

ÇEK SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Hüseyin AŞLAN

Ali AYDOĞDU

Leyla SAVAŞKAN

A. ERDAL SARGUTAN

ÇEK SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	708
I. ÜLKE TANITIMI	709
I.1. Coğrafi Özellikler	709
I.2. Tarihçe	710
I.3. Nüfus	710
I.4. Yönetim	711
I.5. Ekonomi	711
II. SAĞLIK SİSTEMİ	713
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	713
II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu	714
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	715
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	715
II.3.2. İl İdareleri Ve Belediyeler	716
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	716
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	716
II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri	719
II.4.3. Evde Bakım Hizmetleri	719
II.4.4. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	719
II.4.4.1. Hastahaneler	719
II.4.5. Sosyal Hizmetler	721
II.4.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	721
II.4.7. İlaç Sektörü	723
II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı	724
II.5.1. Sağlık Sigortası Sistemi	72424
II.5.2. Vergiler	72525
II.5.3. Doğrudan Ödemeler	725
II.5.4. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	725
II.5.5. Sağlık Hizmeti Harcamaları	72626
II.6. Sağlık Sisteminin Sorunları	726
III. ÇEK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	72727
KAYNAKLAR	72929

ÖZET

1993 yılında Slovakya'dan ayrılarak Çek Cumhuriyeti adını alan ülke sağlık sisteminde hızlı bir özelleştirme politikası izlenmiştir. Ülkede kamu ve özel sektöre ait 20.000 civarında sağlık hizmeti veren birim vardır.

Çek Cumhuriyeti gelişmekte olan bir ülke olup, kamu ağırlıklı ve ülkede herkesi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almaya çalışan bir politika izlenmektedir ve bu bakımdan Refah Yönelimli / Sigorta tipli sağlık sistemleri grubuna girmektedir.

Sağlık sisteminin denetimi tamamen Sağlık Bakanlığı'ndadır. Özel sektöre ait birimler üzerinde denetleyici yetkiye sahiptir. Hizmetlerin sunumu ve denetimi kamu sorumluluğudur. Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminde kâr amacı gütmeyen makro düzeyde sağlık hizmetleri politikalarından ve planlamasından sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak da Bakanlığın öncelikli görevleri arasında yer alır. Bu hizmetin çok büyük bir kısmı kamu sağlığı (hijyen) merkezleri adı verilen birimlerce sunulmaktadır.

Çek Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetleri, üniversite ve bölge hastahaneleri, ihtisaslaşmış bölge hastahaneleri, il ve belediye yönetimlerine doğrudan bağlı il/belediye hastahaneleri, kamu poliklinikleri ile özel sektöre ait hastahaneler ve poliklinikler tarafından sunulur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve il / belediye yönetimlerine bağlı olan kamu sağlığı merkezleri de mevcuttur.

Çek Cumhuriyeti'nde reform sürecinin başlangıcında beş kaynaklı bir finansman sistemi öngörülmüştür. Bunlar sağlık sigortası fonları, devlet bütçesi, belediye bütçesi, doğrudan ödemeler ve bağışlardır. Bugün sağlık sigorta sistemi, finansmanın ana kaynağıdır. Bunların dışında vergiler, doğrudan ödemeler, işteğe bağlı sağlık sigortası ve gönüllü sağlık hizmeti harcamaları bulunmaktadır.

A. ERDİNÇ

ÇEK SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Çek Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 78 864km ²
NÜFUS	: 10. 302.000(1998)
İDARE ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Prag
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Prag, Brno, Ostrava, Plzen
DİLİ	: Çekçe
PARA BİRİMİ	: Çek Kronu (1/350)

I.1. Coğrafi Özellikler

Çek Cumhuriyeti, Avrupa'nın ortasında denize kıyısı olmayan bir ülkedir. Ülkenin büyük bölümünü kaplayan Bohemya Masifi, kabaca oval biçimli ve dağlarla kuşatılmış geniş ve yüksek bir havzadır. Bohemya platosu olarak bilinen bu havzanın güneybatısında Bohemya Ormanları, bulunduğu Sumava Dağları, batısında Berounka Irmağı Yükselteleri yer alır. Kuzeybatıya düşen ve Almanya'yla sınırı oluşturan Cevher Dağlarında (Krusné hory) Labe Irmağının yarıdığı vadi ülkenin en alçak kesimidir. Kuzeydoğuda önceden kalmış Polonya sınırını oluşturan Südet Dağlarında ülkenin en yüksek dorukları bulunur. Daha doğuda Odra Irmağı düzlüğü Polonya sınırı boyunca küçük bir şerit halinde uzanır. Orta Südetler'in güneyindeki Bohemya Moravya Yükselteleri havzayı çevreleyen son dağ grubudur; görkemli Moravya Karstı buradadır.

Ülkenin doğu kesiminde Moravya-Silezya Koridorları olarak da bilinen Dış Karpat Çöküntülerinde Odra, Dyje ve Morava ırmaklarının yukarı vadileri yer alır. Çek-Slovak sınırı boyunca Küçük Karpat (Bile Karpaty) ve Javorniky sıradağları yükselir (1/350).

Çek Cumhuriyeti Avrupa'daki belli başlı akarsuları besleyen kaynak sularının doğduğu bir bölgede yer alır. Çek-Polonya sınırı yakınında doğan Elbe ırmağı güneybatı yönünde Bohemya'yı geçer ve kuzeye dönerek Almanya'ya girer. Güneye doğru akarak Tuna (Dunaj) Irmağıyla birleşen Morava Irmağı, ülkenin doğu kesiminde Moravya'daki suların büyük bir bölümünü toplar. Oder Irmağı ülkenin kuzeydoğu kesiminde doğar ve kuzeye doğru akarak Polonya'ya girer. Ülkede ayrıca ekonomik önem taşımayan pek çok akarsu vardır. Maden suyu kaynakları zengin olan ülkede yer altı suları iyi değerlendirilmiştir (1/350).

Karışık iklim tiplerinin görüldüğü ülkede karasal özellikler sıcaklık ve yağış miktarı bakımından değişkenlik gösterirken, ılımanlaştırıcı okyanus etkisi batıdan doğuya doğru gidildikçe azalır. Sıcaklık genellikle yüksekliğe bağlı olarak artar.

Ülkenin batı ucundaki Cheb'de 7 derece olan yıllık ortalama sıcaklık Moravya'nın güney kesimindeki Brno'da ancak 9 dereceye çıkar. Prag'da ocak ayı ortalaması -3 derece, temmuz ayı ortalaması 18 derecedir (1/350).

Ülkenin yaklaşık üçte biri ormanlarla kaplıdır. Yabani hayvan varlığı zengin ve çeşitlidir. Bazı hayvanlar ülkenin her yerinde koruma altına alınmıştır. Doğal mirası koruma özenle izlenen bir devlet politikasıdır. Mufion gibi az sayıda bulunan ya da soyu tükenen türlerin üremesini sağlamak için koruma alanları oluşturulmuştur. Buzul ve Alp tipi manzaralar ile bitki örtüsünü korumak üzere 1963'te düzenlenen Krkonose Ulusal Parkı aynı zamanda gelişmiş bir kayak merkezidir (1/351).

I.2. Tarihçe

Bugünkü Çek Cumhuriyeti içinde yaşayan insanların kökenleri Orta Bohemya'daki Beroun yakınlarındaki bulgulara göre 1,6-1,7 milyon yıl öncesine kadar dayandırılmaktadır. İlk Slav kökenli halklar 5. ve 6. yüzyıllarda bölgeye gelmişlerdir. Prag ve Bohemya bölgelerinde Çeklere ilişkin ilk yazılı kaynaklar 8. ve 9. yüzyıllara dayanmaktadır. 870 yılı civarında Çek prensi Borijov ilk devlet yapısını oluşturmuş, Prag'a gelmiş, hanedanını kurmuştur. Bu hanedan Çek Krallığını 1306 yılına değin yönetmiştir. 1310-1436 yılları arasında Bohemya Kutsal Batı Roma İmparatorluğunun merkezi haline gelmiş ve Prag da Avrupa'nın kültür merkezlerinden biri konumuna yükselmiştir. 1526 yılında seçilmiş krallar dönemi sona ermiş ve Çek Krallığı (Bohemya, Moravya ve Silezya) Avusturya'nın daha sonra da Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun bir parçası olmuştur (2/5).

I. Dünya Savaşı'nın ardından Çeklerin ve Slovakların bir araya gelmesiyle kurulan Çekoslovakya, 1948'de başlayan sosyalist yönetimin 1989'da sona ermesini izleyen gelişmelerle 1993'te ikiye ayrıldı. Böylece Çek Cumhuriyeti ayrı bir devlet olarak ortaya çıktı.

Ayrılma sonrasında Slovakya'yla parasal birlik konusunda ortaya çıkan anlaşmazlıklar gümrük ve öbür alanlarda da bağları zayıflattı. Yeni dönemdeki hızlı özelleştirme programı, enflasyonun ve işsizliğin hızla yükselmesine yol açtı. 1990'ların ortalarına doğru ekonomide sağlanan toparlanma ise, ülkeye büyük miktarda yabancı sermaye girmesine olanak verdi. Öte yandan NATO'ya girişin bir ön adımı olarak 1994'te Batılı ülkelerle Barış İçin Ortaklık belgesi imzalandı ve 1995'te Avrupa Birliği'ne katılmak için yapılan başvuru üzerine Çek Cumhuriyeti'ne ortak üye statüsü tanındı (1/352).

I.3. Nüfus

Çekler ülke nüfusunun yüzde 95'ini oluşturur; bununla birlikte Morovyalılar kendilerini bu çoğunluk içinde ayrı bir topluluk sayarlar. Ülke içinde federal birlik döneminden kalma önemli bir Slovak azınlık vardır. Öteki azınlıklar arasında Polonyalılar, Almanlar ve daha çok büyük kentlerde yaşayan Çingeneler sayılabilir. Çekçe ülkedeki azınlıklarca da konuşulan birinci dildir. Slovaklar arasında daha çok Slovakça konuşulur, fakat Batı Slav dil grubuna giren bu dillerin yakınlığı nedeniyle, iki topluluk rahatça anlaşır.

Kiril yerine Latin alfabesinin kullanıldığı Çekcenin bir edebiyat dili haline gelmesi 13. yüzyıl sonlarına değin iner. Günümüzde nüfusun yüzde 40'ı Katoliktir. Ayrıca Ortodoks ve çeşitli küçük Protestan mezheplere inanan topluluklar vardır.

Geçmişte yurt dışına yoğun göçlerin, yakın dönemde de kentleşmeye ve çalışan kadın sayısındaki artışa bağlı yaşam biçimi değişikliklerinin nüfus artışı hızında yarattığı yavaşlama son yıllarda nüfus azalmasına dönüşmüş durumdadır. 1996 verilerine göre doğum oranı binde 8,8 ölüm oranı binde 10,9 doğal nüfus artışı binde -2,1 düzeyindedir. Doğurganlığın düşmesine ve ortalama ömrün uzamasına bağlı olarak özellikle Bohemya'nın orta ve doğu kesimlerinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır (1/351).

En batı uçtaki Slav halkı olmaktan gelen bir özellik olarak Çek kültür ve gelenekleri tarih boyunca Avrupa etkilerine açık olmakla birlikte, güçlü bir ulusal kimlik duygusuyla da belirlenir.

Kentli bir orta sınıf okur kitlesinin ortaya çıktığı 18. yüzyıldan bu yana edebiyat, Çek kültürel yaşamında önemli rol oynamıştır. 19. yüzyılın başlarındaki romantizm akımının en önde gelen temsilcisi günümüzde de en büyük Çek şairi sayılan Karel Hynek Macha'dır. Romantizme karşı bir tepki olarak 1840'larda gelişen gerçekçilik akımının en önemli temsilcileri Çek romancı Bozena Nemcova ile siyaset yazarı Karel Havlicektir.

Ülkenin en büyük kütüphanesi olan Prag'daki Ulusal Kütüphane çeşitli eski kütüphanelerin birleştirilmesiyle 1958'de kurulmuştur (1/352).

I.4. Yönetim

Çekoslovakya'nın ikiye ayrılmasından sonra 1 Ocak 1993'te yürürlüğe giren Çek Anayasası, Batı dünyasının liberal ilkeleri doğrultusunda parlamenter bir demokrasiyi öngörür. Anayasa uyarınca yasama yetkisini kullanan parlamento iki kanattan oluşur. Temsilciler Meclisi'nin 200 üyesi nispi temsil esasına göre dört yılda bir seçilir. En üst yargı organları Anayasa Mahkemesi ve Yüksek Mahkeme'dir. Her iki mahkemenin başkanları ve başkan yardımcıları ömür boyu görev yapmak üzere Cumhurbaşkanı'nca atanır.

Ülke yerel yönetim açısından illere ayrılmıştır. Prag, Ostrava, Plzen ve Brno kentlerinin belediye olarak ayrı bir statüsü vardır. İllerin altında komünler yer alır.

Çek Cumhuriyeti'nde okul öncesi eğitime önem verilir; çalışan annelerin gündüzleri çocuklarını bırakabildiği devlet yuvaları vardır. İlk ve orta öğrenim 6-16 yaşlar arasında zorunlu ve parasızdır. Bu okulların ders programında önemli yabancı dillerden biri yer alır. Üç yıllık genel liseler öğrencileri üniversiteye hazırlar. Ayrıca dört yıllık meslek okulları teknik, tarım, ticaret ve toplum sağlığı alanlarında eğitim verir (1/352).

I.5. Ekonomi

Çek Cumhuriyeti'nin 1989'dan sonra serbest piyasaya geçiş yönünde atılan adımların ardından, 1993'te de geri bir ekonomik yapıya sahip Slovakya'dan ayrılmasının hızlı bir gelişme için elverişli koşullar yarattığı söylenebilir.

Buna karşılık özelleştirme programıyla birlikte enflasyon ve işsizlik oranlarının yükselmesi ülkenin önündeki başlıca sorunlardır. 1996 verilerine göre ülke gayri safi milli hasılası (GSMH) 48.86 milyar ABD Doları, kişi başına milli gelir ise 4.770 ABD Doları'dır (1/351).

Rezervleri sınırlı olmasına karşın, taşkömürü ve linyit üretimi yüksek düzeydedir. Taşkömürünün büyük bölümü Ostrava - Karniva yataklarından çıkarılır, Plzen Havzası, Kladno, Trutnov ve Brno ve yakınlarında da ocaklar vardır. Açık ocak yöntemiyle işletilen linyit yatakları Chomutov, Most, Teplice ve Sokolov dolaylarındadır; linyit kömürü daha çok elektrik ve havagazı üretimi ile kimya sanayisinde kullanılır. Slovakya sınırındaki Hodonin yakınlarında az miktarda petrol ve doğal gaz çıkarılır. Rusya'dan boru hatlarıyla alınan petrol ve doğal gaza bağımlılığı azaltmak amacıyla Trieste'den petrol taşınmasını sağlamak için yeni bir boru hattının inşa edilmesi planlanmaktadır.

Ülkenin metal cevheri kaynakları sınırlıdır. Prag ile Plzen arasındaki demir yatakları eski önemini yitirmiştir. Kutna Hora, Pribram ve Hrubý Jeseník Dağlarında kurşun ve çinko, Pribram yakınlarında uranyum, Bohemya'da Krusne Hory'de kalay, Ceska Budejovice'de grafit, Plzen ve Karlovy Vary yakınlarında kaolin çıkarılır. Bohemya'nın orta kesimindeki Mokrsko'da önemli bir altın yatağı vardır (1/351).

Turizm yaz ve kış sporlarına, balıkçılık ve avcılığa, tarihsel ya da doğal çekiciliği olan yörelere düzenlenen gezilere dayanır (1/351).

A. ERDAL

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Çekoslovakya, I. Dünya Savaşı'nı takiben 1918 yılında bağımsızlığını kazanmıştır. Daha sonra da 1 Ocak 1993 tarihinde Çekoslovakya, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya olarak iki bağımsız cumhuriyete ayrılmıştır. Çek Cumhuriyeti'nin sağlık politikaları Çekoslovakya'nın kuruluş yıllarına kadar dayanır. Bağımsızlık öncesi Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun toprakları içinde yer aldığından, geleneksel sağlık sistemi de Bismarkçı'ydı.

İlk sosyal sigorta sisteminin kuruluş tarihi 1924'tür. Bağımsızlığın ilk yıllarında bir sağlık sigortası kanunu yürürlüğe girdi ve bu sistemde sadece çalışanlar (bunlar ülkede yaşayanların üçte birini oluşturuyordu) sisteme dâhildi. Kapsama dahil olanlar, hastalık halinde bu sigortadan yararlanabiliyorlardı. Devlet sağlık sistemi adım adım gelişerek 1951 yılına değin başka sigorta biçimlerine de dönüşmeye başladı.

1948 yılında, II. Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre sonra, ülkede önemli politik değişiklikler oluştu. Politik sistem bir "halk demokrasisi" haline geldi. Hem politik hem de ekonomik olarak Sovyetler Birliği'ne bağlı hale gelen ülke komünist rejimin ilkelerine göre yönetilmeye başlandı. Sağlık kuruluşları da dahil olmak üzere, ülkedeki hemen hemen her kuruluş devlet sektörü halini aldı.

1948 yılında ulusal sigorta sistemi uygulanmaya başlandı, sağlık ve sosyal sigorta sistemleri tek çatı altında toplanarak tüm vatandaşlara zorunlu hale getirildi. Merkezi Ulusal Sigorta Fonu kuruldu ve sigorta primlerinin tamamı ücretin %6,8'i olacak biçimde işveren tarafından ödeniyordu.

Dört yıl sonra, 1952'de, merkeziyetçi bir yapıya geçildi. Devlet sağlık sektörünü tamamen kontrolü altına aldı ve finansmanını vergilerden sağlamaya başladı. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirildi. Yine bu tarihte sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşlar tamamen devlet kontrolüne geçti.

Sistem, 1950'li yıllarda savaş sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başa çıkma konusunda oldukça etkiliydi. Sağlıkla ilgili çoğu göstergeler iyi yolda olduğu gösteriyordu.

Ancak, 1960'lı yıllarda, bu olumlu ilerlemenin, merkeziyetçi ve katı sistem yüzünden yeni sağlık sorunlarına yanıt veremediği görülmeye başlandı. 1960-1980 yılları verilerinde sağlık statüsü ve sağlık göstergelerinin kötüye gitmeye başladığı görüldü.

1990-1991 yıllarında, demokratikleşme sürecinin ortasında sağlık sektöründe etkili bir liberalleşme süreci yaşandı. Sağlık tesislerini serbestçe seçme ilkesi benimsendi. Birçok devlet yetkilisi görevlerinden uzaklaştırıldı. 1991 yılında çıkan iki kanunla da sağlık sistemi zorunlu sosyal sigorta modeline döndü ve sigorta hizmeti sağlayan bazı kuruluşlar ortaya çıktı. Bu değişiklikler toplumun sağlığı üzerinde ters etkilere neden olmadı ve göstergelerin çoğu olumlu gelişmeler göstermeye devam etti (3/5).

II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu

1960'ların sonlarına doğru Çekoslovak sağlık sistemi özellikle yaşam tarzlarının ve çevresel etmenlerin doğurduğu yeni sağlık sorunları ile baş edemeyen bir duruma gelmiştir. 1980'lerin sonuna değin hem sağlık sisteminde hem de sağlık göstergelerinde olumlu bir gelişme görülmemiştir.

1990 ve 1991 yılında, sağlık sisteminde liberalleşme yönünde önemli değişiklikler olmuştur. İstenilen sağlık tesisini seçebilme ilkesi yerleştirilerek bölgesel idareler ve il idareleri sistemi çökmüştür. Bu süreç sonunda, sağlık sisteminde zorunlu sigorta modeli oluşturulmuştur. Sağlık sisteminin liberalleşmesi sürecinde özellikle devletin rolü azalırken, zorunlu sağlık sigortası sistemi ile batı ülkelerinin, özellikle de Almanya'nın sağlık sistemi modeli örnek alınmıştır.

Sağlık sisteminde meydana gelen son değişim, Çek toplumunda 1989 yılı ve sonrasındaki politik değişimlerin bir parçası halindedir. Reformları ana unsurları tekelcilikten ve merkeziyetçilikten uzaklaşma ile liberalleşmedir. Yeni sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hizmet yapı ve teşkilatının yeniden modellenmesi, sağlık sisteminin finansman yapısındaki değişiklikler, tesislerin sahiplerinin değişmesi, sağlık personelinin eğitimi konusundaki yeni programlar, reform sürecinin diğer önemli öğeleridir.

Sağlık hizmetleri reformunun öncelikleri ulusal sağlık sistemi paketinin oluşmasını sağlamış, sağlık hizmeti sunan tesisler ile sağlık sigortaları arasında yalpan anlaşmalar, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bölgesel sağlık politikalarına önem verilmesi de sistemi tamamlayıcı çalışmalar olmuştur.

1994 yılından sonra, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hizmetlerin uygunluğu ve ihtiyaca yanıt verebilirliği, sağlık hizmetlerine yönelik kanuni programların tamamlanması konusunda katı uygulamalarla gitmiştir (4/27,28).

Yeni yaratılan zorunlu sağlık sigortası sistemi, sağlık sisteminin finansman yapısını tamamen değiştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin yasal yapısı da tamamen değişmiş, sistem çoğu özel sektöre ait 24 bin birimden oluşan bir ağ haline gelmiştir. Kanuni düzenlemeler halen tamamlanmamış olup sık sık değişmektedir ve sadece temel sorunlara çözüm getirilebilmiştir; özellikle de finansal konularda. Gelişmiş Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, Çek Cumhuriyeti daha fazla doktor ve yatak kapasitesine sahipken, hemşire ve yardımcı sağlık personeli konusunda geride kaldığı görülmektedir (5/1).

Çek Cumhuriyeti'nde sağlık sisteminin en önemli sorunu artan maliyetlerdir. Bunun için sistemde sürekli fiyat ayarlamaları yapılmaktadır. Ayrıca üzerinde çalışılan diğer bir konu da, bazı sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulabilmesini sağlamaktır.

Çek Cumhuriyeti'nde ekonomik sistem ve sağlık sistemi yeni piyasa ekonomisine uyum sağlamakta zorlanıyor olsa da, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde bir zorluk yaşamamaları ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmemesi dikkat çekici bir noktadır.

Gelecekte Çek sağlık sistemi, son yıllarda izlemekte olduğu yolu izlemeye devam edecek gibi görülmekte olup, özellikle de bazı hizmetlerin tamamen ücretsiz bir şekilde sunulması için çalışmalar devam etmektedir (6/1).

Ülkede en yaygın olarak görülen hastalık kötü huylu tümörlerdir. 2001 yılı verilerine göre kötü huylu tümörlerin görülme sıklığı erkeklerde 100.000'de 578,69, kadınlarda ise 562,11'dir.

Bulaşıcı hastalık vakalarının sayıları oldukça azalmıştır. En sık görülen bulaşıcı hastalık salmonelladır. Bu hastalığın görülme sıklığı ise 100.000'de 274,1'dir.

Şeker hastalarının sayısında ise bir artış gözlenmektedir. Ülkede 304.000'i erkek, 362.735'i kadın olmak üzere toplam 665.135 şeker hastası vardır (100.000'de 6.538,4) (13/20).

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Çek Cumhuriyeti'nde sağlık sistemi üç ana esas üzerine oturtulmuştur. Bunlar;

- Zorunlu sağlık sigortası,
- Hizmetin yaygınlığı,
- Ek uygulamalar.

Çek sağlık sisteminin idari yapısı ana hatlarıyla Şema 1'de gösterilmiştir. Bu şemaya göre Sağlık sistemin ana yapısında Parlamentonun hemen altında Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, Maliye Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Ulaştırma Bakanlığı yer almaktadır. Parlamentonun görevi yasal düzenlemeleri hazırlamaktır (3/9-11).

II.3.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlık sistemi ile ilgili yasaların hazırlanmasından, sağlıkla ve tıpla ilgili araştırmalardan, ilaçlara ve tıbbi teknolojilere lisans verilmesinden, lisansüstü eğitimden ve sağlık personelinin eğitimine yönelik iki kuruluşun yönetilmesinden sorumludur.

Sağlık Bakanlığı, bölgesel hastahanelerin, üniversite hastahanelerinin, ihtisaslaşmış sağlık kurumları ile araştırma ve lisansüstü eğitim kuruluşlarını doğrudan yönetmekle sorumludur. Ayrıca, kaplıca, ılıca ve maden suları ile ilgili tesislerin denetlenmesi yükümlülüğünü de taşır (3/11,12).

Sağlık Bakanlığı'nın temel ilkeleri şunlardır:

- Yeni sağlık sisteminin yapılandırılmasında küresel stratejinin bir parçası olmak,
- Tüm vatandaşlarının sağlığını garanti altına almak,
- Sağlık hizmetlerinin rekabet ortamı içinde sunulmasını sağlamak,
- Her topluluğun, kendi sınırları içinde ulusal sağlık politikasının temel ilkelerinden yararlanabilmesini sağlamak,

- Her vatandaşın istediği doktor ve sağlık hizmeti sunucusunu seçme hakkını sağlayabilmek,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanın halk tarafından karşılanması
- Kamu sağlığı hizmetlerini, diğer ulusal sağlık hizmetlerine göre daha otonom bir yapıya kavuşturmak,
- Tedavi edici hizmetlerin özellikle birincil sağlık hizmetleri ve acil servisler üzerinde odaklanmasını sağlamak,
- Zorunlu sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin temeli olmasını sağlamak,
- Hizmetlerin yaygınlığını sağlamak (3/9,10).

Sağlık Bakanlığının en önemli stratejilerinden biri de Avrupa Birliği'ne girme yolunda adımlar atılmasıdır. Bunun için Sağlık Bakanlığının üzerinde önemle durduğu bazı noktalar vardır:

- Oluşturulacak sağlık sistemi veri tabanı ile bilgilerin bir ağ üzerinde toplanarak istenilen veriye erişimin kolaylaştırılması,
- Sağlık sistemindeki teknolojik gelişmelerin takip edilebilmesi,
- İletişim teknolojilerinin kullanılarak veri tabanı aracılığıyla teletıp (telemedicine) uygulamasına geçilmesi,
- İlerideki gelişmeler için optimal kaynakların veri tabanı aracılığıyla tespitinin sağlanması.

Sağlık Bakanlığı bunları gerçekleştirmek için bazı projeleri uygulamaya koymak üzeredir. Bunlar;

- Sağlık kayıtları,
- Teletıp,
- Hasta tanıtım formları ve haberleşmenin elektronikleşmesi,
- Elektronik belgeleme için akıllı kart uygulamasına geçilmesi (7/23).

II.3.2. İl İdareleri Ve Belediyeler

1990 ve 1992 yılları arasında il idarelerine ve bölgelere bağlı kuruluşlar birbirlerinden ayrıldılar ve sağlık hizmeti tesisleri ekonomik bağımsızlığa kavuştular. Devletin sağlık yönetimi ile il idareleri, başkanlığını il sağlık müdürünün yaptığı sağlık birimleri aracılığıyla işbirliği içine girdi. Ne yazık ki ne yasal düzenlemeler ne de ekonomik güç bu ofislerin tam olarak işlerlik kazanmasını sağlayamadı. İl sağlık müdürleri Sağlık Bakanlığınca değil doğrudan İçişleri Bakanlığınca bağlıydılar, Sağlık Bakanlığı rehberlik ve denetleme faaliyetlerini yürütür. Ancak yasal olarak, il sağlık ofisleri kendi bölgelerinde sağlık hizmetlerinin erişilebilir şekilde yürütülmesini sağlamakla sorumludurlar (3/12,13).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Çek Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetlerini sunan hem kamuya hem özel sektöre ait 20 binin üzerinde birim vardır. Bu birimler şu şekilde gruplandırılabilir :

- Yetişkinler için genel pratisyenler,
- Çocuklar ve gençler için genel pratisyenler,
- Birincil sağlık hizmeti jinekologları,
- Birincil sağlık hizmeti diş hekimleri / stomatolojistler,
- Acil servis uzmanları,
- Hastahaneler,
- Diğer yataklı tesisler,
- İlk yardım ve acil servis birimleri,
- Eczahaneler,
- Hijyen (kamu sağlığı) istasyonları (3/12,13).

Sağlık hizmetlerini sunan birimlerin sayısı her yıl artmaktadır, ancak artış hızı 1995 yılından sonra düşmüştür. 2002 yılı sonu itibarıyla Çek Cumhuriyeti'nde 26.270 sağlık birimi mevcut olup, bunların 26.199'u doğrudan sağlık sektörüne aitken 151 adeti diğer sektörlerde (Savunma, İşleri, Adalet, Ulaştırma ve Maliye) aittir. 766 tane kamuya ait sağlık biriminden 129'u doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından idare edilirken, 486'sı il idarelerince ve 151'i de diğer merkezi organlar tarafından idare edilir. Devlete ait olmayan 25.504 birimden 216'sı bölge, şehir ve belediye yönetimlerince işletilmektedir. 25.288 birim ise özel sektöre (kişiler, kiliseler ve diğer yasal kuruluşlar) aittir (13/42).

Tablo 1: Bazı Göstergeler

100.000 kişiye düşen hastahane yatağı	847
100.000 kişiye düşen hekim sayısı	308
Her 100 kişinin hastahaneye başvuru sayısı	19,4
Ortalama hastahane yatış süresi	11,6

Kaynak: (4) Highlights On Health In Czech Republic s. 27

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri çocuklar ve yetişkinler için genel pratisyenler, genel jinekologlar, diş hekimleri ve ağız sağlığı uzmanları ağı tarafından karşılanmaktadır. Bu pratisyenlerin çoğu özel sektöre bağlı olarak çalışmaktadırlar.

Birincil sağlık hizmetleri il idareleri düzeyinde organize edilmiştir. İl sağlık ofisleri kendi bölgelerindeki birincil sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinden sorumludurlar. İl sakinleri kendi seçtikleri bir birincil sağlık hizmeti pratisyenine kayıtlıdırlar ve dilerlerse altı ayda bir değişiklik yapıp başka bir pratisyene kaydolma hakkına sahiptirler. Çek sağlık hizmetinde genel pratisyenler, hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktalarıdır. 1998 yılında 1.780 kişiye bir genel pratisyen düşmekteydi.

1999 yılı verilerine göre, genel pratisyenlerin %95'i özel sektörde çalışmaktadır. Doktorların birincil sağlık hizmeti genel pratisyeni olarak görev yapmaları onayını Çek Tıp Odası verir. Doktorlar daha sonra sağlık sigorta fonları ile sözleşme yaparlar. Özel sektör uygulamalarının yönetimi yerel duruma bağlı olarak yapılır. Birinci kademe sağlık hizmeti genel pratisyenlerinin çoğu tek başlarına çalışırlar. Bir grup birincil genel pratisyeni sağlık merkezlerinde bir araya gelebilir ya da uzman bakımın yanı sıra birincil sağlık hizmeti de sunan az sayıdaki polikliniklerden birinde de çalışabilirler.

Birincil sağlık hizmetlerinin kapsamı içinde, genel tıbbi bakım, ana-çocuk sağlığı, jinekoloji, diş hekimliği / ağız sağlığı, hemşireler tarafından evde bakım, 24 saat acil servis ve birkaç koruyucu hizmet (aşılama, gözlemlene vs.) vardır. Sağlık merkezlerinin çoğu iyi donanımlıdır; çoğunda elektrodyagram, ultrason ve sıklıkla da röntgen cihazı mevcuttur. Bazılarında tanı laboratuvarları, hemşireler ve fizyoterapistler de vardır (3/31-33).

Birincil sağlık hizmetlerinin sunumu, uzun vadede azalmakta olan nüfus göz önüne alındığında iyi dengelenmiş görünmektedir. Ayakta tedavi hizmeti sunan hekimlerin %51'ini birincil sağlık hizmeti hekimleri oluşturur. Birincil sağlık hizmetlerinin %95'i özel sektöre aittir (13/42).

II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri

1950'lerin başında, il ve bölge kamu sağlığı (hijyen) birimleri kurulmuştur. Her il kuruluşu yaklaşık 100.000 kişiye kamu sağlığı hizmetleri sağlıyordu.

Bu kuruluşlara kamu sağlığı birimleri denmektedir ve bunlar salgın hastalık izleme, aşılama lojistiği (aşı sağlama gibi) ve bölgesel felaketler, yiyecekler ve diğer konulardaki güvenlik ölçümlerini yapmakla sorumludurlar. Kamu sağlığı görevlerini diğer devlet sağlık hizmeti sunan kurumlarla paylaşmalarının yanında, kamu sağlığı hizmetleri doğrudan kamu sağlığı ağına dâhil değildirler. Birincil sağlık hizmeti sunan tesisler örneğin, önleyici hizmetlerden, aşılamadan sorumludurlar (3/33-35).

II.4.3. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri, hemşirenin günde 3 kere ziyaretine kadar sağlık sigorta sistemi tarafından karşılanır. Eğer bir hastanın daha fazla bakıma ihtiyacı varsa, bunu kendi cebinden ödemesi gerekir. Evde bakım hizmeti sunan kuruluşlara, verilen hizmete göre ödeme sağlık sigorta sistemi tarafından ödenir. Ayrıca bu kuruluşlar, devlet ödeneklerinden, sponsorlardan ve hayır kurumlarından ek fonlar da temin edebilirler. Buna rağmen evde bakım kuruluşları sadece temel tıbbi malzeme ve cihazlara sahip olabilirler. Hükümetin, tedavi sonrası geleneksel bakım hizmetlerine ve uzun süreli bakım hizmetlerine alternatif olarak evde bakım hizmeti programlarına eğilmesi ve evde bakım hizmetlerinin finansmanını geliştirmesine ihtiyaç duyulmaktadır (8/2).

II.4.4. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Çek Cumhuriyeti geniş bir hastahane ve poliklinikler ağına sahiptir. Bunlar doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bölgesel, il ve yerel yönetimlere üç düzeyde bağlı sağlık kurumlarıdır. Ancak bu durum son zamanlarda önemli ölçüde değişmiştir.

Günümüzde, uzmanlaşmış acil tıbbi hizmetler çeşitli şekillerde sağlanmaktadır. Bireysel uygulamalar, çeşitli uzmanların çalıştığı poliklinikler ve hastahanelerin ayakta tedavi bölümleri bunlardandır (3/36).

II.4.4.1. Hastahaneler

Çek Cumhuriyeti'nde hastahaneler; hükümete, il idaresine ya da belediyeye ve hatta kâr amacı gütmeyen veya kar amaçlı kuruluşlara ait dahi olsa kamu ve özel sektör karışımına aittir. Kime ait olurlarsa olsunlar, hastahaneler sağlık sigorta fonları ile anlaşmalar yaparlar.

Devlete ait, 1.000'in üzerinde yatağa sahip ve eğitim amaçlı olarak da kullanılan bölge ve üniversite hastahaneleri vardır. Bu hastahaneler tam kapsamlı uzmanlaşmış hizmet sağlarlar ve üçüncül referans hastahaneleri olarak da kullanılırlar.

İl ve yerel yönetim hastahaneleri bütün hastahanelerin içinde hem sayıca hem de yatak kapasitesi açısından %60 oranında bir yer tutarlar. İl idaresi hastahaneleri tüm ana uzmanlık dallarını bünyelerinde barındırırlar, bu kuruluşlarda genelde 700'den az yatak vardır. Yerel yönetim hastahanelerinde genellikle 200'den az yatak bulunur ve sadece dört dalda hizmet verirler (dahiliye, cerrahi, pediatri, jinekoloji). Devlete ait 27 hastahane (%13) vardır ve bunlar büyük hastahanelerdir (yatak sayısı 21.234 (%31)). 1998 verilerine göre toplam 216 hastahane (toplam 69.450 yatak kapasitesi) 64 (%30) tanesi özel sektöre aitken bu hastahanelerin yatak kapasitesi sadece 6.469'dur (%9) (3/36).

Hastahane hizmetlerinin fiziksel kalitesi genellikle iyi düzeydedir. İl idarelerine ve yerel yönetimlere ait hastahanelerin çoğu son 20 yıl içinde inşa edilmiş yeni binalardır (3/37).

Çek Cumhuriyeti'nde 216 hastahaneye ek olarak, 218 adet uzmanlaşmış sağlık kuruluşu vardır (psikiyatri hastalarının tedavisi, tüberküloz, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım için). Ayrıca 56 adet kaplıca da 20.000 yatak kapasitesi vardır. Kaplıcaların çoğu özelleştirilmiştir.

Çek Cumhuriyeti'nde uzun süreli bir proje ile hastahane yatak sayısının azaltılması planlanmaktadır. Ayrıca, akut hastalıkların tedavisi için kullanılan yatakların bir kısmının, uzun süreli bakım için kullanılacak yataklara çevrilmesi için çalışmalar vardır.

Hastahane bakım yerine daha ucuz alternatifler düşünülmektedir. Evde bakım ve ameliyat sonrası bir gün içinde taburcu olma sistemleri artmaktadır. Bunun etkisi de, hizmet talebini birinci kademe hizmetlerine doğru yönlendirmektedir (3/38).

2002 yılı verilerine göre, hastahanelere başvuru sayısı 2,231 milyondur. Hastahanelere başvuru nedenleri arasında %16 ile solunum yolu rahatsızlıkları başta gelirken, bunu %10 ile sindirim sistemi rahatsızlıkları ve %9 ile de tümörler izlemektedir.

2002 yılında 10.094 kalp ameliyatı gerçekleştirilmiş olup bu sayı bir önceki seneye göre %22 artmıştır. Ayrıca 2002 yılında 326 böbrek, 62 karaciğer, 54 kalp, 23 pankreas ve 9 akciğer nakli yapılmıştır. Ülkede 549.016 kişi böbrek yetmezliği sorunu yaşamakta olup, diyaliz yatağı sayısı hasta sayısına paralel olarak artmaktadır (13/20).

II.4.5. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler sosyalist sistem altında çok gelişmemiştir. Tıbbi hizmet ihtiyacı olmayan hastalara da hizmetler genellikle hastahanelerde verilir. Arz edilen hizmet talebi karşılamaya yeterli değildir ve hizmetlerde boşluk vardır. Sosyal bakım sosyal hizmetlerin bir parçasıdır. Finansmanı devlet bütçesinden ya da belediye ve il idarelerinin yönetimindeki bütçelerden karşılanır. Sadece tamamen tıbbi olan hizmetler (örneğin psikiyatri hizmetleri) sağlık sigorta fonları tarafından karşılanır. Sosyal hizmetlerin durumu son birkaç yıl içinde gelişmiştir. Bunda da en önemli etken, çok sayıda küçük sosyal bakım tesislerinin hükümetten bağımsız ve kâr amacı güdülmeyen açılmasıdır (3/40-42).

II.4.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Sağlık sektörü çalışanlarının sayısı, özellikle de hekimlerin sayısı yüksektir. Bu da sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına neden olmakta ve bu yüzden de kamuda görevli hekim sayısını azaltmaya yönelik bir strateji uygulanmaya çalışılmaktadır.

Yedi adet tıp okulu vardır. Bunların üçü Prag'daki Charles Üniversitesi'ndedir. Okullarda kontenjan sınırlaması olmamasına rağmen, tıp fakültelerine girenlerin ve hemşirelik eğitimi alanların sayısı giderek azalmakta olup, bunun birkaç yıl daha böyle gideceği tahmin edilmektedir. Okullardan mezun olan hekim sayısı 1995 yılında en üst seviyeye ulaştıktan sonra azalmaya başlamış, çalışan hekim sayısı yavaş bir şekilde artmakla birlikte 1991 yılından bu yana hemen hemen sabit gibidir. Hekim sayısı, komşusu olduğu ülkelere yakın bir ortalama değere sahipken, Avrupa Birliği ortalamasının altındadır. Ancak önemli olan nokta, ortalama hekim yaşının düşük olması ve bunların neredeyse üçte ikisinin uzmanlaşmış olmasıdır.

Çek Cumhuriyeti'nde tıp çalışanlarında işsizlik söz konusu değildir. Doktorların gelirleri, kişi başına düşen ulusun gelirin iki katıdır. Özel sektörde çalışan doktorların geliri ise dört kata kadar ulaşmaktadır. Buna rağmen hem hekimler hem de hemşireler daha fazla gelir için uğraş içindedirler.

Çalışan hemşire sayısı son yıllarda sabit kalmıştır (3/43-46).

1000 kişi başına düşen sağlık personeli ile ilgili veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Sağlık Personeli, 1980-1998

1000 kişi başına	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Hekim	2.31	2.63	2.77	2.92	2.93	2.96	2.96
Diş Hekimi	0.45	0.52	0.54	0.60	0.60	0.60	0.61
Hemşire	7,11	7,91	8,40	8,46	8,48	8,38	8,40
Ebe	0,43	0,47	0,50	0,45	0,43	0,42	0,41
Eczacı	0,38	0,39	0,38	0,36	0,40	0,43	0,42
Mezun Olan Hekim	0,14	0,14	0,09	0,14	0,12	0,11	0,09
Mezun Olan Hemşire	0,37	0,41	0,45	0,63	0,48	0,43	0,42

Kaynak: (3) Czech Republic, European Observatory On Health Care Systems, s. 43.

Tablo 3: Kamu Sektöründe Çalışan Sağlık Personeli

Sağlık İnsangücü	Sözleşmeli Personel (Tam zamanlı Çalışan)	Kadrolu Personel (Tam zamanlı Çalışan)
Hekim	1.729	39.784
Eczacı	83	5.115
Diş Hekimi	8	4
Üniversite Eğitilmiş Diğer Sağlık Personeli	107	4.315
Lise Düzeyinde Eğitilmiş Diğer Sağlık Personeli	74	2.085
Yardımcı Sağlık Personeli	1.109	111.654
Genel Hemşire	751	67.893
Çocuk Hemşiresi	77	9.537
Ebe	37	4.540
Diyetisyen	2	678
Diğerleri (laboratuvar asistanı, diş teknisyeni vb.)	242	29.684
Yedek Sağlık Personeli	94	17.912
Düşük Düzeyli Sağlık Personeli (Geçici Hemşire, kreş bakıcıları vb.)	82	14.091
Sağlık Sektörü İle İlgili Olarak Çalışan Diğer Personel	660	49.065
Toplam	3946	236.978

Kaynak: (13) Health Care and Health Services in the Czech Republic 2002, s. 61. 62.

Tıp okullarında hekimlik eğitim süresi 6 yıl olup, tıp derslerinin yanı sıra hastahane yönetimi ve işletmeciliği konusunda dersler de alırlar. Diş hekimliği / ağız sağlığı ve eczacılık bölümleri ise beş yıldır.

Sağlık personelinin lisansüstü eğitimi konusunda uzmanlaşmış iki kurum vardır (Prag ve Brno). Bunlar Sağlık Bakanlığı'na bağlıdırlar. 1981'den bu yana hekimlerin genel pratisyenliğe başlamadan önce 30 aylık bir süreçte uzmanlaşmanın ilk düzeyini tamamlamaları gerekmektedir. İlk düzeyden sonra daha fazla uzmanlaşmak isteğe bağlıdır ve bu süreç 3 ila 5 yıl sürer.

Hemşirelerin eğitimi farklı düzeyde gelişmektedir. Temel eğitim 4 yıldır ve 15 yaşında başlar. Bu eğitim çeşitli uzmanlık dallarına ayrılır (genel hemşire, laboratuvar görevlisi ya da beslenme hemşiresi gibi). Herhangi bir liseden mezun olunduktan sonra da iki yıllık bir eğitim programı ile pediatri hemşireliği, ebelik veya radyoloji laboratuvarı çalışanı olma olasılığı da vardır. Ayrıca 5 yıllık bir lisansüstü program da vardır. Hemşirelerin lisansüstü uzmanlık eğitimleri ise Brno'daki Sağlık Hizmetleri Eğitim Enstitüsü tarafından düzenlenir (3/46).

II.4.7. İlaç Sektörü

Ecza maddelerin satımı, üretimi, ilaç yapımında veya tıbbi amaçlar olarak kullanılması konusunda lisans verme işlemi Maliye Bakanlığı'nın danışmanlığında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Çek Eczacılar Odası ve sağlık kuruluşlarından temsilciler de bu süreçte rol oynarlar.

Son yıllarda, Çek ecza sanayi hemen hemen tamamıyla özelleştirilmiştir. Bu değişiklikten dolayı, bu fabrikaların ticari stratejilerinde ve üretim yöntemlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Fiyat artışlarına rağmen, iç sanayi tarafından üretilen ilaçlar Çek sağlık sisteminde önemli bir yere sahiptir. Eczahanelerin ve ilaç dağıtım sisteminin çoğu da özel sektöre aittir.

Sosyalist dönemdeki ilaç hammaddelerinin kıtlığı sorunu hemen hemen ortadan kalkmıştır ve şu andaki en önemli sorun fiyat artışıdır. İlaç kullanımı 1991'den bu yana çok az artmış olmasına rağmen, fiyatlar önemli derecede artmıştır. 1995 yılından bu yana ecza harcamaları tüm sağlık harcamalarının yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır (9/1).

İlaçlar ile ilgili temel sorunların çözümü için düşünülenler şunlardır:

- İlaç harcamalarını azaltmak, boşa giden ilaçları önlemek,
- İlaçların sınıflandırılma düzeylerinin yeniden belirlenmesi,
- Tedavide kullanılan ilaçlar için yeni bir ilaç finansman sisteminin oluşturulması,
- Bir ilaç için yapılan birden fazla ödemenin önüne geçilmesi,
- Sağlık hizmeti sunucularını daha akılcı bir yola yönlendirmek, örneğin, ilaçlar için belirli bir ödeme limiti koymak (9/2).

Eczahanelerin ve ilaç dispanserlerinin sayısı sürekli olarak artmaktadır. 2002 yılında ülkede 2.1888 kayıtlı eczahane ve 229 ilaç dispanseri vardır (13/43).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Reform sürecinin başlangıcında, finansman için çok kaynaklı bir sistem öngörülmüştü. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için 1990'ların başında 5 kaynak öngörülmüştü:

- Sağlık sigortası,
- Devlet bütçesi,
- Belediye bütçesi,
- Doğrudan ödemeler,
- Bağışlar.

İsteğe bağlı sigorta sistemi hala tartışılmaktadır. Şu anda sağlık sigortası açık bir biçimde sağlık sisteminin finansmanının ana kaynağıdır (%30). Vergiler ikinci önemli kaynaktır (%10). Sağlık sisteminin finansman kaynakları 1990-1998 dönemi için Tablo 4'te verilmiştir (3/23).

Tablo 4: Finansmanın Ana Kaynaklarının Yüzdeleri, 1990-1998

Finans Kaynağı	1990-1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Kamu harcamaları	100	18,9	16,5	10,5	12,2	12,0	11,4
Zorunlu sigorta harcamaları	-	75,9	77,5	76,3	80,2	79,2	80,5
Doğrudan kişisel harcamalar	-	5,2	6,0	7,2	7,4	8,1	7,8
Toplam	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (3) Czech Republic, European Observatory On Health Care Systems, s. 24.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sağlık sigortası primlerinin toplam oranı 2002 yılında %81,6'ya yükselmiştir. Aynı yıl devlet bütçesinden ayrılan pay finansmanın %9,6'sını oluşturmuştur (13/69).

II.5.1. Sağlık Sigortası Sistemi

Sağlık sisteminin finansmanı tamamen değişmiştir. Devletin yaptığı merkezî ve dolaylı ödemeler yerini sağlık sigorta fonlarından ödemelere bırakmıştır. Piyasada rekabet içinde olacak sigorta şirketlerinden birini müşterinin kendisine uygun gelen fiyat ve şartlar içinde seçmesi ana fikirdir. Ancak sigorta şirketlerinin aşırı oranda artan harcamaları başlangıçta 26 olan sigorta şirketi sayısının günümüzde 9'a düşmesine neden olmuştur. Piyasaya hâkim olan şirket %75'lik bir oranla Genel Sağlık Sigortası Şirketi'dir ve sağlık hizmeti sunan şirketlerle yapılan pazarlıklarda ana rolü oynamaktadır. Ancak sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında yapılan pazarlıklar genellikle başarısızlıkla sonuçlandığından, Hükümet yapılacak ödemelerin tutarlarını belirleme işini kendi üzerine aldı. Her iki taraftan da (sigorta şirketleri ve hizmet sağlayıcılar) yükselen homurtulara rağmen sistem şimdilik işlemektedir (10/2).

Sağlık sigorta primleri gelirin %13,5 kadarı olarak kanunla belirlenmiştir. Bu oranın üçte ikisi işveren, üçte biri çalışan tarafından ödenmektedir. Bunun yanı sıra, çalışmayan nüfusun (yaşlılar, öğrenciler, tüm çocuklar vs.) sigorta primleri devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

Sağlık sigortası fonları hastahaneler ve doktorlar ile anlaşmalar yapar. Verilen hizmetler için ödemeler hizmet başına ücret şeklindedir. Bunun için de bir ücret çizelgesi belirlenmiştir. Bu hizmet bedellerinin hesaplanmasında çeşitli faktörler göz önüne alınmaktadır. Bir hizmet için verilebilecek tavan fiyatlar Maliye Bakanlığı tarafından belirlenmiştir (3/11).

Sigorta şirketlerinin yaptıkları hizmet bedeli ödemeleri arasında önemli bir fark yoktur. Diğer sigorta şirketleri Genel Sağlık Sigortası Şirketi'nin ödediği bedelleri esas alırlar.

Sigorta sisteminin bedelini karşıladığı 4.500 kalemlik bir liste vardır. Bu listedeki hizmetler (örneğin estetik cerrahi) ücrete tabidir (3/53).

II.5.2. Vergiler

Vergiler, hem ulusal, hem il hem de belediye düzeyindeki harcamaların karşılanması amacıyla kullanılmaktadır. Ulusal düzeyde, Sağlık Bakanlığı başlıca yatırımların finansmanını doğrudan karşılamaktadır (örneğin bölge hastahaneleri, üniversite hastahaneleri ve araştırma ve lisansüstü eğitim enstitüleri). Kamu sağlığı hizmetleri ve kamu sağlığı (hijyen) merkezleri de Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan yaptığı finansmanlar tıp personelinin eğitiminin ve belirli sağlık programlarının uygulanmasının bir kısmını da içermektedir. Bu programlar AIDS önleme, uyuşturucu kontrolü, uzun süreli bakım kuruluşlarının işletme giderleri, araştırma ve lisansüstü eğitimidir. Sosyal bakım hizmetlerinin finansmanı ise kısmen Sosyal İşler Bakanlığı ve kısmen de hizmeti alan kişi tarafından karşılanır.

Belediyelere ait küçük hastahanelerin de finansal desteğe ihtiyacı vardır ve gelirleri giderlerini karşılamaya yetmez (3/24).

II.5.3. Doğrudan Ödemeler

Maliyet paylaşımı bazı ilaçlar, dış hizmetleri ve bazı tıbbi yardımlar için gerekli görülmüştür. Doğrudan yapılan ödemeler 1993 yılında toplam sağlık harcamalarının %5'ini oluştururken, bu oran 1998 yılında %8'e çıkmıştır. 1994 yılında yapılan bir düzenleme ile, bir genel pratisyenin yönlendirmesi olmadan acil servislere yapılan başvuruların bir kısmının ücretlendirilmesi tamamiyle yerleştirilememiş ve 1997 yılında kaldırılmıştır (3/24).

II.5.4. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

Şu anda, ek sigorta sistemlerine yönelik çok küçük bir pazar vardır. Bunların kapsamı genellikle yurtdışı gezilerinde kullanıma yöneliktir ya da ülkede yaşayan yabancıların (yabancılar zorunlu sigorta kapsamında değildirler) yaptırdığı sigortalardan oluşmaktadır. Bu sigorta sistemi bazen devletin sigorta sistemi kapsamına almadığı hizmetleri de içerebilir (örneğin kozmetik cerrahi veya bazı tür dış tedavileri) (3/25).

II.5.5. Sağlık Hizmeti Harcamaları

Tüm ülkelerde, sağlık harcamalarının gayri safi milli hasıla içindeki oranı önemli bir ekonomik kriter olarak kabul edilir. Çek Cumhuriyeti'nde sağlık harcamaları 1990 yılında yurtiçi toplam hasılanın %5,2'si iken 1994 yılında %7,8 ile en üst değerine ulaşmış ve 1998 yılında %7,2'ye inmiştir. 1994 yılındaki bu artışın nedeni, sağlık sigorta sisteminin devreye girmesidir. Sağlık hizmeti harcamalarının kategorilere göre yüzde oranları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Harcamalarının Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık Hizmeti Harcamaları	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Hastahanedeki Tedavi	-	-	-	29,4	33,8	35,6	-
İlaç	17,8	18,4	17,8	25,5	25,3	25,3	-
Yatırım	8,0	8,9	13,6	7,9	5,3	4,1	4,5

Kaynak: (3) Czech Republic, European Observatory On Health Care Systems, s. 25.

Çek Cumhuriyeti'nin sağlık harcamaları, %5,3'lük ortalamaya sahip orta ve doğu Avrupa ülkelerinkinden fazla iken, %8,5'lik ortalamaya sahip Avrupa Birliği ülkelerine göre düşüktür (3/25).

2002 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının yurtiçi toplam hasılanın %7,4'üne kadar yükselmiştir (13/69).

II.6. Sağlık Sisteminin Sorunları

Çek Cumhuriyeti'nin 1989 yılında pazar ekonomisine geçmesiyle birlikte sadece ekonomik ve sosyal alanlarda değişim gözlenmemiş, sağlık sektöründe de önemli değişimler yaşanmıştır.

Pazar ekonomisi, pozitif yönde çok önemli değişikliklerin yanı sıra bazı önemli sorunları da beraberinde getirmiştir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- Finansal kaynaklardaki azlık,
- Sağlık sigortası primlerindeki adaletsizlik,
- Arz-talep dengesinin hizmet fiyatlarına yansımaması,
- İş gücündeki rekabet eksikliği,
- Hastahane binalarına ve tıbbi malzemelere yapılan füzuli harcamalar,
- Tıbbi malzeme ve ilaçların aşırı tüketimi,
- Yerel idarelerin hastahaneler üzerindeki yetkilerini kısıtlayan yasaların olmaması yüzünden birçok yerel yöneticinin hastahaneleri kâr amaçlı kuruluşlar olarak görmesi ve eğer hastahaneler zarar eder durumdaysa bölge halkının ihtiyaçları göz önüne alınmaksızın hastahaneleri kapatabilmesi (11/1, 2).

III. ÇEK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çek Cumhuriyeti ile Türkiye'nin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında yardımcı olabilecek bazı göstergeler Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Çek Cumhuriyeti Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	ÇEK	TÜRKİYE
Nüfus (milyon)	10,3	69,3
Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla (\$)	4.770	5.890
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	75,1	70,1
Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Hasılaya Oranı (%)	Kamu: 6,5 Özel: 0,6	Kamu: 3,6 Özel: 1,4
Kadın Doğurganlığı	1,2	2,4
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması (\$)	1031	315
Tüberküloz Vakaları (100.000 kişide)	7	25
Bebek Ölüm Hızı	4	36
Kilometrekareye düşen kişi sayısı	74	77
Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı	325	787

Kaynak: (12) UNDP Human Development Index, (2003), s:237, 238, 250, 251, 254, 255, 262, 263.

Çek Cumhuriyeti bağımsızlığını ilan ettikten sonra sağlık sisteminde hızlı bir özelleştirme politikası izlenmiştir. Ülkede halen kamu ve özel sektöre ait 20.000 civarında sağlık hizmeti veren birim vardır. Uygulamadaki aksaklıklara çözüm bulmak amacıyla refah yönelimli sağlık sistemi izlemeye yönelmiştir.

Sağlık sistemi tamamen Sağlık Bakanlığı'nın denetimindedir. Özel sektöre ait birimler üzerinde denetleyici yetkiye sahiptir. Hizmetlerin sunumu ve denetimi kamu sorumluluğudur.

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu tarafından düzenlenir, planlanır ve büyük çoğunlukla kamu tarafından sunulur. Devlete bağlı hastahanelerin tamamı kâr amaçsız çalışır. Makro düzeyde sağlık hizmetleri politikası ve planlamasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, ayrıca temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamını, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin de büyük bir bölümünü sağlamakla da görevlidir.

Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminde de kâr amacı gütmeyen yine makro düzeyde sağlık hizmetleri politikalarından ve planlamasından sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak Bakanlığın öncelikli hedefidir. Bu hizmetin çok büyük bir kısmı kamu sağlığı (hijyen) merkezleri adı verilen birimlerce sunulmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin arzı kamu sektörü bünyesinde çok büyük kısmı Sağlık Bakanlığı bünyesinde, bunun yanında üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastahaneleri yer almaktadır. Özel sektör bünyesinde ulusal ve uluslararası hastahaneler, özel hekim muayenehaneleri, özel eczahaneler, özel laboratuvarlar, araç-gereç üretim ve pazarlama kuruluşları ağırlıklı olarak yer almaktadır.

Çek Cumhuriyeti’nde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı üniversite ve bölge hastahaneleri, ihtisaslaşmış bölge hastahaneleri, il ve belediye yönetimlerine doğrudan bağlı il-belediye hastahaneleri, kamu poliklinikleri ve üzerinde denetleme yetkisi olduğu özel hastahaneler ve poliklinikler tarafından sunulur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve il-belediye yönetimlerine bağlı olan kamu sağlığı merkezleri de mevcuttur.

Çek Cumhuriyeti ve Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerini sunan birimler birbirine benzemektedir. Temel ve koruyucu hizmet sunan sağlık ocakları benzeri Kamu Sağlığı (Hijyen) Merkezleri vardır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumu da Türkiye’deki organizasyon ve sunuma benzemektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynakları devlet bütçesi, diğer kamu kaynakları, zorunlu sigorta primleri, özel sigorta primleri ve doğrudan kişisel ödemelerden oluşur. Herhangi bir sağlık güvenliğine sahip olmayan ve prim ödemeyecek durumda olanların sosyal güvenliğinin devlet tarafından sağlanması prensibine dayanan Yeşil Kart uygulaması vardır. Türkiye’de nüfusun %60’ından fazlası prime dayalı sosyal sigorta, %90 kadarı da bir şekilde sağlık güvencesi kapsamındadır.

Çek Cumhuriyeti’nde reform sürecinin başlangıcında beş kaynaklı bir finansman sistemi öngörülmüştür. Bunlar sağlık sigortası fonları, devlet bütçesi, belediye bütçesi, doğrudan ödemeler ve bağışlardır. Bugün sağlık sigorta sistemi, finansmanın ana kaynağıdır. Bunların dışında vergiler, doğrudan ödemeler, isteğe bağlı sağlık sigortası ve gönüllü sağlık hizmeti harcamaları bulunmaktadır.

Türkiye’de sağlık sigortası olmayan ve prim ödeyemeyecek durumdaki insanlara yönelik Yeşil Kart uygulaması varken, Çek Sağlık Sisteminde sağlık güvenliği olmayan fertlere (işsizler, yaşlılar, öğrenciler) sağlık hizmeti ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Çek Cumhuriyeti de Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülke olup, sağlık sistemi bakımından Türkiye’ye benzemektedir. Kamu ağırlıklı ve ülkedeki herkesi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almaya çalışan bir politika izlenmektedir ve bu bakımdan Refah Yönelimli Sistemler grubuna girmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş. Cilt 6, İstanbul.
2. General Infomation (2004)
[http://nweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/81849d9b3dd3662*852563ea0058eca2/c0a18a3a8c5b53148525695e007a1533/\\$FILE/4%20intro.pdf](http://nweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/81849d9b3dd3662*852563ea0058eca2/c0a18a3a8c5b53148525695e007a1533/$FILE/4%20intro.pdf)
3. European Observatory on Health Care Systems (2000) Health Care Systems in Transitions Czech Republic, Kopenhag.
4. Highlights on Health in Czech Republic (2001)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1999_monitoring/czech_republic_and.pdf
5. Statistical Commission and Economic Commission for Europe (1998)
<http://euro.who.int>
6. Czech Health Care in Economic Transformation (2000)
<http://www.cuni.cz/publications/workingpapers/abstract/063.asp>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
7. Presentation From Czech Republic on ITC and the National Health System (2000) www.centc251.org (Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
8. Czech Republic – Home Care Medical Equipment (2000)
http://www.factbook.net/countryreports/cz/Cz_HomecareMedical_mkt.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
9. Czech Republic (2002)
www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/overview/20020430_2
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
10. The Latest Developments in the Czech Health Care System (2002)
<http://eurocarenet.sysdesy.com/allefiles/Taler1/tale10-JanaVesela.shtm>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
11. European Federation of Salaried Doctors (2003) The report on the situation for doctors in Czech republic
www.fems.net/Inglese/Rapporti%20nazionali/Tchequieuk.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
12. UNDP (2003) www.undp.org/reports “Human Development Index”
13. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (2003) “Health Care and Health Services in the Czech Republic 2002 in statistical data”, Prague.

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN