

BOSNA HERSEK SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Çetin ACAR
Hamza YILDIZ
Remzi GÖZYUMAN

A. ERDAL SARGUTAN

BOSNA HERSEK SAĞLIK SİSTEMİ

| | |
|--|-----|
| ÖZET | 590 |
| I. ÜLKE TANITIMI | 591 |
| I.1. Coğrafya | 591 |
| I.2. Tarihçe | 592 |
| I.3. Nüfus | 593 |
| I.4. Yönetmel Yapı | 593 |
| I.5. Sosyal ve Ekonomik Yapı | 594 |
| II. SAĞLIK SİSTEMİ | 597 |
| II.1. Genel Sağlık Durumu | 597 |
| II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi | 598 |
| II.3. Örgütsel Yapı | 600 |
| II.3.1. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı | 600 |
| II.3.2. Planlama Düzenleme Ve Yönetim | 606 |
| II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu | 608 |
| II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri | 609 |
| II.4.1.1. Birincil Sağlık Hizmetleri | 609 |
| II.4.1.2. Toplum Sağlığı Hizmetleri | 610 |
| II.4.2. İkincil Sağlık Hizmetleri | 611 |
| II.4.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri | 611 |
| II.4.4. Sosyal Hizmetleri | 611 |
| II.4.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Karşılaşılan Problemler | 612 |
| II.4.5.1 Fiziksel-Çevresel Koşullar | 612 |
| II.4.5.2. İlaç | 612 |
| II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı | 612 |
| II.5.1. Sağlık Sisteminin Finansmanı | 612 |
| II.5.1.1. Sağlık Sigortası | 612 |
| II.5.1.2. Tamamlayıcı Finans Kaynakları | 614 |
| II.5.2. Sağlık Hizmetleri Giderleri | 615 |
| II.5.3. Finansal Kaynak Dağılımı | 615 |
| II.5.3.1. Hastahane Ödemeleri | 616 |
| II.5.3.2. Hekim Ödemeleri | 616 |
| II.6. İnsan Kaynakları | 617 |
| II.7. Eczacılık Ve Sağlık Teknolojisi | 618 |
| II.8. Reformlar | 618 |
| III. BOSNA HERSEK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | 621 |
| KAYNAKLAR | 623 |

ÖZET

Bosna-Hersek, Sırp Cumhuriyeti ve Bosna-Hersek Federasyonu olmak üzere iki "ülke unsuru"ndan oluşur. Ayrıca otonom Brcko adlı bir bölge vardır. Refah Yönelimli / Sigorta özelliklerin ağır bastığı bu sağlık sisteminin örgütlenmesinde her iki ülke unsuru arasında farklılıklar görülmektedir. Sırp Cumhuriyetinde sağlık sisteminin yönetimi merkezileşmiştir ve tek bir Sağlık Bakanlığı bulunur. Bosna-Hersek Federasyonunda ise sağlık sisteminin yönetimi yerelleşmiştir, on kanton yönetimin her biri birincil ve ikincil sağlık hizmetlerini kendi bakanlıklar aracılığıyla vermektedir.

Toplumun hastalık yapısı savaş nedeniyle değişmiştir. Bulaşıcı olmayan kronik kitlesel hastalıklar en çok görülen hastalıklardır. Doğum ve ölüm oranlarında düşüşlerin olduğu belirtilmiştir. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar ile intiharlar artmıştır. Alkol ve uyuşturucu madde tüketimi, sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, gıda maddelerinin kontrolündeki uygunsuzluklar, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizlikler ve sağlık sektörünün ihtiyacı olan kaynakların yetersizliği gibi unsurlar yaygındır.

Bosna-Hersek'te koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmektedir. Her iki ülke unsurunda da birincil sağlık hizmetleri: aile hekimliği, genel hekimlik, okul hekimlik, hijyen, epidemiyoloji, diş bakımı, acil tıp hizmetleri, ana-çocuk sağlığı, iş hekimliği gibi hizmetlerini kapsar. Toplum sağlığı hizmetleri yerel nüfusun sağlık istatistiklerinin toplanması, epidemiyolojik durumun gözlenmesi, aşılanmanın denetlenmesi ve ölümcül bulaşıcı hastalıkların kontrolünde hedeflenen ölçülerin gerçekleştirilmesiyle görevlidir. Sırp Cumhuriyetinde hamile kadınlara, 15 yaşın altındaki çocuklara ve 65 yaşın üstündekilere ücretsiz sağlık hizmeti verilir.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri genel hastahaneler, uzmanlaşmış hastahaneler ve üniversite hastahaneleri gibi merkezler tarafından verilir. Bu hastahanelere ulaşılabilirlik ve hastahanelerin kullanımı kantonlar arasında farklılık göstermektedir.

Sağlık sisteminin finansmanında her iki ülke unsurunda da benzer yapılar görülür. Zorunlu sağlık sigortası ve isteğe bağlı sağlık sigortası olmak üzere iki tip sağlık sigortası mevcuttur. Sağlık sigortaları toplumun tümünü kapsamış görürse de, kişiler sağlık harcamalarının çoğunu kendileri ödemektedir.

Finansmanda uluslararası yardımların büyük bir yeri vardır. Sağlık hizmeti giderleri GSMH'nin %8,2'si olarak saptanmıştır. Bu sistem içerisinde hastahanelere bulundurdıkları personel sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Hekimlere de eğitim ve hizmet yılına bakılarak maaş ödenmektedir. Fakat sağlık sektörü çalışanlarının aldıkları ücretler her zaman düşük olmuştur.

Ülkede ilaç ve tıbbi malzeme üretimi yetersizdir ve ilaçların birçoğu ithal edilmektedir.

BOSNA HERSEK SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

| | |
|--------------|---|
| DEVLETİN ADI | : Bosna Hersek Cumhuriyeti |
| BAŞŞEHİRİ | : Saraybosna (Sarajevo) |
| YÜZÖLÇÜMÜ | : 51.129 km ² |
| NÜFUSU | : 4.518.456 |
| RESMİ DİLİ | : Boşnakça, Sırpça, Hırvatça |
| DİNİ | : İslamiyet, Ortodoks ve Katolik Hıristiyan |
| PARA BİRİMİ | : Konvertible Mark (1/3) |

I.1. Coğrafya

Bosna Hersek, Balkan Yarımadasının batısında ve 51.129 km² yüzölçümüne sahip, eski Yugoslavya'dan ayrılan bağımsız cumhuriyetlerden biridir. Kuzey, güney ve batı sınırlarını Hırvatistan'la, doğu sınırını Yugoslavya Federal Cumhuriyeti, Sırbistan ve Karadağ ile paylaşmaktadır. Dalmatya kıyısında 9 km'lik bir sınıra sahiptir ve Akdeniz'e kıyısı sadece bu alanda ibarettir (1/1).

Akdeniz'e yakın olmasına karşın, araya giren Dinar Alpleri nedeniyle Bosna Hersek'te Akdeniz ikliminin özellikleri görülmez. İklim bakımından Avusturya'nın dağlık kesimlerine benzeyen Bosna'da kışlar zaman zaman sert geçer. Banja Luka yöresinde ortalama sıcaklık Ocakta 0°C, Temmuzda 22°C'dir. Yağış Mayıs ve Haziran aylarında en yüksek düzeye çıkarken, Ocak ve Şubat aylarından çok az yağış düşer. Dalmatya bölgesiyle benzerlikler taşıyan Hersek'te yazın boğucu sıcaklar görülür. Mostar yöresinde ortalama sıcaklık Ocakta 6°C, Temmuzda 26°C'dir. Kurak geçen Haziran-Eylül dönemi dışında bol olan yağışlar Ocak-Şubat aylarında en yüksek düzeye çıkar (9/503).

Başta Bosna'nın orta ve doğu kesimleri olmak üzere ülkenin yaklaşık yarısı çam, kayın ve meşe ormanlarıyla kaplıdır (9/504).

Bosna Hersek su ile ilgili sektörünün gelişmesine imkan sağlayacak zengin su potansiyeline sahiptir. Büyük nehirleri Bosna, Neretva, Vrbas ve Una'dır. Birçok da doğal göl vardır (12/10).

Topraklarının aşağı yukarı yarısı zirai nitelikte olan Bosna Hersek'te verimli topraklar daha çok kuzeydedir. Ekilebilir topraklar ovalarda (Livno Polyesi gibi) toplanır; oysa hayvancılık geniş alanlarda yapılmaktadır. Bu dağlık arazi Sava ve Neretva nehirleri ile bunların kolları tarafından sulanır. Ülkede bu iki nehirden oluşan çok sayıda akarsu bulunmaktadır. Dağlık ve karstlı olan ülkenin Güneybatı kesiminde, yalnızca alçak Neretva Vadisinde (meyve, bağ, sebze) Akdeniz iklimi görülür (13/2).

Bosna Hersek iki ülke unsurundan oluşmaktadır. Bunlar Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti'dir. Bunun yanı sıra Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti'nin yetki alanı dışında kalan ve bağımsız yönetilen Brcko Bölgesi vardır (1/1).

I.2. Tarihçe

Bosna adı, topraklarını sulayan Bosna Nehrinden gelir. Nevre Nehrinin kuzey güney bölgeleri olan Hersek adı ise 15. asır ortalarında Bosna Kralına isyan edip kendini "St Sava Herseki" (dükü) ilan eden Stephan Vokciç Kosora'nın unvanından gelmektedir (9/503).

Bosna Hersek, tarihin çeşitli dönemlerinde Roma, Bizans ve Osmanlı egemenliği altında yaşamıştır. 1877-78 Osmanlı-Rus Savaşı'ndan sonra imzalaran Berlin Antlaşması'yla Bosna ve Hersek görünüşte Osmanlı vilayetleri olarak kalmakla birlikte, Avusturya-Macaristan'ın denetimine bırakıldı.

Avusturya-Macaristan 7 Ekim 1908'de bölgeyi ilhak ederek doğrudan yönetimi altına aldı. I. Dünya Savaşı'nın ardından Bosna Hersek 16 Ekim 1918'de Sırp Hırvat ve Sloven Krallığının bir parçası olarak Sırbistan'la birleştirildi. Bunu izleyen yönetsel düzenlemeler Bosna'nın tarihsel kimliğinin bütünüyle ortadan kaldırılmasını ve Hırvatistan içinde eritilmesini getirdi.

Bosna Hersek 1946'da Yugoslavya'yı oluşturan altı kurucu sosyalist cumhuriyetten biri oldu. Yeni yönetim altında köklü toplumsal, ekonomik ve siyasal değişikliklerin yaşanmasına karşın, hızlı bir nüfus artışı gösteren Boşnaklar her alanda ağırlıklı topluluk olarak öne çıktı.

Yugoslav ekonomisinin ağır bir bunalım içine girdiği 1980'lerde yaygın hoşnutsuzluklar siyasal sisteme de yansımaya başladı. Milliyetçi eğilimlerin güçlenmesine bağlı olarak 1988'de bağımsız siyasi partiler ortaya çıktı. Aralık 1990'daki ilk çok partili seçimlerin ardından Boşnak politikacı Aliya İzzetbegović'in başkanlığında bir üçlü koalisyon hükümeti oluşturuldu. Ne var ki tırmanan gerginlikler nedeniyle Radovan Karadzic'in öncülük ettiği Sırp 1991'de "Sırp Özerk Bölgesi'nin kuruluşunu ilan etti. Yugoslavya genelinde başlayan dağılma süreciyle birlikte Slovenya ve Hırvatistan bağımsızlıklarını ilan ettiler (9/505).

Mart 1992'de Bosna Hersek Yugoslavya Sosyalist Federasyon Cumhuriyetinden bağımsızlığını açıkladıktan hemen sonra, yeni ülke içsel bir çatışmanın içine sürüklenmiştir. Çok büyük miktarda mülk hasar görmüş ve Bosna Hersek ekonomisi çökmüştür. Nüfusun yarısından fazlası çatışma içerisinde diğer bölgelere göç etmek zorunda bırakılmıştır. Savaş 1995'te Dayton Barış Anlaşmasıyla sona ermiş ve bu anlaşma iki ülke unsurunun oluşturduğu tek bir devlette yeniden bütünleşmeyi sağlamıştır. Bu devletler Bosna Hersek Federasyonu, Sırp Cumhuriyeti ve bunlara ek olarak özerk Brcko Bölgesi (6/1).

Boşnak ve Hırvatların bulunduğu Bosna Hersek Federasyonu, İsviçre modelinden esinlenerek 10 yarı özerk kantona ayrıldı. Kantonal sistemin amacı etnik grupları birbirlerinin baskısından korumak, yerel iradenin ve azınlık haklarının korunmasını sağlamaktır. Sırp Cumhuriyeti kuzeybatıda ve doğuda 7 kantonlu bir devlet olarak örgütlendi. Mart 2000 de Brcko Bölgesine otonomi verildi (1/4).

Dayton Anlaşması çerçevesinde ülkenin yeniden yapılandırılması ve güvenliğinin sağlanması için gerekli ekonomik, askeri ve politik reformlar uluslararası yardım kuruluşları ve NATO ülkeleri tarafından üstlenildi.

Nisan 1996'da Yeniden Yapılanma programı, Dünya Bankası ve Avrupa Konseyi gibi uluslar arası örgütler ve Bosna Hersek Hükümet yetkilileri arasında tasarlandı ve kabul edildi (1/5).

I.3. Nüfus

1991'de iç savaş öncesinde yapılan nüfus sayımına göre nüfus 4 518 456'dır ve bunların %43,7'sini Boşnaklar (Müslüman), %31,3'ü Sırp, %17,3'ü Hırvatlar,% 7,7'sini de diğer milletler oluşturmaktadır. Nüfusun 3/5'i şehir ve 2/5'i kırsal alanda yaşamaktadır. Bosna Hersek etnik yapı olarak oldukça karışıktır. Üç ana etnik grup vardır. Boşnak, Hırvat ve Sırp. Ana dinler İslam, Ortodoks ve Katolik Hıristiyanlıktır. Bunların yanı sıra az miktarda Musevi de vardır. Resmî Dil Boşnakça, Hırvatça ve Sırpça'dır. Savaş sonrası henüz nüfus sayımı yapılmamıştır. Fakat nüfusun 3,6 milyon ile 3,97milyon arası olduğu hesaplanmaktadır (1/3).

Ülkede 1992 öncesinde karmaşık bir mozaik görünümünde olan nüfus dağılımı, iç savaş sırasındaki "etnik temizlik" sonucunda belirgin bir bölgesel ayrışmayla değişmiştir. Geçmişte büyük çoğunluğun konuştuğu dil Sırpça-Hırvatça olarak anılırken, günümüzde Boşnakça, Sırpça, Hırvatça biçiminde ulusal kimliğe bağlı bir ayrım söz konusudur. Gene de bazı küçük bölgesel sözcük dağarcığı ve ağız farklılıkları dışında, bu diller arasında büyük bir yakınlık vardır. Boşnaklar ve Hırvatlar Latin, Sırp, Kiril alfabesini kullanırlar.

Bosna Hersek eskiden yüksek doğum oranıyla Yugoslavya içinde nüfus artışının en hızlı olduğu cumhuriyetti. Buna bağlı olarak 15 yaş altındaki kesimin dörtte biri geçtiği çok genç bir nüfusu vardı. İç savaş nedeniyle bu demografik yapı köklü bir değişime uğramış durumdadır. Savaşa yıllarında sürekli gerileyen ve eksi değere inen doğal nüfus artışı, 1996 verilerine göre yüzde -0,85 düzeyindedir.

Kırsal ve kentsel alanlar arasındaki keskin ayrım Bosna kültürünün önemli bir öznesidir. Bununla birlikte 1960'larda ve 1970'lerde kırsal kesimden göçlerle kentsel nüfus iki katına kadar çıkmıştır. Bu göç hareketinden özellikle etkilenen Sarajevo (Saraybosna), Zenica, Tuzla, Banja Luca ve Mostar kentlerinin çevresinde apartman bloklardan oluşan banliyöler vardır. Geleneksel yerleşme dokusunu bozan, iç savaş sonucunda birçok kentte nüfus şişkinliği ortaya çıkmıştır (9/504).

I.4. Yönetmel Yapı

Bosna Hersek Cumhuriyeti kendisini insan haklarına saygılı, eşitlikçi ve hoşgörölü ve kurucu etnik kimlikler arasındaki bağımsızlığın devamı ilkelerine dayalı demokratik bir devlet olarak tanımlamaktadır. Bu ilkeler Bosna Hersek Anayasasının ve Dayton Anlaşmasının temelini oluştururlar.

Oy kullanma yaşı 18'dir. Etnik yelpazenin etkisiyle 30'a yakın siyasi parti faaliyet göstermektedir.

Bosna Hersek Merkezi Yönetimi kuvvetler ayrılığına dayanmaktadır.

Yasama: Temsilciler Meclisi (Predstavnicki Dom) ve Senato (Dom Naroda) olmak üzere 2 meclisten oluşmaktadır. Temsilciler Meclisi 14'ü Boşnak, 14'ü Hırvat ve 14'ü de Sırp olmak üzere 42 sandalyeden oluşur. Üyeleri 2 yıl için genel seçimlerle seçilir. Senato 15 sandalyeden oluşur ve 5 Boşnak, 5 Hırvat, 5 Sırp temsilciden oluşmaktadır. Üyeleri Bosna Hersek Federasyonu Temsilciler Meclisi ve Sırp Cumhuriyeti Temsilciler Meclisi tarafından 2 yıl süre için görevlendirilirler.

Parlamento dış, ekonomik, mali ve ticari politikanın idare edilmesi; haberleşme, göçmenlik ve sığınma politikası, hava trafiği kontrolü ve Bosna Hersek gümrük hizmetlerinin idaresinden sorumludur. Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti Hükümetleri içerisinde sağlık faaliyetlerinin de bulunduğu içsel fonksiyonları yerine getirmektedir.

Yürütme: Yürütme her bir etnik grubun temsil edildiği 3 üyeli Başkanlık sistemiyle idare edilir. Başkanlar 4 yıllık süre için genel seçimlerle seçilirler ve Bakanlar Kurulu ile Başbakan 8 aylık rotasyonlarla dönüşümlü olarak başa geçerler (1/7).

Yargı: Yargı Anayasa Mahkemesine bağlıdır. Anayasa Mahkemesi 9 üyeden oluşur; bunların 4'ü Bosna Hersek Federasyonu Temsilciler Meclisi ve 2'si Sırp Cumhuriyeti Meclisi tarafından seçilir. 3 tane Bosnalı olmayan üye ise Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Başkanı tarafından seçilir (1/8).

1.5. Sosyal Ve Ekonomik Yapı

Bosna Hersek'in eski Yugoslavya döneminde de geri olan ekonomisi, iç savaş sırasındaki ağır yıkım nedeniyle baştan aşağı yeniden inşa gereğiyle karşı karşıyadır. Yeni dönemde büyük çaplı dış yardımlarla birlikte kapsamlı bir özelleştirme ve karaborsayı önleme programı uygulamaya konmuştur.

Ekonomide tarım ve tarımsal ürünlerin işlenmesi ağırlıklı bir yer tutar. Başlıca ürünler tahıl, sebze, şeker pancarı, keten ve tütündür. Ormancılık, koyun ve sığır besiciliği de önemlidir. Sanayii ürünleri arasında kereste, mobilya, kağıt ürünleri, demir ve çelik, tütün, deri ve şeker sayılabilir. Çeşitli bölgelerde manganez, kurşun, civa ve gümüş çıkarılır. Ülkede bir düzineden fazla termik ve hidroelektrik santral vardır (9/504).

Savaş öncesinde Bosna Hersek ekonomisi komşu ülkelerdeki gibi iç yapısal problemlerle karşılaşmıştır. 1970'lerin sonundaki ekonomik gelişmeyi 1980'lerde Gayri Safi Milli Hâsılanın (GSMH) düşüşü takip etmiştir. 1990lar boyunca ekonomik durğunluk devam etmiştir. Kişi Başına Gayri Safi Milli Hâsıla (KBGSMH) 1990'da 1780 \$ ve enflasyon oranı % 68 idi. 1990/1991 döneminde ekonominin motoru sanayii sektörü oldu. Sanayi sektörünün payı GSMH'nin % 52,6 olurken hizmet ve tarım sektörünün katkısı sırasıyla %39 ve %8 olmuştur.

Bosna Hersek bağımsızlığını ilan ettiğinde merkezi ekonomi hemen parçalanma belirtileri gösterdi. Sağlık, sosyal yardım, eğitim ve kamu hizmetleri gibi temel hizmetlerde düşüş başladı. Kırsal ve şehirsiz nüfus dengesizliğinin artması temel problemlerden biri oldu ve bu sosyal ve ekonomik göstergelere de yansdı.

1998 Milli Gelir (MG) düzeyi 1991 düzeyinin çok altında kaldı ve düşük üretim düzeyi günümüz ekonomisine yansdı. Üretim, savaş öncesi dönemin 1/3'ünden daha az oldu. GSMH'de iyileşme yavaş olmakta ve aynı zamanda iki ülke unsuru arasında (BHF ve SC) da farklılıklar göstermektedir. Bu eşitsizlik ortalama ücretlerdeki farklılık gibi daha da büyük eşitsizliklere yansdı. Bu eşitsizlik şüphesiz Bosna Hersek Federasyonuna yapılan isteğe bağlı yardımlar, yabancı yatırımlar ve ulusal verimliliğin daha yüksek olmasıyla da ilişkilendirilebilir. İşsizlik oranı Bosna Hersek Federasyonunda %60'ın üzerinde, Sırp Cumhuriyetinde ise %75'in üzerindedir ve halkın büyük bir kesimi sosyal yardıma bağımlı olarak yaşamaktadır (1/13).

Yaşam Standartları Ölçüsü Araştırması, Bosna Hersek Federasyonundaki nüfusun %15'i, Sırp Cumhuriyeti nüfusunun %24'ü yoksulluk sınırının altında yaşadığını ortaya koymaktadır. Yaşam standardındaki bölgesel farklılıklar artmaktadır. Örneğin ülkenin Hırvat nüfusunun yaşadığı alanlar en yüksek yaşam standardına sahipken, Sırp nüfusunun yaşadığı alanlar en düşük yaşam standardı ölçütlerinde yaşamaktadırlar. En çok risk altındaki gruplar:

- Mülteciler ve tehcir edilen kişiler,
- Yaşlılar,
- İşsizler ve aileleri,
- Çocuklar,
- Geleneksel olarak toplumdan Sosyal Yardım alan kişilerdir.

415,000 kayıtlı emekli ve sakat kişi vardır. Emekli maaşları net ortalama ücretin %50'sidir ve bu görece açlık sınırının altında bir ücrettir. İdarenin sosyal güvenlik ve yardım sağlama kapasitesi ve bu yardımlardan faydalanan nüfusun yüzdesi çok azdır. Ülke tarafından finanse edilen sosyal yardım programları emekli aylıklarının ödenmesinden ibarettir. Gazi yardımları ve yoksulluk indirimleri çok küçük ölçektir. Resmi olarak kayıtlı olan işsizlerin %5'inden azı işsizlik yardımı almaktadır (6/2).

Dayton Anlaşmasının imzalanmasından 5 yıl sonra ekonomi iki ülke unsurunda da biraz düzelmeye göstermiştir. Kapitalist bir sisteme geçildi, vergileme ve gümrük sistemi kuruldu, ticaret ve ekonomik faaliyetler başlatıldı. 1999'da Konvertible Mark (KM) çıkarıldı ve bu para Alman Markına bağlandı. 1 Ocak 2002'de KM Euroya bağlandı. Etkili bir enflasyon mücadelesi için Merkez Bankasının para basma yetkisi kaldırıldı. Her bir KM için Merkez Bankasına 0,51€ yatırılarak para alınmaya başlandı.

Bu uygulamalara rağmen ülke ekonomisinin iyileşmesi ve kendine yeter hale gelmesi için kat etmesi gereken uzun bir yol olduğu belirtilmektedir (1/14).

Dayton Barış Anlaşması'nın imzalanmasını ardından Dünya Bankası'nın öncülüğünde, bazı ülkeler ve uluslararası finans kurumları tarafından verilen kredi ve hibe yardımları sayesinde ülkenin tahrip olan altyapısındaki düzelmeler yanında, ekonominin genel gidişinde de dikkate değer canlanmalar gözlenmiştir.

Tablo 1: GSYİH'nın Alt Sektörler İtibariyle Dağılımı (%)

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Sanayi Ve Madencilik | 21,37 |
| Tarım Ve Balıkçılık | 12,10 |
| Ormancılık | 1,50 |
| Su | 0,12 |
| İnşaat | 4,92 |
| Ulaşım Ve Haberleşme | 6,07 |
| Ticaret | 13,61 |
| Catering (İkram) Hizmetleri | 2,63 |
| El Sanatları | 2,81 |
| Konut Ve Bayındırlık Hizmetleri | 2,20 |
| Finans Hizmetleri | 4,47 |
| Banka Ve Sigortacılık | 4,27 |
| Eğitim Ve Kültür | 5,57 |
| Sağlık Ve Sosyal hizmetler | 4,92 |
| Sosyo-politik Birlik Ve Teşekküller | 7,43 |
| TOPLAM | 100,00 |

Kaynak: (13) Dış Ticaret Bülteni, s:3

A. ERDAL

SARGUTAN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Savaş nedeniyle toplumun maruz kaldığı hastalık yapısındaki değişme ve savaş sonrası dönemdeki yoksulluğun birleşimi ülke nüfusunun sağlığını etkilemiştir. Bosna Hersek'in sağlık seviyesinin kötü olmasının başlıca sebepleri; alkol ve uyuşturucu madde tüketimi, sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, gıda maddelerinin kontrolündeki uygunsuzluklar, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizlikler ve sağlık sektörünün ihtiyacı olan kaynakların yetersizliği gibi durumlardır.

Doğum oranı 2000 yılında %10,5'ten 2001'de %9,9'a düşmüştür. Bu düşüşün sebebi insanların sosyal ve ekonomik olarak kötü durumda olmalarıdır.

Savaş sonrası ölüm oranlarında çok küçük bir azalma olmuştur. Genel ölüm oranı 2000 yılıyla karşılaştırıldığında 2001'de çok az bir düşüşle %8,1'den %8,0'a inmiştir.

1989 yılındaki son resmi verilere göre yaşam süresi erkekler için 69,2, kadınlar içinse 74 yıldır. 1997 yılı UNICEF verilerine göre ortalama yaşam süresi 73'tür. Rakamlar arasındaki bu farklılığı sebebi verilerin standart ve kesin olmamasıdır.

2001 yılında toplam ölümlerin %54,1'ini solunum yolu hastalıkları oluşturmaktadır. Malign neoplazm (kötü huylu tümör) %18,1'i, yaralanma ve zehirlenmeler %3,6'yı, sindirim sistemi hastalıkları %2,9'u ve diğer hastalıklar %15,6'yı oluşturmaktadır.

Bulaşıcı olmayan kronik kitlesel hastalıklar, bütün diğer hastalıkların görülme yoğunluğu içinde birinci sırayı almaktadırlar. Solunum yolu hastalıklarının yoğunluk oranı %35,7, dolaşım sistemi hastalıkları %9,9, sindirim sistemi hastalıkları %5,9, üriner sistem hastalıkları %5,8, kemik/kas ve eklem hastalıklarının görülme yoğunluğu %5,3'tür.

Göç, işsizlik, ailelerin için buldukları koşulların değişmesi, artan şiddet ve diğer risk faktörleri ruhsal ve davranışsal bozukluklar ile intiharların artmasına yol açmıştır. İntihar oranı 2000'de 3,8/100,000; 2001'de 3,2/100,000 olmuştur ve yaş gruplarına göre en çok etkilenen kesim 25-64 yaşlar arasındaki kesimdir. Söz konusu grup aralığı intiharların 2001 yılında %71,8'ini oluşturmuştur (2000 yılında %64'ü) (7/61).

Aşılama (bağışıklık) kayıtları nüfusun %95,06'sının %80,74'üne temel aşılama yapıldığını %92,69'un da %74,73'ünün yeniden aşılandığını göstermektedir. Aşılamada uygunsuz kayıt ve bilgi sistemi kullanımı gibi ciddi problemler vardır. Ulusal aşılama faaliyetlerinin zamanında planlanması, uygulanması ve tayin edilmesine ihtiyaç vardır (7/62).

Risk gruplarının sağlık durumu şöyle özetlenebilir:

Çocuklar ve Gençler: 5 yaşından büyük çocuklar nüfusun %8,5'ini oluşturmaktadırlar. Doğum oranı düşüş eğilimindedir ve kantonlarla bölgeler arasında farklıklar göstermektedir. Kantonlar arasında büyük farklıklara rağmen bebek ölüm oranı düşüktür.

Savaş sonrası dönemde bebek ölüm oranı düşüş trendi göstermektedir. 2001'de Bebek Ölüm Oranı 8,5/1000 (2000 yılında 11,2/1000), perinatal ölüm oranı 2001'de %10,2 ve 2000 yılında %11'dir.

Aşılama seviyesi oldukça yüksektir fakat hala istenen seviyeye ulaşamamıştır.

Ergenlik çağındaki gençlerin sağlığı kendi davranış ve alışkanlıklarından etkilenmektedir. Sağlıksız ve yanlış alışkanlıkların başında sigara ve alkol tüketimi, uyuşturucu madde kullanımı, güvenli olmayan seks ve istenmeyen gebelikler gelmektedir (7/63).

Kadınlar: En son nüfus tahminlerine göre kadınlar nüfusun %51'ini oluşturmaktadırlar ve bunların %25'i doğurganlık çağındadır.

2001 yılında kadın ölümlerinin önemli bir kısmı dolaşım sistemi hastalıkları ve malign neoplazm (kötü huylu tümör) nedeniyle meydana gelmiştir. Bunların içinde göğüs kanseri (22/100,000) ve serviks kanseri (5,5/100,000) en sık rastlananlardır (7/64).

Yaşlılar: Yaşlılar toplam nüfusun %10'unu oluşturmaktadırlar, sağlık problemleri çoğunlukla yaşları ve kötü sosyoekonomik durumla alakalıdır.

2001 yılı rakamlarıyla en sık görülen hastalıklar, dolaşım sistemi (%26,2), solunum sistemi (%18,3) kemik ve kas hastalıkları (%9)'dur (7/64).

Sakatlar: Kesin ve iler olmamakla birlikte; sakatların toplam nüfusun hemen hemen %10'unu oluşturdukları hesap edilmektedir. Bu kişiler de risk grubu içindedir ve özel sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadırlar (7/64).

II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuştur. 1918 yılından 1932 yılına kadar 92 sağlık kanunu ve ilgili belge kabul edilmiştir. 1920 ve 1928 aralığında bölgesel hastahaneler, poliklinikler ve ayakta tedavi merkezleri kurulmuştur. Poliklinikler ve ayakta tedavi merkezleri genelde ana çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar bölümlerinden oluşmaktaydı. 1929 yılında toplum sağlığının korunmasında Hijyen Departmanı kurulmuştur (1/15).

II. Dünya Savaşından sonra sağlık sistemi sosyalist ideolojiye göre gelişmiştir. Bu dönemde sağlık idaresi henüz yeterince gelişmemiştir ve sağlık sistemi merkezi idare ve kontrol mekanizmalarıyla oluşturulmuştur. 1946 yılında çıkartılan bir kanunla çalışanlara sağlık sigortası sağlanmıştır. 1946 ve 1961 yılları arasında sağlık kurumları Dom Zdravljias adı verilen halk sağlığı birimleri çevresinde hızla gelişmiştir ve bir çok sağlık çalışanı da bu kurumlarda istihdam edilmiştir.

Tüm bu gelişmelere rağmen ne ihtiyaçlara ne de finansal gelişime göre tutarlı bir planlama yapılmamıştır. Çoğu toplum sağlığı uygulamaları Sarajevo'daki (Saraybosna) Toplum Sağlığı kurumu tarafından organize edilmiştir.

1961 ve 1971 döneminde Bosna Hersek'in gelişmesine de paralel olarak sağlık alanında uzmanlaşma ve tıbbi imkanların artmasında büyük bir ilerleme sağlanmıştır. Yerel sağlık yönetimi, bölgesel ve bu bölgeler altında kurulan merkezlere göre genişletilmiş ve yerel sağlık merkezleri oluşturulmuştur. Sağlık sistemi, çalışanlarına ve ailelerine sağlık sigortası, sosyal güvenlik, sakatlık sigortası sağlayan ve kendi kendini yöneten (özyönetim) kurumlar aracılığıyla finanse edilmiştir. Bu kurumların mali kaynakları işçi ve işverenlerin zorunlu katkıları, sosyal güvenlik kesintileri ve diğer gelirlerden oluşmaktadır. Ayrıca belediyelerin fonlarından da kaynak aktarılmıştır. 1970 yılında yeni "Sağlık Sigortası Ve Sağlığın Korunması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. Kanun geniş ve kapsamlı idi ve hamile kadınların, çocukların, gençlerin ve bunlara ek olarak bazı hastalıkların (enfeksiyon hastalıkları, şeker hastalığı, kanser gibi) etkilediği risk gruplarının sağlıklarının korunmasını içeriyordu.

1972 ve 1990 döneminde sağlık sistemi ve uygulamasıyla ilgili beş kanun çıkarılmıştır. Sağlık sistemi, hastahane kapasitelerinin personel sayısının plansız bir şekilde artışına maruz kaldı. Yavaş yavaş sağlık hizmeti faydalanıcıları sayısı, mali gücündeki artıştan fazla oranda arttı. 1980'lerin sonlarında ekonomideki negatif gelişmeler sağlık hizmeti sürecini de etkilemeye başladı (1/16).

Bosna Hersek 1992 yılında bağımsız olduğu zaman, savaşa kadar kamu giderlerinin paylaşımı cumhuriyet düzeyinde oldu. Savaş esnasında temel sağlık hizmetleri en aza düştü ve çevre sağlığı hizmetleri tamamen bozuldu. Kendini işine adanmış sağlık personelleri sayesinde sadece aşılama oldukça yüksek bir düzeyde kalınmaya devam edildi. 1992 yılında sivil topluma ve askerlere bakım sağlamak amacıyla Bosna Hersek sınırları içinde 23 hastahane oluşturuldu.

Savaş esnasında sigorta katkıları büyük bir oranda azaldı. Sağlık personeli çok az ya da hiç maaş alamadı.

Davton Anlaşmasına göre ülke sağlık sistemi iki parçaya ayrılmıştır. Sağlık örgütü finansmanı ve sağlığın sunumunda ülkeyi oluşturan her bir unsur kendi başına sorumlu oldu. Anlaşmanın imzalanmasından sonra her bir unsur kendi sağlık kanunlarını çıkardı. 2000 yılında otonomi kazanan Brcko Bölgesinin de kendine ait sağlık kanunları vardır (1/17).

Sağlık hizmetinin düzenlenmesi iki ana kanun tarafından sağlanır: 1997'de çıkarılan Sağlık Hizmeti Kanunu ve Sağlık Sigortası Kanunu. Bunlara ek olarak 2001 tarihli Dayanışma Kanunu ve birkaç düzenleme sayılabilir.

Sağlık Hizmeti Kanunu, piyasa yaklaşımının tersine, sağlık hizmeti meselelerinde sosyal yaklaşımı kullanır. "Toplumun sağlığı çok önemli bir yere sahiptir ve tamamen arz ve talep kanunlarının öznesi olamaz" anlayışı esas alınmıştır.

Sağlık Sigortası Kanunu, kişilerin ücretinden kesilen katkılarla finanse edilir ve sigortalılarına sağlık sigortası sağlar (2/8).

II.3. Örgütsel Yapı

II.3.1. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Merkezileşme ve yerelleşme kavramları Bosna Hersek sağlık sistemini anlamakta temel oluşturmaktadır. Eski Yugoslavya parçalanmadan önce sağlık sistemi merkezleştirilmişti. Savaşın ve Dayton Anlaşmasının sonucu olarak Bosna Hersek, kendi sağlık sistemlerini yönetmekle sorumlu iki ayrı yapı oluşturdu:

Sırp Cumhuriyeti sağlık sistemiyle sorumlu tek bakanlıklı merkezi sağlık sistemini seçerken, Bosna Hersek Federasyonu her kantonun kendi sağlık idaresi ve finansmanından sorumlu olduğu yerel kantonal sistemi seçti.

Sağlık sistemindeki bu bölünme bazı problemlere yol açtı:

- Yasal düzenleme mekanizmalarının olmaması nedeniyle sağlık sistemiyle ilgili meselelerde ülkeyi oluşturan her federal unsur içinde eş güdümün sağlanmasındaki güçlükler,
- Bosna Hersek Federasyonu içindeki kantonların resmi olarak işbirliği içerisinde olmamaları,
- Yerelleşmenin sonucu olarak kantonlar arası sınırların yaratılması. Özellikle federal unsurlar ve kanton hastahanelerinin coğrafi olarak dağılımının sağlık hizmetlerinden eşit faydalanmayı sağlamada optimal olmaması,
- Zor ve karmaşık yerelleşme sürecini oluşturmak için yeterli beceri ve teknik kapasitenin olmaması (1/22,23).

Bosna Hersek'te kendi sağlık hizmetinin finansmanından, yönetiminden, teşkilatından ve hizmetin sunumundan ülkeyi oluşturan unsurlar sorumludur.

Sırp Cumhuriyetinde sağlık hizmeti üzerindeki yetki merkezleştirilmiştir. Planlama, düzenleme ve yönetim Banja Luka'da bulunan Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir.

Bosna Hersek Federasyonunda sağlık sisteminin yönetimi yerelleştirilmiştir. On kantonal yönetimin her biri birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin kendi bakanlıkları aracılığıyla sağlanmasından sorumludur. Sarajevo'daki (Saraybosna) Merkez Sağlık Bakanlığı, kantonal sağlık bakanlıklarının federasyon düzeyinde eşgüdümünü sağlar.

Brcko Bölgesi, nüfusunun az olması nedeniyle vatandaşlarının birincil ve ikincil sağlık hizmetlerini kendisi sağlar (1/19).

Bosna Hersek Federasyonu

Sağlık Bakanlığı: Bosna Hersek Federasyonu biri federasyon düzeyinde ve 10'u kantonal düzeyde olmak üzere 11 tane Sağlık Bakanlığına sahiptir. Federasyon düzeyindeki kuruluşların kantonal düzeydeki işlemler üzerinde hemen hemen yetkileri yoktur. Kanunen sağlık sorunları için federasyon düzeyinde verilmiş sorumluluklar, kantonal düzeyde uygulanamayacak işlemlerle sınırlıdır.

Hizmetlerin sunumu, gelirlerin toplanması, harcamalar, politika, planlama gibi konuları içeren bütün sağlık sektörü uygulamaları üzerindeki yetki kantonal otoritelere verilmiştir. Her bir kanton kendi sağlık sigorta fonunu uygular ve hastahaneler, sağlık merkezleri (Dom Zdravljias) sağlık noktalarını (Ambulanta) içeren kendi sağlık tesislerini işletir (1/23).

Sağlık Bakanlığı'nın Federasyon düzeyinde görevleri:

- Bosna Hersek Federasyonundaki sağlık politikasını geliştirmek,
- Toplum sağlığını izlemek ve değerlendirmek,
- Kurumların tesis kapasitelerini içeren tıbbi hizmetleri planlamak,
- Zorunlu sigortayı geliştirmek ve düzenlemek,
- Kamu sağlığının iyi bir şekilde verilmesini kendisi ya da diğer örgütler aracılığıyla izlemek ve teftiş etmek.

Kantonal düzeydeki Sağlık Bakanlıkları sağlık kanunlarını yapma, teknik konularda tavsiyeler verme, düzenlemelerin uygulanmasını sağlamakla görevlidirler. Görevleri kantonal hastahanelere, sağlık merkezlerine, sağlık evleri ve sağlık noktalarında yoğunlaşmaktadır. Ayrıca Bosna Hersek Federasyonundaki Sağlık Örgütleri Yönetim Kurulu üyelerini seçmekle sorumludurlar (1/24).

Maliye Bakanlığı: Sağlık hizmetlerini ilgilendiren görevi: Bütçeden alacağı payı Sağlık Bakanlığına transfer etmektedir (1/24).

Eğitim Bakanlığı: Sağlık hizmetlerini ilgilendiren görevleri: Eğitimle ilgili sağlık düzenlemeleri ve sağlık personeli için kullanılacak kriterleri belirlemek, sağlık okullarına ve üniversitelere yıllık kaç öğrencinin kayıt olacağını belirlemek ve kabullerini yapmaktır (1/24).

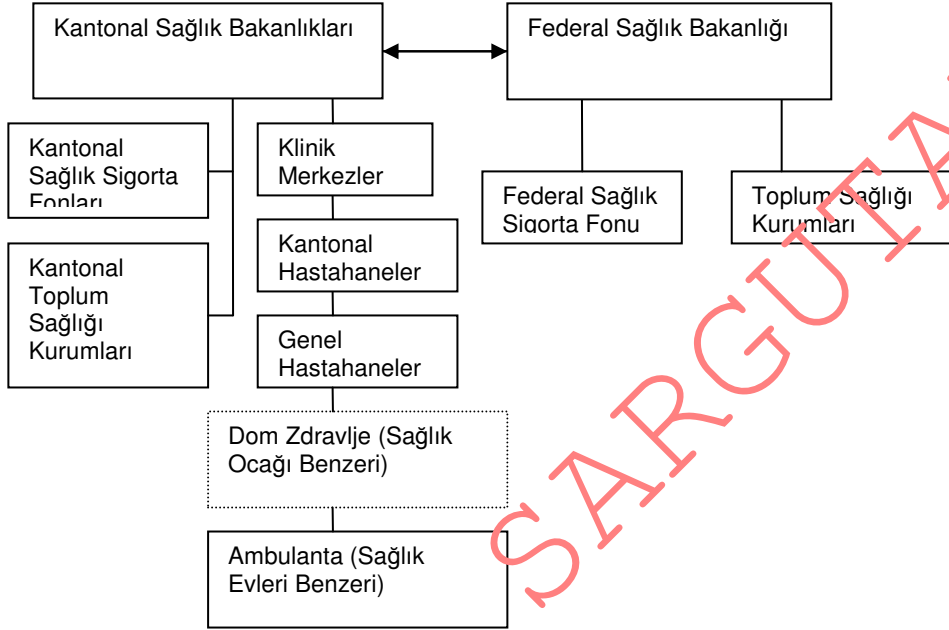
Sağlık Sigortası Kurumları: Sağlık hizmeti; 10 kantonal sağlık sigorta fonu ve bir federal sağlık sigorta fonu içeren bir Sağlık Sigortası Planlama biriminden gelen fonlar tarafından finanse edilir.

Federal Sigorta Fonu 11 tane zorunlu sigorta fonunu kontrol ve teftiş etmek zorundadır. Ayrıca anlaşmaların, uluslar arası anlaşma ve kanunların uygulanması ve reasürans sağlamakla da görevlidir.

Her kantonal idare, kantonun sağlık sigorta kurumuna ve yönetim kuruluna üyeler atar. Söz konusu kantonal idarelerin rolü ya yerel katkı oranını tayin etmek ya da kantonal parlamento onayı ile federal ve kantonal düzeydeki sağlık sigorta fonunun ödemelerini ve harcamalarını kayıt ve rapor etmek için düzenlemeler (1/25).

Mesleki Birlikler: Savaştan önce, bütün sağlık çalışanları kendi mesleki çıkarlarını korumak ve geliştirmek amacıyla mesleki birliklere katılabiliyorlardı. Şimdiye kadar tıbbi birlikler Sarajevo (Saraybosna) ve Tuzla kantonlarında kuruldu. Federasyon düzeyinde bir eczacılar birliği kuruldu. Günümüzde sadece Boşnak çoğunluğu olan kantonlar federasyon düzeyinde eczacılar birliğine katıldılar. Hırvat çoğunluğu olan kantonlar da kendi eczacı birliklerini kurdular (1/26).

Şema 1. Bosna Hersek Federasyonu Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



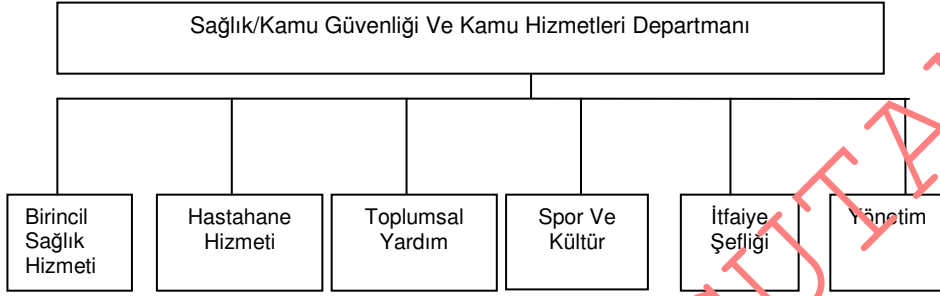
Kaynak: (1) Health Care System in Transition, s:26

Şema 2. Sırp Cumhuriyeti Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



Kaynak: (1) Health Care System in Transition, s:21

Şema 3. Brcko İdari Bölgesi Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



Kaynak: (1) Health Care System in Transition, s:22

Meslek Odaları: Bütün sağlık çalışanlarının karınen kendi alanları ile ilgili meslek odalarına üye olmaları gerekir. Odalar kantonal düzeyde faaliyet gösterir fakat bazen kantonlar arasındaki işbirliğini arttırmak için birden çok kantonu içine alan uygulamalar vardır.

Meslek odalarının faaliyet alanları şunlardır:

- Mesleki ve etik standartlara bağlılığını izlenmesi,
- Özel pratisyen hekimlik lisanslarını uzatmak ya da geri almak,
- Vatandaşlara sağlık hizmetinin kalitesi, kapsamı ve şekliyle ilgili hakları konusunda destek olmak,
- Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesinde önerilerde bulunmak,
- Sağlık çalışanlarına lisans vermek,
- Sağlık hizmetinin standartlarının ve normlarının belirlenmesine katılmak,
- Sağlık çalışanlarının devamlı eğitimini sağlamak,
- Mesleki gelişme ile ilgili düzenlemeler üzerine tavsiyelerde bulunmak (1/26).

Sağlık Sendikaları: Sağlık sendikaları sağlık sektörlerinde çalışanlarının çıkarlarını arttırmak amacıyla kurulmuş olan isteğe bağlı, hükümet dışı kuruluşlardır. Bu sendikalar genellikle maaş düzeyini arttırmak, çalışma koşullarını iyileştirmek ve çalışanların haklarını arttırmak üzerine yoğunlaşmaktadırlar (1/26).

Sağlık Kurumları: Bosna Hersek Federasyonu Sağlık Koruma Kanunu aşağıdaki hizmetlerin sunulmasını zorunlu kılmıştır:

- Temel Sağlık Hizmetleri: Dom Zdravljas denen tıp birimleri, sosyal yardım ve ayakta tedavi veren klinikler (podrucna ambulantas), aile bakım (hekimliği) kurumları ve eczahaneler

- Uzman Ve Hastahane Sağlık Hizmetleri: Poliklinikler, hastahaneler, rehabilitasyon merkezleri ve enstitüler.

Sağlık kurumları belediyelere, kantonlara ve federasyona aittir ve federasyon, kanton ve belediyeler düzeyinde organize edilirler.

Bosna Hersek Federasyonundaki en önemli sağlık kurumları: Klinik Merkezler, Toplum Sağlığı Kurumları, Kan Merkezleri, İlaç Kalite Kontrol Kurumları ve Sağlık Bakanlığı Federal Sağlık Konseyidir.

Kantonal düzeyde:

- Kanton Hastahaneleri
- Toplum Sağlığı Kurumları
- Kan Merkezleri
- İş Hekimliği ve Spor Hekimliği kurumları bulunmaktadır.

Son iki kurum çoğu kantonda henüz mevcut değildir (1/27).

Sırp Cumhuriyeti

Sağlık Ve Sosyal Refah Bakanlığı: Sırp Cumhuriyeti Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı yönetsel, düzenleyici ve mali sorumluluklar bakımından merkezleşmiştir.

Bakanlığın düzenlemeleri;

- Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın yükseltilmesi,
- Sağlık durumunun ve toplumun ihtiyaçlarının gözlenmesi,
- Sağlık hizmeti organizasyonu,
- Mesleki eğitim ve sağlık çalışanlarının uzmanlaşması,
- Sağlık hizmetlerinin denetlenmesi,
- Kamu gelirlerinden sağlık sigortasının ve sağlık hizmetinin finansmanı,
- İlaçların, zehirlerin ve uyuşturucu ilaçların yanı sıra tıbbi ekipman ve yardımcı malzemelerin temin, üretim ve dağıtımı,
- Besleyici ve temel tüketim malzemelerinin kontrolü,
- Çevre sağlığı hizmetlerinin denetlenmesi.

Bakanlık ayrıca bütün meslek gruplarının emekli ve maluliyet sigortasını içeren sosyal sigorta ve sosyal yardım sisteminin idaresini ve denetlemesini yapar (1/27).

Maliye Bakanlığı: Maliye Bakanlığı bütün Sırp Cumhuriyeti çapındaki mali denetimlerin yanı sıra, belli grup vatandaşları (gaziler, işsizler, emekliler, mülteci ve tehcir edilen vatandaşlar) için sağlık sigorta maliyetlerinin karşılanması ile de görevlidir (1/28).

Eğitim Bakanlığı: Eğitim Bakanlığının yasal olarak Banja Luka'daki sağlık okuluna kayıt olacak öğrencilerin miktarı konusunda Sağlık Bakanlığına danışman zorunluluğu yoktur. Yine de Sağlık Bakanlığı üniversite müfredatlarını, uzman hekim eğitimi görenler için burs istemlerini ve sağlık alanındaki uzmanlık alanlarının belirlenmesini onaylar (1/28).

Sağlık Sigorta Kurumları: Sırp Cumhuriyetinde sağlık hizmetine finansal katkının sağlanması ve paylaştırılmasından yasal olarak sorumlu olan tek örgüt Sağlık Sigorta Fonudur. Bu fon dayanışma ve karşılıklılık esasına dayanır. Sağlık Bakanlığı ve Mali Polis fonun çalışmalarını denetler.

Sırp Cumhuriyeti Sağlık Sigorta Fonu yüksek düzeyde merkezleşmiş 8 bölgesel ofis ve 54 şube ofisinden oluşur. Yine de bölgesel ofisler kısmen otonomiye sahiptirler. Diğer yandan şube ofislerinin kendi kendilerine karar alma yetkileri yoktur.

Fonun merkez ofisi işbirliği stratejilerinin tümünü düzenlemekle sorumludur. Ayrıca bölge ofisleri antlaşmaların imzalanması ve izlenmesi, sigorta ödemelerinin dağıtımı ve her bir bölgenin sigorta katkılarının toplanmasından sorumludur. Şube ofisleri de üyelerin kaydedilmesi ve sigortalama gibi faaliyetlerin izlenmesinde bölgesel ofislere destek sağlamakla sorumludurlar (1/29).

Meslek Odaları: Sırp Cumhuriyetinde meslek odaları doktorlar, diş tabipleri ve eczacıların oluşturduğu bağımsız mesleki örgütlerdir.

Meslek odalarının çalışma alanları genel olarak şunlardır:

- Sağlık çalışanlarının lisanslarını vermek,
- Sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri düzeylerini kontrol etmek,
- Mesleki ve etik standartlara bağlılığı izlemek,
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sigorta Fonu ve Mesleki Birliklerle işbirliği yapmak,
- Sağlık hizmetleri konusunda mesleki danışmanlık yapmak,
- Sağlık standartları ve normlarının belirlenmesine katılmak,
- Sağlık çalışanlarının sürekli eğitimini sağlamak,
- Mesleki gelişmeyle ilgili düzenlemelerin hazırlanmasına katılmak,
- Üyelerinin mesleki ve diğer çıkarlarını korumak (1/29).

Mesleki Birlikler: Tabip birlikleri tüm Sırp Cumhuriyeti topraklarını kapsayan ve tabiplerden oluşan hükümet dışı örgütlerdir (1/30).

Sağlık Sendikaları: Sağlık sendikaları çalışanlarının refah düzeylerini arttırmak ve geliştirmek amacıyla oluşturulan isteğe bağlı hükümet dışı örgütlerdir. Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları sendikaların üyeleridirler. Geçtiğimiz birkaç yılda grevler yapılmıştır (1/30).

Sağlık Kurumları: Sırp Cumhuriyetinde mahalli idareler (belediyeler) kendi sağlık kurumlarını işletmektedirler. Sağlık hizmeti kanununun 22. fıkrasına göre; sağlık kurumları iki klinik merkezden oluşur: Merkezi Toplum Sağlığı Kurumu ve uzmanlaşmış kurumlar, merkezler veya klinikler (rehabilitasyon merkezleri, kan transfüzyon merkezleri). Bunların yanı sıra bölgesel düzeydeki toplum sağlığı kurumunun kolu olan bölgesel hastahaneler vardır.

Genel hastahaneler ve eczahaneler yerel idare düzeyinde yer alırlar ve her yerel idare kendi sağlık merkezine sahiptir. Ayrıca çok sayıda Ambulanta (sağlık evleri benzeri) da mevcuttur.

Sırp Cumhuriyetindeki bütün hastahaneler kamu hastahaneleridir. Fakat ortalama 50 yataklı hastahaneler bunun istisnasıdır. Bu özel hastahaneler Sağlık Sigorta Fonu ile anlaşmalar yaparak faaliyet gösterirler. Tüm gün ya da yarım gün çalışan ve devlet gelirleriyle kurulmamış özel ambulantalarda da vardır. Özel hastahaneler ve özel ambulantalarda kar amaçlı çalışan kurumlardır (1/30).

II.3.2. Planlama, Düzenleme Ve Yönetim

Bosna Hersek'in sağlık sistemi, sosyalist düzenden kaynaklanan katı bir sağlık hizmeti ve insan kaynağı planlama metoduna dayanmıştır. Savaş kamu kurumlarının ve yasaların bütünlüğünü bozmuştur. Etnik bölünmeden kaynaklanan güçsüz kurumsal ve politik çevre, yolsuzluklar ve rant için boşluklar bırakmıştır.

Hem yasa uygulama gücünün olmaması, hem de sağlık sigorta katılımlarını toplama gücünün olmaması problemlere yol açmaktadır. Savaş sonrası yönetimler kurumları idare etmede zorluklarla karşılaştılar. Sonuç olarak Bosna Hersek kurumları, yönetilen fakat işletilemeyen kurumlar haline geldi.

Özellikle Bosna Hersek Federasyonunda yerleşme çok önemli bir konudur. Bosna Hersek Federasyonu Anayasası sağlık hizmetlerini federal ve kantonal otoriteler arasında yetki paylaşımı olarak görmektedir. Böylelikle, sağlık hizmeti beraber ve ayrı olarak, ya da kantonların federal yetkililerle eşgüdümü sayesinde uygulanabilmektedir. Tartışmalar sonrası, sağlık hizmetinin kantonal düzeyde organize olacağı ve federal düzeyde koordine edileceği kabul edildi. Kantonların bu otonomileri demografik, sosyal ve epidemiyolojik yapıya göre, sağlık hizmetleri toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek hizmetler olarak düşünüldü. Kantonlar arası bölünme, uygulamada üstesinden gelinmeyecek problemler yaratmaktadır (1/31).

Bosna Hersek Federasyonu

Planlama: Girdi tabanlı planlama sisteminin sonucu olarak, sağlık hizmetleri eşit olmayan bir şekilde şehirsiz alanların yararına dağıtılmaktadır. Planlama, politik lobi ve etnik bölünmeden etkilenmektedir. Örneğin kardiovasküler sistem hastalıkları ölüm oranı ve görülme sıklığı olarak önde gelen hastalıklar olmasına rağmen; ciddi bir koruma programı bulunmamaktadır. Sarajevo ve Tuzla'da iki pahalı ve yüksek teknoloji kardiyo cerrahi merkezi vardır ve aralarındaki mesafe 120 km'dir (1/32).

Düzenleme. Sağlık Hizmet Kanunu'na göre, kantonlar kendi düzenlemelerini yapmaya yetkilidirler. Uygulamada düzenlemelerin çoğu federasyon tarafından yapılır. Sağlık Bakanlığı, ilgili alanlardaki uygulanması zorunlu olan düzenlemeleri önermekle görevli yasal kuruluştur. Bosna Hersek Federasyonu sağlık sisteminin yasal çerçevesi iki temel kanundan oluşmaktadır: Sağlık Koruma Kanunu ve Sağlık Sigortası Kanunu (1/32).

Yönetim: Bosna Hersek Federasyonu sağlık kurumlarının çalışması, kalkınmış ülkelerinkinden daha hiyerarşik bir yapıya sahiptir. Federasyondaki her sağlık merkezi, hastahane ve sağlık hizmeti kurumları, ikisi de İdare Konseyi tarafından atanan bir yönetici ve onun vekili tarafından idare edilir.

İdare Konseyi'nin yapısı kurumların sahipliklerine göre değişir. Bosna Hersek Federasyonunda, Federasyona ait kurumlarda 9 konsey üyesi vardır. Kantonlara ait kurumlar 8 üyedir. Her iki durumda da Bosna Hersek Federasyonu idaresi, Sağlık Bakanlığının önerisi üzerine İdare Konseyi başkanını atar. Tek kantona ya da belediyeye ait kurumlar 5 üyeye sahiptir. Kurul başkanı kendi kantonal idaresi tarafından atanır.

Uzman kuruluşların yöneticisi olarak atanan doktorlar, aynı alanda uzman olanlardan seçilmelidir. Eğitim hastahanelerinin yöneticileri, bir üniversitenin akademik personeli arasından seçilmek zorundadır (1/33).

Yerelleşme: Dayton Anlaşmasından sonra toplum sağlığı hizmetleri, ilaç kalite kontrolü ve kan ürünleri istisna olmak üzere fon ve düzenleme sorumlulukları kantonal yetkililere devredilmiştir. 1996 yılında, Sağlık Sigortası Kanunu ile on tane kantonal Sağlık Sigorta Fonu kurulmuştur. Kantonal karar mercilerinin otonomilerinin fazla olması nedeni ile sistem bozulmuştur. Sağlık Sigortası Kanunu iki ya da daha fazla kantonal fonun birleşmesine izin vermesine rağmen, fonlar etnik yapısı aynı olan kantonlar arasında birleştirilebilmiştir. Bu şekilde kantonlar arası eşitsizlikler daha da artmaya başlamıştır (1/33).

Sırp Cumhuriyeti

Planlama: Sağlık kurumları ağının planlanması, şehir ve belediye idareleri tarafından kurulan sağlık kurumlarının sayısı, yapı ve dağılım türlerinin belirlenmesinden ibarettir. Öngörülen sağlık kurum türleri, Sağlık Hizmet Kanunu 22. fıkrasında listelenmiştir. 2000 yılında yasalaşan bu kanun hala uygulanmamaktadır. Sağlık Hizmet Kanunu 1. basamak sağlık kurumlarının (temel sağlık hizmeti kurumları) her ev halkının 8 km içinde ulaşabileceği kurumlar olmasını ve aile hekimliği ekiplerinin en fazla 2.000 kişiye hizmet vermesini öngörmektedir (1/34).

Düzenleme: Sağlığı denetleyen bakanlık departmanı yasal olarak çevre sağlık hizmetinin denetlenmesi, ithal edilen yiyeceklerin denetlenmesi ve dağıtımına izin verilmesi, ilaçların denetlenmesi ve lisans isteyen kuruluşların şartlara uygunluğunun denetlenmesi, ayrıca kamu ve özel sağlık hizmetlerinin denetlenmesini yapar. Ancak bu fonksiyonların uygulanmasında zorluklarla karşılaşmaktadır (1/35).

Yönetim: Bosna Hersek Federasyonunda Sağlık Kurumları İdare Konseyi yönetici ve vekillerin atamasını yaparken; Sırp Cumhuriyeti'nde, Cumhuriyetin kendi sahip olduğu kurumlarda idare konseyinin tavsiyesi üzerine Sağlık Bakanı tarafından atar. Bu kurumlar klinik merkezler, hastahaneler ve rehabilitasyon merkezleri gibi uzmanlaşmış kurumlardır. Belediyelerin sahip oldukları kurumlar sağlık merkezleridir (Dom zdravljas). Bu tip kurumların yönetim fonksiyonu üzerinde Sağlık Bakanlığı doğrudan kontrole sahip değildir.

Yöneticiler insan kaynaklarının idaresinde bazı problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bunun nedenleri: yönetsel eğitim ve yetenek eksikliği, yasal düzenlemelerin sertliği, kamu sektöründeki düşük kaliteli ve etkin olmayan işgücü olarak sayılabilir (1/35).

Yerelleşme: Sırp Cumhuriyeti sağlık kurumlarını unsurlar ve yerel idareler (belediyeler) düzeyinde yönetir. Cumhuriyet yönetimi hastahaneler ve klinik merkezleri kontrol ederken, belediyeler Dom Zdravljas'ları kontrol ederler.

Dom Zdravljas'ın özerkliği, savaştan önceki sosyalist sistemden gelmektedir. Bakanlık bu kuruma çok az etkide bulunabilir.

Çoğu gözlemci, bunun sağlık sektöründeki reformların uygulanmasını geciktirdiğini belirtmektedir. Bakanlık birincil sağlık hizmetleri üzerindeki kontrolünü arttırmak amacıyla Sağlık Kanununda gerekli değişiklikleri yapmayı düşünmektedir.

Bazı ilerlemelerin yanı sıra, karışık yapısal düzenlemeler altındaki Bosna Hersek'te hala üzerine gidilmemiş birçok problem vardır. Düzenlemede bütün vatandaşlar sigorta kapsamında olmasına rağmen, uygulamada çok az vatandaş bundan faydalanabilmektedir. Ülke çapındaki bir çok problemin de bu durumun oluşmasına etkisi olmuştur.

Birinci problem, sağlık sisteminin 13 bakanlık ile çok büyük bir yönetsel yapıya sahip ve karışık bir yasal bölünmesinin olması nedeniyle, sağlık hizmetinin sağlanması için ülkeyi oluşturan bölümler arasında gerekli kuralları ve düzenlemelerin yapılmamış olmasıdır.

İkinci problem, sağlık sisteminin yapısının ölçek ekonomilerine ve etkili bir yönetime ulaşmayı güçleştirmesidir (1/35,36).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

İki ülke unsurundaki sağlık hizmeti sektörü de sağlık hizmetinin sunumunda 3 düzeyde organize olmuşlardır. Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri (7/67).

Tablo 2: 2000 ve 2001 Yıllarına Ait Bosna Hersek Sağlık Hizmeti Kapasitesi

| | 2000 | 2001 |
|------------------------------------|--------|--------|
| Hastahane Sayısı | 39 | 34 |
| Yatak Sayısı | 12,221 | 12,098 |
| Psikiyatrik Yatak Sayısı | 5,368 | 5,443 |
| Hastahane Doktor Oranı % | %45,30 | %45,53 |
| Temel Sağlık Hizmeti Doktor Sayısı | 927 | 1,449 |
| Eczacı Sayısı | 380 | 350 |

Kaynak: (7) Bosnia and Herzegovina Human Development Report, s:67

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bunlar:

- Sağlık hizmetinin kalitesinin düşüklüğü ve ulaşımındaki yetersizlikler,
- Çeşitli klinik işlemlerdeki maliyetlerinin fazla olması (bütün klinik hizmetlerin %30'dan fazlasının verimsiz olduğu hesaplanıyor),
- Mikro düzeydeki sağlık hizmetleri sunumunun etkin olmaması,

-Hastaların artık sağlık hizmetlerinin sunumunda pasif obje olmak istememeleri seçim özgürlüğü ve karar alma sürecine katılmak istemeleri,
- Sağlık sektörü çalışanlarının ücret seviyelerinin tatmin edici boyutlarda olmamasının hizmetlerin sunumundaki kaliteyi düşürmesi ve kalifiye personelin göç etmesine yol açması (2/5).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

II.4.1.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birinci sağlık hizmetleri Ambulanta (AMB), Domovi zdravlje (DZ), Hitna pomoci (HP) ve Farmacia (PH) tarafından sağlanır (8/25).

Birincil sağlık hizmetleri: aile hekimliği, genel hekimlik, okul hekimliği, hijyen, epidemiyoloji, diş bakımı, acil tıp hizmetleri, ana-çocuk sağlığı, iş hekimliği gibi hizmetleri kapsar (2/8).

Ambulanta -Temel Ayakta Tedavi Hizmeti

Neredeyse her köyde bir Ambulanta (sağlık evi benzeri) bulunur. Genellikle bir hemşire günlük çalışır ve bir pratisyen doktor ambulanta haftada bir ya da daha çok kez ziyaret eder. Daha büyük köylerde pratisyen doktor her gün bulunabilir. Ekipmanları stetoskop ve hasta termometresi gibi temel araçları içerir. Çalışma alanlarını anemnez, tansiyon, nabız ve derece alma gibi klinik kontrollerden oluşur. Ambulantalar hastaları hastahaneye doğrudan sevk edemezler (8/25).

Dom Zdravlje - İleri Ayakta Tedavi Hizmeti

Dom Zdravlje'ler (sağlık ocağı benzeri) her belediyenin ana köylerinde sıklıkla Hitna pomoc (ilk yardım ve acil servisler) larla birlikte bulunurlar ve eczahanelerle ilişkilidirler. Bu kurumların personelleri pratisyen doktor, epidemiyolog, uzman doktor, jinekolog, pediatristtir. Ayrıca küçük bir laboratuvarı ve röntgen cihazı bulunur.

Aile hekimi ve acil servis hekimi çoğunlukla acil servis ve ilk yardım merkezlerinde bulunmalarına rağmen, bazı sağlık ocaklarında da bulunur. Uzmanlar haftada bir ya da iki kere bu merkezlere gelip hizmet verirler. Uzmanlar arasına diğer branşlardan da hekimler katılabilir. Fakat bu tarz bir hizmetin verilmesi zorunlu değildir ve genellikle kişisel iletişim, politik güç ve idarecilerin yönetsel becerilerine bağlıdır.

Çalışma alanları ekipman dahilinde tedavi yapmak, reçete yazmak ve ikincil ya da üçüncül sağlık hizmeti veren kurumlara (genel hastahaneler, klinik merkezler) hasta sevk etmektir. Sadece belli durumlarda pratisyen hekim klinik merkezlerine hasta sevki yapabilir (8/26).

Hitna Pomoc – İlk Yardım Ve Acil Servisler

Hitna Pomoc'lar ilk yardım merkezleri, acil servisler ve ambulans merkezlerini içerirler. 7 gün 24 saat hizmet verirler ve genellikle Dom Zdravljelerin içinde çalışırlar.

Büyük şehirlerde kendi başlarına örgütlenmişler ve kendi bina ve altyapıları mevcuttur. Hasta kendisi merkeze doğrudan gelebilir ya da telefonla arayarak hizmet alabilir. Bu durumda bir ambulansla birlikte hemşire tıbbi teknisyen veya doktor gönderilir. Fakat ambulansların çok azı iyi ekipmana sahiptir (8/26).

Farmacie – Eczahane

Bosna Hersek'te ülke çapında devlet eczahaneleri, özel eczahaneler ve uluslar arası insani yardım kuruluşları tarafından sağlanan ilaç stokların dağıtım eczahaneleri vardır. Devlet eczahaneleri çoğunlukla ayrı olmalarına rağmen bazen sağlık ocakları içinde de bulunabilirler. İnsani yardımlardan gelen ilaçları dağıtan eczahaneler sağlık ocakları (DZ) ve genel hastahaneler içinde bulunabilirler (8/26).

II.4.1.2. Toplum Sağlığı Hizmetleri

Bosna Hersek Federasyonunda Toplum Sağlığı Hizmetleri

Toplum Sağlığı hizmetleri yerel nüfusun sağlık istatistiklerinin toplanması, epidemiyolojik durumun gözlenmesi, aşılamanın denetlenmesi ve ölümcül bulaşıcı hastalıkların kontrolünde hedeflenen ölçülerin gerçekleştirilmesiyle görevlidir. Ayrıca sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve toplumun hastalıklardan koruma, hijyenin sağlanması, içme sularının kontrolü, yiyecek ve ilaçların kalite kontrollerinin yapılması ile de sorumludur.

Bu hizmetler ambulanta ve sağlık ocakları içindeki epidemiyoloji ve hijyen departmanları altında verilir. 10 kantonal ve 1 Federal toplum Sağlığı Kurumunun denetiminde çalışırlar (1/58).

Bosna Hersek Federasyonunda toplum sağlığı hizmetleri üç basamakta örgütlenmiştir:

- Birincil sağlık hizmetleri (toplum sağlığı merkezleri tarafından sağlanan hijyen ve epidemiyolojik hizmetler ve aile hekimliği hizmetleri)
- Kantonal toplum sağlığı kurumları
- Federal toplum sağlığı kurumları (2/11).

Sırp Cumhuriyetinde Toplum Sağlığı Hizmetleri

Savaş sonucunda Sırp Cumhuriyeti toplum sağlığı hizmetleri altyapısını kendi teknik imkanları ve uzmanları ile kurmak zorunda kalmıştır.

● Toplum sağlığı ağı 3 basamaktan oluşturulmuştur.

1. Birinci basamak; koruyucu faaliyetler ve bulaşıcı hastalıkların takibinden sorumlu olan belediye toplum sağlığı merkezlerindeki epidemiyolojik hizmetleri kapsar.

2. İkinci basamak; epidemiyolojik kontrolü, veri toplama ve çevresel değişimlerin izlenmesini sağlayan 5 bölgesel toplum sağlığı kurumunu kapsar.

3. Banja Luka'daki Sırp Cumhuriyeti Toplum Sağlığı Kurumu üçüncü basamağı oluşturan ve sağlığı planlama, epidemiyolojik takip, çevresel değişimlerin izlenmesi ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi ile sorumludur.

Ayrıca Sırp Cumhuriyeti Toplum Sağlığı kurumu kendi personelinin eğitimi ve yerel idareler tarafından üstlenilen aşılama uygulamalarını da denetler.

Sırp Cumhuriyeti toplum sağlığı yapısı hastalıklardan korunma ve sağlık seviyesinin yükseltilmesini sağlayabilmesine rağmen hala toplum sağlığında iyileşme için büyük ilerlemelere ihtiyaç vardır (1/62).

II.4.2. İkincil Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri başlıca genel hastahaneler tarafından verilir. Bunlar genellikle her kantonun başkentlerinde, Sırp Cumhuriyetinin her bölgesinde ve Brcko Bölgesinin başkentinde bulunur. Genel hastahaneler dahiliye servisi, cerrahi servisi, kadın hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, anestezi, radyoloji, laboratuvar bölümleri bulunur.

Genel hastahanelerde bulunan eczahaneler malzemelerini devlet eczahanelerinden ve Federasyonda ilaç fabrikalarından veya Sırp Cumhuriyetindeki Merkez Eczahanesinden karşılarlar. (8/27).

II.4.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Üçüncül sağlık hizmetleri başlıca klinik merkezler (Klinicki Centar) tarafından verilir. Bu merkezler genellikle üniversite veya diğer kurumlarla birleştirilmişlerdir. Çoğunlukla başkentlerde ve büyük şehirlerde bulunurlar (8/27).

Dört çeşit hastahane vardır: Klinik Merkezler (3 tane Bosna Hersek Federasyonu ve 2 tane Sırp Cumhuriyetinde), Genel Akut Hastahaneler (14 tane Federasyonda ve 9 tane Sırp Cumhuriyetinde), Uzmanlaşmış Hastahaneler (4 tane Federasyonda ve 3 tane Sırp Cumhuriyetinde) ve Küçük Bölge Hastahaneleri (12 tane Federasyonda) vardır.

Hastahane olanakları savaş öncesi dönemin biraz altındadır. Hastahanelere ulaşılabilirlik ve kullanımını kantonlar arasında farklılık göstermektedir (1/64).

II.4.4. Sosyal Hizmetler

Günümüzde Bosna Hersek'teki sosyal hizmetler en çok kronik hastalar, sakatlar, yaşlılar ve fakirler için verilir. Çocuklar ve aileleri, ruh hastaları, yaşlılar ve savaş mağdurlarının sağlık ve sosyal güvenceleri için özel programlar vardır.

Uzun süre bakıma ihtiyaç duyan savaş kurbanları fiziksel, ruhsal rehabilitasyon ve sakatlıklar için oluşturulan merkezlerde tedavi edilir. Ülkenin %60'ından fazlasının sosyal bakıma ihtiyacı olduğu hesaplanmaktadır. Sosyal hizmete ihtiyacı olan gruplar mülteciler, yerlerinden edilmiş insanlar, ailesini kaybetmiş çocuklar olarak sayılabilir. Yüksek talebe rağmen, sosyal hizmet imkanları ve finansal durumları bu grupların bakım ihtiyaçlarını yeterince karşılamaktan uzak görünmektedir.

Bosna Hersek Federasyonunda 10 kanton 79 bölgesel merkezde sosyal ve çocuk bakım hizmetleri verilmektedir. Bu kurumların çoğu modernize edilmiş ya da yeni kurulmuştur.

Sırp Cumhuriyetinde sosyal hizmet kurumsal düzeyde ya da kurumsallaşmamış düzeyde gönüllüler tarafından sağlanmaktadır. Sosyal merkezler sosyal hizmet almak için uygunluğuna karar verdikleri yaşlıları sosyal hizmet kurumlarına sevk etmektedir (1/70,71).

II.4.5. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Karşılaşılan Problemler

II.4.5.1. Fiziksel-Çevresel Koşullar

Bosna Hersek birçok küçük ve engebeli vadileri olan dağlık bir ülkedir. Ülkenin sadece kuzey ve batı kesimleri daha düzlüktür. Fakirlik ve yolcu taşımacılığı olmadığı için, yaklaşık olarak hastaların %70 bir ambulansla (sağlık evi benzeri) kadar yürümek zorundadır.

Bosna Hersek'te sadece ana şehir yolları iyi durumdadır, diğer yollar doğa ve diğer güçler tarafından tahrip edilmiştir. Bu sebeple küçük köylere ulaşım güçtür. Ülkenin iklimi de hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını güçleştirir. Mevsimsel sıcaklık farkları (yaz-kış) 30 dereceye kadar çıkmaktadır. Sert hava koşulları nedeniyle dağ köyleri ve şehirlerin bazı kesimlerine sağlık hizmeti sunmada sorunlar ortaya çıkmaktadır (8/27).

II.4.5.2. İlaç

Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm ülkelerde temel tedavi standartlarının sağlanması için bedava verilmesi ve bulundurulması gereken elzem ilaç listesi oluşturulmuştur ve bu liste yaklaşık 250-300 ilaç içermektedir. Bu örgüt Bosna Hersek'teki her unsura değişik elzem ilaç kaynakları vermiştir. Federasyon ilaç listesi 160, Sırp Cumhuriyeti ilaç listesi 105 ilaçtan oluşmaktadır (8/28).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı

II.5.1. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Bosna Hersek sağlık sisteminin başlıca 7 finans kaynağı vardır:

1. Sağlık Bakanlığında yapılan bütçe ödemeleri,
2. Kantonlardan, belediyelerden ve Okrug'lardan (kantondan daha küçük yönetim birimi) toplanan fonlar,
3. Sırp Cumhuriyeti Sigorta Fonu,
4. Kamu ve özel sağlık hizmeti için doğrudan kişisel ödemeler,
5. Uluslararası kuruluşların yabancı hükümetlerin, uluslar arası yardım kuruluşlarının ve hükümet dışı organizasyonların yardımları,
6. Borçlanma,
7. Silahlı kuvvetler tarafından hastahanelerin ve kliniklerin fonlanması (5/3).

II.5.1.1. Sağlık Sigortası

Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyetinde zorunlu sağlık sigortası vatandaşların hepsini sigorta kapsamına almış görünse bile; birçok vatandaş sağlık sigorta sistemi yeterli güvence sağlayamadığı için sağlık hizmeti ödemelerinin çoğunu kendileri karşılamaktadır (1/43).

Bosna Hersek Federasyonu

Bosna Hersek'te temel olarak iki tip sağlık sigortası vardır: Zorunlu Sağlık Sigortası ve isteğe bağlı Sağlık Sigortası. Zorunlu sağlık sigortası, düzenli geliri olan herkesi kapsar. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası, zorunlu sağlık sigortasının kapsamadığı hizmetlerden kişilerin yararlanabilmesi için, kişilerin isteğe bağlı olarak katıldığı ve özel sağlık sigortaları tarafından sağlanan ilave bir sigortadır (8/2).

Zorunlu sağlık sigorta planıyla sağlanan haklar, federasyon ve kantonal düzeyde oluşturulan Sağlık Fonları tarafından finanse edilir (8/16).

Katkı oranları ve hesaplama yöntemi Federal Maliye Bakanlığı tarafından belirlenir. Kantonal sigorta kurumu kendi oranlarını belirleyebilir. Fakat bu oran Federasyonun belirlediği oranda ya da bu oranın altında olmalıdır. Ortalama katkı oranı maaşın %18'idir ve bunun %13'ü işçi, %5'i işveren tarafından ödenir (1/41).

Başka bir kaynağa göre, Sağlık Sigortası Kanununa göre sağlık hizmetlerinin finansmanı üç tip sağlık sigortası ile verilir: (a) Zorunlu Sağlık Sigortası; bu sigortayla temel sağlık hizmetleri paketi verilir. (b) Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; kantonal parlamentoların vatandaşlarına genişletilmiş hakların zorunlu finansman aracıdır. (c) Gönüllü Sağlık Sigortası; sigortalının kendi isteğiyle katıldığı özel sigortadır (4/7).

Federasyon sağlık sistemi kaynak sıkıntısı ile karşılaştığı için sağlık sigorta katkı oranlarını artırmıştır. Bunu maaş vergilendirmesi, ek ödemeler ve öncelikle temel sağlık hizmetleri paketinin verilmesi şeklinde yapmıştır. Katkı oranları genel vergilerden sağlanmamıştır (3/6).

Tablo 3: Bosna Hersek Federasyonun Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısı

| Finansman Kaynakları | 1997 | 2000 |
|---|-------|-------|
| Sağlık Sigorta Fonları (Zorunlu, Özel) | 45,8 | 64,9 |
| Ücretsiz Servisler ve Doğrudan Kişisel Ödemeler | 10,2 | 23,3 |
| Devlet Bütçesi (Federasyon, Kantonal, Belediye) | 29,0 | 9,2 |
| Diğer Kaynaklar (İnsani Yardımlar, Borçlar vs.) | 15,0 | 2,6 |
| Toplam | 100,0 | 100,0 |

Kaynak: (3) Croatian Medical Journal, s:7

Sırp Cumhuriyeti

Sırp Cumhuriyetinde de zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortası planı uygulanmaktadır. İsteğe bağlı sağlık sigortası özel sağlık sigortası tarafından sağlanmaktadır. Fakat henüz fonksiyonel değildir ve uygulanmamaktadır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır (8/13).

Katkı oranları çalışan gruplara göre farklılık göstermektedir.

- İşçiler: Net ücretin %15'i (%7,5 işçi, %7,5 işveren),
- Serbest çalışanlar: Net ücretin %15'i,
- Emekliler: Emekli maaşının %15'i,
- Çiftçiler: Hesaplanan emlak vergilerinin %16'sı,
- Devlet bütçesinden (kamu sektöründe çalışanlara) yapılan katkılar (bir önceki yıl kişi başına ödenen katkı oranından az olama) (1/42,43).

II.5.1.2. Tamamlayıcı Finans Kaynakları

Savaşta önce Bosna Hersek sağlık sistemi finansmanında herhangi bir dış fon kullanılmamıştır. Uzun savaş sürecinde finansman uluslar arası insani yardım örgütleri ve ücretli ödemeleriyle sağlanmıştır. Savaş süresince yardım yapan başlıca kuruluşlar Avrupa Konseyi İnsani Yardım Ofisi (ECHO), WHO, UNICEF, Kızılağaç, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komisyonu (UNHCR) olmuştur (1/46).

Bosna Hersek Federasyon

Doğrudan Kişisel Ödemeler: Kantonlar, kişilerin kamu hizmetlerinden yararlanabilmesi için vermesi gereken ödeme miktarlarını belirler. Bu miktarlar hesaplanırken kullanıcıların sosyal statüsüne ve kaynakların ulaşılabilirliğine bakılır. İdarenin özel sektördeki ödemeleri kontrol eden bir düzenlemesi yoktur. Ücret serbest piyasa mekanizmasıyla belirlenir.

Doğrudan kişisel ödemelerinin yarısının Sağlık Sigorta Fonuna, yarısının da hizmet sağlayıcıya yapılması beklenir. Fakat pratikte bu ödemelerin hepsini sağlık hizmet sağlayıcısı almaktadır. Hizmet sağlayıcılar bu ödemelerin yarısını fona aktardıklarını rapor etseler de, henüz fonlara herhangi bir ödeme yapılmamıştır (1/46).

İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası: 1997'deki Sağlık Sigortası Kanunu özel sağlık sigortalarının uygulanmasına izin vermiştir. Şu anda herhangi bir yetkili kurum tarafından denetlenmeyen ve idari bir düzenleme olmaksızın sigorta şirketleri çalışmaktadırlar (1/46).

Dış Finans Kaynakları: Savaş sona erdiğinden beri, doğrudan yardımlar sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması için yoğunlaştı. Dünya Bankası 3 büyük proje gerçekleştirmiştir.

1. Savaş Mağdurlarının Rehabilitasyonu Projesi (30 milyon \$)
2. Temel Hastahane Hizmetleri Projesi (33,5 milyon \$)
3. Temel Sağlık Projesi

Birçok hükümet dışı örgüt ilaç yardımlarında ve sağlık seviyesini yükseltecek faaliyetlerde bulunmuştur (1/46).

Sırp Cumhuriyeti

Doğrudan Kişisel Ödemeler: Sırp Cumhuriyetinde sadece kamu sektörü için değil özel sektör içinde düzenlemeleri yapıldı. Ama hala kayıt dışında olan bu tarz ödemeler mevcuttur (1/47).

İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası: Sırp Cumhuriyetinde isteğe bağlı sağlık sigortası henüz mevcut değildir (1/47).

Dış Finans Kaynakları: 1998'den beri uluslar arası yardım fonlarının niteliği, acil yardımdan (malzeme ve yeniden yapılanma) kalkınma-ıntibak yardımına (teknik yardım ve eğitim) döndü. Savaştan sonra bir çok hükümet dışı yardım kurumları yardımda bulundular ve bu 1999'da büyük ölçüde sona erdi.

Dış yardımlar Sağlık Bakanlığının bilgisi dışında yapıyordu ve bu bakanlık ve yardım kuruluşları arasında sürtüşmelere yol açtı (1/47).

II.5.2. Sağlık Hizmeti Giderleri

Savaştan öncede Bosna Hersek sağlık hizmetleri problemlerle karşı karşıya idi. Sağlık hizmeti harcamaları Gayri Safi Milli Hasılanın %8,2 si olarak hesaplandı. Savaştan önce kişi başına sağlık harcaması yıllık ortalama 245\$ - 250\$ idi. Savaş süresince sağlık hizmeti harcamaları çok fazla düştü ortalama kişi başına harcama 5\$- 15\$ civarı oldu (1/47).

Bosna Hersek Federasyonu'nda cari sigorta katkı payı gelirin %18'i gibi oldukça büyük bir oran olması nedeniyle harcamalar çok artmış fakat sağlık hizmetlerinin finansmanında herhangi bir gelişme olmamıştır. Kantonlar ve belediyeler arasındaki dayanışmanın zayıflaması nedeniyle genel kaynak sağlanmasında sıkıntılar yaşanmıştır.

Sırp Cumhuriyetinde 2001 yılı Sağlık Sigorta Fonu Finansal Planı 170 milyon KM'lik (Konvertible Mark) bir bütçeden oluşmuş ve %7 bütçe açığıyla çalışacağı öngörülmüştü. Ayrıca kamu sektörü dışında, özel sektörün ve doğrudan kişisel ödemelerin 80 milyon KM olacağı hesaplanmıştı (1/50,51).

II.5.3. Finansal Kaynak Dağılımı

Savaştan önce kaynakların paylaşımı, toplanan kaynakların makro düzeyde dağıtımı ile oluyordu. Paylaşım kararı hali hazırdaki kurulu çalışma kapasitesi, çalışanların niteliği ve sayısı, ekipman düzeyi ve işletme maliyeti gibi girdi kriterli bir tabana dayanıyordu. Kaynakların etkili bir şekilde paylaşımı yapılamamıştır (1/81).

Sağlık çalışanlarının performanslarına bakmaksızın yapılan maaş ödemeleri gibi uygulamalar kötü ve verimsiz çalışmaya yol açmıştır.

Bosna Hersek'te sağlık sistemindeki kaynak dağılımı, sağlık sigorta fonlarını katkıların yapılması ve bu katkıların hizmet sağlayan kuruluşlara dağıtılmasıyla sağlanır.

Fonların dağıtım sistemi toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamaktan uzaktır. Fonların %60 civarı hastahane masraflarına gitmektedir.

En pahalı sağlık hizmet şekli olan hastahane tedavisi tüm nüfusun ulaşabildiği bir hizmet değildir. Toplum için poliklinik ve hastahane tedavisinden daha kolay ulaşılabilir olan birincil sağlık hizmet düzeyini yükseltmek ve korumak için daha fazla fon ayrılmaya başlanmıştır (2/8).

II.5.3.1. Hastahane Ödemeleri

Bosna Hersek Federasyonu

Kaynakların paylaşılması sistemini değiştirme planları olmasına rağmen hastahanelere ayrılan kaynakların çoğu hala tarihsel bütçe ile alakalı girdi tabanlı olarak yapılır.

Hesaplamalar kantondan kantona değişiklik gösterir fakat hesaplama formülü genel olarak şöyledir: Ulusal ödeme ölçeği; eğitim, çalışma yılı ve iş gücü içindeki konuma bağlı olarak değişen etkinlik oranıyla çarpılır.

Kantonal sağlık sigorta fonu bütçe planı, tarihi bütçe temellidir. Fakat hastahanelere transfer edilecek para miktarlarını belirlemede kullanılması uygun değildir. Böyle bir sistemde yapılan kaynak dağılımı hastahane bütçelerinin sunulan hizmetlerin kalite ve miktarından çok doğrudan çalışanların sayısı ile ilişkili olmasına yol açmıştır (1/82).

Sırp Cumhuriyeti

Savaşın sonraki birkaç yıl hizmete ücret ödeme sistemi finanslama da ana metod olarak kullanılmıştır. Sistemin ödeme tavanını belirlememesi, 2000 yılında Sağlık Sigorta Fonunu neredeyse iflas ettirmiştir.

Günümüzde Sağlık Sigorta Fonu ile hizmet sağlayıcı kurumlar arasında ödemeleri düzenleyen ve ücret listesini belirleyen temel bir anlaşma vardır. Fon sözleşmesinden kaynaklanan ödeme yükümlülüğünü yerine getirmeye çalışmasına rağmen (örneğin 2001 yılının ilk altı ayında bütçesinin %92'sini sağlık kurumlarına transfer etmiştir) sözleşmeden birçok kusurlar doğmuştur. Örneğin kurumların kalite ve kapasitelerinin izlenmesi ve disiplinin olmayışı maliyelerin artmasına, kalitenin düşmesine yol açmaktadır. Fatura kontrollerinin düzenli olmayışı yolsuzlukların yapılmasını mümkün kılmıştır (1/83).

II.5.3.2. Hekim Ödemeleri

Bosna Hersek Federasyonu

Kamu sektörü sağlık personeli maaşları, ulusal ödeme ölçeği, eğitim ve hizmet yılı gibi kriterlerle bağlantılı bir katsayı ile çarpılarak bulunur. Bu ödeme sistemi çalışanların, hizmetleri uygun miktarda ve yüksek kalitede sunmasından ziyade daha çok eğitim ve daha yüksek mevkie yükselmeye çalışmalarına yol açmaktadır.

Özel sektör kendi çalışanlarını doğrudan ücretlendirir. Ücretlendirme ve gelirin dağıtımında herhangi bir düzenleme ve gözetim mevcut değildir (1/84).

Sırp Cumhuriyeti

Sırp Cumhuriyetinde hekimlere çalışma süresine bakılarak sabit miktarda maaş ödenir. Ücret düzeyindeki marjinal farklılıklar çalıştıkları kurumun türü ve kişinin akademik ve uzmanlık derecesi ile alakalıdır.

Uzman hekimler toplumun ortalama gelir düzeyinin hemen hemen iki katını kazanıyor olmalarına rağmen, pratisyen hekimlerin gelir düzeyi ortalama düzeyin biraz üzerindedir. Bu durum pratisyen hekimlerin temel sağlık hizmeti vermesine ve sağlık hizmet maliyetlerinin yükselmesine sebep olmaktadır (1/84).

II.6. İnsan Kaynakları

Bosna Hersek'teki sağlık sektörü çalışanları oldukça yüksek statüde almaları ve iyi sağlık eğitimi almalarına rağmen, aldıkları ücretler her zaman düşük olmuştur. Diğer bir problem ise 20 yılı aşkın süredir kullanılan eski ekipmanların kullanılmasıdır.

Bosna Hersek'te beş tane sağlık okulu vardır. Nüfusa kıyasla bu sayı oldukça fazladır ve yalnızca eğitimin kalitesi açısından değil gelecekteki sağlık hizmeti harcamaları üzerinde de olumsuz etkisi vardır.

Günümüzde aile hekimliği modeli Dünya Bankası'nın finanse ettiği Temel Sağlık Projesi altında ülkeyi oluşturan her iki unsurda da uygulanmaktadır. Buna ek olarak Dünya Bankası'nın finanse ettiği sağlık idaresi eğitimini geliştirmek, ülke çapında çalışabilecek idareciler yetiştirmek amacıyla sağlık idaresi merkezleri kurulmuştur. Eğitim her iki unsurda da kabul edilen benzer müfredatlarda sağlanmaktadır.

Bosna Hersek Federasyonunda 1.000 kişi başına 1.47 doktor düşmektedir ve bölgesel dağılımda çok büyük farklılıklar vardır.

Bosna Hersek Federasyonundaki tıp eğitimi son 6 yıldır Sarajevo, Mostar ve Tuzla'daki üç tıbbi okul tarafından sağlanmaktadır. Tıbbi müfredat teorik ve pratik eğitim içermektedir. Diş hekimlerinin eğitim süresi 6 yıl ve eczacıların eğitim süresi 5 yıldır. Eğitimin tamamlanmasından sonra bütün hekimler, eczacılar ve diş hekimleri için 1 yıl zorunlu staj vardır. Bu staj sonundaki sınavı geçenler bağımsız olarak çalışabilirler.

Hemşirelerin eğitimleri 4 yıldır ve 15 yaşındakiler orta düzey sağlık okullarına alınabilirler. Bu okulu tamamladıktan sonra hemşirelerin yüksek hemşirelik eğitimi almaları mümkündür.

Sırbistan Cumhuriyeti'nde hekimler, diş hekimleri ve eczacıların lisans ve lisansüstü eğitimleri Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir. İki tıp fakültesi, iki dişçilik fakültesi ve bir tane eczacılık fakültesi vardır. Sağlık Bakanlığının bu okulların müfredatları ve yıllık kabul edilecek öğrenci sayısına karar verme yetkisi yoktur. Teorik ve pratik eğitim 6 yıldır. Eczacılık fakültesi üniversite öğrencileri için 5 yıllık eğitim vermektedir. Bu eğitim sonrasında 1 yıllık staj süreci vardır. Yeni mezun pratisyen hekim ve diş hekimleri birincil sağlık hizmeti düzeyinde çalıştırılırlar. Hemşireler için orta eğitim ve yüksek eğitim alanlarında eğitim süresi 4 yıldır (1/72,75).

II.7. Eczacılık Ve Sağlık Teknolojisi

Bosna Hersek ilaç endüstrisi kısmen yerli ham materyal ve ithal edilen kimyasal ürünlere dayanır. Savaştan önce ilaç endüstrisi Bosna Hersek endüstri Gayri Safi Hasılasının %6,55'ini oluşturmaktaydı. Savaştan sonra bu sanayi nitrik asit, tuz, sodyum ve diğer bazı kimyasalların üretimiyle yenilendi (12/16).

Bosna Hersek'te bütün ihtiyaçları karşılamaya yetecek kadar ilaç üretimi yoktur. Bosnalik ilaç fabrikası ve hastahaneler ile eczahanelerin küçük ölçekteki üretimleri dışındaki birçok ilaç ithal edilmek zorundadır.

Savaş ve savaş sonrası dönemde (1992-2000) ilaç ve malzemelerinin %70'ten fazlası insani yardım programları tarafından sağlanmıştır.

Sağlık teknolojisiyle ilgili sağlık hizmetleri savaştan önce esi bir şekilde dağıtılmamıştır. Hastahanelere, birincil sağlık hizmeti veren kurumlardan daha çok yatırım yapıldı. Savaştan sonra ekipmanların bakımı ve değiştirilmesinin yapılamaması ve savaş sırasında yok olmaları nedeniyle %40'tan fazlası kullanılamaz hale gelmiştir.

Son zamanlarda Dünya Bankasının Temel Sağlık Projesi sağlık hizmetindeki kalite artırımı için stratejik plan ve program desteği vermeye başlamıştır (1/77).

II.8. Reformlar

Bosna Hersek Sağlık Sistemi Reformunun yapısal, kurumsal, finansal ve yönetsel reformların aynı anda uygulanmasıyla mümkün olacağı belirtilmektedir (2/5).

Yürütülmekte olan sağlık reformlarının kapsamı şöyledir:

- Finans ve sigorta mekanizmasını iyileştirmek,
- Aile hekimliği vasıtasıyla birincil sağlık hizmetini geliştirmek,
- Birincil sağlık hizmetindeki kişi başına sağlanan finansal kaynakları geliştirme,
- Sağlık sigorta fonu vasıtasıyla birincil ve ikincil sağlık hizmetlerin geliştirmek,
- İkincil sağlık hizmet sağlayan kuruluşları rasyonelleştirme,
- İnsan kaynaklarını rasyonelleştirme,
- Bazı sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi (5/4).

Birincil sağlık hizmetlerinde reform: Bu gruptaki hizmetlerin yüksek kaliteli ve ulaşılabilir olması hedeflenmiştir. Reform programı kapsamında aile hekimliğinin rolü artacaktır. Sağlık hizmeti ihtiyacının en az %80'inin bu düzeyde sağlanması hastahaneler ve diğer yataklı sağlık kurumları üzerindeki baskıyı azaltacaktır.

Sağlık hizmeti veri sisteminin geliştirilmesi: Yüksek kalitedeki tıbbi veriler sistematik koruma ve tedavi, tıbbi araştırma ve uygulamaların temelini oluşturur. Bosna Hersek sağlık personellerinin tıbbi verilerin kullanılmasında yeterli bilgi ve ilgileri yoktur. Ayrıca bu uygulama için kurumlar uygun teknolojiye de sahip değildir.

Sağlık hizmeti bilgi sistemi reformunda; çevresel gelişmeleri izleyecek sağlık hizmeti bilgi sistemi, kurumların ve çalışanların etkinliğini izleyecek sağlık idaresi bilgi sistemi ve bunları uygulayacak personelin eğitimi üzerine yoğunlaşılacaktır.

Sağlık çalışanlarının eğitiminde reform: Eğitim reformu iyi organize edilmiş hemşire okulları ve tıp fakülteleri ile ihtiyaç duyulan hekim ve sağlık personeli profili arasında sıkı bir bağın kurulmasına ihtiyaç duymaktadır (2/9).

Toplum sağlığı hizmetlerinde reform: Toplumun sağlık seviyesini yükseltmek ve hastalıklardan korunmak amacıyla sağlık sektörü içindeki işbirliğinin artırmaktır. Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, beslenme sağlığının yükseltilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve çevre sağlığı gibi konularda sağlık hizmetinin her aşamasında önemi verilmesi toplum sağlığı reformlarının amacıdır (2/10).

Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti'nde toplum sağlık reformu uygulamalarındaki hedefler:

- Kantonal /bölgesel toplum sağlığı kurumları çalışma ağı kurulması, ekipman ve personel gibi çalışma koşullarının sağlanması, Federasyon ve Sırp Cumhuriyetindeki merkezdeki kuruluşların güçlendirilmesi,
- Toplum sağlığını korumak amacıyla öncelikli programların geliştirilmesi (bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, ana çocuk sağlığının geliştirilmesi gibi),
- Sektör içi işbirliğinin geliştirilmesidir (2/11).

Sağlık Sistemi Orta Vade Gelişme Tahminleri

Bosna Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti ortak çalışma grupları Aralık 2002 de sağlık sistemindeki sektörel öncelikleri belirleyen kalkınma stratejileri oluşturmuşlardır. Bu stratejiler çerçevesinde 2007 yılına kadar sürecek reform programları uygulamaya başlanmıştır.

Beş yıl içinde ulaşılması öngörülen hedefler şunlardır:

- İhtiyaç duyulan aile hekimliğini geliştirerek nüfusun %30'nun aile hekimliği kapsamında hizmet alması ve bu doğrultuda birincil sağlık hizmetinin yeniden uyarlanması,

- Poliklinik hizmetlerinin hastahane kapasitelerine bağlı olarak geliştirilmesi. Bu bağlamda söz konusu hizmetlerin %50'sini genel hastahanelerle, %40'ının kantonal ve %10'unun da klinik hastahaneleri tarafından karşılanması hedeflenmektedir,

- İlaç dağıtımının kırsal merkezlerde 2 km içinde herkesin ulaşabileceği şekilde yapılabilmesi için ilaç depolarının kurulması, şehirlerde ise birincil sağlık hizmeti veren noktaların yakınında oluşturulan merkezler aracılığıyla dağıtımının sağlanması,

- Sağlık kurumlarında kullanılan tıbbi araçların en az %30'unun modernize edilmesi,

- Sağlık hizmetlerinin finansmanının ulusal gelirin artış oranına, ücret artışları, vergilerin ve sigorta katkı paylarını toplanmasına bağlı olarak yükseltilmesi.

Bu bağlamda birincil sağlık hizmetleri için %40, hastahane hizmetleri için %35, ilaçların tedariki için %15 ve diğer harcamalar için %10 kaynak ayrılması planlanmıştır,

- Sağlık hizmeti bilgi sisteminin bütün toplum sağlığı merkezleri ve hastahanelerin %50'sini kapsayacak şekilde bilgisayar ağıyla geliştirilmesi,

- Ülke ve bölge düzeyindeki toplum sağlığı kurumlarının ve çalışma alanlarının öncelikli olarak geliştirilmesi,

- Bütün ülkeyi ilgilendiren sağlık hizmeti fonksiyonlarını üstlenmek ve unsurlar arasındaki sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlamak amacıyla ülke düzeyinde veya Bosna Hersek Merkezi Hükümetinin himayesinde toplum sağlığı kurumlarının oluşturulması,

- Sağlık hizmeti veren kuruluşlarla sağlık eğitimi veren kuruluşlar arasında işbirliğinin ve eşgüdümün sağlanması,

- Bilimsel araştırmaların yapılabilmesi için gerekli asgari şartların sağlanması,

- Diğer sektörlerle işbirliği yaparak çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini izlemek amacıyla uygun şartların sağlanması. (2/14)

A. ERDAL

SAGLIK

III. BOSNA HERSEK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KAŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Bosna Hersek Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler (2002)

| GÖSTERGELER | Bosna Hersek | Türkiye |
|---|--------------|----------|
| Toplam Nüfus (000) | 4,126* | 70,310** |
| Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%), 1992'den2002 kadar | 0,4* | 1,6** |
| Bağımlı Nüfus Hızı (%) | 40* | 57** |
| 60 Yaş Üzeri Nüfus Yüzdesi (%) | 15,3* | 8,2** |
| Kaba Doğurganlık Hızı | 1,3* | 2,5** |
| Doğuştan Ortalama Yaşam Süresi (yıl) | 72,8* | 70** |
| Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) Erkek (‰) | 20* | 44** |
| Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) Kız (‰) | 15* | 42** |
| Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) Erkek (‰) | 192* | 177** |
| Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) Kadın (‰) | 90* | 112** |
| Doğuştan Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) Erkek | 62,3* | 61,2** |
| Doğuştan Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) Kadın | 66,4* | 62,8** |
| Hastahane yatağı sayısı (1000 kişiye düşen) (2000) | 3,7**** | 2,6*** |
| Doktor sayısı (1000 kişiye düşen) (2000) | 1,3**** | 1,2*** |
| Kişi Başına GSMH (2001) | 3,560* | 5,830** |
| GSMH'deki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) (2001) | 7,5* | 5,0** |

Kaynak:* (10) World Health Organization, Bosnia and Herzegovina, s:1,2

** (11) World Health Organization, Turkey, s:2,3

*** (14) Nationmaster, Turkey, s:1

**** (2) Development Strategy BiH-PRSP Annex IV, s:15

Bosna Hersek büyük bir iç savaştan çıkmış ve kendi sağlık sistemini ve alt yapısını büyük ölçüde dışardan gelen yardımlarla kurmaya çalışan bir ülkedir. İki unsurlu bir ülke yapısı karşılaştırmada zorluklar çıkarmaktadır.

Bosna Hersek Cumhuriyeti de Türkiye gibi Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki gruba girme eğilimindedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yönetimi, sunumu ve planlaması merkezden yapılmaktayken, Bosna Hersek Federasyonunda yönetsel, finansal ve uygulamaya yönelik sorumluluk her bir kanton arasında dağıtılmış, Sırp Cumhuriyeti ise merkezîyetçi yapı göstermektedir.

Sağlık planlarında her iki ülkede de koruyucu sağlık hizmetlerinde önem verilmesine rağmen yeterince kaynak ayrılmamaktadır. Aşılama seviyesi her iki ülkede de istenen seviyeye ulaşamamıştır. Aile hekimliği, okul hekimliği Türkiye’de olmadığı halde Bosna Hersek’te vardır. Toplum sağlığı hizmetleri her iki ülkede de yeterli seviyede değildir. Daha yeni bir iç savaşın çıkmış olan Bosna Hersek’te sosyal hizmetlere Türkiye’den daha çok önem verilmektedir.

Hastahanelere ulaşılabilirlik ve hastahanelerin kullanım oranı açısından iki ülkede de bölgeler arasında farklılıklar görülür.

Bosna Hersek sağlık kurumlarının finansmanında ülkemizle benzerlik gösterir. İki ülkede de hastahanelerin finansmanı niteliğinden çok niceliğine bakılarak yapıldığından verimlilik azalmaktadır. Hastahanelerin büyüklüklerine, baktıkları hasta sayısına göre bütçeleri ayarlanmaktadır.

Bosna Hersek’te zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortası vardır. Düzenli geliri olan herkes zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmektedir ve bu sigorta sadece hastalık hallerini kapsamakta ise de yeterince işlevsel değildir. Sırp Cumhuriyeti’nde isteğe bağlı sağlık sigortası yoktur. Türkiye’de de benzer şekilde düzenli geliri olanları kapsayan ve hastalık hallerinde hizmet veren zorunlu sağlık sigortası ve yeterince işlevsel olmayan özel sağlık sigortası vardır.

Ayrıca sağlık çalışanlarında da iki ülkede benzer kriterler kullanılmaktadır. Sağlık sektörü çalışanlarının ücretlendirilmesinde eğitim ve hizmet yılı kriter olarak alınmaktadır. Bu da pratisyen hekimlerin uzmanlaşması gereğini doğurmaktadır. Uzmanlaşmamış pratisyen hekimler temel sağlık hizmetini vermek zorunda kalmaktadırlar. Sağlık personeli ücretleri her iki ülkede de Avrupa ortalamasının altındadır.

Kişi başına düşen GSMH Bosna Hersek’te az olmasına rağmen gayri safi milli hâsıladaki sağlık harcamaları Türkiye’den daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Türkiye ilaç sanayinin %81,5’i yerli üretim %%18,5’i ithalken, Bosna Hersek’te büyük bölümü insani yardım kuruluşları ve ithal ilaçlardan oluşmaktadır.

Türkiye ve Bosna Hersek sağlık göstergeleri istenen düzeyde olmayıp Avrupa ortalamasının altındadır.

KAYNAKLAR

1. European Observatory, (2001), Health Care Systems in Transition Bosnia and Herzegovina WHO Regional Office for Europe; Denmark, 2002
2. Development Strategy (2002) BiH-PRSP Annex IV Health Care Sector Priorities Working Groups FBiH/RS December 2002, www.bih.prsp.info/knjiga/ZA- WEB/pdf%20novi/eng/health%20care.pdf
3. Croation Medikal Journal (2004) Priority Setting and Scarce Resources: Case of Federation of Bosnia and Herzegovina, www.cmj.hr/index.php?P=1159
4. Croation Medikal Journal (2004) Reform of Health Insurance in the Federation of Bosnia and Herzegovina, www.cmj.hr/index.php?P=1799
5. Atun, R. (1999), Bosnia Health Briefing Paper, November, 1999 DFID RC for HSR, London www.healthsystemsrc.ids.ac.uk/publications/country_health/Bosnia.pdf (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Subotika, A. Wildman, D. (2003), Bosnia and Herzegovina Health Profile June 2003 DFID HSRC, London www.healthsystemsrc.org/publications/Country_health/europe/Bosnia.pdf
7. Bosnia and Herzegovina Human Development Report/ Millennium Development Goals (2003) UNDP Bosnia and Herzegovina, June 2003, www.undp.org/mdg/eng/leseka_final.pdf
8. Health Care in Bosnia and Herzegovina in the Context of the Return of Refugees and Displaced Persons (2001) Sarajevo, July 2001 UNHCR Office of the Chief of Mission in Bosnia and Herzegovina www.unhcr.ba (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kùltür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.ř. İstanbul, Cilt 4
10. WHO (2002) Bosnia and Herzegovina, www.who.int/country/bosnia/en (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
11. WHO (2002) Core Health Indicators –Turkey, www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

12. Your Business Partner (2002) Bosnia and Herzegovina, ForeignTrade Chamber of Bosnia and Herzegovina, Sarajevo
13. Ankara Ticaret Odası (2001) Dış Ticaret Bülteni, Ankara Ticaret Odası Dış Ticaret ve Turizm Müdürlüğü Yayını, Ankara
14. Nationmaster (2003-2004) Middle East: Turkey: Health
www.nationmaster.com/country/tu/Health

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN