

ESTONYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mehmet Sait DİKEL

Adil BURKAY

Ahmet ATAYIK

A. ERDAL SARGUTAN

ESTONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	876
I. ÜLKE TANITIMI	877
I.1. Coğrafi Özellikler	877
I.2. Tarihçe	877
I.3. Bitki Örtüsü ve Yaban Hayat	878
I.4. Yeraltı Kaynakları	878
I.5. Nüfus Yapısı	878
I.6. Yönetim	878
I.7. Ekonomi	878
I.8. Ulaşım	879
I.9. Eğitim	879
II. SAĞLIK SİSTEMİ	880
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	880
II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu	880
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	883
II.3.1. Sosyal İşler Bakanlığı	883
II.3.2. Devlet Sağlık Konseyi	884
II.3.3. Ulusal Sağlık Hizmeti Kurumları	884
II.3.4. İl İdareleri Ve Belediyeler	884
II.3.5. Hastalık Fonları	884
II.3.6. Meslek Kuruluşları	885
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	886
II.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	886
II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri	887
II.4.3. Aile Planlaması	888
II.4.4. İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık (Tedavi) Hizmetleri	888
II.4.5. Sosyal Hizmetler	890
II.4.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	891
II.4.7. İlaç Sektörü	892
II.4.8. Fuh Sağlığı, Alkol Ve Uyuşturucu Kullanımı	893
II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı	894
II.5.1. Sağlık Sigortası Sistemi	894
II.5.2. Doğrudan Kişisel Ödemeler	896
II.5.3. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	896
II.5.4. Sağlık Hizmeti Harcamaları	896
III. ESTONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	898
KAYNAKLAR	900

ÖZET

Estonya sağlık sisteminin gelişimi 20. Yüzyıldaki politik olaylardan önemli ölçüde etkilenmiş ve idari yapı ile hedefler konusunda değişikliklere maruz kalmıştır. SSCB'den ayrılarak bağımsızlığını kazanmasının ardından her konuda olduğu gibi sağlık sistemi konusunda da reformlara girişmiştir.

Öncelikle, zorunlu sağlık sigorta sistemi getirilmiş, sigorta kapsamının ülke çapında herkesi kapsaması konusunda 10 yıllık bir süreç içerisinde çok büyük ilerleme kaydedilmiştir. Bu bakımdan genel yapının Kapsayıcı tipten Refah Yönelimli / Sigorta tipte bir yapıya dönüştürülmeye çalışıldığı söylenebilir.

Zorunlu sigorta sistemi kapsamındaki ancak yarısının prim ödemesine rağmen, sağlık sisteminin finansman yükü büyük ölçüde devlet bütçesi üzerinden kalkmış, devlet finansman sorunundan daha çok planlama, denetim, yasal düzenlemeler gibi konularla ilgilenmeye başlamıştır. İdari yapılamada ilk iş olarak merkeziyetçi yapıdan ayrılarak, bölgesel ve yerel düzeyde yapılanmalara gidilmiştir.

Estonya'da sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık sigortası sistemi 1993 yılından beri Sosyal İşler Bakanlığı'nın sorumluluğundadır.

Birincil sağlık hizmetleri ile ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin birbirlerinden ayrılması konusunda çalışmalar sürdürülmekte olup, bu amaçla yerleştirilmek istenen en önemli kurum aile hekimliğidir. Aile hekimleri, hastalar için sağlık sistemine birinci başvuru noktası konumuna getirilmek istenmektedir. İkincil sağlık hizmetleri polikliniklerde ve hastahanelerde, üçüncül sağlık hizmetleri Tallinin ve Tartu'daki hastahanelerde verilmektedir. Tartu hastahaneleri aynı zamanda eğitim hastahaneleridir. Bu hastahaneler kendi bölgelerinde ikincil sağlık hizmetlerini de yürütür.

Sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı sağlık sigorta sistemidir. Diğer finansman kaynakları da; vergiler, doğrudan yapılan kişisel ödemeler, özel sigortalar ve dış kaynaklardır.

Estonya'da sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı kamu sektörü tarafından verilirken, sadece belirli alanlarda özel sektör gelişmiştir. Örneğin birincil sağlık hizmetlerinde aile hekimleri özel olarak çalışabilmektedir. Diğer yandan, sağlık sigortası gibi konularda özel sektöre yasal olarak izin verilmiş olsa da, bu konuda çalışma kuruluş yoktur.

Estonya, sağlık personelinin eğitimi konusunda Avrupa kriterlerini yakalamak için çaba göstermektedir.

Estonya sağlık sisteminin en önemli sorunlarından biri bazı alanlardaki kapasite fazlalığıdır. Örneğin kişi başına düşen doktor sayısı ve yatak sayısı AB standartlarının üzerindedir. Bu yüzden doktor sayısında indirimlere gidilirken, bazı hastahaneler bakım evlerine dönüştürülmüştür.

ESTONYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Estonya Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 45.226 km ²
NÜFUS	: 1.415.681(2002 tahmini)
İDARE ŞEKLİ	: Parlamenter Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Tallinn
DİLİ	: Estonya Dili
PARA BİRİMİ	: Estonya Kronu (7/1-3)

I.1. Coğrafi Özellikler

Estonya 45.226 km²'lik bir yüzölçümüne sahiptir. Ülkede 1500'den fazla ada bulunmaktadır. Bunların en büyükleri Saaremaa ve Hiiumaa'dır. Kıyı sınırlarının uzunluğu 1.393 km'dir.

Estonya alçak ovalar üzerine kurulu bir ülkedir. Orta ve güney bölgelerinde bazı yükseltiler yer alır. Ülke kıyılarının %20'den fazla kısmı su baskınları altındadır. En büyük iki gölü Peipus ve Võrtsjar'dır. Estonya'nın en uzun nehri Parnu'dur. Diğer önemli bir nehir ise Narva'dır (2/2).

Estonya'da kışlar ılıman ve yağışlı geçerken, yazları serindir (7/1).

I.2. Tarihçe

Estonyalıların ataları, milattan önce 3500 yıllarında Batlık kıyılarına yerleşmişlerdir. Milattan sonra 1. yüzyılda zayıf bir federatif yapıya sahip küçük devletler kurmuşlardır (2/10).

1208 yılında Estonya'ya Almanların saldırılarının başlamasını takiben Danimarka Kralı II. Waldemar kuzey Estonya'yı işgal etmiştir. Bu olayları takip eden yıllarda çok çeşitli siyasi gelişmeler olmuş, en son 1721 yılına kadar İsveç egemenliğinde kalmıştır. Bu tarihten sonra Rus İmparatorluğu'nun egemenliği altına girmiştir.

1917 yılındaki Rus Devrimi sonucunda Estonyalılar kendi hükümetlerini kurmuş, 24 Şubat 1918 tarihinde de bağımsız demokratik cumhuriyet ilan edilmiştir. Birinci Dünya Savaşı'nda Alman ordularının Estonya'dan geri çekilmeleri üzerine hükümet gücü elinde tutamamış, ardından Kızıl Ordu ile Estonya'lı gerillalar arasında süren mücadeleler sonucunda Rusya 1921 Ocak'ında Estonya'yı resmen tanımıştır (2/11).

İkinci Dünya Savaşı'nın başlaması ile birlikte Haziran 1940 tarihinde Sovyet güçleri Estonya'yı ve diğer Batlık cumhuriyetlerini işgal etmiştir. Ülke 6 Ağustos 1940 tarihinde Estonya Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti adı altında Sovyetler Birliği'nin resmi bir üyesi haline gelmiştir. 1941 yılında Nazi orduları ülkeyi ele geçirmiş ve 1944 yılına kadar burada kalmışlardır (2/12).

1950 yılına kadar ufak tefek ayaklanmalar olsa da, ülke Sovyetler Birliği'nin bir üyesi olarak kalmaya devam etmiştir. Rusya'da komünist sistemin çökmesinin ardından Ağustos 1991'de ülke bağımsızlığını ilan etmiştir. Ülkenin en son sınırları 1999 yılında Rusya ile yapılan anlaşma sonucunda belirlenmiştir. (2/13).

I.3. Bitki Örtüsü ve Yaban Hayat

Ormanlar ülkenin yaklaşık %50'lik bir kısmını kaplar. Ormanlar genellikle çam ve meşe ağaçlarından oluşmuştur. Kunduz, kızıl geyik gibi çok sayıda tür koruma altına alınmıştır (2/2).

Tarıma uygun alanlar %27 oranındadır (7/1).

I.4. Yeraltı Kaynakları

Estonya'nın en önemli yeraltı kaynakları arasında petrol, turba ve fosfor sayılabilir. Estonya elektrik ihtiyacının hemen hemen %100'ünü fosil yakıt kullanılan termal santrallerden sağlar (2/2,3).

I.5. Nüfus Yapısı

Ülkenin toplam nüfusu 1.415.681 kişidir. Doğum oranı binde 8,96 ve ölüm oranı binde 13,44 olduğundan nüfus %0,52 oranında azalmaktadır. Nüfusun %65,3'ünü Estonyalılar, %28,1'ini Ruslar, %2,5'ini Ukraynalılar, %1,5'ini Beyaz Ruslar, %1'ini Finler ve %1,6'sını diğerleri oluşturmaktadır (7/1).

Lutheranlar, Rus Ortodokslar, Estonyalı Ortodokslar, Roman Katolikler ve Yahudiler dinsel gruplar olarak ön plandadırlar. Ülke nüfusunun 15 yaş ve üstündeki %100'lük kısmı okuryazardır (7/2).

I.6. Yönetim

Ülke, parlamenter cumhuriyet sistemi ile yönetilmektedir. Ülke idari olarak 15 bölgeye ayrılmıştır. (6/2). Estonya, Kopenhag siyasi kriterlerini yerine getirmektedir.

Estonya, yargı sistemiyle ilgili sorunlarını çözmeye devam etmektedir. Mahkeme sistemi reformları ve yargıçların eğitimi sürmektedir (6/1).

Endişe yaratan bir başka konu da, belli sektörlerdeki yargıçların çok düşük cezalar vermesidir. Bu düşük cezalar etkisiz olmakta ve yasaların infazını baltalamaktadır (6/2).

I.7. Ekonomi

Ülkenin GSMH'si 14,3 milyar Amerikan dolarıdır. GSMH büyüme hızı %4,7 civarındadır. GSMH'nin %6'sını tarım sektörü, %28'ini endüstri, %66'sını ise hizmet sektörü oluşturmaktadır.

Halkın %25'i yoksulluk sınırının altında olup, yıllık enflasyon oranı %5,8'dir.

En önemli endüstri dalları mühendislik, elektrik endüstrisi, ağaç ve ağaç ürünleri, tekstil ürünleri, bilgi teknolojisi, iletişim ve taşıma endüstrisidir (7/2).

En önemli tarım ürünleri patates ve sebzelerdir. Kümes hayvancılığı ve balıkçılık da önemli bir konuma sahiptir (7/3).

I.8. Ulaşım

Demiryolları ağının toplam uzunluğu 968 km'dir. Karayollarının toplam uzunluğu ise 30.300 km olup, bunların 29.200 km'si asfaltlıdır.

En önemli limanları Haapsalu, Kunda, Muuga, Paldiski, Parnu ve Tallinn'dir.

32 adet havaalanı vardır (7/3).

I.9. Eğitim

Yedi yaşından on altı yaşına kadar dokuz yıllık eğitim zorunludur ve başarılı olanlara Temel Eğitim Diploması verilir. Başarısız olanlar bir yıl daha eğitim görür. Temel Eğitim Diploması alanlar, üç yıllık lise eğitimi sonunda Lise Diploması almaya hak kazanır.

Üniversiteye başlayabilmek için Lise Diplomasına sahip olmak ve üniversite giriş sınavlarında başarılı olmak gerekir.

Üniversite giriş sınavlarının sayısı üçe kadar yükseltilir ve yazılı veya mülakat olarak yapılabilir (8/2).

A. ERDAL

SARGUTAN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Estonya'da sağlık sisteminin gelişimi 20. yüzyıldaki politik olaylardan önemli ölçüde etkilenmiş ve idari yapı ile hedefler konusunda ani değişikliklere maruz kalmıştır. Bu değişimlerin daha önceki tecrübelerle dayandığı söylenemez. Bu yüzden sağlık sisteminin ve politikasının gelişimini üç dönem halinde incelemekte yarar vardır.

Estonya'da 1632 yılında Tartu Üniversitesi'nin kuruluşuna kadar dayanan eski bir tıp eğitimi geleneği vardır.

20. yüzyılın başlangıcı ile birlikte temel bir sağlık hizmeti sistemi gözlenmiştir. Sistem merkeziyetçilikten oldukça uzak olup, hizmetler yerel olarak sunulup geliştirilmiştir. Üç tip hastahane mevcuttu. Bunlar devlete, belediyelere ve özel sektöre ait olanlardı. Ayrıca ana-çocuk sağlığı klinikleri, verem dispanserleri, sanatoryumlar ve ruh sağlığı kuruluşları da mevcuttu. Ayakta tedavi hizmetleri büyük bir çoğunlukla özel hekimler tarafından sunulmaktaydı. 1920-1921 yılları boyunca, hastalıklarla ilgili fonlara yönelik etkinlikler artırıldı, doktorların sayısı göreceli olarak arttı ve tabipler odaları kurulmaya başlandı (1/3).

Estonya Cumhuriyeti'nin Sovyetler Birliği'ne katılması ile birlikte sağlık sistemindeki ilk gelişmeler kesintiye uğramıştır. Daha önceki sistemin yerine Sovyet Semaşko sistemi getirilmiş, sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaya başlanmış ve hizmetlerin idaresi merkezi hükümet tarafından yönlendirilmiştir. Bu sistemle birlikte hastahane yataklarının sayısı ve birim maliyetleri artmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör tamamen ortadan kalkmıştır. Tüm vatandaşlar sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak ulaşabilmekte olup, sağlık hizmetlerinin finansman kaynağının bir bölümü, kamu sektöründe çalışanların maaşlarından yapılan kesintiler oluşturmuştur.

Sağlık hizmetleri konusundaki reformlar bağımsızlık öncesinde planlanmıştır. 1991 Ağustosunda bağımsızlığın ilanını müteakip bir yıl içinde daha önceden kararlaştırılmış olan bir sosyal sağlık sigorta sistemi yürürlüğe konulmuş ve diğer sağlık reformları uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmeti sistemi Estonya'nın ihtiyaçlarına göre planlanır ve teşkilat yapısı yeniden oluşturulurken, ekonominin durumu da göz önüne alınmıştır. Reformların temel noktasını merkeziyetçilikten uzaklaşma ve finansmanı sosyal sigorta sistemi ile karşılama oluşturmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin yeni baştan teşkilatlanması anlamına gelmektedir (1/4).

II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu

Hem tıbbi istatistikler hem de nüfusa ilişkin yapılan araştırmalar Estonya'da sağlık hizmetlerinin zayıf olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin zayıf ya da çok zayıf olduğunu belirtenlerin oranı erkekler arasında %20, kadınlar arasında ise %10 dolayındadır. 2000 yılında kadınların %56'sı ve erkeklerin %49'u iyi bir sağlık sisteminin, iyi bir yaşam düzeyinin göstergesi olduğunu belirtmiştir.

Nüfusun çoğunluğu aile, iş ve stresle ilişkili konulardan şikayetçidir. Strese yol açan nedenler, kardiyovasküler hastalıkların ve kötü huylu tümörlerin artmasına neden olmaktadır. Ruh sağlığı ve davranış bozuklukları ile ilgili vakalar yıldan yıla artış göstermektedir. Ayrıca psikolojik sorunlara yol açan maddelerin kullanımı ile ilgili sağlık bozuklukları artmakta olup, gençler arasında uyuşturucu kullanımı da yükselmektedir. Kazaların çoğu alkol kullanımından kaynaklanmaktadır. En belirgin göstergelerden biri de intihar oranının diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksek bir düzeyde olmasıdır (3/8).

Sağlık hizmetlerine yönelik reformlar, ülkedeki temel politik ve ekonomik reformların paralelinde hazırlanmıştır. 1980'lerin sonunda, Estonya, SSCB içinde daha otonom bir yapı istemiş olup, uzun vadeli hedefler bağımsızlıktan önce belirlenmişti. 1991 yılının Ağustos'unda bağımsızlığın kazanılması ile önceden hazırlanmış olan planlar ve idari teşkilatlanma ile, reformların uygulanmasına hemen başlanılmıştır.

Sağlık reformlarının yapılmasını gerektiren başlıca nedenler şunlardır:

- Sağlık hizmetleri sisteminde Estonya nüfusuna gerekenden fazla hastahane kapasitesi ve uzman doktorun olması,
- İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerindeki fazla arza rağmen, birincil sağlık hizmetlerinin gelişmemiş olması,
- Sağlık hizmetlerinin herkes için ücretsiz olmasının finansal açıdan sorunlar yaratması.

SSCB ekonomisinin çökmesi ile baş gösteren yüksek enflasyon ve ekonomik darboğaz, reformların başlaması için bir fırsat olarak görülmüş, yüksek enflasyonlu bu ortamda fazla kapasiteli hizmet ağının geliştirilmesi yerine, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin artırılmasına yönelinmiştir.

Sağlık reformlarının ana hedeflerini şunlar oluşturmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin artırılması,
- Sağlık hizmetleri için sağlam bir finansal yapının oluşturulması,
- Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sektörler arasındaki işbirliğinin artırılması ve sağlık hizmetlerinde uygulanacak politikalarda uygulanacak önceliklerin belirlenmesinde kamunun katılımının artırılması (1/57).

Sağlık hizmetlerine yönelik reformlar aşağıdaki uygulamalarla kademe kademe hayata geçirilmiştir:

- Sağlık Sigorta Kanunu'nun 1991 Haziran'ında kabul edilmesi ve Ocak 1992'den itibaren yürürlüğe konulması
- 1991 yılında Tartu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aile hekimliğine yönelik uzmanlık derslerinin verilmesi ve 1994/1995 yıllarında Aile Hekimliği Yasası'nın hazırlanması
- 1994 Nisanı itibarıyla yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Teşkilatlanması Yasası ile sağlık hizmetlerinin merkeziyetçi yapıdan uzaklaştırılması.
- Ocak 1995'te Kamu Sağlığı Kanunu ile kamu sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması

- 1995 Aralık'ında Tıbbi Ürünler Hakkında kanun ile eczacılık sektörüne yönelik düzenlemelerin uygulanması
- Şubat 1997'de Psikiyatrik Hizmetler Kanunu'nun yürürlüğe girmesi
- Nisan 1997 tarihinde Sosyal İşler Bakanlığı'nın düzenleyici bir kararnamesiyle Birinci Kademe Sağlık Hizmetlerinin düzenlenmesi,
- Haziran 1997'de Embriyonun Korunması Ve Yapay Döllenme ile ilgili kanunun yürürlüğe girmesi (1/58,59).

Yapılan reformlar sonucunda sağlık açısından Estonya nüfusunda ve çevre ile ilgili konularda meydana gelen önemli değişiklikleri şöyle belirtebiliriz:

- Fiziksel çevre daha sağlıklı hale gelmiş, hava ve su kirliliği azalmıştır.
- Gıda ve su kalitesine ilişkin gözlemler standart hale getirilmiş, gıda ve su yoluyla yayılan bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmiştir.
- Ortalama yaşam süresi 71,2'ye yükselmiş, bebek ölümleri Avrupa Birliği standartlarına kadar düşmüştür.
- Kardiyovasküler hastalıklar ve dış etkenler ölümü ve yaralanmalar, özellikle Estonya'nın genç nüfusu üzerinde etkili olmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise riskli ve sağlıksız yaşam tarzıdır.
- Cinsel yollarla bulaşan hastalıklar önemli oranda artmış, bu konuda gerekli tedbirlerin yaygın bir biçimde alınmadığı görülmüştür. Uyuşturucu kullanımı ile AIDS arasında paralellikler görülmüştür.
- Estonyalıların beslenme alışkanlıkları daha sağlıklı bir hale gelmiş, et ve yağ kullanımı düşerken, sebze ve meyve tüketimi artmıştır.
- Yetişkinler arası sigara kullanımı düşerken, okul çağındaki çocuklarda ise kullanım oldukça artmıştır.
- Alkol kullanımı sabit kalmış ya da çok az artmıştır. Ancak çocuklar ve gençler arasında alkol kullanımı erdişe vericidir (9/46, 47).

Estonya'da hastalıklarla ilgili çalışmalarda, insanların çoğunlukla solunum yolları ile ilgili hastalıklara görülmektedir. 2000 yılında kayıtlı vakalar arasında solunum yolları rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti talebinde bulunanların %39,5 gibi bir orana sahip olduğu görülür. Solunum yolları ile rahatsızlıkların hemen hemen yarısını üst solunum yolları hastalıkları ve nezle gibi akut hastalıklar oluşturmaktadır. İkinci en yaygın sağlık sorunu yaralanmalar, zehirlenmeler ve dış nedenlerden meydana gelen hastalıklardır. Bunların toplam rahatsızlıklar içindeki oranı ise %8,6'dır. Üçüncü sırayı %7,3'lük oranla kas, eklem, iskelet sistemi ve bağ dokuları ile ilgili rahatsızlıklar alır.

Estonya hastalık istatistiklerinde araştırmayı etkileyebilecek bir faktör göz ardı edilmemelidir. Bir hasta aynı rahatsızlık için farklı doktora başvurmuşsa bu vaka tekrar tekrar kaydedilmektedir. Ayrıca, vaka kayıt yöntemleri de sağlık birimleri arasında tutarlı değildir.

Hastahanelere başvuruların en başta gelen nedenleri arasında %19,1 ile kalp rahatsızlıklarının geldiği görülür (erkeklerde %21,9, kadınlarda %17,2). Bunu sindirim sistemi ile ilgili rahatsızlıklar izler (%9,8). Üçüncü sırada ise tümörler %9,1 ile yer alır.

Cinsiyete göre hastahaneye başvuru nedenleri sıralandığında erkeklerde kalp, sindirim sistemi, yaralanmalar ve zehirlenmeler başta gelirken, kadınlarda hamilelik, doğum, doğumla ilgili komplikasyonlar ilk sıralarda yer alır.

Başlıca ölüm nedenleri arasında kalp rahatsızlıkları, kötü huylu tümörler, yaralanmalar ve zehirlenmeler gelmektedir.

Son on yıl içinde bulaşıcı hastalık vakalarında da bir artış gözlenmiştir. Verem hala Estonya nüfusu içinde sık rastlanan bir hastalıktır. Ayrıca Hepatit B ve C ile HIV enfeksiyonlarında da artış gözlenmektedir (9/9).

Estonya hükümeti hastalıklara ve ölümlere neden olan sorunları ortadan kaldırmak için çeşitli kampanyalar ve yasal düzenlemeler oluşturmaktadır. Araçlarda emniyet kemeri uygulamasının şart koşulması, alkol satışı ve tüketimi ile ilgili kanunlar, sigara ile mücadele bunlar arasında gösterilebilir (12/1).

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Estonya'nın 1991 yılında bağımsızlığını kazanmasından itibaren sağlık sistemi iki büyük değişiklik geçirmiştir. Birincisi merkeziyetçi ve devlet kontrolündeki bir yapıdan merkeziyetçilikten uzak bir yapıya geçilmesi, ikincisi ise sağlık finansmanının devlet bütçesi yerine sosyal sigorta sistemi tarafından sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin idari yapısı ana hatlarıyla Şema 1'de verilmiştir (1/5).

II.3.1. Sosyal İşler Bakanlığı

Estonya'da sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık sigortası sistemi 1993 yılından beri Sosyal İşler Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. 1993 öncesinde bu bakanlık yerine Sağlık Bakanlığı, Sosyal Refah Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı olmak üzere üç ayrı bakanlık vardı. Sosyal İşler Bakanlığı'nın sağlık ile ilgili sorumlulukları şunlardır:

- Sağlık politikasının oluşturulması,
- Nüfusun sağlık yapısının analizi,
- Sağlık hizmetlerinin genel yapılanması ve izlenmesi,
- Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin kapsamlarının belirlenmesi,
- Üçüncül sağlık hizmetlerinin planlanması ve yapılanması,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla ilgili standartlar ve lisanslara ilişkin düzenlemelerin hazırlanması (1/6).

Sosyal İşler Bakanlığı, silahlı kuvvetler mensuplarının ve mahkumların sağlıklarından sorumlu değildir. Sovyetler Birliği döneminde polisler, demiryolu çalışanları gibi bazı gruplara yönelik olarak verilen sağlık hizmetleri de ulusal sağlık sistemi içine entegre edilmiştir (9/33).

Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde kamu sağlığı işleri ile ilgilenen üç bölüm vardır. Kamu Sağlığı Bölümü sağlık politikası, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konularından sorumlu iken, Sağlık Koruma Bölümü çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların denetimi gibi konularla doğrudan ilgilidir.

Mesleki Çevre Bölümü ise mesleki sağlık politikalarından sorumludur (1/6).

II.3.2. Devlet Sağlık Konseyi

Devlet Sağlık Konseyi, Sosyal İşler Bakanı'nın başkanlığındaki bir danışma organı olup, Estonya hükümetine sağlıkla ilgili konularda danışmanlık yapar. Konsey Parlamentodan, Sosyal İşler Bakanlığı'ndan, Devlet Sağlık Koruma Müfettişliği'nden, acil servislerden ve yerel yönetimlerden gelen temsilcilerden oluşur. Ayrıca Tartu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ile Estonya Tıp Birliği, Hemşireler Sendikası ve Kızılhaç başkanları da üyeler arasındadır. Konseyin amacı sağlık politikası konusunda tavsiyelerde bulunmak ve kanuni düzenlemeleri değerlendirmektir. Düzenli olarak toplanan il düzeyindeki diğer danışma kurulları ve hastalık fonlarının aksine, yedi yıllık süre içerisinde bir kez toplanmıştır (1/6).

II.3.3. Ulusal Sağlık Hizmeti Kurumları

Hiyerarşik olarak Sosyal İşler Bakanlığı'nın hemen altında yer alan birkaç ulusal sağlık hizmeti kurumu vardır. Bunlar:

– *Sağlık Koruma Kurumu*: Ana işlevi kamu sağlığını gözlemlemek ve sağlık koruma tedbirlerini organize etmektir. Her ilde temsilcilikleri vardır.

– *İlaç Kurumu*: Ana işlevi eczacılık sektörünün düzenlemelerini yapmak ve ilaçların kayıtlarını tutmaktır.

– *Sağlık Eğitimi Ve Geliştirilmesi Merkezi*: Ulusal sağlık geliştirme programlarını düzenler ve yerel sağlık iyileştirme etkinliklerini destekler (1/6).

II.3.4. İl İdareleri Ve Belediyeler

Bölgesel düzeyde, Sosyal İşler Bakanlığı il hekimi adlı resmi görevli tarafından temsil edilir. Bunlar il düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve denetlenmesinden, sağlık düzeyinin gözlemlenmesinden, nüfusun sağlığının korunmasından sorumludurlar. İl hekimleri il idarecisi (vali) tarafından 5 yıllık bir süre için atanır ve atama Sosyal İşler Bakanlığı tarafından onaylanır. İl hekimleri aynı zamanda il sağlık konseylerine başkanlık yaparlar. Bu konseyler sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık ile ilgili gözlemlerin yapılması konusunda il idarelerine danışmanlık yaparlar. İl sağlık konseyinin üyelerini, yerel yönetim temsilcileri, belediye ve kasaba hekimleri, özel sağlık hizmeti sunucuları, eczacılar ile bölgesel hastalık fonları, sağlık koruma bürosu ve tıp kuruluşlarından gelenler oluşturur (1/6).

1994 yılında yürürlüğe konan Sağlık Hizmetleri Teşkilatlanması Kanunu'na göre, yerel düzeyde sağlık hizmetleri belediye ya da kasaba konseyleri ve belediye hekimi tarafından düzenlenir. Bu hizmetler birinci ve ikinci kademe sağlık hizmetleri ile bazı sağlık koruma programlarını kapsar (1/7).

II.3.5. Hastalık Fonları

1 Ocak 1992 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Sigorta Kanunu ile bir halk sağlık sigorta sistemi kurulmuş ve bunun idaresi Sosyal İşler Bakanlığı'na devredilmiştir.

Hastahaneler bir araya gelerek Hastahaneler Birliği'ni oluşturmuşsa da bu birlik hastahanelerin tümünü temsil etmez. Ayrıca çeşitli uzman dernekleri de vardır. Şeker Hastaları Topluluğu, Kalp Derneği gibi hasta gruplarının oluşturduğu dernekler ve topluluklar da mevcuttur (1/7).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ulusal sağlık istatistikleri tıp kuruluşlarından toplanan bilgileri özetlemiştir. 2000 yılında bir doktora görüne kişi sayısı 9.000.000'dur. Ortalama olarak her vatandaş başına 6 ziyaret düşmektedir. 2000 yılı boyunca 280.000 kişinin başvurduğu hastahanelerde ve acil servislerde 270.000 hastaya hizmet sunulmuştur (9/34).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması Estonya sağlık reformları içinde anahtar bir rol oynamaktadır. Değişiklikler 1991 yılında aile hekimliğine yönelik bir lisansüstü eğitim programının oluşturulmasıyla başlamış, Aile Hekimliği 1993 yılında bir uzmanlık dalı haline gelmiştir. 1998 yılında aile hekimleri için yeni bir finansman yapısı oluşturulmuştur. Bu finansman yapısında hasta listeleri ile birlikte yeni ödeme mekanizması birlikte yapılandırılmıştır. Aile hekimleri sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktası konumuna getirilmiştir.

1998 yılına kadar birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla belediyelere ait poliklinikler ve acil servisler ile az sayıda özel hizmet sağlayıcıları tarafından sunuluyordu. Ancak sistem, kendi içindeki tarihsel gelişiminden dolayı ciddi sorunlar yaşıyordu. Acil servislerde çalışan hekimler hem halk hem de tıp çalışanları arasında düşük bir prestije sahipti. Geleneksel olarak, herhangi bir tıp mezunu ek bir eğitim ya da uzmanlık eğitimi almadan acil servislerde çalışabiliyordu. Birincil sağlık hizmetlerinde çalışan doktor ve hemşirelerin gelir düzeyleri uzmanlarla kıyaslandığında daha düşüktü. Bu da birincil sağlık hizmetlerinde çalışan doktor ve hemşirelere düşük seviyede tatmin sağlıyordu.

Tüm bunlar birincil sağlık hizmeti hekimlerinin düşük motivasyonuna ve birincil hizmetlerinin kalitesinin düşüklüğüne yol açıyordu. Yaygın olarak, hastalar birincil sağlık hizmetlerini atlayarak doğrudan polikliniklerdeki veya hastahanelerdeki uzmanlara başvuruyorlardı. Şu andaki ana uğraş, aile hekimliği sisteminin yerleşmesini sağlamak ve halk ile uzmanlar arasında birincil sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısını değiştirmek üzerinedir.

Aile hekimliği kavramına poliklinik esaslı eski birincil sağlık sistemi içinde yer verilmemişti. 1991 yılında Aile Hekimliği sağlık hizmetleri sistemi içine dahil edildi (11/1). 1991 yılından beri Tartu Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği konusunda üç yıllık bir eğitim programıyla polikliniklerdeki ve hastahanelerdeki uzmanların (özellikle dahiliyeciler ve pediatristler) yeniden uzmanlık eğitimine tabi tutulmalarını sağlamaktadır. Mart 1998'de bu eğitimden 351 kişi mezun olmuş, Ekim 1999'da bu sayı 401'e çıkmıştır. 1993 yılında yeni mezunlar için üç yıl süren aile hekimliği konusunda bir uzmanlaşma programı da uygulamaya koyulmuştur (1/23).

Birincil sağlık hizmetleri modeli aile hekimliği üzerine kurulmuştur. Aile hekimlerinin hastalık fonları ile anlaşmalı özel sektör şeklinde çalışmaları öngörülmüş, ödemeler bir miktar temel ücret ile hizmet başına ödeme sistemine dayandırılmıştır. Aile hekimleri diğer hizmetler için bir başlangıç noktası olacaktır. Reform, doktor ile hasta arasında daha kişisel bir ilişkiyi hedeflemekte olup, doktorların bu şekilde yaptıkları işten finansal açıdan daha iyi tatmin sağlanmaları beklenmektedir. Temel ücret ödemesi ile de, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerini yürütebilmeleri ve sağlık hizmetlerini daha iyiye götürebilmeleri amaçlanmaktadır.

Reform, Sosyal İşler Bakanlığı'nın bir kararnamesi ile Nisan 1997'de yürürlüğe girmiştir. Bu reformda ana basamaklar şunlardır:

- Bölgede özel hekim olarak çalışanlar arasında aile hekimlerinin seçimi,
- İnsanların bu hekimlere kaydolmasının sağlanması,
- Yeni bir finansman sisteminin geliştirilmesi ve hastalık fonları ile doğrudan sözleşmelerin yapılması.

Bir hekim başına düşen hasta sayısı 1.500-2.300 kişi arasında değişmekte olup, uzak alanlar ve küçük adalar bunun dışındadır. Gerekli hizmetlerin 808 aile hekimi ile sağlanabileceği tahmin edilmektedir. Bu 808 hekim il bürolarının önerisi ile seçilecek ve hastaların kayıtları hekimler tarafından oluşturulacaktır. Başlangıçta hastaların kendiliklerinden doktorlara kayıtları oldukça düşük olsa da, Kasım 1997 tarihinde bazı illerde oran %80'e kadar yükselmiştir.

Birincil sağlık hizmetlerinde yapılanmada aile hekimliğinin eski sistemin yerini alışı kademeli olarak gerçekleştirilmiştir. 1998 yılında 391 aile hekimi ve pediyatrist özel sektör ya da hastalık fonları ile sözleşmeli olarak çalışmaya başlamıştır (1/25).

Aile hekimleri tarafından sağlanacak olan sağlık hizmetleri Sosyal İşler Bakanlığı'nın kararnamesinde belirlenmiştir. Bu hizmetler genel tıbbi hizmetlerden (yaşlılar ve çocuklar için sağlık hizmetleri, aile planlaması, küçük cerrahi işlemler, reçete yazımı, hasta raporları ve ev ziyaretleri) oluşmaktadır. Aile hekimlerinin, sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda hizmetlerde bulunması da öngörülmüştür. Aile hekimliği sistemi sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası olmasına karşın, bazı durumlarda doğrudan başvuru hakkı saklı tutulmaktadır. Bunlar göz hatalıkları, deri ve damar hastalıkları, jinekoloji, psikiyatri, diş sağlığı ve travma durumundaki cerrahi müdahaleler ile ilgili durumlardır (1/26).

II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Ulusal düzeydeki başlıca kamu sağlığı kuruluşları Sosyal İşler Bakanlığı, Sağlık Koruma Müfettişliği, Çalışma Müfettişliği ile Sağlık Eğitimi Ve Geliştirilmesi Merkezi'dir.

Sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için Estonya'da ulusal programlar mevcuttur. Çocuk ve yetişkin sağlığı, veremi önleme, uyuşturucu kullanımını önleme, AIDS'le mücadele gibi programlar devlet bütçesince finanse edilir.

1999 yılı itibariyle üç yeni program hükümetçe kabul edilmiştir: Hipertansiyon, kanser ve doğum.

Sağlık sigortası bütçesinin %0,5'lik kısmı, kamu sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili konulara ayrılmıştır (1/27).

İl düzeyinde kamu sağlığı hizmetleri üç kurum tarafından yürütülür, il idaresindeki il hekimi, sağlık koruma müfettişliğinin yerel bürosu ve çalışma müfettişliğinin yerel bürosu. Bu kurumlar ulusal düzeydeki kurumlarla işbirliği içindedirler.

Belediye düzeyinde, kamu sağlığı işlevleri belediye hekimi tarafından gerçekleştirilir. Belediye hekiminin görevleri belediyenin büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Büyük belediyelerde genellikle idari sorumlulukları olup, il hekimlerinin görevleri ile örtüşebilir. Küçük kasabalarda ise kamu sağlığı hizmetlerinin sağlanmasından doğrudan sorumludurlar. Ayrıca küçük belediyelerde belediye hekiminin klinik sorumlulukları da vardır (1/28).

Aşılama düzeyi 1994 yılından 1998 yılına değin %74'ten %88'e kadar çıkmıştır (1/29).

II.4.3. Aile Planlaması

Aile planlaması konusunda Estonya'da kadınlar Kadın Danışma Kliniklerine başvurabilmektedirler. Doktorlar aile hekimliği uygulamaları konusunda eğitimden geçmektedirler ve bu kliniklerde jinekologlar ve psikologlarla birlikte hizmet vermektedirler. Aile planlaması klinikleri, cinsel ve üreme sağlığı konusunda okulda bilgi alan genç nüfusun yararlanabilmesi için bazı yerleşim alanlarında açılmıştır (13/20).

1990'lı yılların başından itibaren tüm modern gebelik önleyici yöntemler Estonya'da mevcuttu. Fiyatları özellikle 90'lı yılların başında bir sorun halindeydi. Aynı zamanda hamileliğin sona erdirilmesi ücretli hale getirilince, öğrenciler, küçük yaşta kızlar ve doğum yapmalarının üzerinden bir yıldan fazla süre geçmemiş kadınlar için hormonal gebelik önleyiciler Sağlık Sigorta Fonu'nun sayesinde %90 indirimle satılıyordu.

Estonya'da gebelik önleyicilerin kullanımına ilişkin kesin veriler bulunmamaktadır. 1992 yılından bu yana hormonal yöntemleri kullananların sayısında 4 kat artış olmuştur. İsteğe bağlı olarak kısırlaşma 1998 yılından beri yasaldır (9/29).

Estonya'da çiftler arasındaki kısırlık oranının %7 ila %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Tartu Üniversitesi'ndeki Kadın Kliniği personeli suni dölleme konusunda eğitim almıştır. Ancak böyle bir program çok pahalı olmasından dolayı çok az miktarda talep görmektedir (13/21).

II.4.4. İkincil Ve Üçüncül Sağlık (Tedavi) Hizmetleri

Uzmanlaşmış acil hizmetler Estonya'da poliklinikler, hastahanelerin ayakta tedavi bölümleri ve kendi muayenehanelerinde çalışan uzmanlar tarafından sağlanır. Bu hizmet sunucularının hastalık fonları ile sözleşmeleri vardır ve hizmet başına ücret alırlar. Uzman hizmet sağlayıcılarının çoğu kamu sektöründedir. Özel sektör daha çok diş hekimliği, jinekoloji, üroloji, kulak-burun-boğaz ve göz hastalıkları konularında gelişmiştir. Özel hizmet sağlayıcılar hastalık fonları ile sözleşme yapabilirler, ancak hizmetleri için ödemeler kamu sağlığı sigortası fiyat listesine göre yapılır. Özel sektör hizmet sağlayıcıları, hastaları fazla kısmı doğrudan ödemeyi kabul ederlerse, daha yüksek fiyatlarda hizmet verebilirler.

Estonya'da hastahane sistemi coğrafik olarak güçlü bir biçimde merkezîyetçilikten uzaktır. Hastahanelerde yüksek bir kapasite mevcut olup, Sovyet dönemindeki stratejik askeri nedenlerden dolayı baskın ihtiyaçlarının ötesinde bir fazlalığa sahiptir. 1991 yılından sonra 120 hastahane Estonya halkına hizmet vermekte olup, bunların toplam yatak kapasitesi 18.000'dir, 10.000 kişiye 113 yatak düşmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri sadece akut bakım sunmakla kalmaz, uzun süreli bakım ve yataklı psikiyatrik tedavi hizmetleri de sunarlar.

Günümüzde akut bakım hastahaneleri resmi olarak iki düzeyde hizmet sunarlar. Aile hekimleri, acil servisler ve ya poliklinikler tarafından sunulan birincil sağlık hizmetlerine ek olarak, hastahanelerde ikincil ve üçüncül sağlık (tedavi) hizmetleri sunulmaktadır. 1998 yılında 50 yataktan daha az kapasiteli küçük 29 adet belediye hastahanesi vardır. Bunlar genellikle dahili tıp hizmetleri ve uzun süreli tıbbi bakım hizmetleri sunarlar. 51-150 arasında yatak kapasitesine sahip 25 hastahane, 151-300 arasında yatak kapasitesine sahip 13 hastahane vardır. İl hastahanesi denilen 11 hastahane'nin (80-200 yatak kapasiteli) çoğu 1970-1988 yılları arasında inşa edilmiştir. Bu hastahaneler çok çeşitli uzmanlaşmış tıbbi bakım hizmetinin yanı sıra dahiliye, kardiyoloji, cerrahi, ortopedi, jinekoloji, pediatri ve nöroloji hizmetleri sunarlar (1/29).

1990'lı yıllar boyunca hastahane yatağı sayısı %50 oranında artmış, ancak yatakta tedavi gören hasta sayısında önceki yıllara oranla bir değişiklik olmamıştır. Bunun en önemli nedenleri arasında hastahane kalış süresinin, daha etkili ve hasta dostu tıp teknolojilerinin kullanılması ile yarı yarıya düşmesidir.

2009 yılında hastalıklar ya da kazalar yüzünden cerrahi müdahale gören kişi sayısı yaklaşık 70.000 kişidir (nüfusun %5'i). Hasta-dostu yöntemlerin ve tek günlük operasyonların uygulamaya konulmasıyla birlikte Estonya'da cerrahi müdahalelerin sayısı artmıştır. Böylece hastahanelerde kaynakların daha iyi kullanılması ve daha çok kişiye hizmet götürülmesi sağlanmıştır. Cerrahi müdahalelerin gelecekte de artması beklenmektedir, çünkü yaşlanan bir nüfus yapısına sahip olup, yaşlılığın doğurduğu sorunlar artmaktadır (9/35).

Üçüncül sağlık hizmeti hastahaneleri genellikle Tallin ve Tartu'da bulunur. Tartu hastahaneleri aynı zamanda eğitim hastahaneleridir. Bu hastahaneler yüksek ihtisas kurumlarıdır. Gelişmiş teknik donanıma sahiptirler. Üçüncül hastahaneleri, bölgelerinde ikincil sağlık hizmetlerini de yürütür.

Daha önce de belirtildiği gibi hastahanelerin çoğu kamu sektörüne ait olsa da, özel sektörün payı her geçen gün artmaktadır. Özel sektöre ait hastahaneler genellikle birleşik sermayeli şirketler ya da kâr amacı gütmeyen kuruluşlara aittir.

1991 yılında 120 olan hastahane sayısı ve 18.000 yatak kapasitesi 1998 yılında 78'e indirilmiş, toplam yatak kapasitesi de 10.509'a çekilmiştir. 1994-1995 yıllarında lisanslarını kaybeden hastahanelerin 23'ü belediyelerde finanse edilen bakım evleri olarak hizmet vermektedir. Bazı hastahaneler acil hizmet verecek biçimde birincil sağlık hizmetlerine tahsis edilmiştir (1/31).

Uzman tıbbi bakımların geliştiğini gösteren en önemli örneklerden biri psikiyatrik hizmetlerdir. 1997 yılında yürürlüğe giren Psikiyatrik Bakım Hakkında Kanun ile psikiyatrik bakım hizmetlerine yönelik uygulamalar düzenlenmiştir.

Ruhsal bozukluklara ilişkin sağlık hizmetleri radikal anlamda değişmiştir. Hastahane yatağı sayısı %30 azalırken, hastahanedeki kalış süresi yarı yarıya düşmüştür. Bu insan kaynaklarının, ayakta tedavi hizmetlerinin daha etkin bir biçimde kullanılması, modern psikiyatrik yöntemlerin uygulanması, yan etkileri daha az olan psikiyatrik ilaçların yazılması ile mümkün olmuştur (9/35).

Psikiyatrik vakaların Estonya'da görülme sıklığının artmasındaki en önemli etken uyuşturucu kullanımının artması ve sosyal sorunların doğurduğu buhranlardır. Varolan psikiyatrik hizmetlerin artırılması gerekmektedir ancak psikiyatrik alanlarda çalışan personelin azlığı bunu engeller niteliktedir (9/36).

Estonya'daki hastahane binalarının çoğu 20 yaş üzerindedir. Binaların birçoğu sağlam yapılardır, ancak 60'lı, 70'li ve 80'li yıllarda yapıldıklarından dolayı kötü durumdadırlar. Binaların çoğu son yıllarda iyileştirilmeye çalışılmıştır. Ancak bu yapılırken uzun vadeli planlar yapılmamış, günlük ihtiyaçlar göz önüne alınmıştır. Hastahanelerin çoğunda hijyen koşullarının, havalandırmanın, yangın önleme tertibatlarının, asansörlerin eksikliği göze batmaktadır (14/4).

Estonya Hastahane Master Planı 2015: Dünya Bankası'nın teşvikiyle Sosyal İşler Bakanlığı ve iki İsveç şirketi arasında bir Hastahane Master Planı geliştirilmesi üzerine anlaşmaya varılmıştır. Hastahane Master Planı Ocak 1999 ve Nisan 2000 tarihleri arasında hazırlanmıştır (14/1).

Bu plana göre hastahaneler demografik özellikler, kapsama alanı ve ulaşım gibi özellikler göz önüne alınarak inşa edilmelidir. Plandaki en önemli unsur her Estonyalı'nın bir akut bakım hastahanesine en fazla 70 km uzakta (1 saatlik ulaşım) yaşayabilmesini sağlamaktır.

Planda, Estonya dört kapsama alanına bölünmüştür. Bu bölgelerin her birinde bir merkezi ya da bölgesel/üniversite hastahanesi bulunacaktır. İkinci ve üçüncül sağlık hizmetlerine yönelik olarak bu hastahane sistemine 2015 yılına kadar kademeli olarak geçilecektir. Akut bakım hastahanelerinin sayısı 2015 yılında 27'den 13'e inmiş olacaktır (14/6).

II.4.5. Sosyal Hizmetler

Estonya'nın eski sosyal hizmetler sistemi kurumsal bazda sunulan hizmetlere dayanmaktaydı. Kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım gerektiren sorunlarla ilgili hizmetler hastahanelerde verilmekteydi. Ayrıca, fiziksel ve zihinsel özürlüler de hastahanelerde bakım görmekteydi.

Bağımsızlığın kazanılmasından bu yana, yeni bir sosyal hizmet anlayışı yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Bunda hedeflenen en önemli amaç, kurumsal bakımın getirdiği finansal maliyetleri düşürmektir.

Nisan 1995'te yürürlüğe giren Sosyal Refah Kanunu ile sosyal hizmetlerin yapısı ve içeriği yeniden tanımlanmıştır. Kronik hastalıklar için uzun süreli bakım hizmetleri belediyelerce işletilen bakım evlerinde vermeye başlanmıştır. Bu işletmeler mali zorluk içine girdikleri takdirde devlet bütçesinden destek alabilmektedirler. Daha önce de belirtildiği gibi akut bakım için lisans alamayan hastahaneler bakım evlerine dönüştürülmüştür. Bu dönüştürme işlemi devlet bütçesinden yenileme maliyetleri adı altında fonlar kullanılmıştır.

Bakım evlerinin ve uzun süreli bakım sağlayıcılarının sayısının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Kamuya ait bakım evlerinde özellikle de Talinn'de bekleme listeleri vardır. Özel sektöre ait bakım evlerinin ve evde bakım hizmeti sağlayanların sayısı artmaktadır; ancak bunlar pahalı olup herkesin mali gücü elvermemektedir. Sağlık bütçesindeki sıkıntılar yüzünden, evde bakım hizmetleri sadece ölümcül kanser hastaları için verilebilmektedir.

Estonya nüfusunun %0,5'i sürekli bakım evlerinde yaşamaktadır. Sürekli bakımevleri ağı 90'lı yıllarda hızlı bir şekilde gelişmiştir. 1993-2000 yılları arasında bakımevlerinin sayısı 4,4 kat ve bu evlerde yaşayan yaşlıların sayısı da 2,2 kat artmıştır. 1993 yılında her bakımevinde ortalama 68 kişi kalırken, 2000 yılında bu sayı 34'e inmiştir. Sürekli çocuk bakımevleri ve kreşler yeni tip kuruluşlardır. 1994 ve 1996 yılları arasında bakımevlerinin sayısındaki artışın ana nedeni küçük hastahanelerin yeniden organize edilmesidir (9/42).

Sosyal bakım hizmetleri belediyelerin sorumluluğudur, ancak belediyelerin diğer sorumlulukları arasında ilk sırayı alabilmek için mücadele verilmesi gerekmektedir.

Aile bakımı alamayan yetimler ve özürlü çocuklara yönelik hizmet veren 300 özel çocuk evi vardır. Ayrıca 5 okul yurdu da okul çağındaki özürlü çocukların gelişimi ve eğitimi için hizmet sunmaktadır (1/36).

En az on beş yıllık bir çalışma süreci geçirmiş kişiler devletten emeklilik maaşı almaya hak kazanırlar (10/1).

Diğer bir sosyal güvenlik uygulaması olan işsizlik sigortası bir tür zorunlu sigorta sistemidir. Bu sistemde amaç, çalışanlara işsiz kalabilecekleri dönemler için parasal destek sağlanmasıdır. Bu destekler işsizlik sigorta primleri ile karşılanır (10/2).

II.4.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Estonya, özellikle bazı uzmanlık alanlarında hekim fazlalığı sorunu ile karşı karşıyadır. Buna karşılık hemşire ve diğer yardımcı uzman tıp personeli sayısı konusunda da bir kıtlık vardır (1/37).

Tartu Üniversitesi Tıp Fakültesi Estonya'da tıp eğitimi veren tek kuruluştur. Eğitim 6 yıl sürmekte olup, mezuniyet öncesi bir sınav uygulanmaktadır. Sınavda eğitim kalitesinde Avrupa Birliği standartlarını yakalamak için çalışmalar yapılmaktadır.

Tüm uzmanlık eğitimi de Tartu Üniversitesi bünyesindedir. Uzmanlıktan sonra da üçlü kategori sistemi adı verilen eğitim sistemi ile mesleki kalitenin garantilenmesi sağlanmaktadır. Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı komisyonlar her kategori ve uzmanlık için sürekli eğitimi sağlayacak programlar geliştirmektedirler.

Son on yıl içinde doktor sayısı azaltılmıştır. 1991 yılında 5.500 olan sayı 1998 yılında 4.311'e inmiştir. Tartu Üniversitesi de öğrenci sayısını azaltma yoluna gitmiş, 1980'lerde yılda 200 öğrenciye eğitim verirken sayı 1995 yılında 70'e inmiştir (1/38).

Düşük maaşları ve düşük mesleki statülerine bağlı olarak, hemşire sayısında azalma gözlenmektedir. 1990 yılında 8.800 olan hemşire sayısı 1994 yılında 7.300'e inmiştir. Doktor hemşire oranı yaklaşık 1:2'dir. Hemşirelerin üçte birinden fazlası Talin'de çalışmaktadır.

Eğitim Bakanlığı'nın denetimi altında üç hemşirelik okulu vardır. Eğitim lise seviyesinde üç buçuk yıl sürmekte olup yılda 300 öğrenci alınmaktadır. Ayrıca 18 aylık hastahane uygulaması da vardır. 1991 yılında Tartu Üniversitesi'nde üniversite düzeyinde eğitim düzenlenmiştir. 1998 yılında 52 öğrenci bu programdan mezun olmuştur (1/40).

Estonya dilinde yazan yazar sayısı çok az olduğu için okullarda tıp eğitimi materyalleri konusunda bir sıkıntı yaşanmaktadır (13/3).

Tablo 1: 1000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli, 1970–1998

Sağlık İnsangücü	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Çalışan Hekim	2,37	2,57	2,93	3,30	3,50	3,09	3,03	2,99	2,97
Çalışan Diş Hekimi	0,33	0,36	0,40	0,45	0,48	0,58	0,63	0,66	0,68
Çalışan Hemşire	4,22	4,25	4,40	4,94	5,58	6,52	6,29	6,3	6,25
Çalışan Ebe	0,48	0,55	0,48	0,48	0,62	0,46	0,44	0,39	0,37
Çalışan Eczacı	0,44	0,49	0,48	0,48	0,59	0,49	0,49	0,52	0,53
Eğitim gören doktor	-	-	-	-	0,15	0,12	0,09	0,09	0,08
Eğitim Gören Hemşire	-	-	-	-	0,26	0,18	0,16	0,17	-

Kaynak: (1) Health Care System In Transition, Estonia, s. 42.

II.4.7. İlaç Sektörü

Estonya ilaç sistemi de yeniden yapılandırılmıştır. Reformlarla, düzenleyici idari yapılar belirlenmiş, yasal temel hazırlanmış, ilaçlar için geri ödeme sistemi oluşturulmuş, ilaç ile ilgili hizmetlerin özelleştirilmesi gerçekleştirilmiştir. İlaç sektörü şu anda Avrupa Birliği düzeyindedir.

İlaçlar hakkındaki yasal düzenlemeler Tıbbi Ürünler Kanunu ile düzenlenmiş olup, hükümet ve bakanlık düzeyinde çeşitli kararnemelerle ve yönergelerle geliştirilmiş, Avrupa Birliği standartlarına uygun hale getirilmiştir. İlaç kurumu tüm ülkedeki eczacılık faaliyetlerinden tam olarak sorumludur (1/44).

Bağımsızlığın kazanılmasından bu yana Estonya'da özel sektör ilaç üretim ve satışını büyük oranda ele geçirmiştir. Ülkenin bağımsızlık öncesi tek ilaç fabrikası olan Tallin Kimyasal özelleştirilmiştir. 1992'den itibaren yabancı sermaye desteği ile 3 adet yüksek kaliteli üretim birimi kurulmuştur. Üretim kapasitesindeki bu artış Estonya'nın ilaç ithalatını düşürmüş ve iç piyasa için yüksek kaliteli ucuz temel ilaçlar sunmuştur.

Bağımsızlık sonrasında Estonyada'ki 40 ilaç toptancısından 39'u ve eczahanelerin %90'ı özelleştirilmiştir. Hükümet toptancı firmaların kar marjlarını belirleyerek ilaçların fiyatlarını düzenlemiştir (12/2).

İlaç gereksiniminin %10'luk kısmı yerel üretimle sağlanmakta olup, lisanslı 8 üretici vardır. Estonya'daki tüm üreticiler ve toptan satıcılar özel şirketlerdir (1/44).

Perakende satış için Estonya'da 1998 yılında 250 eczahane vardır. Bunların 235'i özel sektöre, 13'ü belediyelere ve 2'si Tartu Üniversitesi'ne aittir.

1993 yılında bir ilaç geri ödeme sistemi yürürlüğe koyulmuştur. Eczahanelerden alınan ilaçlar için hastalar bir katkı payı ödemektedirler. Geri ödeme sistemi oldukça karmaşık olup, sadece reçeteli ilaçlar için değişik düzeylerde geri ödemeler yapılmaktadır (1/45).

Katkı paylarının miktarı, hastanın hastalığının ya da kullanması gereken ilacın resmi hizmetler ya da ilaçlar paketi içinde yer alıp almamasına bağlıdır. Özürlüler, 70 yaşın üzerindeki ve üç yaş altı çocuklar reçete başına sadece 0.4 Amerikan doları tutarında bir katkı payı öderler (12/2).

1992 yılına değin ilaçlar konusunda yaşanan yetersizlik, günümüzde yerini ilaç maliyetlerinin artmasına bırakmıştır. İlaç maliyetleri sağlık sigortası fonlarından daha hızlı artmakta ve Estonya'daki ekonomik büyümeyi oldukça aşmaktadır.

İlaç maliyetlerinin artmasının başlıca üç sebebi vardır. Bunlardan birincisi, Estonya'da kullanılan ilaç miktarının artmasıdır. İkincisi, eski ilaçların yerini daha etkili ama daha pahalı ilaçların almasıdır. Üçüncüsü ise, hastalıkların tedavisi için daha önce kullanılmayan ya da Estonya'da tedavisi bulunmayan yeni ilaçların piyasaya sürülmesidir (9/36).

II.4.8. Ruh Sağlığı, Alkol Ve Uyuşturucu Kullanımı

Ruh sağlığı ile ilgili en önemli gösterge intihar girişimleridir. İntiharlar, ruh sağlığına ilişkin buzağlarının en üst noktasıdır ve intihar girişimleri sosyal tutarlılığın göstergesidir. Estonya'da intihar girişimleri diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksektir. 1980'li yıllarda intihar eğiliminin inişe geçmesini takip eden yıllarda, özellikle de 90'lı yılların ortasında kapitalist sisteme geçişin yarattığı sıkıntılar yüzünden intihar eğilimleri en üst düzeye ulaşmıştır. 90'lı yılların ortasından sonra da tekrar bir iniş gözlenmiştir. Erkeklerdeki intihar girişimi oranı kadınlara göre kat kat fazladır. Bunun nedeni olarak da erkeklerin sosyal dinamiklerden daha kolay etkilenmeleri gösterilebilir. İntiharı körükleyen en önemli nedenler arasında alkol kullanımı ve depresyon gösterilebilir (9/24).

İntihar davranışının alkol tüketimi ile doğrudan ilişkisi vardır. Estonya'da alkol tüketimi konusunda kesin rakamlar vermek olanaksızdır, çünkü piyasada satılan içkilerin büyük çoğunluğu yurt dışından gelmekte olup, ayrıca yerel üretim votkaların miktarı hakkında kesin bilgiler yoktur (9/25).

Yapılan bir anket çalışması erkeklerin günlük 28 gram, kadınların ise 14 gram ortalama alkol tükettiklerini ortaya koymuştur (9/26).

Uyuşturucu kullanımı 90'lı yılların sonunda hızla artmıştır. Bu artış sorunun ciddiyetine geç varılabildiğinden henüz kontrol edilememiştir (9/47). Esrar, marihuana gibi doğal uyuşturucuların kullanımı Batı Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür. Sentetik uyuşturucuların kullanımı ise daha yaygındır.

Uyuşturucu kullanımı ile birlikte, uyuşturucu kullanıcılarının işledikleri suçların da sıklığı artmıştır. Hükümetin, uyuşturucu kullanımının ve uyuşturucu kullananların işledikleri suçların engellenmesi için uygulamaya koymayı düşündüğü prensipler 1997 yılında onaylanmış, uyuşturucu ile mücadele ulusal önceliği haiz konulardan biri haline gelmiştir. 2001 yılında uyuşturucu satıcılarının yakalanması konusunda büyük başarılar sağlanmış, böylece piyasada uyuşturucunun bulunması zor hale getirilmiştir (9/27).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Tablo 2: Ana Finansman Kaynaklarının Yüzdeleri

Finansman Kaynağı	1980	1990	1998
Kamu	100	100	80,7
* Vergiler	-	-	12,4
* Sigorta Primleri	-	-	68,3
Özel	-	-	13,2
* Doğrudan Ödemeler	-	-	11,6
* Özel Sigorta	-	-	1,6
Diğer	-	-	6,1
* Dış Kaynaklar	-	-	1,0

Kaynak: (1) Health Care System In Transition, Estonia, s. 17.

Sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı sağlık sigorta sistemidir. Sistemin diğer finans kaynakları olarak da şunlar sayılabilir:

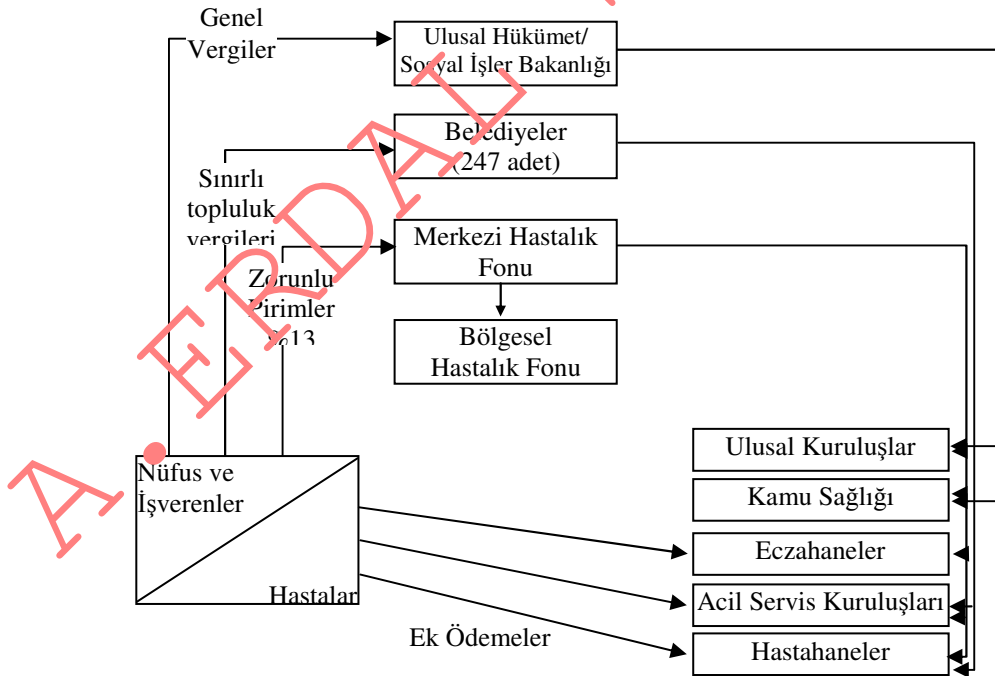
- Vergiler,
- Doğrudan yapılan kişisel ödemeler,
- Özel sigortalar,
- Dış kaynaklar (1/17).

II.5.1. Sağlık Sigortası Sistemi

Estonya'da Sağlık Sigortası Kanunu 1990 yılında Estonya Parlamentosu'na sunulmuş, 1991 yılının Haziran ayında onaylanmış ve 1 Ocak 1992 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık Sigorta Kanunu, zorunlu sigorta primlerinin ödenmesi esasına dayanır. Kapsamı prim ödeyenlerin sayısından daha fazladır. Estonya sağlık sigorta sistemi ücretli çalışanları ve kendi işine sahip olanları kapsar. Aynı zamanda prim ödemeyen bazı gruplar da sigorta sistemi içindedir. Bunlar 18 yaşına kadar tüm çocuklar, eğitimini aksatmayan öğrenciler, emeklilik maaşı alanlar, hamile kadınlar ve diğer tanımlanmış gruplardır. Tanımlanmış gruplar içerisinde, askerlik hizmetini yapanlar da vardır. 1998 yılında Estonya'da sağlık sigortası kapsamı içinde 1.378.396 kişi yer almakta olup, bunlardan prim ödeyenlerin sayısı 649.718'dir (1/13).

Şema 2: Finansmanın Akışı



Kaynak: (1) Health Care System In Transition, Estonia, s. 51.

Sağlık sigorta primleri, işveren tarafından işçiye verilen ücretin %13'ü oranında Vergi Dairelerine ödenir. Vergi dairelerine işveren tarafından ödenilen oran aslında %33'tür, ancak bunun %20'lik kısmını emeklilik sigortası primi oluşturmaktadır (1/14).

Sağlık sigorta sisteminin uygulanmaya konulmasıyla sağlık bütçesinde yıllık %20-30'luk artışlar sağlanmıştır (4/1).

Sigorta primlerinden oluşturulan fonların idaresi ve planlanması amacı ile kurulan Merkezi Hastalık Fonu ile bölgesel hastalık fonları kaynaklarının daha ekonomik olarak kullanılmasını amaçlayan çalışmalar yapmaktadır.

1999 yılı itibarıyla sigortalı olmayan sayısı yaklaşık 70.000 kişi olup, bunların büyük bir kısmını kayıt dışı çalışan ve prim ödemekten kaçınan kişiler oluşturmaktadır. Sigortalı olmayanlar için tıbbi hizmetlerin sorumluluğu belediyelere bırakılmış olup, sigortasızlar için gerekli acil sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden tahsis edilmektedir.

Sağlık harcamalarının %68,3'ü sağlık sigorta primlerinden karşılanırken, devlet bütçesi %9,9'unu ve belediye bütçeleri %2,5'ini karşılamaktadır, kalan kısmını diğer harcamalar oluşturmaktadır (1/14).

II.5.2. Doğrudan Kişisel Ödemeler

Doğrudan kişisel ödemelerin en önemli kısmını masraflara katılım payları (maliyet paylaşımı) oluşturmakta olup, bunlar 3 kategoride toplanabilir:

– Acil servislerde başvuru başına 5 Estonya Kronu (0,3 \$). Emekliler, çocuklar ve özürllüler bu ücreti ödemazler. Aile hekimleri dışında diğer özel sektör hizmet sunucuları fazladan ücret talep edebilirler. Kürtaj için ödemelerin yarısı hastalık fonlarından yarısı da hasta tarafından ödenir (1/17).

– Tek kişilik oda gibi isteklerde hastahaneye ödenen ücretler

– İlaçlar için yapılan ödemelerin %25'ini doğrudan kişisel ödemeler oluşturur. Listelere dahil olmayan ilaçlar tamamen hastalar tarafından ödenir (1/18).

II.5.3. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

İsteğe bağlı sağlık sigortası toplam sağlık harcamalarının %1'i kadardır. Bunların çoğunu seyahat sigortası oluşturur. Bunlar kâr amacı gütmeyen sigorta şirketlerince sağlanır. Özel sağlık sigortası seçeneği yasal olarak varsa da, bu hizmeti sunan bir şirket yoktur (1/18).

II.5.4. Sağlık Hizmeti Harcamaları

Sağlık harcamalarının nasıl dağıldığı konusunda sağlam veriler olmasa da, tahmini rakamlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Sağlık Harcamaları, 1992–1998

Sağlık Hizmetleri İçin Toplam Harcamalar	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
GSMH içindeki Payı(%)	4,5	5,5	6,3	6,2	6,1	5,5	5,9
Kamu Ve Sigortanın Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	-	-	-	-	88	87	87

Kaynak: (1) Health Care System In Transition, Estonia, s. 22.

Sağlık sigorta sisteminin uygulamaya girmesi ile GSMH içinde sağlık harcamalarının oranı artmasına rağmen son yıllar içinde %6,0-%6,5 düzeyinde kalmıştır (1/22).

Tablo 4: Sağlık Harcamalarını Kategorilere Göre Dağılımı

Toplam Harcamalar İçinde Payı	1996	1997	1998
Kamu Ve Sigorta Harcamaları	88	87	87
İlaç Harcamaları	17	17	16,6
Yatırım	5,5	4,2	7,0

Kaynak: (1) Health Care System In Transition, Estonia, s. 22.

A. ERDAL

III. ESTONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5: Estonya Ve Türkiye İle İlgili Bazı Veriler

GÖSTERGELER	ESTONYA	TÜRKİYE
Kişi Başına Gayri Safi Milli Hâsıla (\$)	10.170	5.974
Beklenen Yaşam Süresi	71,2	70,1
Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (%)	6,5	4,7
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması (\$)	510	315
Tüberküloz Vakaları (100.000 kişide)	27	25
Bebek Ölüm Hızı (1000 doğumda)	11	36
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	307	127
Doğurganlık Oranı (Kadın Başına)	1,2	2,4

Kaynak: (5) Human Development Index s. 237, 238, 250, 251, 262, 263.

Sovyetler Birliği'nden ayrılarak bağımsızlığını kazanmadan önce sağlık sisteminde reformlar yapmayı planlayan Estonya'da en önemli sağlık reformu, zorunlu sağlık sigorta sisteminin uygulanması olmuş, kısa sürede nüfusun büyük kısmını sigorta kapsamine almıştır. Estonya'da, önce, idari yapıda önemli değişiklikler yapılmaya başlanmıştır, Komünist rejim döneminde uygulanan Sovyet Semaşko modelinin yerini, merkeziyetçilikten uzaklaşan bir idari yapı almaya başlamıştır. Zorunlu sigorta sistemi kapsamındaki ancak yarısı prim ödemesine rağmen, sağlık sisteminin finansman yükü büyük ölçüde devlet bütçesi üzerinden kalkmış, devlet finansman sorunundan daha çok planlama, denetim, yasal düzenlemeler gibi konularla ilgilenmeye başlamıştır. İdari yapılanmada ilk iş olarak merkeziyetçi yapıdan ayrılarak, bölgesel ve yerel düzeyde yapılanmalara gidilmiştir.

Türkiye'de kamu sağlık hizmetleri önemli ölçüde merkeziyetçi bir yapıya sahip olup, yapılması planlanan değişiklikler ile sağlık hizmetlerinin yerel idarelere bırakılması tartışılmaktadır. Hastahanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması konusunda yapılan çalışmalar henüz sonuçlanmamıştır. Türkiye'de uzun yıllardır uygulanmakta olan zorunlu sigorta sistemine rağmen nüfusun %70 kadarı kapsamine alınabilmiştir.

Estonya'da birincil sağlık hizmetlerinin uygulanmasında oturtulmaya çalışılan en önemli yapı aile hekimliği uygulamasıdır.

Ülke nüfusunun az oluşu bu sisteme geçilmesi konusunda büyük kolaylık sağlamakta olup, hemen hemen 800 doktorun aile hekimliği konusunda uzmanlaşmış olması sistemin işleyebilmesine imkân vermektedir.

Türkiye'de geçilmesi tasarlanan aile hekimliği için yeterli sayıda aile hekiminin yetiştirilmesinin ve ülke çapında yeterli bir şekilde dağıtılmasının zaman alacağı görülmektedir.

Estonya'da sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörün payı oldukça düşüktür. Özellikle de sağlık sigortası için özel şirketlerin herhangi bir girişi bulunmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası uygulaması olmasına ve nüfusun büyük kısmını kapsamasına rağmen, nüfusun yarıdan azı sigorta primi ödenmektedir. Sisteme zorunlu sigortanın varlığı açısından bakıldığında genel yapının Kapsayıcı / Bütüncül tipten Refah Yönelimli / Sigorta tipinde bir yapıya dönüştürülmeye çalışıldığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı sağlık sigorta sistemidir. Diğer finansman kaynakları da; vergiler, doğrudan yapılan kişisel ödemeler, özel sigortalar ve dış kaynaklardır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör yaygın olup, Kapsayıcı türde sağlık hizmetinden, sosyal sağlık sigortası esaslı Refah Yönelimli sağlık hizmetleri sistemine geçişi esas alan bir politika izlenmektedir. Büyümekte olan özel sigorta sisteminin de sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yer alması teşvik edilmektedir. Türkiye'de sağlık finansmanında en önemli yeri zorunlu sosyal sigorta primleri oluşturmaktadır. Ayrıca devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere sağlık hizmetleri ile ilgili kuruluşlara yönelik finansman da ayrılmıştır.

Estonya'da görev yapan doktor sayısında ve hastahanelerdeki yatak sayısında ihtiyaçtan fazla bir kapasite vardır. Hasta/doktor oranı Avrupa Birliği kriterlerinin üstündedir. Doktorların sayısı azaltılmaya çalışılırken, hastahanelerin bazıları bakım evlerine dönüştürülmektedir. Hemşire sayısında eksiklik söz konusu olmasına karşın, Türkiye'ye kıyasla doktor/hemşire oranı çok daha yeterlidir. Gerek ücretlerin gerekse toplumsal statünün düşüklüğü nedeniyle hemşire sayısındaki açığın büyüdüğü gözlenmektedir. Diğer sağlık personeli sayısında da yetersizlik gözlenmektedir. Bu konuda Türkiye'deki önemli bir sorun da sağlık personelinin kentle de yoğunlaşırken, kırsal alanlarda çok yetersiz kalmasıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO (2000) Health Care System In Transition, Estonia, Kopenhag
<http://www.euro.who.int/observatory/ctryInfo/ctryInfo>
2. Microsoft ® Encarta ® Online Encyclopedia (2004) Estonia
http://encarta.msn.com/encyclopedia_761563693/Estonia.html
3. Kuressaare Kuressaare Health and Sustainable Development Strategies
http://www.kuressaare.ee/lv/files/41_1.pdf
4. AIHA (2002) Abstract to AIHA Conference, "Estonian Health Insurance – The First 10 Years", Washington
<http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/abstracteng/esseAB/SengD.DOC>
5. UNDP, (2003) Human Development Index,
www.undp.org.
6. Bianet (2002) "AB: Estonya'daki İlerlemeler Merinur İyiet Verici"
www.bianet.org/2002/10/18/13983.htm
7. Roder (2002) "Estonya"
www.roder.org.tr/TR/COUNTRIES/DOWNLOAD/cou_macro_estonia.doc
8. YÖK "Estonya"
www.yok.gov.tr/egitim/raporlar/giris_sinavi/estonya.htm
9. EESTI HWCEKASSA (2002) "Health In Estonia 1991-2000"
www.arth.ut.ee/ERT2000/Default.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir.)
10. Social Department of Pärnu Town Government Social Protection In Estonia
www.social-hansa.de/downloads/palm.pdf
11. Global Family Doctor - Estonia
www.globalfamilydoctor.com/publications/progress/Estonia.pdf
12. The World Bank Group,
"Private And Public Initiatives: Working Together in Health and Education"
www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/pubpri2l.htm
13. World Health Organizations (2000), Highlights on Women's Health – Estonia,
Kopenhag.
14. Ministry of Social Affairs of Estonia (2000) "Estonian Hospital Master Plan 2015: Executive Summary"
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HMP2015/\\$file/HMP2015.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HMP2015/$file/HMP2015.pdf)

A. ERDAL SARGUTAN