetleri	479
II.6. Sağlık Teknolojisi	479
II.7. Sağlık Sisteminin Finansmanı	480
II.7.1. Finansal Sistem Ve Kapsamı	480
II.7.2. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	482
II.7.3. Diğer Kaynaklar	482
II.7.4. Sağlık Bütçesinin Düzenlenmesi	483
II.7.5. Hastahane Ödemeleri	483
II.7.6. Hekim Ödemeleri	483
II.8. Sağlık Sisteminin Başlıca Sorunları	484
II.9. Sağlık Sistemi Reformları	484
III. BEYAZ RUSYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	487
KAYNAKLAR	489

ÖZET

Orta seviyede gelire sahip olan Beyaz Rusya, gelişmekte olan bir Doğu Avrupa ülkesidir. Uzun süren Sovyet egemenliği neticesinde, devlet yönetiminin her kademesinde bu rejimin etkileri görülmektedir.

1991 yılında bağımsızlığını ilan eden Beyaz Rusya'da toplumun genel sağlık durumu, yaşanan ağır ekonomik kriz ve Çernobil faciasından olumsuz yönde etkilenmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı uluslararası standartlara göre oldukça yüksektir ve giderek yükselmektedir.

Beyaz Rusya'nın sağlık sisteminde, stratejik görevlerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı ve kamu sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerine getirilmektedir. Yerel yönetimler bölgesel vergilerle ve merkezden aktarılan ödeneklerle oluşturdukları bütçe ile kapsamlı sağlık hizmetleri vermekle yükümlüdür. Bu yönetimler üst düzey yöneticiler tarafından verilen tavsiyelere göre hareket etmekte, bütçenin nasıl şekilleneceği konusunda da tavsiye almalarına rağmen son kararı bölgesel yönetimin kendisi vermektedir.

Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipindeki sağlık sisteminin uygulandığı ülkede vatandaşlar belirli sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı için resmen herhangi bir ücret ödememektedir. Çocukların ilaç masraflarının tamamen devlet tarafından karşılandığı ülkede yine bazı özel gruplar (gebeler, gaziler, diabetikler v.b) tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmektedir. Tüm bu hizmetlerin finansmanı devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Yasal düzenleme böyle olmasına rağmen, halk sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için bir miktar veya tamamen gayri resmi ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Sovyetler zamanında ortaya çıkan ve bağımsızlığın ilanından sonra yaygınlaşan usulsüz ödemeler sağlık personelinin toplam gelirin %7-20'sini oluşturmaktadır.

Doğu Avrupa ülkeleri içinde serbest piyasa ekonomisine geçiş sürecinin en yavaş ilerlediği ülke olan Beyaz Rusya'da özel sektör henüz başlangıç aşamasındadır. Sadece, çoğunlukla Başkent Minsk'te faaliyet gösteren özel poliklinikler ve özel konsültasyon yapan hekimler bulunmaktadır. Özel sektörün gelişmesi için gerekli yasal düzenlemeler henüz yapılmamıştır. Sağlık sektörüne GSMH'nin yüzde 5,6'sı oranında pay ayrıldığı göz önünde bulundurulduğunda, devlet bütçesi tüm bu hizmetleri ücretsiz olarak karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

Ülke geneline sağlık personelinin ve tesislerinin dağılımında dengesizlikler mevcuttur. Bölgeler arası ve bölgelerin yöresel kısımları arasındaki eşitsizlik artmaktadır.

BEYAZ RUSYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Beyaz Rus Cumhuriyeti
GELENEKSEL KISA ADI	: Belarus
YÜZÖLÇÜMÜ	: 207.595 km ²
İDARE ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Minsk
DİLİ	: Beyaz Rusça ve Rusça (6/147)
NÜFUS	: 10.322.151 (2003) (5/3)
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Vitebsk, Mogilev ve Gomel (7/11)

I.1. Coğrafi Özellikler

Beyaz Rus Cumhuriyeti (Belarus) coğrafi konum olarak Avrupa'nın ortasında Baltık denizi ile Karadeniz'in arasında yer alır. Beyaz Rusya sınırları batıda Polonya, kuzeybatıda Litvanya, kuzeyde Rusya ve Letonya, doğuda ve kuzeydoğuda Rusya, güneyde Ukrayna ile çevrilidir. Toplam sınır uzunluğu 2.960 km'dir (7/6).

Beyaz Rusya'nın geniş ve tepelikli yüksek ovalar ile alçak ova ve düzlüklerin birbirini izlediği düz bir yüzey şekli vardır. En yüksek noktası Dzerjinski Dağı ancak 345 m'yi bulur. Kuzeyde buzul birikintilerinden oluşmuş yumuşak eğimli sırtlar sayısız göllerin yer aldığı düzlüklerle birbirinden ayrılır. Bunların en büyüğü olan Beyaz Rusya Sırtları, kuzeybatı yönünde iç kısımlara sokulduktan sonra genişleyerek kumlu balçıklarla kaplı Minsk Yükseltisi'ni oluşturur. Orta Berezina Ovası geniş ve verimli bir alandır. Güneybatıdaki Beyaz Rusya Düzlüğü doğudaki bataklık Dinyeper Düzlüğü ile birleşir.

Baltık Denizine yakınlığın etkisiyle ülkede kara ile deniz iklimi arasında çeşitli iklim kuşakları görülür. Ortalama sıcaklık Temmuz'da 18 derece, Ocakta ise -6 derecedir. Yıllık yağış ortalaması 550-700 mm³ arasında değişir. En çok yağış Temmuz ve Ağustos arasında düşer (6/147).

I.2. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı

Beyaz Rusya'nın yaklaşık üçte biri puşçi denilen ormanlarla kaplıdır. Kuzeyde yer yer kızıl ağaç ve huş ağacı kümeleriyle kesintiye uğrayan çam ve göknar ormanları görülürken, daha güneyde yaprakdökken ağaçlara rastlanır. Polonya sınırının ötesine taşan Byelovejskaya Orman Koruma Alanı, tarihcncesinde Avrupa'nın büyük bir bölümünü kaplayan dev ormanların bir kalıntısıdır. Çevre korumada işbirliğinin güzel bir örneğini veren Beyaz Rusya ve Polonya'nın bakımını ortaklaşa yürüttüğü bu orman, kıtanın en eski doğal av hayvanı korusudur. Başta Avrasya bizonu olmak üzere başka yerlerde soyu tükenmiş hayvanları barındırır. Beyaz Rusya'daki öteki hayvanlar arasında geyik, karaca, yabandomuzu, tavşan, sincap, kurt, tilki, porsuk, kakım, samur, susamuru, mink ve kunduz sayılabilir. Başlıca kuş türleri orman tavuğu, keklik, çulluk, bataklık çulluğu ve ördektir.

Ukrayna'nın Çernobil Nükleer Santralinde Nisan 1986'da meydana gelen kazanın yol açtığı radyoaktif serpinti Beyaz Rusya topraklarının yaklaşık dörtte birini etkileyerek su kaynaklarına ve doğal yaşama büyük zarar vermiştir (6/147).

I.3. Tarihçe

İnsan yerleşiminin çok eskilere uzandığı Beyaz Rusya'da arkeolojik kazılarda tarih öncesi Magdalenien kültürüne ilişkin bulgular ortaya çıkarılmıştır. Neolitik Çağ kalıntılarında da yaygın olarak rastlanır.

Beyaz Rusya'ya 6-8. Yüzyıllar arasında giren Slavlar, 8-9. Yüzyıllarda küçük prenslikler kurdular. Bunlar zamanla Kiev Prenslğine bağlandı. Tatarların 1240'da bu Prenslği yıkmasından sonra bölge Litvanya'nın egemenliğine girdi. Litvanya Grandüklüğü'nün sınırları 13-14. Yüzyıllarda Karadeniz kıyılarına kadar ulaştı. Moskova Prenslği 15-16. Yüzyıllarda bu toprakların bir bölümünü ele geçirdiyse de, Beyaz Rusya, Litvanya'nın denetiminde kaldı.

Litvanya yönetimi altında 16. Yüzyılda çıkarılan yasalarda medeni haklar ve mülkiyet hakları aristokrasinin ve tüccarların lehine bir düzene bağlandı. Üç tarla sistemini getiren ve köylerdeki yerleşim dokusunu değiştiren voloka tarım reformu 1557'de gerçekleştirildi. Bu sistem köylülerin yoksullaşmasını hızlandırdı.

Polonya ve Litvanya'nın 1569'da tek bir devlet olarak birleşmesinden sonra Beyaz Rusya'da Lehçe konuşan Katolik bir aristokrasi ortaya çıktı. Buna karşılık köylüler genelde Ortodoks inancını sürdürdü. Polonyalı toprak sahiplerini hedef alan 1648-54 arasında patlak veren geniş çaplı köylü ayaklanması güçlükle bastırılabilirdi.

Polonya'nın 1772'de paylaşılması sırasında, II.Yekaterina (Büyük) Beyaz Rusya'nın doğu kesimini Rus topraklarına kattı. 1793'teki ikinci paylaşımında Minsk ve bölgenin orta kesimi, 1795'teki son paylaşımında da bölgenin geri kalan toprakları Rus egemenliği altına girdi. Napoleon orduları 1812'de Moskova üzerine yürürken ve geri çekilirken bu bölgeden geçtiler. Berezina Irmağı geçilirken seferin en şiddetli çarpışmalarından biri yaşandı.

Beyaz Rusya serflüğün kaldırıldığı ve demir yolu yapımının hızlandığı 19. Yüzyıl sonlarında sanayileşme sürecine girdi. Bununla birlikte 1917 Devrimi'ne değin özellikle kırsal kesimde geri kalmış yapı sürdü. Bunun sonucu olarak devrimden önceki 50 yılda 1.5 milyon kişi ABD ve Sibiryaya göç etti.

Birinci Dünya Savaşı sırasında bölge büyük bir yıkıma uğradı. Brest-Litovsk Antlaşması'nın (Mart 1918) ardından 1 Ocak 1919'da Beyaz Rusya Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti'nin kuruluşu ilan edildi. Fakat Polonya ile çarpışmalar sürdü. Berezina Irmağına kadar ilerleyen Polonya kuvvetleri burada püskürtüldü. Mart 1921'de Riga Antlaşması'yla barış sağlandı ve Polonya'nın birinci paylaşımı sırasındaki sınır temel alınarak Beyaz Rusya ikiye bölündü. Sonradan bazı bölgeler Beyaz Rusya SSC topraklarına katıldı.

Almanya 1939'da Polonya'ya saldırınca, Sovyetler de Bug Irmağına kadar ilerleyerek Polonya'nın elindeki Beyaz Rusya topraklarını işgal etti. Haziran 1941'de Almanya bu kez SSCB'ye saldırınca Beyaz Rusya şiddetli çarpışmalara sahne oldu.

Savaş yıllarında ülkedeki konutların yüzde 75'i ve 10 binden fazla işyeri yıkıldı. Savaştan sonra Polonya ile yapılan bir antlaşmayla Beyaz Rusya'nın Bialystok bölgesi dışındaki batı toprakları SSCB'nin eline geçti. Bu topraklardaki Polonyalı nüfus toplu olarak Polonya'ya göç etti.

Savaş sonrasındaki yeniden inşa ve kalkınma planları, sanayileşme ile birlikte kırsal alanlardan kentlere yoğun bir göçü getirdi. Ukrayna'nın Çernobil kenti yakınlarında 1986'da meydana gelen nükleer kaza Beyaz Rusya'daki tarım alanlarına ve çiftlik hayvanlarına büyük zarar verdi. Radyoaktif serpintiden etkilenen geniş bir alan boşaltıldı.

SSCB'de 1980'lerin sonlarında başlayan demokratikleşme ortamında muhalefet grupları Beyaz Rusya Halk Cephesi'nde birleşti. İlk çok partili seçimde iktidarını koruyan Komünist Parti, Sovyet sisteminin çöktüğü Ağustos 1991'de Beyaz Rusya'nın bağımsızlığını ilan etti. Daha sonra 10 eski Sovyet cumhuriyetiyle birlikte Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) içinde yer alan Beyaz Rusya, Komünistlerin Yüksek Sovyet'teki ağırlığı nedeniyle serbest piyasaya geçiş yönünde ancak sınırlı adımlar attı.

Mart 1994'te kabul edilen yeni Anayasanın öngördüğü yeni Devlet Başkanlığı makamına Temmuz 1994'te Rusya yanlısı geric bir politikacı olan Aleksandr Lukaşenko seçildi. Ertesi yıl Parlamento için yapılan seçimlerde, bir adayın mutlak çoğunluğu almasını gerektiren dar bölge ve dört turlu seçim sistemi nedeniyle sandalyelerin önemli bir bölümü boş kaldı. Lukaşenko, Kasım 1999'daki referandumla görev süresini 5 yıl uzatarak yetkilerin çoğunu elinde topladı ve Parlamente'yu kapatarak muhalifler dışındaki eski Yüksek Sovyet üyelerinin yer aldığı yeni bir yasama organı oluşturuldu. Aynı yıl ABD'den alınan ekonomik yardım karşılığında, Beyaz Rusya topraklarındaki bütün nükleer savaş başlıkları söküldü. Nisan 1997'de Beyaz Rusya ve Rusya arasındaki sıkı ekonomik, siyasal ve askeri işbirliğini öngören bir birlik antlaşması imzalandı (6/149).

1.4. Nüfus Yapısı

Beyaz Rusya ülke nüfusunun dörtte üçünden fazlasını oluşturur. Büyük ölçüde 1960'lardan sonraki göçlerle ülkeye yerleşen Ruslar yedide bire varan bir oranla ikinci büyük topluluktur. Öteki önemli azınlıklar Ukraynalılar ve Polonyalıdır. Ayrıca az sayıda Tatar, Litvan, Çingene ve Let vardır. II. Dünya Savaşı öncesinde ülkenin ikinci büyük topluluğu olan ve kentsel nüfus içinde oran olarak yarıyı geçen Yahudiler, soykırım ve göçler sonucunda bugün hemen hemen kalmamıştır. Dine inananların yüzde 80'e yakın bölümü Ortodoks mezhebine bağlıdır. Katolikler hayli büyük bir azınlık oluşturur. Resmi diller birbirine çok yakın olan Beyaz Rusça ve Rusçadır (6/147,148).

Beyaz Rusya halkının yaklaşık yüzde 20'si başkentte ve büyük endüstriyel merkezlerde (Vitebsk, Mogilev ve Gomel) yaşamaktadır.

Beyaz Rusya'da doğum oranındaki düşüşe bağlı olarak yavaşlayan nüfus artış hızı, son yıllardaki göçlere karşın yüzde 0,12'lik bir oranla (2003) eksi düzeye inmiş durumdadır. Nüfus yoğunluğu (2003) kilometrekare başına ancak 48 kişidir. Başta bataklık alanlar olmak üzere ülkenin büyük bir bölümü seyrek bir nüfusu barındırır.

Nüfusun toplandığı başlıca alanlar iç kesimdeki yükseltileler ile güneybatı bölgesidir. 1940'larda nüfusun ancak dörtte biri düzeyinde olan kentleşme oranı, sanayileşme ile birlikte sürekli artarak yüzde 70'e (2003) ulaşmıştır. Kentlerin çoğu ağır sanayi merkezleri çevresindedir (7/11)

I.5. Yönetmel Yapı

Sovyet yönetiminden bağımsızlık sürecine Komünist Parti öncülüğünde giren Beyaz Rusya, 1991'de Bağımsız Devletler Topluluğu'na katıldıktan sonra yeni bir yönetim yapısı oluşturmaya yöneldi. Temel hak ve özgürlükleri güvence altına alan, güçler ayrılığını ve "demokratik bir sosyal devlet" yapısını öngören yeni Anayasa Mart 1994'te yürürlüğe koydu. Kasım 1996'daki tartışmalı referandumdan sonra Devlet Başkanının yetkileri büyük ölçüde genişletilirken, yeniden düzenlenen Parlamento etkisiz bir konuma getirildi. Anayasa uyarınca beş yılda bir doğrudan halk tarafından seçilen Devlet Başkanı, yürütmenin başı olarak Başbakanı ve Bakanlar Kurulunu atar. Görev süresi dört yıl olan Parlatentonun iki kanadı vardır. Cumhuriyet Konseyi 56'sı yerel konseylerce seçilen ve 8'i Devlet Başkanı tarafından atanan 64 üyeden oluşur. Eski Yüksek Sovyet'in yerini alan Temsilciler Meclisi 110 üyelidir.

Ülkedeki başlıca siyasal partiler 1993'te siyasal yasağın kalkmasından sonra eski kimliği ile yeniden ortaya çıkan Beyaz Rus Komünist Partisi ile, devlet işletmeleri ve kolektif çiftliklerin çıkarlarını temsil eden Çiftçi Partisi'dir. Ayrıca sosyal demokrat, liberal serbest piyasa yanlısı ve çevreci bir dizi küçük parti vardır (6/148,149).

I.6. Yaşam Düzeyi Ve Kültürel Yaşam

Okur yazar oranının yüzde 100'e ulaştığı Beyaz Rusya'da 7-16 yaşlar arasında öğrenim ücretsiz ve zorunludur. Çeşitli üniversite ve enstitüleri kapsayan yükseköğretim kurumlarının sayısı 30'u bulur. Beyaz Rusya Bilimler Akademisi, nükleer reaktör ve iktisadi planlama gibi değişik alanlarda çalışan bilimsel araştırma merkezleri arasında eşgüdümü sağlar.

Beyaz Rusya'nın zengin ve köklü bir kültürel geçmişi vardır. Polotsk'daki 11. Yüzyıldan kalma Svetaya Sofiya Katedrali seçkin bir kilise mimarisi örneğidir. Grodno'daki Cizvit Kilisesinde kullanılan Barok üslup ve değişik ahşap heykeller 17. ve 18. Yüzyılların ilginç sanat geleneğini yansıtır.

Beyaz Rus edebiyatının geçmişi 11. Yüzyıla kadar dayanır. 12. Yüzyılda yaşayan Turovlu Kiril, yazdığı ilahiler ve vaazlarla Ortodokslar arasında "ikinci Kırısostomos" unvanını kazanmıştır. Çağdaş Beyaz Rus edebiyatının klasikleri arasında şair Maksim Bahdanoviç ve Ales Harun sayılabilir.

Müzik çalışmaları için bir konservatuar ve senfoni orkestrası ile birkaç halk müziği topluluğu oluşturulmuştur (6/149).

I.7. Ekonomi

Doğal kaynaklar bakımından pek zengin olmayan Beyaz Rusya'nın güneydoğu kesiminde 1960'larda yüksek nitelikli petrol bulunmuştur. Bu yataklardan çıkarılan petrol miktarı, 1975'teki doruk düzeye göre 1990'larda dörtte bire kadar inmiş durumdadır. Beyaz Rusya dünyanın en geniş potas rezervlerinden birine sahiptir. Özellikle Pripyat Bataklıklarındaki yataklarıyla turba üretiminde dünyada ilk sıralardadır. Tuz, linyit, şeyl, kireç taşı, dolomit, marn, kuvarslı kum, altın ve elmas öteki önemli doğal kaynaklardır (6/148).

II. Dünya Savaşı sırasındaki büyük yıkımdan sonra enerji, hammadde ve mamul mal pazarı açısından öteki Sovyet cumhuriyetlerine bağımlı bir sanayileşmeye ağırlık veren Beyaz Rusya, bağımsızlıkla birlikte başlayan serbest piyasaya geçiş sürecinin en yavaş işlediği Doğu Avrupa ülkesidir ve Rusya ile hala güçlü ekonomik bağları vardır (6/148). 2002 yılı verilerine göre kişi başına milli geliri 8,700 ABD Doları düzeyindedir (5/7).

GSMH'ye katkısı ve istihdam içindeki payı beşte bir dolayında olan tarım sektöründe, bağımsızlıkla birlikte özel mülkiyetin yaygınlaşmasına karşın, devlet işletmelerinin ve kolektif çiftliklerin ağırlığı sürmektedir. Ülke topraklarının büyük bir bölümü tarıma, özellikle hayvan yemi tarımına elverişlidir. Başlıca ticari ürünler tahıl, keten, patates ve şeker pancarıdır.

Hayvan besiciliği, mandıracılık, sebze üretimi ve kürk işlemeciliği kırsal ekonomide önemli bir yer tutar. Kültür balıkçılığı da yaygındır.

Büyük ölçüde ithal hammadde ve yarı mamul malların işlenmesine dayanan sanayi sektörü GSMH'nin yaklaşık yarısını sağlar. II. Dünya Savaşı'ndan sonra ağır makine ve iş aletleri yapımı, petrol çıkarımı ve arıtımı, sentetik elyaf gibi yeni sanayi dalları kurulmuştur. Başlıca imalat ürünleri yapı malzemeleri, elektronik aletler, motorlu ulaşım araçları, kova saati ve dikiş makinesidir. Kimya sanayisi çeşitli kimyasal maddeleri yanı sıra büyük miktarda varan potasyumlu gübre üretimini de kapsar. Ağaç işleme ve kağıt sanayileri de gelişmiştir. Elektrik üretimi büyük ölçüde petrol ve doğal gazla işleyen termik santrallere dayanır.

Beyaz Rusya'nın ticaret yaptığı ülkelerin başında Rusya, Ukrayna ve Polonya gelir. Bağımsızlıkla birlikte Almanya'yla ticari ilişkilerde gelişmiştir. En önemli ihracat kalemleri kamyon, traktör, buzdolabı, gübre, et ve süt ürünleridir. İthal edilen başlıca ürünler petrol, doğal gaz, ara sanayi malları ve temel tüketim mallarıdır (6/148).

I.8. Ulaştırma

Gelişkin demiryolu ağı ülkeyi baştan başa sarar ve dış bağlantıları olan çeşitli hatlardan oluşur. Doğu-batı hattı Berlin, Varşova ve Moskova'ya kuzey-güney hattı St.Petersburg ve Kiev'e kuzeybatı-güneydoğu hattı Baltık ülkeleri ve Ukrayna'ya bağlanır. Minsk'ten geçen doğu-batı eksenli karayolu dışında kara ulaşımı yetersizdir. Irmaklardan ve Dinyeper-Bug Kanalından ulaşım amacıyla önemli ölçüde yararlanılır. Ülkenin uzak kesimleri ile bağlantıyı sağlayan Minsk Hava Alanından dış seferler de düzenlenir (6/148).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Beyaz Rusya'nın 2003 yılı sayımına göre nüfusu 10.322.151'dir (5/3). Nüfusun yüzde 70'i kentlerde yaşamaktadır ve bu nüfusunda 1.7 milyonu başkent Minsk'tedir. Genel olarak ölüm oranı artan ve doğum oranı azalan nüfus, azalma eğiliminde olup, yaş ve cinsiyet yapısı da değişmektedir. Ülkede 0-14 yaş grubu nüfus azalırken, 65 ve üstü yaş grubunun oranı artmaktadır (2/35).

Doğuştan beklenen yaşam süresi anti-alkol kampanyalarının bir sonucu olarak, 1985-1986 yılları arasında keskin bir artış gösterse de 1995 yılına kadar yeniden düşüş eğiliminde olmuştur. 1998 yılı verilerine göre ise Bağımsız Devletler Topluluğu ortalamalarının üzerindedir. Kadın ve erkekler arasındaki beklenen yaşam süresi farkı da gittikçe artmaktadır.

1987 yılında anti-alkol kampanyasından sonra 4.4 litre olan kişi başı alkol tüketimi, 1998 yılında 8,6 litre olarak kaydedilmiştir. Alkol tüketenlerin sayısının gittikçe artması ve buna bağlı olarak yaralanma ve zehirlenmelere bağlı erkek ölüm oranının da yükselmesi, alkol tüketiminin Beyaz Rusya için ciddi bir problem olduğunu düşündürmektedir.

1998 yılında akciğer kanserine bağlı ölüm oranı ve kişi başına yıllık sigara tüketimi AB ortalamalarına yaklaşmıştır. Sigara kullanım oranı erkeklerde %54,9, kadınlarda ise %4,6'dır.

1997-1998 yıllarında, Beyaz Rusya'da erken yaşta ölüm oranı tekrar yükselmeye başlamıştır. Bu ölümlerin nedenlerinin başında gelen dış kaynaklı yaralanmalar ve zehirlenmeler, günümüzde ikinci sıraya düşmüştür. 65 ve üstü yaş grubu ölümlerinin ise daha çok hastalıklara bağlı olduğu göze çarpmaktadır (3/18).

Nüfusun azalması, doğum oranının düşmesi ve ölüm oranının yükselmesi Beyaz Rusya'da sağlık durumunun kötüye gittiğini düşündürmektedir. Epidemiyolojik açıdan ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklar olmamasına rağmen, son yıllarda ülkede bulaşıcı hastalıklarda keskin bir artış görülmektedir.

1999'daki kaba ölüm oranının yüzde 54'ünü oluşturan kardiyovasküler hastalıklar, ülkede görülen prematüre ölümlerinin de ana nedenidir (kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin oranı güneybatı Beyaz Rusya'da daha yüksektir).

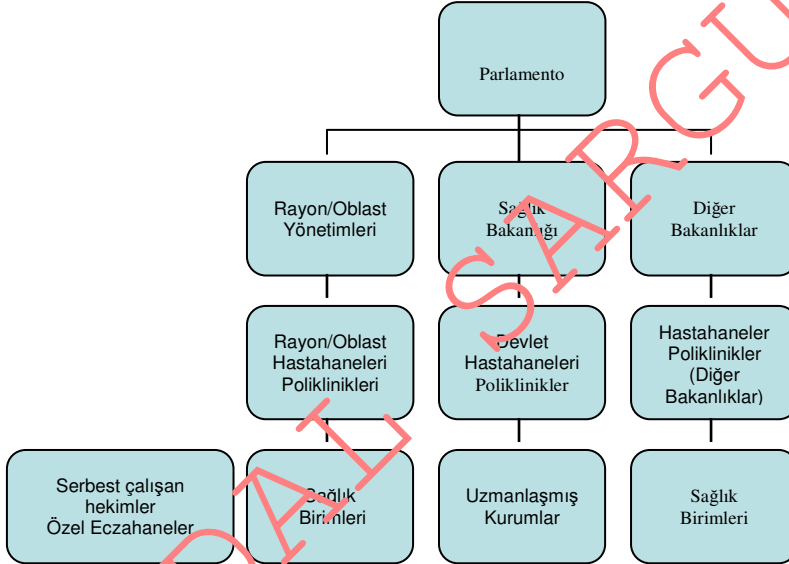
Beyaz Rusya, bölgedeki HIV/AIDS oranının en yüksek olduğu ikinci ülkedir. Yeni H.I.V enfeksiyonlarının artması, özellikle orta büyüklükteki kasabalarda, enfeksiyonun ülkenin geneline hızla yayılmakta olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. 1987'den beri ülkede kaydedilen HIV vakalarının yüzde 80'inin enjekte edilen ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelmiştir. Enfeksiyonun cinsel yolla bulaşma oranının, 1996'da yüzde 7 iken 1999'da yüzde 30'a yükseldiği gözlenmiştir.

Ülke nüfusunun yüzde 0,6'sı tüberküloz hastasıdır. Tüberküloza yakalanma oranı hapishanelerde genel nüfusa oranla 30 kat daha fazladır (2/37-39).

II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Beyaz Rus Cumhuriyeti Anayasası'nın (1994) 45. maddesine göre "Beyaz Rus Cumhuriyeti vatandaşları, devlet hastahanelerinde ücretsiz tedaviyi de içeren, sağlığının korunması hakkına sahiptirler. Devlet tüm vatandaşlarına tıbbi hizmetlere katlanabilecekleri bir maliyetle ulaşma imkânı sağlamakla yükümlüdür. Beyaz Rus Cumhuriyeti, vatandaşlarının sağlığının korunmasını, kültür, fizik ve spor gelişimini, çevrenin rehabilitasyonunu, iyileştirme hizmetlerini ve iş güvenliği gelişimini de sağlamakla görevlidir.

Şema 1 : Sağlık Sisteminin İdari Yapısı



Kaynak: (1) Health Care Systems in Transition Belarus, s:11

Beyaz Rus Cumhuriyeti Sağlık Hizmetleri Yasası, vatandaşlarını sağlık güvenliğiyle ilgili yasal, sosyal, ekonomik düzenlemeleri yapmaktadır. Buna göre sağlık sisteminin örgütsel temelleri şöyle belirtilmektedir:

- Sağlık hizmetlerine ve ilaç masraflarına katlanılabilir bir maliyetle ulaşım,
- Hastalıkların önlenmesi,
- Aile ve çocuklara sağlık ve eczacılık hizmetlerinin sağlanmasında öncelik verilmesi,
- İlaç ve sağlık sektörü çalışanlarının profesyonel faaliyetlerinin kontrolü,
- Devletin ve işverenlerin toplum sağlığıyla ilgili sorumlulukları,
- Alt yönetim birimi olmasına ve mülkiyetine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinde ve organizasyonlarının gelişiminde fırsat eşitliğinin sağlanması.

Daha ayrıntı konularda yönetmelikler, kararname ve Bakanlar Kurulu kararları yasal çerçeveyi oluşturmaktadır.

Bütün bunlar, Semaşko modeline uygun olarak, büyük ölçüde devlet tarafından finanse edilen, yönetilen, düzenlenen ve sunulan sağlık sistemini meydana getirmektedir (2/26).

Sağlık sisteminin sorumluluğu genel olarak Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış olmakla birlikte, diğer bazı bakanlıklara ve devlet dairelerine de sorumluluklar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer kuruluşlar İçişleri Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Sosyal Koruma Bakanlığı, Spor ve Turizm Bakanlığı, Acil Durum Bakanlığı ile Sınır Güvenlik Birlikleri, Devlet Güvenlik Komitesi (KGB), Sivil Havaçılık Yönetimi, kara ve demir yolları ile tıbbi araştırma kuruluşları olarak sayılabilir (2/27).

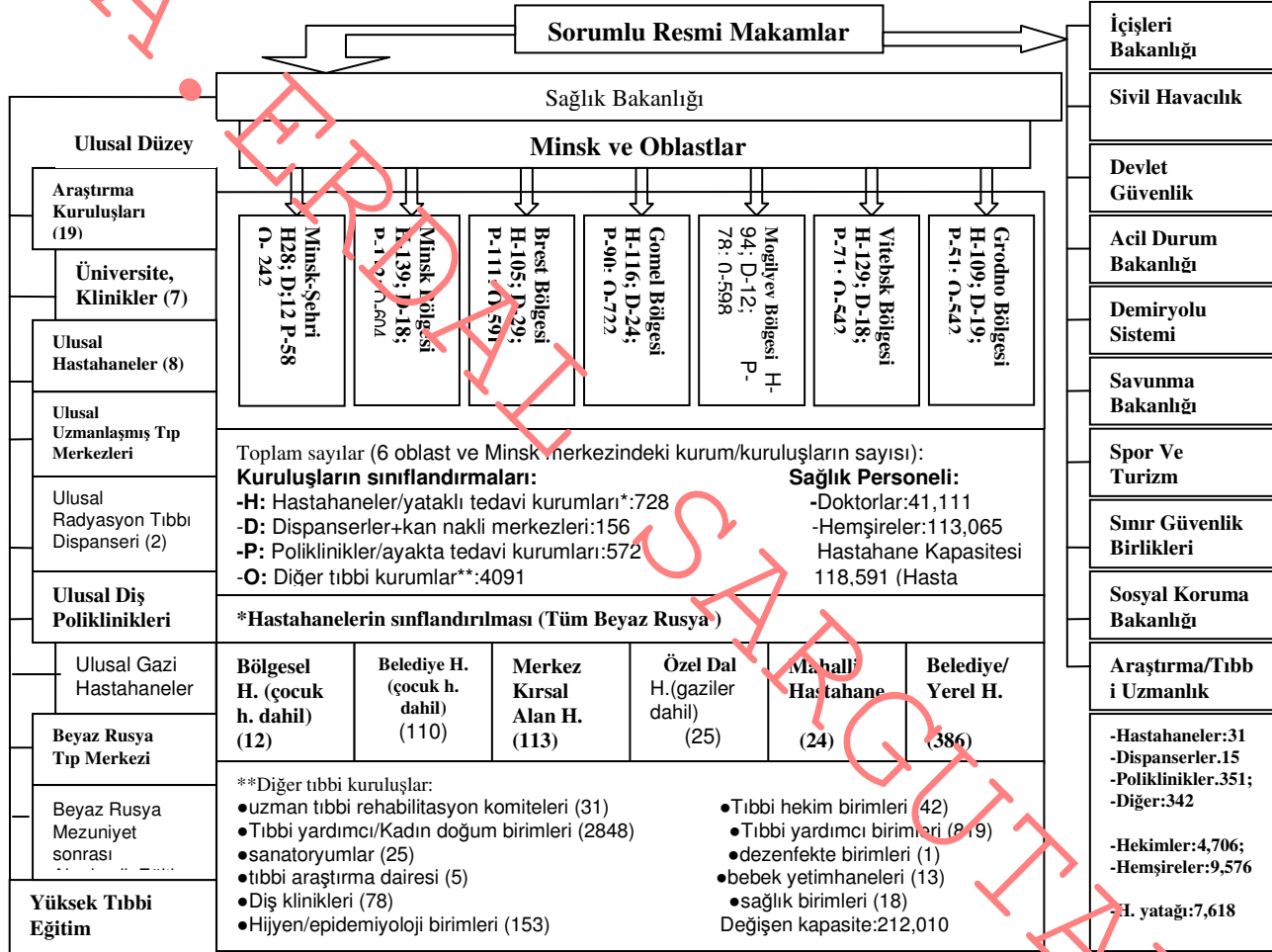
II.2.1. Sağlık Bakanlığı

Beyaz Rusya'nın sağlık sisteminde stratejik görevlerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmekle beraber, sağlık hizmetinin verilmesi bölgesel yetkililerle birlikte gerçekleştirilmektedir. Bunun yanında çeşitli politikaların uygulanması ve takip edilmesi üst düzey yönetimlerce gerçekleştirilmektedir ve bu alandaki ana sorumluluklar üst düzey kuruluşlar arasında bölünmektedir. Bu kuruluşlar içerisinde Sağlık Bakanlığı kilit rolü üstlenir. Sağlık Bakanlığı teknik olarak mülkiyetin kime ait olduğunu gözetmeksizin tıbbi hizmetler, eczahane ve rehabilitasyon hizmetleri ile çevre sağlığı kuruluşlarından sorumludur. Sağlık politikasının ülke genelinde uygulanmasına önderlik etmekte, topluma sağlık eğitimi sunmakta ve bölgesel idarelere rehberlik etmektedir. Bazı değişikliklere uğramakla birlikte hala Sovyetler dönemindeki gibi altı ana alanda hizmet vermektedir: Tedavi hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, tıp ve hemşirelik eğitimi, çevre ve toplum sağlığı hizmetleri, sanatoryumlar ve zührevi hastalıklar (1/14).

II.2.2. Bölgesel Sağlık Yönetimleri

Oblast ve rayon yönetimleri bölgesel vergilerden oluşan bütçeyi kontrol eder ve kapsamlı bir sağlık hizmetini de içeren hizmetleri verirler. Bütçenin, ihtiyaçların önceliklerine göre hangi alanlara yönlendirileceğine karar verir. Bu alandaki yetkileri giderek artmasına rağmen, yoğunlukla üst-düzey yöneticiler tarafından yapılan tavsiyelere göre hareket etmektedir. Her bölgesel yönetim, bölgesel sağlık hizmeti sunucularının gözetiminde bir Sağlık Komitesine sahiptir ve bu Komitelerden sadece gelecek finansal dönemin bütçesi konusunda tavsiyeler alırlar. Sonuç olarak gerçek bütçenin ne olacağına bölgesel yönetimin kendisi karar vermektedir. Oblast ve rayon yönetimleri ayrıca bina ve ekipman harcamalarından da sorumludur. Bütün bunlara ek olarak bölgesel yönetim her ne kadar birçok yönetim birimine dağılmış da olsa, standartların izlenmesinden ve ulusal programların yürütülmesinden de sorumludur ve bu görevini yerine getirirken bir miktar devlet finansmanı da almaktadır.

Diğer bakanlıkların sundukları sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık bütçesinden değil, ilgili bakanlık bütçesinden karşılanır ve bu hizmetlerin seviyesi bakanlıktan bakanlığa değişir. Örneğin; Savunma Bakanlığı askeri sağlık hizmetlerini ve tıbbi personeli de içine alan kapsamlı bir sağlık hizmeti üretirken, postahanelerle ilgili daha kısıtlı ve daha çok ayakta tedavi hizmetlerine yönelik sağlık birimleri vardır. Sağlık hizmeti veren bütün kuruluşlar, uygulanan standartlar açısından Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur.



Kaynak: (2) Improving Health and Health Care in Belarus, s:29

Çalışma Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın (yeni adı Sosyal Çalışma Bakanlığı_araştırmacılar) da toplum sağlığı üzerine önemli rolleri vardır. Çalışma şartları ve sosyal politikalar gelir düzeyini doğrudan etkilemekle birlikte, sağlığı etkileyen bazı çevresel faktörler ve sosyal hizmetler bu bakanlığın gözetimindedir (1/15-17).

II.2.3. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri

Özel sektör henüz gelişme aşamasında olmasına rağmen, iki yönde ilerleme göstermeye başlamıştır. Birincisi, özel konsültasyon yapan hekimlerin sayısındaki artıştır. İkincisi ise, büyük bir kısmı Minsk'te faaliyet gösteren yarı özel polikliniklerdir. Bu polikliniklerde belli bir ücret karşılığında acil olmayan diş ve kozmetik hizmetleri sunulmaktadır. Devlet girişimi olmalarına rağmen bu poliklinikler yüksek ölçüde özerkliğe sahiptir. Bu poliklinikler kendi giderlerini karşılamak zorunda olup, finansal kaynaklarını yönetmekte de özgürdürler. Bununla birlikte bu polikliniklerin gelişmeleri, eşitliği riske atacaktır birtakım önemli politik kaygılar ücret ödemede belirgin bir yasal çerçeve oluşturulması ve karların dağıtılması konularında birtakım engellerle karşılaşmaktadır (9/7).

Özel sektörde verilen hizmetlerin ücretleri devlet tarafından belirlenmektedir. Bu alandaki pilot uygulamalar oldukça başarılı olmakla birlikte, özel sektörün sağlık sektöründeki yeri ve katkısı oldukça küçüktür.

Beyaz Rusya'da özel sektörün büyümesi isteğe bağlı sigortacılığın gelişmesine bağlı görülmektedir. Özel sektörün yasal çatısının desteklenmesindeki eksiklik ve hastahane gelirleri üzerindeki düzenlemeler sağlık sigortası ve doğrudan kişisel ödemeye ilgili programların uygulanmasındaki temel güçlüklerdir. Bu sebeple bazı temel yasaların gözden geçirilmesi yönünde girişimler olmasına rağmen, sağlık hizmeti sunumundaki ağırlık hala devlet sektöründedir (1/17,18).

Beyaz Rusya'nın sağlık sisteminin idari yapısı, çeşitli ülkelerin sağlık sistemleri üzerine ciddi araştırmalar yapan Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1997 tarihli Health Care Systems in Transition Belarus başlıklı raporundan elde edilen verilerle hazırlanan Şema 1'e göre olarak, daha güncel veriler içeriyor olması sebebiyle Dünya Bankası (World Bank) tarafından yayımlanan Mayıs 2002 tarihli Improving Health and Health Care in Belarus başlıklı rapor ile desteklenerek hazırlanan Şema 2'de ayrıca verilmiştir (araştırmacılar).

II.2.4. Gönüllü Sağlık Hizmetleri

Gönüllü kuruluşların sağlık hizmetlerinin bile devlet tarafından koordine edildiği Sovyetler Birliği'nde kar amaçlı bir sektör geleneği bulunmamaktaydı. Buna rağmen, bağımsızlığın ilanından sonra Beyaz Rusya'da bazı gönüllü gruplar ortaya çıkmıştır. Bu grupların faaliyetlerinin çoğu Çernobil faciası etrafında yoğunlaşmış ve bu faciadan ileri derecede etkilenmiş olan çocuklara destek sağlama amacına odaklanmışlardır (1/18).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Beyaz Rusya'nın sağlık hizmetleri sisteminin temel yapısı bağımsızlıktan beri değişmemiştir ve Semaşko prensiplerini takip etmektedir.

Beyaz Rusya'da sağlık hizmeti veren hastahane ve polikliniklerin yapısı bölgesel bir devlet organizasyonu şeklindedir. En alt seviyede, yerel yönetim birimleri olan rayonlar yer almaktadır. Bir veya birkaç polikliniği, birincil sağlık hizmeti veren doktorları ve kapsamlı ayakta tedavi hizmetleri ve yataklı servisleriyle Rayon hastahaneleri bu idari birimlerin ana sağlık yapılarıdır. Rayonlar kırsal kesimlerde, bazıları hasta yatağına da sahip olan köy sağlık birimlerini de desteklemektedir. Oblast idari birimlerinin hastahaneleri bölgesel düzeyde bir devlet hastahanesi olup, en üst seviyedeki rayon hastahanelerinden daha kapsamlı genel hastahane ve poliklinik hizmeti sağlar. Oblast hastahaneleri aynı zamanda örneğin kadın doğum, pediatri, kardioloji gibi özel alanlara yönelik olarak da hizmet verir. Ayrıca kadın ve çocuklar için özel poliklinik hizmeti de verir. Devlet, bölgesel bakım ve araştırma hizmetleri veren çok sayıdaki özel-dal hastahanelerini ve poliklinikleri desteklemektedir. Bölgesel yönetimin bir bölümünü de, ödeme yapan üçüncü parti birimleri oluşturmaktadır ve sağlık hizmeti sunucuları son olarak Sağlık Bakanlığına karşı sorumlu olmakla birlikte, tıbbi standartları öncelikle bu üçüncü partiye rapor etmektedir. Hastalık takibi, çevre sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini içeren toplum sağlığı hizmetleri, rayon ve oblastlara dağıtılmış halde bulunan halk sağlığı merkezlerinin görevidir ve çalışmalarını bölgesel sağlık kuruluşlarına değil, doğrudan Sağlık Bakanlığı'na rapor etmektedir (1/12).

Sağlık sisteminde sayıları 728'i bulan hastahane ve yataklı tedavi kuruluşları ağırlıktadır. Bu kuruluşların 12'sini bölge hastahaneleri, 110'unu belediye hastahaneleri, 113'ünü kırsal alan merkez bölge hastahaneleri, 25'ini özel dal hastahaneleri, 24'ünü mahalli hastahaneler, 386'sını da belediye yada yerel hastahaneler oluşturmaktadır. Bu hastahanelere ait toplam 118.591 hasta yatağı mevcuttur. Ayrıca bu hastahanelerin dışında 156 dispanser ve kan istasyonu, 572 poliklinik ve ayakta tedavi kuruluşu bulunmaktadır.

Ülke genelinde her 1.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı 12,7, doktor sayısı 4,8, hemşire sayısı 12,2'dir. Bunlardan hastahane yataklarının 12'si, doktorların 4,3'ü ve hemşirelerin 11,1'i Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermektedir. Devlete ait olmayan girişimlere bağlı doktor sayısı 1.900 olup, toplam doktor sayısının %4'ünü oluşturmaktadır. Bununla birlikte doktorların birçoğunun hizmet sunumunda yer almamasından dolayı, hizmet veren doktorların sayısı yalnızca 1.000 kişiye 2,6 doktordur (2/27).

II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Gelişmiş Avrupa ülkelerinde uygulanmakta olan birincil sağlık hizmetleri modeli, Beyaz Rusya'da tamamen uygulanmamaktadır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların büyük bir çoğunluğu devlete aittir. Birincil sağlık hizmetleri konsültasyon, acil hizmetler, koruyucu hizmetler ve tüm topluma uygulanan diğer birincil sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (1/49).

Birincil sağlık hizmeti yüksek teknoloji laboratuvarlar ve tıbbi uygulamalarla desteklenmiş, koruyucu bir yaklaşımla hareket eden, genel pratisyenlerle donatılmış, aile hekimliğine dayalı bir sistem geliştirilmeye çalışılmaktadır (2/32).

Kırsal kesimde birincil sağlık hizmetleri ebe, hemşire ve feldşer denilen daha yetkili bir sağlık görevlisi tarafından sunulmaktadır. Özellikle hamileler ve çocukların sağlık kontrolleri, bağışıklık ve aşılama çalışmaları, ilk yardım ve küçük yaralanmaların tedavisi, basit rahatsızlıkların rutin tedavisi, 24 saat acil sağlık hizmeti ve ev ziyaretleri ile ebeler tarafından verilen kadın doğum hizmetleri bu sağlık elemanları tarafından sunulmaktadır. Daha üst seviyede bir sağlık sistemi ne sahip olan bölgelerde, sağlık memurları tarafından daha ileri düzeyde hizmetler verilmektedir ve bu hizmetler rayon ve oblastlardaki hastahanelerin gözetimindedir.

Daha geniş kırsal kesimlerde, az sayıda yatağı olan sağlık birimleriyle tıbbi hizmetler verilmektedir. Bu sağlık birimlerinde görevli olarak hemşireler, ebeler, genel pratisyenler, bir pediatri ve bir kadın doğum uzmanı bulunmaktadır. Düşük riskli vakalarda küçük cerrahi girişimler yapılmakla birlikte, esas olarak düşük teknoloji tıp hizmetleri ve birincil sağlık hizmetleri verilmektedir. Daha ciddi vakalar şehir merkezlerine sevk edilmektedir.

Şehirlerde birincil sağlık hizmeti genellikle polikliniklerde verilmektedir. Her poliklinik ebeler, hemşireler, sosyal hizmet görevlileri, aile hekimleri, pediatri ile kadın doğum hekimlerinden oluşur. Bu poliklinikle de dış hizmetleri poliklinik dışçileri tarafından verilmektedir ve bu hizmet için son zamanlarda bir miktar ödeme talep edilmektedir. Her aile hekimi iki bin hastadan, pediatriyeler bin hastadan sorumludur. Polikliniklerde verilen hizmetler temel birincil sağlık kontrolleri, sağlık eğitimi, bağışıklama, ev ziyaretleri ve doğum hizmetlerini kapsamaktadır. Birincil sağlık hizmeti hekimleri aynı zamanda hastaların ikincil hizmetlere sevkinden de sorumludurlar. Polikliniklerin birçoğu, yukarıda sayılanların dışında kardiolog, gastroenterolog, onkolog gibi diğer uzmanları da bulundurmaktadır. Bu hekimler, verilen ayakta tedavi hizmetlerinin gözetiminden de sorumludurlar (1/49,50).

II.3.2. Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı hizmetleri ülke genelinde kurulan halk sağlığı merkezleri tarafından sunulmaktadır. Bu merkezlerin yapısı ve fonksiyonları, Beyaz Rus Cumhuriyeti Anayasasında belirtilmiştir. Her oblastın bir halk sağlığı merkezi vardır. Oblastlar, rayonlardaki çalışmalarını denetler ve doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bildirir.

Görevleri:

- Enfeksiyon hastalıklarının kontrolü,
- Çevresel faktörlerin ve radyasyon seviyesinin izlenmesi,
- Bağışıklık ve aşılama programlarının yürütülmesi ve yönetilmesi,
- Su kaynaklarının, yiyecek üretiminin, kanalizasyonların sanitasyonu ve çevresel kirliliğin takip edilmesi,
- Temel sağlık istatistiklerinin tutulmasıdır.

Bu merkezlerde epidemiyolojistler, istatistikçiler, çevre mühendisleri ve hekimler çalışmaktadır. Öncelikle bulaşıcı hastalıklar ile çevreye verilen zarar konularına odaklanılmaktadır (1/54,55).

II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri polikliniklerde, hastahanelerde ve cerrahi kliniklerinde yürütülmektedir. Bu merkezler devlete aittir ve bünyelerinde çok sayıda poliklinik yer alır. Her rayonun, birincil sağlık hizmetine ek olarak, ayakta tedavi hizmeti veren bir polikliniği vardır. Bu polikliniklerde hastalara her alanda, uzmanlar tarafından hizmet sunulmakta ve gerektiğinde ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti veren hastahanelere ya da oblast polikliniklerine sevk edilmektedir. Oblast poliklinikleri bölge halkına hizmet vermekte ve ciddi vakalarda ayakta tedavi hizmeti sunmaktadır. Daha büyük şehir merkezlerinde hem standart poliklinik hizmetleri, hem de pediatrik poliklinik hizmetleri verilmekte, büyük şehirlerde bunlara ek olarak kadınlara yönelik poliklinik hizmetleri de sunulmaktadır (1/57,58).

Doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen üçüncül sağlık hizmetleri, genellikle ülkenin başkenti Minsk'te yer alan gelişmiş polikliniklerde ve hastahanelerde verilmektedir. Oblastların merkezi şehirlerinde bazı üçüncül sağlık hizmetleri de verilmektedir.

Her rayon'da ve oblast'ta, organize olmuş üçüncül sağlık hizmetleri (hastahane hizmetleri) sunulmaktadır ve bu hizmetler bölge yönetimince finanse edilmektedir. Bir rayon hastahanesi ortalama 251,6 yatağa sahip olup, genel hastahane hizmetleri, ikinci kademe tedavi hizmetleri, genel tıbbi ve cerrahi hizmetler ile kadın doğum hizmetlerini vermektedir. Daha ciddi vakalar ise oblast hastahanelerine sevk edilmektedir.

Bir kısım üçüncül sağlık hizmetleri ise geniş ölçüde başkentte kurulmuş olan özel dal hastahanelerinde özel amaçlı araştırma kuruluşlarında ve eğitim kurumlarında verilmektedir (1/54,55).

Beyaz Rusya'da uluslararası standartlara göre hastahanelerin kullanımı oldukça yüksektir ve giderek de yükselmektedir. Verilere bakıldığında Beyaz Rusya'da hastahaneye başvuran hastaların kabul edilme yüzdesi Avusturya ve Finlandiya dışındaki diğer Avrupa ve Orta Asya ülkelerinden daha yüksektir. Ayrıca 100.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı da diğer Avrupa ülkelerinden daha fazladır. Ortalama yatış süreleri ise diğer Avrupa ülkelerinde düşme eğilimindeyken, Beyaz Rusya'da bu durum söz konusu değildir (2/42).

II.3.4 Sosyal Hizmetler

Ülkede verilen sosyal hizmetler gelişmemiştir ve yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Bu durum devlet yönetiminin işsizleri göz ardı etmesinin ve tehlikeye maruz kalan endüstri çalışanlarına odaklanmasının sonucudur. Ülke genelinde yaşlılara yönelik hemşirelik hizmeti verecek merkezler çok azdır. Bu merkezler Çalışma Ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın (yeni adı Sosyal Çalışma Bakanlığı_araştırmacılar) bünyesinde hizmet vermekte olup, sundukları hizmetin kalitesi son derece düşük düzeyde kalmaktadır.

Ülkede gündüz-bakım merkezleri, kronik hastalıklara yönelik bakım merkezleri ve uzun süre yatması gereken hastalara yönelik birimler bulunmamaktadır. Bunun yanında fiziksel kısıtlılıkları ve psikolojik sorunları olan hastalar da göz ardı edilmektedir ve toplum sağlığı hizmetleri istenilen düzeyde değildir.

Ülkede 1941-1945 savaş döneminden sonra gazilere yönelik birtakım tıbbi hizmetler sunulmuş ancak kaynak yetersizliği sebebiyle bu hizmetler her yıl, yılda bir ay süresince banyo, masaj ve diğer tedavi hizmetlerinden öteye gidememiştir (1/54)

II.4. İnsan Kaynakları

Beyaz Rusya ihtiyacından fazla sağlık personeline sahiptir. Kişi başına düşen sağlık personeli sayısı WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve Avrupa ülkelerinin arasında (İtalya hariç) en yüksek düzeydedir. Devlete ait sağlık personeli yetiştiren okullardaki öğrenci sayısının düşürülmesine çalışılmakta, ancak girişimlerin çoğu başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Bu başarısızlık planlamacıların yetiştirilen sağlık hizmetleri personeli sayısının çok fazla olduğunu farkında olmalarından değil, personel sayısının hala hastahane ve kliniklerdeki yatak sayılarına ve muayene sayılarına göre belirlenmesi prensibinden kaynaklanmaktadır (9/3).

Ülkede mevcut sağlık insangücünü hekimler, diş hekimleri, hemşireler, ebeler ve eczacılar oluşturmaktadır. 4 tıp fakültesi ile hemşirelik ve paramedik eğitimi veren 17 üniversite bulunmaktadır. Ülkede özel okulların açılmasına izin verilmemektedir (1/65,68).

Beyaz Rusya'da genel pratisyenlerin önemi her zaman büyük olmuştur. Bağımsızlığın ilk dönemlerinde ek bir eğitimle aile hekimliği sistemi getirilmiş, ancak genel pratisyenlik kadar başarı sağlanamamıştır (1/70).

Birincil sağlık hizmetleri için 3.000 civarında doktor açığı bulunmaktadır. Ancak, doktorların coğrafik dağılımı da oldukça istikrarsız olup her 1.000 kişiye 1,3 ve 7 arasında değişmektedir.

Sağlık sisteminde yer alan doktorların sayısı 41.000, hemşirelerin sayısı da 113.000'dir. Sağlık Bakanlığı dışındaki kuruluşlara bağlı olarak 31 hastahane, 4.700 doktor, 5.600 hemşire bulunmaktadır (2/27).

Ebeler, hemşireler ve daha yetkili bir sağlık personeli olan feldşerler mezun olduktan sonra 1-3 yıl arasında ek bir eğitim aldıktan sonra kırsal kesimde birincil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alırlar. Ancak ülkedeki sağlık personeli Avrupa Birliğinde yapılan tanımlara uymamaktadır.

Sağlık sektöründe, yönetici eğitiminin yetersizliği de önemli bir sorundur. Mezuniyet sonrasındaki eğitim programları yetersizdir. Hastahane ve poliklinik yöneticileri de finansman ve yönetim alanında hiçbir eğitimi olmayan hekimlerden seçilmektedir (1/68).

II.5. Eczacılık Hizmetleri

Sovyetler Birliği'nde ilaç üretimi, merkezi olarak gerçekleştirilmekteydi ve üretim kapasitesinin ancak çok küçük bir bölümü Beyaz Rusya'da yer almaktaydı. Bu durum Beyaz Rusya'da ilaç ihtiyacının ithalata dayalı olarak giderilmesine, dolayısıyla çok yüksek miktarlar ödenerek yurt dışından satın alınmasına yol açmıştır (1/73).

Beyaz Rusya'da ilaç üretimi yapan devlete ait 7 kuruluş bulunmaktadır. Bunlardan 1'i ülke genelinde, 6'sı ise bölgesel düzeyde üretim yapmaktadır. Ayrıca ilaç üretimi yapan 1500 civarındaki özel sektör girişiminde, 10.000'in üzerinde eczacı çalışmaktadır (7/83,142,143).

Ülkede tüketilen ilaçların %70'i ithal edilmekte, ilaç giderleri çok yüksek miktarlara ulaşmakta ve arzda ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Reçete edilen ilaçlar çoğu zaman temin edilememekte, bu durumda eczacılar, yazılan ilaçları ellerinde mevcut olan ilaçlarla ikame yoluna gitmektedir.

Sağlık Bakanlığı "sosyal önem" arz eden ilaçları (örneğin diabet, tüberküloz, kanser, astım ilaçları ve aşılar gibi) doğrudan kendisi ithal etmekte, diğer ilaçlar ise özel sektör tarafından ithal edilmektedir. Bakanlık ülkedeki bütün ilaçların kalitesinden ve fiyatlarının belirlenmesinden sorumludur. Bakanlık temel ilaçlar grubunu belirler ve hepsi için bir liste fiyatı oluşturur, bu liste ve fiyatlar her yıl gözden geçirilir. Temel kabul edilmeyen diğer ilaçların fiyatları ise düzenlenmez ve ticari faktörlere göre belirlenir.

Eczahaneler ve ithalatçılar, yatan hastalara ücretsiz ilaç temin etmek zorunda olan hastahanelere toptan satış yaparlar. Diğer taraftan belirli bir gruba (gazi, hamile bayan gibi) ait olmayan diğer ayakta tedavi hastaları reçetelerini kendileri temin etmek zorundadır. Eczahaneler yasal olarak bu belirli gruptaki hastalara gerekli ilacı temin etmekle sorumludur ve daha sonra bölgesel yönetim tarafından geri ödemeler yapılır. Ancak geri ödeme sistemindeki aksaklıklar ve ödemelerin gecikmesi, eczacılar arasında bu gruba ilaç temin etmek konusunda isteksizliklerin oluşmasına neden olmuştur (1/73).

II.6. Sağlık Teknolojisi

Beyaz Rusya'da giderler bölgesel bütçelerden karşılandığı için, yeni teknoloji henüz gündemde değildir. Sağlık hizmetleri sunumunda anahtar rol arz eden sağlık teknolojisinin merkezi girişimlerle temin edilmesi yönünde bir yapı mevcuttur. Ancak merkezi kaynakların kıtlığından dolayı bu yöntem çok nadiren kullanılabilir. Bağımsızlığın ilanından sonra çok az sayıda teknolojik cihaz ithalatı gerçekleştirilmiştir. Bunlar da ancak Minsk'teki statülerini ve gelirlerini artırmak isteyen kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Sağlık cihazları ithalatı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir (1/75).

Ülkede sağlık hizmetlerinde kullanılan sabit varlıklar oldukça eski ve hasarlıdır. Tıbbi cihazların yarısından fazlası kullanım dışı, bozuk ve 10 yaşın üstündedir (2/27).

II.7. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık sisteminin finansmanı ülkenin ekonomik durumundan büyük ölçüde etkilenmektedir. Bağımsızlığın ilanından sonra yaşanan ekonomik krizin etkilerini hafife almak imkânsızdır. Makroekonomik göstergeler 1990'daki GSMH'nin 1994'de %64 oranında düştüğünü göstermektedir. Aynı şekilde sanayi sektörü %65,1 gerilemiş ve yatırımlar %47,5 oranında düşmüştür. Bu dönemde hammadde ve petrol fiyatlarında hızlı bir artış meydana gelmiştir (1/33).

Maliye Bakanlığı tarafından sağlık sektörüne ayrılan bütçe, 2002 verilerine göre GSMH'nin %5,6'sıdır. Bu miktar, yapılması gereken işler için yeterli değildir. Sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu reformların temelini, bu oranın 2001-2005 yılları arasında %7'ye çıkarılması için sağlık sektörüne aktarılacak yeni kaynakların temin edilmesi ve talebin daha karşılanabilir seviyelere indirilmesi oluşturmaktadır (2/30).

Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin kaynaklarında iyileştirmeler yapmak için şu ölçütleri belirlemiştir:

- Sağlık hizmetlerinde uygulanan programların sorunların kaynaklarına odaklanması,
- İsteğe bağlı sağlık sigortacılığının geliştirilmesi,
- Kar amacı gütmeyen organizasyonlara ayrıcalıklı vergi rejimi uygulanması,
- Her bir hastalık grubunun tedavi masrafları için standartların belirlenmesi,
- Yönetim harcamalarının azaltılması için mekanizma geliştirilmesi, rehabilitasyon hizmetlerine ayrılan kaynaklarda iyileştirme yapılması ve sigortacılık üzerine kapsamlı bir politika oluştururken aynı zamanda sigortalının ekonomik durumunun kuvvetlendirilmesi,
- Sağlık sisteminin ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak doğrudan yapılan özel ve kamu kaynaklı bağışların vergilendirmeden muaf tutulması,
- Topluma sağlık hizmetlerinin sunulmasında harcamaların karşılanabilmesi için sağlık hizmetleri ücretlerinin artırılması (3/22,23).

II.7.1. Finansal Sistem Ve Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilere dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Maliye Bakanlığı ile birlikte sağlık hizmetlerine ayrılacak bütçeye karar verir. Bu uygulama ulusal ve bölgesel sağlık bütçe hesaplamalarının temelini oluşturur. Ancak "Bölgesel Yönetim" yasasına göre bölgesel ve yerel yönetimler sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duydukları kaynağı yerel vergilerden temin etmek zorundadırlar. Rayon ve oblast yönetimleri sağlık komitelerinin tavsiyelerine göre toplanan vergilerle oluşturulan fondan hastahanelere, polikliniklere ve diğer sağlık merkezlerine kaynak aktarırlar.

Sosyal Sigorta Fonu'nun belli bir sayıdaki yaşlının evlerinde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini karşılamasına rağmen, sağlık bütçesine maaştan yapılan veya zorunlu sigorta ödemesi ile yapılan bir katkı bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanında yaşanan güçlükler rağmen, hiçbir vatandaştan ya da oturma hakkı almış göçmenden sağlık hizmeti ücreti alınmamaktadır. Bu hak yasalarla güvence altına alınmıştır. Bu uygulama, beraberinde bazı problemler getirmektedir.

Doktorların hasta seçme özgürlüğünün olması onları yaş, yaşama olasılığı ve komplikasyonlara göre belirledikleri kriterler doğrultusunda hasta bakmaya yönlendirmiştir. Bu da sağlık hizmeti almak isteyenlerin bu hizmeti alabilmelerinde ekonomik faktörlerin rol oynamasına yol açmaktadır. Böylelikle muayene plan hasta sayısında, hasta kabul oranında ve ortalama yatış sürelerindeki düşüşün sebebi; sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki engellerin kaldırılmasının yasalarla güvence altına alınmasından ziyade "gayri resmi" ödemelerin yapılmasından kaynaklanmaktadır (1/33-35).

Beyaz Rus Cumhuriyeti Anayasası'nın (1994) 45. maddesine göre Beyaz Rus Cumhuriyeti vatandaşları, devlet hastahanelerinde ücretsiz tedaviyi de içeren, sağlığının korunması hakkına sahiptirler. Devlet tüm vatandaşlarına, tıbbi hizmetlere katlanabilecekleri bir maliyetle ulaşma imkanı sağlamakta yükümlüdür (2/26).

Bu hizmetler şunları içermektedir:

- Ayakta tedavi ilaç masrafları,
- Bazı diş hizmetleri ve diş protezleri,
- Kozmetik cerrahi,
- Gözlük,
- Muayene,
- Bazı koruyucu önlemler

Hamileler, gaziler, diabetikler, tüberküloz hastaları gibi bir grup hiçbir sağlık hizmetine ödeme yapmak zorunda değildir. Çocuklara yazılan reçetelerin bir kısmı da devlet tarafından karşılanmaktadır.

Tablo 1: Ana Finansman Kaynakları

FINANSAL KAYNAK DAĞILIMI	1980	1990	1997
Kamu			
Genel vergiler	%80	%78	%77
Zorunlu Sağlık Sigortası	-	-	-
Özel			
Doğrudan Kişisel Ödeme (Resmi veya Gayri resmi)	%10	%10	%15
Dolaylı Kişisel Ödeme ve Özel Sağlık Sigortası	-	-	%2
Diğer			
Diğer Bakanlıklar ve Diğer Müteşebbislerin Kurduğu Birimler	%10	%10	%5
Uluslararası Yardımlar (Çernobille Yönelik)	-	%2	%1

Kaynak: (1) Health Care Systems in Transition Belarus, s:39

Yasal düzenleme böyle olmasına rağmen, vatandaşlar yukarıda sayılan hizmetlerin çoğunu alırken bir miktar veya tamamen ödeme yapmak zorunda kalmışlardır (1/38).

Gayri resmi (hediye, rüşvet vb.) olarak yapılan, ödeme şekilleri Sovyetler zamanında ortaya çıkıp yayılmış ve bağımsızlıktan sonra daha da artmıştır. Bu şekilde doktorlara ve tıbbi personele yapılan ödemeler kayıt dışı yapılmaktadır. Sağlık sektörü çalışanlarının gelirlerinin %7-20 arasında bir kısmını resmi olmayan ödeme şekliyle sağladığı tahmin edilmektedir.

Kaynakların dağılımı bağımsızlıktan önceki uygulamaların bir devamıdır ve değişiklik yapılması planlanan alanlardan birisidir. Ancak ülkeyi hala tehdit eden finansal krizin gölgesinde kalmıştır (1/40).

II.7.2. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

İsteğe bağlı sağlık sigortası özel şirketler tarafından uygulanmakta ve toplumun oldukça küçük bir bölümünü kapsamaktadır. Sadece zengin insanları hedef almaktadır. Sağlık hizmetlerinin çoğu yine genel vergi celiileriyle finanse edilmektedir. Ülkede az sayıdaki özel sigorta şirketinin hiçbirisi hizmeti kendisi sunmamakta, hastahane ve polikliniklerden satın almaktadır (1/42).

Sosyal Sağlık Sigortasının gelişmesi için başlatılan 1992 ve 1996-1997 yıllarındaki iki girişim Parlatentonun onay vermemesi sonucu başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Parlamento bu kararına sebep olarak, ülkenin Sosyal Sağlık Sigortası'nı yaygınlaştırmak için yeterli mali kaynağa sahip olmasını, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikte engellerin çıkacağı korkusunu ve bu sistemin, Anayasanın 45. Maddesine ters düşeceğini ileri sürmüştür (9/8).

II.7.3. Dış Kaynaklar

Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan başlıca dış kaynaklar, diğer ülkelerden ve bankalardan alınan kredilerdir. Bu kaynaklar devlet tarafından ilaç ve tıbbi ekipman almak ve hedeflenen programları uygulamak için kullanılır. Diğer taraftan Çernobil faciasının yaralarını sarmak için kısıtlı miktarda yabancı yardım kaynakları da bulunmaktadır. Yardımlar genelde kazadan etkilenen çocuklara yönelik olup yetersiz kalmaktadır. Bu kaynakların toplamı, sağlık bütçesinin %2'sine ulaşmamaktadır ve 1990'dan sonra da oldukça azalmıştır (1/42,43).

II.7.4. Sağlık Bütçesinin Düzenlenmesi

Sağlığa ayrılan kamu kaynağı miktarı, Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmeler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Sağlık Bakanlığı bir önceki yılın harcamalarını baz alarak gelecek yılın giderlerini tahmin eder. Hazırlanan bütçe, ekonomik şartların izin verdiği ölçüde Maliye Bakanlığı tarafından kabul edilir.

Hazırlanan ulusal bütçe Sağlık Bakanlığı tarafından nüfus ve yatak sayısına göre, standart hizmet seviyesi belirlenen oblast ve rayonların yerel yönetim bütçelerine aktarılır. Ulusal bütçe, yerel yönetimlerin topladıkları vergilerle birlikte sağlık sisteminin kaynakları oluşturur. Artan yerelleşme ile birlikte sorumlulukları artan yerel yönetimlerin, bu sorumlulukları yerine getirebilmek için yeterli finansal kaynakları yoktur (1/77).

1991'den beri kaynak dağılımındaki değişiklikler tasarruf yönündedir. Artan maliyetleri karşılamadaki yetersizlik ve GSMH'nin verimli kullanılamaması sağlık hizmetlerine ayrılan bütçeyi olumsuz etkilemektedir (1/78). Dengesiz ve yetersiz fonlar sağlık kurumlarının düzgün bir şekilde işleyişini zorlaştırmaktadır (2/31).

Sağlık hizmetleri harcamalarının büyük bir bölümünü gayri resmi ödemelerin oluşturduğu bilinmektedir. Doktorlara ve hemşirelere yapılan ödemelerin önemli bir kısmı "gayri resmi" ödemeler şeklinde olmaktadır. "Gayri resmi" ödemeleri pröbiemi bölgelerdeki diğer ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerine ulaşımı azaltmamıştır (9/8).

Ayrıca işsizler için fon ayrılması konusunda devletin bazı önlemler aldığı görülmektedir (1/78).

Halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle elde edilen gelirler, toplam sağlık harcamalarının yüzde 10'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Zaman içerisinde yapılan sağlık harcamaları hakkında güvenilir bilgi olmamasına rağmen, resmi kaynaklara göre her bir fert için halk sağlığı harcamaları ortalama 55 ABD Doları seviyesinde olduğu tahmin edilmektedir (2/30,32).

Acil hizmetler, halk sağlığı ve araştırmaların finansmanı vergiye dayalı devlet finansmanı olarak mı devam etmeli, yoksa sigorta sistemine de yer verilmeli mi sorusu tartışılmaktadır (1/79).

II.7.5. Hastahane Ödemeleri

Bir hastahaneye aktarılacak ödenek, temel olarak önceki yılın maliyetlerinin enflasyona uyarlanmasıyla belirlenmektedir. Bütçede belirlenen giderler gerçek maliyetleri tam olarak yansıtmamaktadır (2/30).

Hastahanelere ayrılan ödenekler kullanımda olan yatak sayısına göre değil, toplam yatak sayısına göre ve personel sayılarına göre düzenlenmektedir. Poliklinik hizmetlerine ayrılan ödenekler vardiya başına ortalama hasta sayısına göre yapılmaktadır (2/31).

Hastahanelerin hizmet üretim miktarlarına göre kaynak aktarılması konusunda girişimler mevcuttur. Fakat bu durumda, mevcut yatakların gereksiz olarak doldurulmaya çalışılması ve yatış sürelerinin yapay olarak uzatılması ihtimali bu girişimleri engellemektedir.

Poliklinikler kendilerine yapılan ödemeleri en yakın hastahaneden değil, doğrudan yerel yönetimlerden almaktadır. Finansman miktarı da hastahanelerde olduğu gibi belirlenmekte, başlangıç noktasını, Maliye ve Sağlık Bakanlığı tarafından enflasyona göre belirlenmiş önceki yıl giderleri oluşturmaktadır (1/80).

II.7.6. Hekim Ödemeleri

Hastahane yöneticilerinin hekimlerle görüşerek, her bir hekimin hizmet üretim miktarına göre ödeme yapılması yönünde çalışmalar olmakla birlikte, personel ödemelerinin çoğu hala maaş şeklinde yapılmaktadır. Sabit oranlar merkezi olarak belirlenir. Hizmet yılı, unvan ve bulunan pozisyonlara bağlı olarak belirlenen miktar net maaşa eklenir. Bu uygulama hekimler ve diğer tıbbi personel için geçerlidir.

Aile hekimlerine, verdikleri hizmetin kalitesi ve baktıkları hasta sayısı dikkate alınmaksızın standart bir ödeme yapılır. Bazı hastahaneler hekimlere özendirmek ve ödüllendirmek amacıyla gelirlerinin %10'u oranında personele ek bir ödeme yaparlar. Ödeme sistemi maaş şeklinde olmakla birlikte, ödenen maaşlar, tıbbi personelin yaşam standartlarının oldukça altındadır. Sonuç olarak bu yetersizlik, personele yapılan gayri resmi ödemelerin artarak devamına neden olmaktadır (1/81).

Hekimlere ödenen taban ücret ülke genelindeki maaş ödemelerinin %70'ini oluşturmaktaysa da, hekimler arasında maaş düzeyinde farklılıklar bulunmaktadır. Hastahane çalışan hekimler, poliklinik hizmeti verenlere kıyasla daha çok kazanmaktadır. Hastahane çalışan deneyimli bir uzman hekim ayda 1.000 ABD Doları kazanırken, mesleğe yeni başlayan bir doktor bu miktarın ancak yarısını kazanabilmektedir. Pratisyen hekimlere ödenen miktar, diğer hekimlere ödenen miktara göre yüksek tutularak, pratisyen hekimlik özendirilmeye çalışılmaktadır (2/31).

II.8. Sağlık Sisteminin Başlıca Sorunları

Beyaz Rusya sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu başlıca problemler şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık sisteminin amaçlarına başarıyla ulaşabilmesi için ayrılan kaynakların yetersiz düzeyde olması,
- Sağlık harcamalarındaki özel sektör payının çok düşük düzeyde olması,
- Sağlık personelinin ve tesislerinin ülke genelinde dengesiz dağılımı,
- Tüm toplumun sağlık hizmetlerine eşit ulaşımında problemlerin olması,
- Sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliğinin yetersiz olması,
- Halk sağlığı ve çevre sağlığı çalışmalarının istenilen düzeyde olmaması,
- Henüz deneme aşama aşamasında olan sağlık sigorta sisteminin gelişmesinde engellerin ortaya çıkması,
- Doğum oranının düşük, ölüm oranının yüksek olmasına bağlı olarak yaşlı nüfusun giderek artması,
- Alkol tüketim oranını ve HIV vakalarının yüksek değerlerde olması,
- Sağlık hizmeti sunucularının, yöneticilerinin ve gayri resmi ödemelerin üzerinde etkili bir kontrol mekanizmasının bulunmaması (2/56-83).
- Toplumun, Anayasa'nın 45. maddesini, ücretsiz sağlık hizmetine her istenildiğinde başvurmayı garantiliyor olarak yorumlaması,
- Kaynak kullanım ve etkinliğinde gelişmeleri sağlayabilecek bir yönetim sistemi ve ödeme mekanizmasının olmayışı,
- Birincil sağlık hizmetlerindeki sorunlar içinde, sağlık hizmetlerindeki standardın yetersiz oluşu ve denetlemesinin olmaması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla kullanılması,
- Gereksiz tıbbi prosedürler sebebiyle, yüksek maliyetli sağlık personelinin gereğinden fazla bulunması (9/7,8).

II.9. Sağlık Sistemi Reformları

Beyaz Rusya'da sağlık sistemi güç sosyo-ekonomik şartlar altında çalışmalarını sürdürmektedir. Yaşanan ekonomik krizin etkileri o kadar ağır olmuştur ki, planlamacılar ve yöneticiler tüm çalışmalarını çökme tehlikesi geçiren sistemin ana fonksiyonlarının sürdürülmesine yönlendirdiler. Son yıllarda ekonomik istikrarın nispeten sağlanmasıyla Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin yeniden canlandırılması için yeni stratejiler geliştirmeye çalışmaktadır. Yönetim, sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu problemlerin farkındadır. Tüm topluma eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sunulmasına devam edilmesi yönünde güçlü bir görüş birliği vardır ve bu durum sağlık sektöründeki reformların gerçekleştirilmesi için en uygun yaklaşımın ne olması gerektiği konusunda yeni tartışmaları gündeme getirmektedir.

Ulusal sağlık sistemi reformlarının iki aşamada gerçekleştirilmesi planlanmaktadır:

Birinci aşamada (1998-2002 yılları arası) gerçekleştirilmesi planlanmış reformlar şunlardır:

- Sağlık sektöründeki gelişmelere öncelik verilmesi ve sağlık hizmeti sunan kuruluşların yeniden yapılandırılması, sağlık sektörüne daha çok sorumluluk ve ekonomik bağımsızlık tanınması,
- Tüm yönetim birimlerinin çalışmalarının koordine edilmesi suretiyle toplumun temel sağlık göstergelerindeki kötüleşmenin durdurulması ve toplumun hızla artan ve sosyal tehlike arz eden hastalıklardan korunması,
- Gelecek beş yıllık dönemde GSMH'dan sağlığa ayrılan payın yüzde 7,5'e yükseltilmesi,
- Sağlık hizmet kuruluşlarının istikrarlı hizmet sunması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın sağlanması,
- Sağlık hizmetlerine yönelik temel yasal düzenlemelerin yapılması,
- Yatan hasta hizmetlerinin yeniden yapılandırılması,
- Tedavi hizmetlerinin ve poliklinik hizmet ağının geliştirilmesi,
- Tıbbi bakım hizmetlerinin standart hale getirilmesi,
- Her seviyedeki sağlık hizmetleri sunumunda problemlerin çözülmesi ve sağlık hizmeti sunumunda en son teknolojinin kullanılması.

İkinci aşamada (2003-2007 yılları arası) gerçekleştirilmesi planlanan reformlar ise şunlardır:

- Sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması çalışmalarının tamamlanmasına odaklanması,
- Amaçlanan kapsamlı programların tamamlanması,
- Birincil sağlık hizmetlerinde genel pratisyenlerin yaygınlaştırılması,
- Özellikli sağlık sorunlarında hizmet veren tıbbi merkezlerin ülke çapında gelişmelerinin sağlanması,
- Sağlık enformasyon sisteminin kurulması,
- Özel sektörün geliştirilmesi (3/22).

Bu hedeflerin başarıldığı konusunda bilgi bulunmamaktadır.

Bunlara ek olarak Sağlık Bakanlığı kaynak yetersizliğine çözüm bulmak amacıyla Vitebsk'deki pilot uygulamaları desteklemektedir. Bu bölgede yerel yönetim bütçeleri bölge nüfusuna göre hazırlanması, yerel yönetimlerin kaynaklarını tedavi hizmetlerinden daha etkili ve ucuz olan koruyucu hizmetlere yönlendirmesi için teşvik edilmesi, genel pratisyenlerin büyük rol aldığı birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi planlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde kalite ve kantite olarak iyileştirme hedeflenmektedir. Hekimlere üretilen hizmet miktarına göre ödeme yapılması planlanmaktadır. Ancak, şimdilik ödeme şeklinde herhangi bir değişiklik olmamıştır. Çünkü Maliye Bakanlığı kaynak ayrılmasına karşı çıkmış ve bu pilot uygulamalar başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

Sağlık sistemindeki en gerçekçi değişiklik, yönetim ve finansman yapısında yapılan düzenlemelerdir. Yönetim şeklinde yerelleşmeye doğru bir eğilim söz konusudur. Sağlık Bakanlığı bu eğilimin analizini yapmak için özel bir birim kurmuştur (9/8).

A. ERDAL

SARGUTEN

III. BEYAZ RUSYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 2: Beyaz Rusya Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	B.RUSYA	TÜRKİYE
Kişi Başına Düşen G.S.M.H (A.B.D \$)	8.700*	5.890+
G.S.M.H'den Sağlığa Ayrılan Pay (%)	5,6***	4,8++
Nüfus Artış Hızı (2003)	-0,12*	2+
Toplam Doğurganlık Hızı (‰)	1,2**	2,4+
Ana Ölüm Hızı (‰00)	28**	130+
Bebek Ölüm Hızı (‰)	14,05*	36++
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Erkek) (Yıl)	62,54*	67++
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Bayan) (Yıl)	74,6*	72,1++
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Ortalama) (Yıl)	68,43*	70,1++
100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	443**	127,16++
100.000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	1242**	236,6++
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (A.B.D \$)	464***	315+

Kaynak: +(8) Human Development Indicators, s:238,251,255,263

++(10) Country Information, s:2

*(5) The World Factbook, s:3,4

** (3) Highlight on Health in Belarus, s:22

*** (4) Core Health Indicators, s:1,2

Beyaz Rusya azalar bir nüfusa sahiptir ve bu nedenle toplum giderek yaşlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de bu gerçek göz önünde bulundurulmaktadır. Türkiye ise oldukça genç bir nüfusa sahiptir ve nüfus artış hızı aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı uygulamaları ile kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır.

Kapsayıcı / Butüncü / Tekçil Hizmet tipinde sağlık sistemine sahip olan Beyaz Rusya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu tek elden yönetilmekte iken, Türkiye'de çok sayıda belirleyici unsuru olan, Refah Yönelimli / Sigorta ağırlıklı bir sağlık sistemi mevcuttur.

Beyaz Rusya'da sağlık hizmetlerinde koruyucu ve temel hizmetlere önem verilmekteyken; Türkiye'de daha çok tedavi hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Beyaz Rusya'da aile hekimliği uygulanmasına rağmen, Türkiye'de ise henüz bu uygulama girişim aşamasındadır.

GSMH'dan sağlığa ayrılan pay her iki ülkede de yetersiz olup birbirine yakın düzeydedir.

Beyaz Rusya'da sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli bölümü devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Zorunlu prim ödemelerine dayalı bir sosyal güvenlik sistemi yoktur.

Bu da, gayri resmi ödemelerin dışında sağlık finans kaynaklarına kişilerin düzenli katkılarının olmaması sonucunu doğurmakta ve kötü kamu ekonomik ortamında, sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği sorununun en önemli sebeplerinden biri olmaktadır. Türkiye’de ise yaygın ve zorunlu sağlık sigortalarının dışında, özel sağlık sigortaları da mevcuttur. Nüfusun %64’ü zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Sosyal güvenlik sistemi daha gelişmiş olduğundan sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan payın yetersizliği, daha az soruna neden olmaktadır.

Beyaz Rusya’da Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı sağlık hizmetlerine ayrılacak bütçeye birlikte karar verir. Bu uygulama ile ulusal ve bölgesel sağlık bütçesi oluşturulur. Bölgesel ve yerel yönetimler sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duydukları kaynağı yerel vergilerden temin etmektedirler. Bu yönetimler Sağlık Komitelerinin tavsiyelerine göre, toplanan vergilerden oluşturdukları fondan hastahanelere, polikliniklere ve diğer sağlık merkezlerine kaynak aktarırlar. Türkiye’de çalışan, işveren ve bağımsız çalışanların primleri ile oluşturulan sosyal güvenlik sistemleri ile özel sigortalar, doğrudan kişisel ödemeler ve ağırlıklı olarak kamu kaynakları toplamı sağlık hizmetleri harcamalarını oluşturmaktadır.

Beyaz Rusya’da özel sektör gelişmemiştir. Bunun sebebi, yasal çatinın desteklenmesindeki eksiklik, hastahane gelirleri üzerindeki düzenlemeler ve doğrudan kişisel ödemeye ilgili programların uygulanmasındaki güçlüklerdir. Buna karşın Türkiye’de özel sektör gelişmiş ve kamu ile rekabet edebilecek düzeye erişmiştir.

Beyaz Rusya’da doktorların hasta seçme hakkı olmasından dolayı, doktorlar yaş, yaşama şansı ve komplikasyon durumuna göre hasta kabul etmektedirler. Bu durum, sağlık hizmeti talep edenlerin bu hizmeti alabilmek için doktorlara gayri resmi ödemeler yapmalarına neden olmaktadır ve bu tür ödemeler oldukça yaygındır. Türkiye’de bu tür ödemelerin nispeten daha az yaygın olduğu söylenebilir.

Beyaz Rusya’nın daha yoksul olan kırsal kesimlerinde yetersizlikler daha fazla yaşanmaktadır. Bölgeler arasında ve bölgelerin fakir yöreleri arasındaki eşitsizlik artmakta ve Sağlık Bakanlığı bu konuda yetersiz kalmaktadır. Aynı durum bölgelere göre yoğunluğu değişse de Türkiye için de söz konusudur.

KAYNAKLAR

1. WHO (1997) Health Care Systems in Transition Belarus, World Health Organization Regional Office for Europe, www.euro.who.int/document/e72448.pdf
2. World Bank (2002) Improving Health and Health Care in Belarus, www.worldbank.org/by/ECA/Belarus.nsf/6794d004fdefb347852555fb006e03d6/236f13bf3630d187c2256c3000485688?OpenDocument
3. WHO (2000) Highlight on Health in Belarus, World Health Organization Regional Office for Europe, www.euro.who.int/document/e72016.pdf, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. WHO (2002) Core Health Indicators, World Health Report for WHO Member States, www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=blr, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. CIA (2003) The World Factbook, Central Intelligence Agency, www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/bo.html#factbook, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Ana Yayıncılık (2000), AnaBritannica Genel Kùltür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.ř., İstanbul, Cilt 3
7. Samuel, P. S. (2003) Belarus Facts, Kavalier Publishers, Minsk
8. UNDP (2003) Human Development Indicators, United Nations Development Programme, www.undp.org/report/global/2003
9. WHO (2002) Health Care Systems in Belarus, World Health Organization Regional Office for Europe, www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/ObserverVol4no4.pdf
10. WHO (2002) Country Information, World Health Organization Regional Office for Europe, www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN