

HIRVATİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Hüseyin TANRISEVEN

Pınar AYDIN

Selda ÇABUK

Emre YAHI

Abdullah ATLIK

A.Özgür GÜLEY

İbrahim ÇAPAR

Tolga AYDIN

A. ERDAL SARGUTAN

HIRVATİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZEL	1104
I. ÜLKENİN TANITIMI	1105
I.1. Tarihçe	1105
I.2. Coğrafya	1106
I.2.1. Doğal Kaynaklar	1106
I.2.2. İklim	1106
I.3. Ekonomi	1106
I.3.1. Endüstriyel Üretim	1107
I.3.2. Ticaret	1107
I.4. Nüfus Yapısı	1107
I.5. Eğitim	1108
I.6. Turizm	1108
I.7. Dış İlişkiler	1108
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1109
II.1. Tarihi Gelişim	1109
II.1.1. 1945'ten 1990'a	1109
II.1.2. 1990'dan Sonra	1109
II.2. Sağlık Sisteminin Organizasyonu	1110
II.2.1. Sağlık Bakanlığı	1112
II.2.2. Maliye Bakanlığı	1114
II.2.3. Şehir Yönetimleri	1115
II.2.4. Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu	1115
II.2.5. Odalar	1115
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1115
II.3.1. Halk Sağlığı Hizmetleri	1115
II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	1116
II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1119
II.3.4. Savaş Zamanı Sağlık Hizmetleri	1121
II.4. Sağlık Finansmanı Ve Harcamaları	1121
II.4.1. Temel Finansman Sistemi Ve Kapsamı	1121
II.4.1.1. Zorunlu Sağlık Sigorta Fonunun Kaynakları	1123
II.4.1.2. İsteğe Bağlı Sigorta Sistemi	1123
II.4.1.3. Finansmanı Tamamlayıcı Kaynaklar	1124
II.4.2. Sağlık Harcamaları	1124
II.5. Eczacılık Ve Sağlık Hizmeti Teknolojisi	1126
II.6. İnsan Gücü	1127
II.7. Sosyal Hizmetler	1128
II.8. Sağlık Reformları	1129
III. HIRVATİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1130
KAYNAKLAR	1132

ÖZET

Hırvatistan Sırplarla ırkçı çatışmaların yaşandığı çalkantılı bir tarihe sahiptir.

Hırvatistan Yugoslavya'ya bağlı olduğu yıllardaki sağlık sistemi yerine, 1990'da bağımsızlık ilanından sonra Refah Yönelimli / Sigorta tipi sistem oluşturmak istemektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyal kolektivist mülkiyeti, yerini şehir mülkiyeti, ilçe mülkiyeti ve özel mülkiyete bırakmıştır. Özel mülkiyetin hızla gelişmesi, sağlık hizmet kalitesinin yeniden artmasına sebep olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri ve sağlık sigorta sisteminden sorumludur. Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı daha sonradan parlamento tarafından onaylanacak olan hizmetlerinin yıllık bütçesini yaparlar. Yurt içi ve yurt dışından yapılan yardımlar sağlık hizmetleri bütçesine yardımcı olur.

Halk sağlığı hizmetleri Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu ve İl Halk Sağlığı kurumları sorumluluğundadır. Halk sağlığı kuruluşları koruyucu sağlık hizmeti programları, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, çevre şartlarının kontrolü, sağlık istatistiklerinin toplanması, analizi ve sunumundan sorumludur.

Birincil sağlık hizmetleri sağlık merkezleri, acil tedavi merkezleri, evde bakım ve eczacılık hizmetleri olarak dağıtılmıştır. Her belediyenin kendisine ait bir sağlık merkezi vardır ve bu merkeze birincil tedavi hizmeti üniteleri, dişçilik ve eczacılık hizmetleri bir ağ ile bağlıdır.

İkincil sağlık hizmeti faaliyetleri hastahane, sanatoryum ve poliklinikleri içerir.

Üçüncül sağlık hizmetleri üniversite klinikleri, klinik hastahaneleri, tıp eğitimi ve araştırmalarıyla meşgul olan klinik hastahane merkezlerini içermektedir.

1993 yılında yeni Sağlık Sigortası Kanunu ve Sağlık Hizmeti Kanunu ile var olan kamu sigorta sistemini destekleyici özel sağlık sigortalarının yolu açılmıştır. Özel sağlık sigortalarındaki temel prensip bir kişinin ihtiyaç duyabileceği tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktır. Az sayıda isteğe bağlı sigorta şirketi daha iyi hastahane yatak ücreti ödemeleri, düşük ücrete diagnostik tetkikler ve çok fazla beklemeden işlemleri tamamlama gibi imkânlarla hizmet vermektedirler.

Savaşın kötü etkilenmiş olan eczacılık sektörünün büyük bir kısmı özelleştirilmiştir. Özelleştirme yanında eczacılar kendi imkânlarıyla da eczahane açmışlardır. Özelleştirme, ilaç ihtiyacının temini ve kolay ulaşılabilinmesinde büyük ölçüde başarılı olmuş, fakat eczacılık giderlerini artırmıştır.

Üniversitelerdeki tıp eğitimi başkent Zagreb ve her biri bölgesel merkezler olan Osijek, Rijeka ve Split'te bulunan tıp okullarında verilmektedir. Hırvatistan, hemşire sertifikası veren ulusal hemşire kurumlarına ve kayıt sistemine sahiptir. Hırvatistan'da ayrıca Sağlık Bakanlığı'nda başhemşire memurluğu mevcuttur.

HIRVATİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	: 56.542 km ²
NÜFUS	: 4.422.248
İDARE ŞEKLİ	: Parlamenter Demokrasi
BAŞKENTİ	: Zagreb
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Split, Rijeka, Osijek, Dubrovnik
DİLİ	: Hırvatça
PARA BİRİMİ	: Kuna (HRK) (4/2-5).

I.1. Tarihçe

İlyrialılarla meskun olan bölge, M.S. 6-9 yıllarında Roma İmparatorluğu'nun egemenliği altına girdi ve VI.YY.da Slavlar tarafından istila edildi. 925'te Tomislav (910-928), Pannonia ve Dalmaçya bölgelerini Hırvatların otoritesi altında birleştirdi ve kral unvanını aldı. 1102'de Macaristan kralı, Hırvatistan kralı olarak tanındı. 1526-1527'de ülkenin bir kısmı Osmanlılar tarafından fethedildi ve kalan kısmı Avusturya (Habsburg) hanedanının topraklarına katıldı. 1848'de Hırvatlar, Macar devrimlerine karşı Avusturya'yı destekledi. 1867-1868'de Avusturya ile Macaristan arasında varılan uzlaşmaya göre Hırvatistan, Macaristan'a bağlandı ve aralarında Macar-Hırvat uzlaşması imzalandı. 1918'de Hırvatistan Sırp, Hırvat ve Sloven krallığına katıldı.

1929-1941'de Yugoslavya adını alan bu krallık içinde Hırvatlar, Sırp merkezîyetçiliğine karşı çıktı. Muhalifler, gizli Ustaşa Cemiyetini kurdu (1929) ve teröre başvurdu (1934'te Marsilya'da kral I. Aleksandr Karayorgieviç'i öldürdü). II. Dünya Savaşı yıllarında (1941-1945), Almanlar ve İtalyanlar tarafından işgal edilen sözde bağımsız Hırvat devletinin başına A. Pavelic geçti. 1945'te Hırvatistan, Halkçı Federatif Yugoslavya Cumhuriyetinin altı cumhuriyetinden biri oldu, fakat milliyetçi ve ayrılıkçı hareket devam etti.

1989'da sosyalist ülkelerde dönüşüm ve dağılma süreci başlayınca, Hırvatistan da Yugoslavya'dan ayrılma isteğini dile getirdi ve çok partili düzene geçti. 1990'da yapılan genel seçimleri milliyetçi sağ eğilimli Hırvat Demokratik Birliği kazandı ve parlamentodaki sandalyelerin 2/3'ünü elde etti. Partinin başkanı Franjo Tudjman Cumhurbaşkanı seçildi. 1991 Haziran'ında Hırvatistan, bağımsızlığını ilan etti. Hırvatistan ile Sırbistan arasında şiddetli çatışmalar oldu. 1992 yılı başlarında Avrupa Topluluğu, Hırvatistan'ın bağımsızlığını tanıdı. Sırbistan'la savaşa son vermek için BM'nin önerdiği barış planını kabul eden Hırvatistan, silahlı çatışmaya son verdi. Franjo Tudjman, 2 Ağustos 1992'de yapılan seçimde oyların %56,7'sini alarak yeniden Hırvatistan devlet başkanı seçildi (6/1062-1063).

I.2. Coğrafya

Hırvatistan bir Orta Avrupa ülkesidir. Coğrafi olarak Orta Avrupa ile Akdeniz arasındadır. Hırvatistan, gelişmiş endüstriye sahip Avrupa ülkelerine çok yakındır. Çoğu önemli ticaret yolları Hırvatistan'dan geçer.

Hırvatistan 3 ana coğrafi bölgeye sahiptir. Pannolan bölgesi ve çevresi yüksek dağlar, doğusunda tepelik bölgelere sahiptir. Bu bölge genelde hayvancılıkla uğraşır. Doğudaki Slovenya bölgesi tahıl yetiştirilmesi için en uygun yerdir. Pannonia'yı kıyı bölgesinden ayıran dağlık ve tepelik bölgesi az gelişmiştir. Bu bölge turizm ve kış turizmi için uygun olup, yeterince kullanılmamaktadır. Adriyatik bölgesi, kendisini kıyı şeridinden ayıran çok sayıda dağlık bölgeye sahiptir. Adriyatik kıyıları çok girintili çıkıntılı olup, bu bölgede 1.185 ada bulunmaktadır (3/1).

I.2.1. Doğal Kaynakları

Ülkenin en önemli doğal kaynakları petrol, bazı kömür türleri, boksit, düşük değerlilikte demir cevheri, kalsiyum, silika, kil, tuzdur. En önemli enerji kaynağı hidroelektrik santralleridir (4/2).

Pannonia vadilerindeki zengin petrol ve doğal gaz yatakları iç gereksinimi karşıladığı gibi ihracata da olanak verir. Daha çok İstra ve Dalmaçya'da çıkarılan boksit ve kömür öteki önemli yeraltı kaynaklarıdır. Ülkede ayrıca çinko, demir, kurşun, cıva, manganez ve tuz yatakları vardır. Cetina ve Krka ırmakları üzerinde önemli hidroelektrik santraller kurulmuştur. 1994 verilerine göre ülkenin toplam elektrik üretimi 8,28 milyar Kw sa düzeyindedir (1/29).

I.2.2. İklim

İstra yarımadası ile Dalmaçya kıyılarında Akdeniz iklimi hüküm sürer. Yazlar sıcak ve kurak kışlar ılık ve yağışlı geçer. Ortalama sıcaklık ocak ayında 2-8°C, temmuz ayında ise 18-24°C arasında değişir. İç kesimlerde ve dağlık bölgelerde iklim daha serttir; sıcak yazlar ve soğuk kışlarla belirlenen karasal özellikler görülür ortalama sıcaklıklar ocak ayında (-2)-2°C, temmuz ayında ise 20-24°C arasında değişir. Bununla birlikte sıcaklık kışın bazen -20°C'ye kadar düşerken, yazın 40°C'ye kadar çıkar (1/28).

I.3. Ekonomi

Yugoslavya'nın dağılmasından önce Hırvatistan Slovenya'dan sonra Yugoslavya'nın en zengin ve sanayileşmiş bölgesiydi. Hırvatistan, savaşların ve diğeri hasardan ve uzun süren komünist yönetimden kaynaklanan ekonomik problemlerle karşılaşmıştır. Ülkenin fabrikaları, köprüleri, binaları, evleri savaş yüzünden harp olmuş, ekonomik bağlar kopmuş ve çok sayıda mülteci ülkeye gelmiştir.

Turizm ve petrol sektörlerinde yoğunlaşan batı ülkelerinin yardım ve yatırımları ekonominin restore edilmesine yardımcı olmuştur. Ülke özellikle makro ekonomik istikrar politikaları gibi bazı reformlarda başarılı olmuştur. Kendisine kredi verenlerle ilişkilerini genişletmiştir.

Büyük devlet girişimlerinin özelleştirilmesine ve banka reformlarının yapılmasına çalışılmaktadır. 1998'in sonunda başlayan ekonomik durgunluk 1999'da da devam etmiş, GSMH'de büyüme olmamıştır. Enflasyon istikrarlı, kontrol altında olup, ülkenin para birimi Kuna stabildir. 1999 Aralık ayında Cumhurbaşkanı Tudjman'ın ölümü ve yönetimdeki partinin seçimlerdeki başarısızlığı ile 2000 yılına yeni bir yönetimle girilmiştir (4/1).

1.3.1. Endüstriyel Üretim

Hırvatistan endüstri sektörü değişmekte ve yeniden yapılanmaktadır. Özelleştirmeye pazar ekonomisi güçlenmekte, yeni ürünlerin gelişimi mevcut ürünlere yenilikler ekleme ve standartları yükseltme imkanı verilebilir. GSMH'nin %20'sini endüstri oluşturur (3/1).

Uzun bir geçmişe dayan sanayi özellikle 1945'ten sonraki yoğun yatırımlarla hızlı bir gelişme göstermiştir. GSYİH içindeki payı dörtte birine varan imalat ve madencilik sektörlerinde toplam iş gücünün yaklaşık üçte biri çalışır. En gelişmiş sanayi dalları arasında gıda işlemeçiliği, şarap üretimi, şekerleme, sentetik elyaf, deterjan ve yapay gübre gibi ürünlere dayanan kimya sanayisi ile petrol ve doğal gaz üretimi sayılabilir. Gemi yapımı ve kerestecilik, ahşap ve kağıt sanayileri, makine yapımı, yapı gereçleri sanayisi, başta alüminyum ve demir-çelik olmak üzere metalürji de önemlidir. Kıyı şeridinde ve adalarda modern tesislerin kurulmasıyla gelişen ve iç savaş sonrasında durgunluktan sonra canlanan turizm önemli bir gelir kaynağıdır (1/29).

1.3.2. Ticaret

Hırvat ekonomisinin yaklaşık %50'sini ticaret oluşturur. İş gücünün %15'ini istihdam eder. GSMH'nin yaklaşık %10'unu oluşturur (3/1).

Bağımsızlıktan sonra Batı dünyasıyla daha sıkı ekonomik ilişkilere yönelen Hırvatistan'ın dış ticaretinde en önemli yeri Almanya, İtalya, Slovenya ve Avusturya tutar (1/29).

1.4. Nüfus Yapısı

Hırvatistan nüfusunun dörtte üçünden fazlasını bir Slav halkı olan Hırvatlar oluşturur. Sırp'ların toplam nüfus içindeki oranı sekizde biri aşar. Eski Yugoslavya'da yaşayan Hırvatların yaklaşık beşte biri bağımsızlıktan sonra ülke dışında kalmıştır; bunların büyük bölümü Bosna-Hersek'tedir. Temelde Sırpça'ya çok benzemekle birlikte Kiril alfabesi yerine Latin alfabesiyle yazılan Hırvatça, Hint-Avrupa dil ailesine giren Güney Slav dillerinden biridir. Hırvatları etnik-kültürel kimlik açısından Ortodoks Sırp'lardan ayıran başlıca özellikler Katolik mezhebine bağlı ve Batı etkisine daha açık olmalarıdır. Ülkede ayrıca Slav kökenli Müslümanlar, Macarlar, Slovenler ve İtalyanlar gibi küçük azınlıklar vardır (1/28).

I.5. Eğitim

Hırvatistan kalitesi yüksek bir eğitim sistemine sahiptir. Eğitim dört aşamalı olarak örgütlenmiştir.

- 1) Okul Öncesi Eğitim: 1 ile 6 yaş arasındaki toplam çocuk sayısının %32'si bu eğitimi almaktadır (yaklaşık 110.000 kişi).
- 2) İlköğretim: 6 ile 14 yaşları arasındaki 8 yıllık dönemi kapsamaktadır. Hırvatistan'da 1930 ilköğretim okulu ve 446.621 öğrenci vardır.
- 3) Orta Öğretim: ilköğretimden sonraki en fazla 4 yıllık süreyi kapsamaktadır. Bu programda mesleki ve güzel sanatlar okulları da bulunmaktadır.
- 4) Yüksek Öğretim: Hırvatistan'daki üniversite programları uluslararası standartlara sahiptir ve buralardan mezun olan kişiler kolayca iş bulabilmektedirler. Yüksek öğretim 2 ile 6 yıl arasında değişmektedir. Hırvatistan'da toplam 80.410 yüksek öğretim öğrencisi bulunmaktadır (9/1).

I.6. Turizm

Hırvatistan iyi korunmuş bir doğal çevreye sahiptir. İnanç turizmi, sağlık turizmi, balıkçılık gibi çok farklı turizm imkânlarına sahiptir. UNESCO tarafından korunan çeşitli milli parklara sahiptir. Dalmasya kıyılarında deniz turları yapılmaktadır. Hırvatistan kıyıları yıl boyunca ılık olduğundan turistler için çekici bir yerdir (3/1).

I.7. Dış İlişkiler

Hırvatistan Slovenya sınırında bulunan bazı etnik yerleşim bölgeleri, Birleşmiş Milletlerin müdahalesiyle Hırvatistan hâkimiyetine yeniden kazandırılmıştır. Hırvatistan ve İtalya II. Dünya savaşından kalan etnik azınlık konularındaki sorunları çift taraflı çözmek için çalışmalar yapmaktadırlar. Sırbistan ve Karadağ Hırvatistan'ın Prevlaka yarımadasının kendine ait olduğu iddiasını kabul etmemektedirler. Prevlaka şu anda BM askeri gözetimi altındadır (4/1).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Tarihi Gelişim

Sağlık sigortası 1922'de 3 ayrı organizasyon yoluyla sisteme girmiştir. Maden işçilerini kapsayan bir organizasyon, diğer işçileri kapsayan merkezi bir işgücü sigorta bürosu ve kamu personelini kapsayan bir organizasyon mevcuttur. Bu sağlık sigorta organizasyonları aynı zamanda kendi sağlık hizmet sağlayıcılarına sahiptir. 1920'lerde kırsal alanda sağlık düzeyini yükseltmek amaçlı sağlık merkezleri kurulmuştur. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlayan bir kamu sistemiyle beraber bireylerin aldıkları hizmetin karşılığını doğrudan ödediği özel sağlık hizmeti kurumları mevcuttur (2/4,5).

II.1.1. 1945'ten 1990'a

Sosyalist Federal Yugoslavya Cumhuriyeti'ne bağlı olan Hırvatistan kendi Sağlık Bakanlığı'yla, kendi sağlık hizmetlerini üretmiş ve yönetmiştir. Zorunlu sağlık sigortası, devlet bütçesinden ve kişilerin kendi gelirleriyle orantılı olarak yaptıkları katkılarla finanse edilmiştir. Bu sigorta toplumun büyük bir kısmını kapsamaktadır. Sigorta ilk olarak yerel sağlık ve sosyal sigorta organizasyonları yoluyla yerel düzeyde organize edilmiştir. Sonraki aşamada sağlık sigorta fonları ve federal hükümetçe yönetilen katkı primleri Sosyal Sigorta Kurumu kapsamı altında birleştirilmiş buradan da Sağlık Sigorta Fonuna devredilmiştir.

1974 Anayasası, finansal kaynakların planlamasını, dağıtımını sağlık hizmetlerinin organizasyonunu görev edinen yerel yapılar kurmuştur. Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ise sayıca çok az olmuştur.

1980'lerin sonuna doğru Hırvatistan'da sağlık sistemi, birinci basamak sağlık kurumları, sağlık merkezleri, üniversite hastahaneleri gibi farklı birimlerin organize edildiği bir yapıya dönüştürülmesiyle oluşmuştur. Sistem, liberal olmakla beraber, yüksek maliyetleri karşılayamadığından tatmin edici olmadığı söylenmektedir.

Sonuçta anarşiye varan, hiç kimseyi memnun etmeyen aşırı bir liberal sistem oluşmuştur. Hırvatistan 1990'lara tamamıyla yeniden yapılanmaya ihtiyaç gösteren, işlevsiz olmayan, çok kötü yapılandırılmış, pahalı bir sağlık sistemine girmiştir (2/5,6).

II.1.2. 1990'dan Sonra

Yeni Anayasa 1990'da kabul edilmiştir, Anayasanın birinci maddesinde Hırvatistan Cumhuriyeti demokratik ve sosyal bir devlet olarak tanımlanmıştır. Anayasa, sağlıklı bir yaşam ve çevre sağlık hizmetleri gibi çok sayıda sosyal hakları tanımlamıştır (2/6).

Federal Yugoslavya Cumhuriyeti döneminde sağlık hizmetleri çok yüksek derecede merkezîyetçilikten uzak olduğu söylenmektedir. Bu sistem kendi kendini yönetim (öz yönetim), sosyalizm ve tanımlanamayan mülkiyet ve yönetim sorumluluğu ile karakterize edilirdi. Pratikte, politik birimler bütün yönetsel kararları alırdı ve herhangi bir denetim veya gözetim mekanizması yoktu.

Sağlık hizmetleri bu dönemde zayıf organizasyondan, yönetim eksikliğinden ve yetersizliğinden dolayı zarar görmüştür. Hırvatistan diğer merkez ve Doğu Avrupa ülkelerinin aksine, sağlık reformuna başlamıştır. Onlara göre bireysellik, çözümden çok problemin bir parçası idi. Böylece merkez ve ilçe seviyesinde kontrolün artması ile beraber reformlar başlamıştır.

Bugün, sağlıkla ilgili sorumluluklar ülke idaresi ve şehir (belediyeler sağlık hizmetlerinde küçük rol oynadı) idareleri arasında ikiye bölünmüştür. Merkezi yönetim, sağlık politikasının iskeletini hazırlarken şehirler de kendi uygulayacakları sağlık politikalarını hazırlarlar. Planlama, yönetim ve denetim şehir yetkililerine devredilmiştir. Yönetim sorumlulukları, kendi kurulları tarafından yönetilen sağlık merkezleri, hastahaneler gibi yarı özerk sağlık kurumlarına devredilmiştir.

Reformlarla, birinci kademe tedavi hizmeti kuruluşlarının yaygın bir şekilde özelleştirilmesine devam edilmiştir. Özelleştirme, şahısların devletin sağlık kurumlarını düşük fiyatla kiralaması ile gerçekleştirilmiştir. Bununla beraber bazı evde bakım hizmetleri, birçok eczahane ve dış klinikleri de özelleştirilmiştir (3/1).

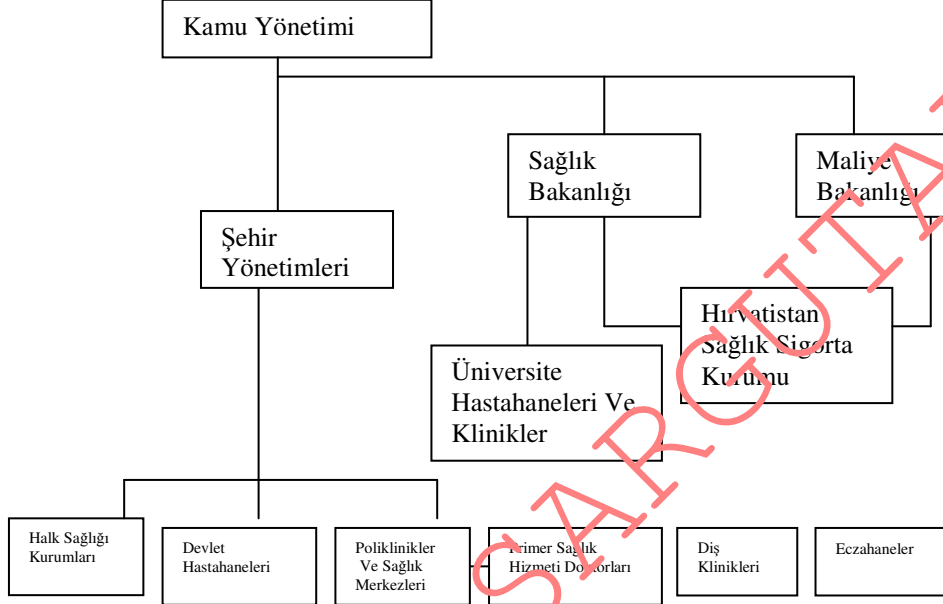
1993 tarihli Sağlık Hizmetleri Yasasında ödenebilirlik, tedavinin devamı, hekim seçme hakkı ve sağlık hizmetleri verilmesinin bir ekip anlayışıyla olacağını belirten, kamu ve özel sektörün bir arada bulunduğu karma bir sistemle oluşturulacağı konularına ağırlık verilmiştir. Kanun aynı zamanda toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla hastalıkların önlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Sağlık hizmetlerinin verilmesinin üç kademe de geliştirilmesi kabul edilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumu öncelikle devletin sorumluluğu olarak görülmüş, vatandaşları kendi sağlıklarını korumaları yönünde teşvik etmiştir. Devlet, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren büyük hastahanelere sahiptir. Doktorlar bir sigorta sözleşmesiyle sağlık hizmeti sağlamaktadırlar.

Gelişen sistem, yeni reformların gerçekleşmesine zemin hazırlamaktadır. Değişimlerin temel amacı, halkın sağlık düzeylerinin geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Sağlık sisteminin kendi istikrarını garanti altına alması ve milli kalkınmayı tehdit etmemesi ilkeleri benimsenmiştir (2/6).

II.2. Sağlık Sisteminin Organizasyonu

Hırvatistan sağlık sisteminde bugünkü organizasyon yapısı ile ilerde oluşacak yapının 4 önemli faktörden etkileneceği düşünülmektedir.

1. 1991–1992 yıllarındaki savaştan önce sağlık hizmetleri alt yapısının nispeten iyi gelişmiş olması,
2. Savaşın ekonomi, sağlık gibi alanlara yıkıcı etkileri,
3. Sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde özelleştirmenin kademe kademe ve dikkatli bir şekilde yapılması,
4. Sağlık hizmeti kullanıcıları ve arz edicileri için yeni teknoloji kullanımını teşvik eden genel politikalar ve sağlık politikalarıdır.

Şema 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Şeması

Kaynak: (2) Healty Care Sysytems in Transition – Croatia, s:8

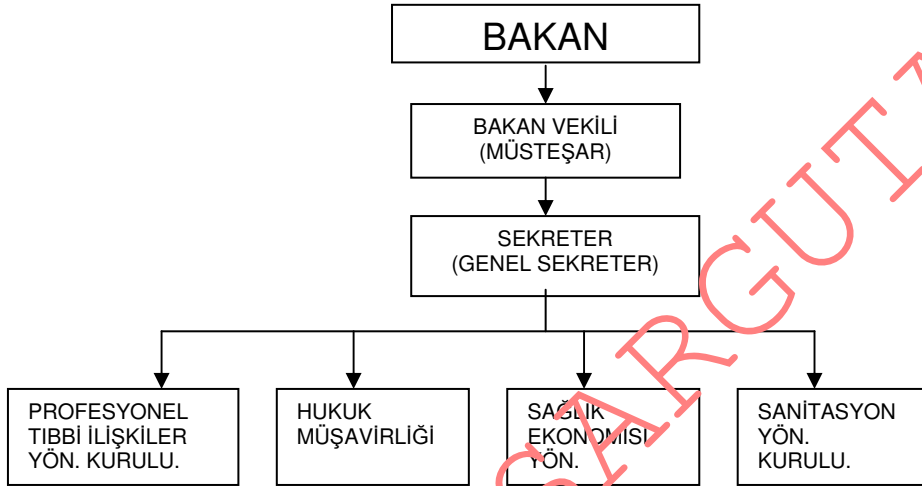
Savaştan önce Hırvatistan yeterli hekim sayısına sahipti. Sağlık sistemi üç kademededen oluşmaktaydı. İlk kademede halkın hizmetlere katılımı yüksekti. Halkın uzmanlık hizmetlerine doğrudan ulaşma imkânı vardı. Birinci kademe tedavi hizmetleri 0–6 yaş okul sağlığı hekimlerini ve işyeri hekimlerini kapsamaktaydı. Tedavi edici ve ikinci kademe tedavi hizmetlerine daha fazla finansal pay ayrılmaktaydı (11/1).

Hırvatistan'da savaştan sonra sağlık hizmetlerinin organizasyonu değişmiştir. (Şema-1) Sağlık hizmetlerinin "sosyal mülkiyeti", yerini şehir mülkiyeti, ilçe mülkiyeti ve özel mülkiyete bırakmıştır. Şehirlerde eğitim hastahaneleri ve özel kurumlar gibi büyük kuruluşlar, ilçelerde sağlık merkezleri ve özel hastahaneler bulunmaktadır. Doktorlar birinci kademe tedavi hizmetlerini sigorta fonu ile yapmış oldukları kontrat dahilinde yürütmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin finansal organizasyonu, bu sistemde anahtar rol oynayan Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu tarafından yapılmaktadır. Özel mülkiyetin hızla gelişmesi, sağlık hizmet kalitesinin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmeti çok yönlü ve özel nitelikli bir temelde organize edilmeye devam etmektedir. Bu hızlı ilerleme sonucunda sağlık hizmetleri, çoğu Batı Avrupa ülkesinde olduğu gibi, aile hekimliği sistemine doğru gitmektedir (2/7).

II.2.1. Sağlık Bakanlığı

Şema 2: Hırvatistan Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



Kaynak: (12) Ministry of Health of the Republic of Croatia, s:1

Sağlık Bakanlığı çok sayıda sağlık kuruluşuna sahip olduğu bilinmektedir. Eğitim (üniversite) hastahaneleri, sağlık merkezleri ve şehir sağlık kurumları bunlardandır. Bu kuruluşların başkanlarını ve yöneticilerinin çoğunu kendisi görevlendirir. Bakanlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sigorta sisteminden sorumludur. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca sorumlu olduğu konular aşağıda sayıldığı gibidir.

- Hem birey, hem toplum sağlığını garanti edecek bir sağlık politikası geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin uygun şekilde gerçekleştirilmesi için kanun ve tüzükleri hazırlamak,
- Sağlık statüsünü kontrol etmek ve geliştirilmesi için projeler üretmek,
- Sağlık kuruluşları için kuruluş ve çalışmasını düzenleyen mevzuatı hazırlamak,
- Sağlık hizmetlerini ulaşılabilir, kullanılabilir kılmak,
- Sağlık hizmetleri bütçesini oluşturmak,
- Uzmanlaşma, uzmanlık eğitimi ve özel sağlık aktivitelerinin kalitesini onaylamak, uzmanlık programlarını koordine etmek,
- İntörlük programlarıyla sağlık hizmeti profesyonellerinin eğitim hizmetlerini koordine etmek,
- İlaç ve sağlık ürünlerinin pazarlama stratejilerinin oluşturulması,
- İlaçların, kan ve kan ürünlerinin dağıtımının kontrolü,
- Vatandaşların hasta hakları konusunda bilinçlenmelerine yardım etmek, sağlık sektöründeki yatırım programlarını koordine etmek,
- Sağlık sektörü kuruluşları arasındaki bilgi sistemini çalıştırmak,

- Sağlık alanında işbirliğini sağlamak,
- Sağlık ve tıp alanındaki yeni teknolojilerin ve bilimsel katkıların uygulanmasını teşvik etmek olarak sıralayabiliriz (12/1).

Sağlık Bakanlığı'nın başında Sağlık Bakanı bulunmaktadır. Sağlık Bakanı'na bağlı olarak Müsteşar, Müsteşara bağlı olarak Genel Sekreter bulunmaktadır. Genel Sekretere bağlı olarak çalışan başlıca birimler: Profesyonel Tıbbi İlişkiler, Sağlık Ekonomisi, Sanitasyon Yönetim Kurulları ve Hukuk Müşavirliğidir.

Profesyonel Tıbbi İlişkiler Yönetim Kurulu: Sağlık hizmetleri, sağlık sigorta sistemleriyle ilgili yönetsel ve profesyonel aktiviteler, toplum sağlığını denetleme, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, ilaç lisanslama, sağlık alanlarında uluslararası işbirliği, sağlık ve eczacılık hizmetlerinin gözetimi hizmetlerini vermektedir. Kurul, sağlık sektörü işgücü organizasyonları bölümü, ilaç ve tıbbi ürün bölümü, sağlık denetlemesi bölümü ve uluslararası işbirliği bölümüne sahiptir (12/1).

Hukuk Müşavirliği: Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortası alanındaki düzenlemeleri ve yönetmelikleri hazırlamaktır. Bunların uygulanmasını sağlamak, devamlılığını denetlemektir (12/1).

Sağlık Ekonomisi Yönetim Kurulu: Finansal planlama işlemleri, sağlık sektöründeki yatırımlar, sağlık sektörünün yapılandırılması, sağlık planlaması gibi hizmetleri yönetmektedir. Sağlık planlama finansman bölümü, sağlık sektörü yatırımı bölümü, muhasebe bölümü gibi bölümleri bulunmaktadır (12/1).

Sanitasyon Yönetim Kurulu: Toplumun enfeksiyon, kronik hastalıklar ve radyasyondan korunması, gıdaların güvenliği, toksin maddelerin pazarlanması, kullanılması ve yok edilmesi, tıbbi ürünlerin denetimi ile, buna benzer diğer aktiviteleri yürütmekle sorumlu olduğu bilinmektedir (12/1).

Ulusal Sağlık Komisyonu: Uzmanlık alanlarına göre belirlenen 9 üyeden oluşmaktadır. Sağlık politikası ve sorunları hakkında Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunduğu bilinmektedir (2/8).

Yönetim İlkeleri: Her sağlık kurumu, her bir bölümün başkanından ve en az ayda bir kez toplanan bir kuruldan oluşmaktadır. Kurulun, yöneticiye tavsiye verme, teknik çözüm önerisi sunma ve mesleki konularda karar verme gibi görevlerinin var olduğu bilinmektedir. Kurul sağlık hizmetlerinin planlanması ve standartların kontrolünden de sorumludur. Ayrıca sağlık kurumunun statüsü gereği kendisine yüklenen diğer aktivitelerin yükümlülüğünü de üzerine alabilmektedir. Aynı zamanda her kurum işçi ve işveren temsilcilerinden oluşan bir yönetim kuruluna sahip olduğu bilinmektedir.

Hastahaneler ve diğer sağlık merkezleri bir yönetici ve bir yönetici yardımcısı tarafından yönetilirler. Bunlardan birisi tıbbi eğitim almış en az beş yıllık klinik deneyime sahip olmak zorunda olduğu söylenmektedir. Kuruluşun sahibi (ilçe veya şehir) tarafından atanan konsey üyeleri ve başkanı, hastahanenin veya sağlık merkezinin yöneticisini tayin etmektedir. Bu kurul aşağıdaki grupların temsilcilerinden oluşmaktadır;

Çalışanlar, ilçe veya şehir yönetimi (kimin kurumun sahibi olduğuna bağlı) ve Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu (HSSK) temsilcisi. Yöneticinin görevi sağlık yasasında belirtilmiştir. Yönetici kurul bütçenin yönetiminden ve büyük parasal yatırımlar hakkında karar vermeden sorumludur. Bölümlerin tıbbi şeflerinden oluşan bir meslek konseyi, yöneticiye tavsiye verici bir konumda bulunur.

HSSK bir yönetim kurulu tarafından yönetilir ve Hırvatistan Hükümetine karşı sorumludur. HSSK küçük bir bütçe ile çalışır ve işleyişinde işletme prensiplerini uyguladığı söylenmektedir. Bütün sigortalılar sigortalarını zamanında yatırmak zorunda olduğu bilinmektedir. Kontratlı sağlık kurumları ve pratisyenlere ödemeleri düzenli ve zamanında yapılmaktadır (2/10).

Planlama: Sağlık Bakanlığı, HSSK ve Ulusal Sağlık Konseyinin önerileri doğrultusunda, açık bir şekilde ifade edilmiş amaçları içeren yıllık Ulusal Sağlık Planını hazırlamaktadır. Bu plan parlamento tarafından onaylandıktan sonra Sağlık Bakanlığı'nın bütün kademelerinde uygulamaya koyulur. Sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi ile ilgili olan şu andaki planın önceliği ana sağlığı ile okul öncesi ve okul çocuklarının sağlığına verilmiştir. HSSK doğrudan sağlık hizmetleri için hazırlanan planı sağlık görevlileri ile birlikte ve çalışma sözleşmeleri doğrultusunda uygulamaktadır. HSSK, bağlı olduğu servislerle beraber, dengeli kaynak sağlamak ve sağlık sigortası haklarını düzenlemek için çalışmaktadır.

Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu (Sağlık Bakanlığı'nın altında) halk sağlığı planlamasında, kontrolünde ve değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Kurum, salgın hastalıkların analizi, sağlık düzeyinin gelişimi ve hastalıktan korunma programlarının yapılması konularında görevlidir. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve korunması ile bağışıklama programları, çevresel koruma ölçüleri, içme suyunun kontrolü ve diğer sağlık riskleri, denetleme birimleri tarafından üstlenilmiştir. Şehirler düzeyinde halk sağlığı kurumları istatistikleri toplar ve kendi alanındaki sağlık programlarının belirlenmesi ve uygulanması çalışmalarına katılmaktadır (2/9,10).

Denetim: Sağlık kurumlarının standartlarının denetlenmesi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Standartlar, 1993'teki Sağlık Hizmetleri Yasası ve Sağlık Sigortası Yasası ile belirlenmiştir ve bu yasalar 1994'te ve 1997'de tekrar düzenlenmiştir. Eğer organizasyonel veya mesleki bir hata var ise, Sağlık Teftiş Kurulu sağlık kurumlarını denetlemektedir. Mesleki lisans verme ise sorumluluğu meslek odalarına aittir (2/10).

1.2.2. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin doğrudan içinde değildir fakat Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumuna ayrılacak bütçe miktarının belirlenmesinde devreye girmektedir. Ayrıca bütün sağlık sigorta kurumlarının hesaplarının denetlenmesinde rol oynamaktadır (2/8).

II.2.3. Şehir Yönetimleri

Genel hastahaneler, kronik hastalık hastahaneleri, poliklinikler, sağlık merkezleri, sanatoryumlar, evde bakım kurumları, acil servis birimleri ve halk sağlığı kurumlarının hepsi şehir yönetimlerinin sorumluluğu altındadır. Şehir yönetimleri bu kuruluşların yönetici ve üyelerinin büyük bir bölümünü tayin ederler. Ayrıca bu kuruluşların ihtiyaçlarını kendi gelirlerinden karşılarlar. Bu gelirler yerel vergiler (yol vergisi, gelir vergisi vs.) kira gelirleri, diğer gelirleri ve devlet tarafından kendilerine verilen bütçe gelirlerinden oluşmaktadır (2/8).

II.2.4. Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu (HSSK)

1993 yılında kurulan HSSK, sigorta primlerini toplayarak sağlık için elde edilebilir bütçe dışı kaynakları belirleyen yasal bir hükümet organıdır. Kurum ayrıca sağlık sigortasının şartlarını oluşturacak standartları belirler ve kurumların bu şartlar doğrultusunda hizmet vermesini sağlamaktadır. Kurum, sigortalı kişilerin Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlık kurumlarının temsilcileri ile özel pratisyenlerden oluşan bir konsey tarafından denetlenir (2/8,9).

II.2.5. Odalar

Hırvatistan'da doktorlar, diş hekimleri, eczacılar ve biyokimyacılar için ilgili fakülteler ve dernekler tarafından kurulan yasal, profesyonel odalar ve birlikler bulunmaktadır. Üniversite eğitimi almış bütün sağlık personeli bu odaların üyesidir ve odalar mesleki kayıttan ve standardın korunmasından sorumludurlar. Odalar ayrıca, değişik alanlardaki mesleki fikirlerin temsilcileridir ve özel çalışma lisansı verme ve sağlık kurumu açma veya kapama yetkisine sahiptirler (2/9).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.3.1. Halk Sağlığı Hizmetleri

Hırvatistan'da halk sağlığı hizmetleri uzun zamandır uygulanmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu ve İl Halk Sağlığı Kurumları sorumluluğundadır. Her birinin sorumluluğu kanunlarla saptanmaktadır. İl halk sağlığı kurumları doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. Bu finans il bütçesinden ve özel hizmetlerin ücretlerinden karşılanmaktadır.

Ulusal derecede, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi için, istatistikleri ve epidemiyolojik verilerin analizini yapmak Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu'nun sorumluluğundadır. Ayrıca, halk sağlığı kayıtlarındaki kanser, şizofreni, akut miyokart enfarktüsü, şeker hastaları, AIDS ve damar içi ilaç kullanımı hastalarını korumak sorumluluğu da vardır. Kurum, ulusal salgın hastalıklara karşı ölçüm yapmakta, zorunlu bağışıklık sistemlerini kontrol etmekte, veba kontrolünü denetlemekte, çevre ve su kirliliğine karşı mücadele vermekte, içme suyu ve yiyecek testlerinin yapılması ve standartlara ulaştırılması yolunda çaba harcamaktadır. Araştırmalar, sağlık personelinin eğitilmesinde ve sağlık yasalarının uygulanmasında katkıda bulunmaktadır. Hırvatistan Radyasyondan Korunma Kurumu ve Hırvatistan Zehirli Maddeler Kurumu halk sağlığı konusunda diğer iki önemli ulusal birimdir.

Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu tüm halk sağlığı kurumlarını koordine etmekte ve denetlemektedir. Kan nakli ve işçi sağlığından sorumlu olan merkezler ile yerel birimler arasında benzer bir ilişki vardır.

Halk sağlığı kuruluşları koruyucu sağlık hizmetleri programlarından, enfeksiyon hastalıklarının kontrolünden, çevre şartlarının kontrolünden, sağlık istatistiklerinin toplanması, analizi ve sunumundan sorumludur. Hizmet ülke genelinde ve il bazında olmak üzere iki düzeyde verilmektedir. İldeki kuruluşlar merkezi birimler gibi çalışmaktadır. Zagreb, Split gibi şehirlerde yıllarca önce kurulmuş olan bu tıbbi kurumlar yeterince personele ve iyi donanıma sahip olup, iyi bir şöhrete sahiptirler. Bazı yeni kurumlar sıklıkla donanım, personel ve kaynak sıkıntısı çekmektedir ve desteğe gereksinim duymaktadırlar (11/1).

Hırvatistan halk sağlığı hizmetleri sistemi iyi bir şekilde yapılandırılmıştır. Örneğin; kızamıkta oldukça yüksek bağışıklık seviyesine sahiptir. Halk sağlığındaki yeni yaklaşımlar, sağlığı geliştirme konusunda daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir.

Birinci Hırvatistan Sağlık Projesi, sağlık eğitimiinde daha çok modern yaklaşımlar içermekte ve sağlıklı yaşam koşullarının teşvik edilmesi tasarlanmaktadır. Bunun için sağlığı geliştirme amaçlı bir alt proje hedeflenmektedir. Bu projeye, önemli risk faktörlerinin kontrol edilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlıklı Kentler Projesi 1986'dan, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele Projesi 1992'den, Sağlık Geliştirme Okulu 1993'ten bu yana hizmet vermektedir. Bu alandaki diğer yakın gelişmeler Ülke Sağlığını Geliştirme Programı ve Ulusal Sağlık Hareketi Planıdır. Hırvat nüfusundaki sağlık denetimi tamamlanmış ve sonuçları analiz edilmektedir (2/28).

II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri sağlık merkezleri, acil tedavi merkezleri, evde bakım merkezleri (hemşire ziyaretleri ile) ve eczacılık hizmetleri olarak dağıtılmıştır. Her belediyenin kendisine ait bir sağlık merkezi vardır ve bu merkeze birincil sağlık hizmeti üniteleri, dişçilik ve eczacılık hizmetleri bir ağı ile bağlıdır.

Sağlık merkezleri genel tıbbi konsültasyonlar, jinekoloji hizmetleri, okul öncesi çocukların bakımı, okul sağlığı ve diş sağlığı hizmetlerini sağlar. Ayrıca, gerekli bölgelerde genel sağlık hizmetlerini vermek, acil tıbbi bakım ve teşhis hizmetlerini (laboratuvarlar ve radyolojik) temin etmek de sağlık merkezlerinin sorumluluğundadır. Bazı ücra kırsal sağlık merkezleri, hastahanelerin denetimi altında, ayakta tedavi hizmetlerini de sağlar. Bunların çok az bir kısmı, ana sağlığı ve yatan hasta tedavi hizmetlerini sağlayabilmektedirler. Bunun yanında, bu bölgelerde genel pratisyen hekimler, evde bakım hemşireleri, eczahaneler ve teşhis hizmetleri gibi özel hizmetlerin sayısı da gittikçe artmaktadır (2/23).

Birincil Sağlık Hizmetleri: Birkaç sağlık hizmeti türü etrafında organize edilmiştir. Fakat yavaş yavaş aile hekimliği sistemine doğru bir yönelim görünmektedir. Bu hizmeti veren doktorların şu anda sadece küçük bir oranı aile hekimidir. Çocuk uzmanları, diş hekimleri, acil uzmanları bu hizmeti vermektedirler. Bunlara ek olarak eczacılar, hemşireler, fizyoterapistler de görev almaktadırlar. Doktorlar bu ekiplerin lideri olarak görev yapmaktadırlar. Hastaların hekim seçme özgürlüğü vardır. İkincil sağlık hizmeti veren doktorlara hastaları gerektiğinde sevk ederek bir filtre vazifesi görmektedirler. Hekimin sevk etme tercihi üzerinde hiçbir yasal sınırlama bulunmamaktadır (10/28).

Hırvatistan'da genel uygulamalar iyi takip edilmekte ve uzmanların sürekli eğitim almaları sağlanmaktadır. Birincil sağlık hizmeti doktorlarının sözleşmelerinde sağlığı geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetleri de olduğu söylenmektedir (Örneğin, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon). Birincil sağlık hizmeti doktorları ve hemşireleri evde bakım hizmetleri de vermektedir. Acil tedavi hizmetleri yoktur fakat 24 saat işleyen telefon hizmeti vardır (2/24).

Problemler Ve Gelişmeler: Yeni organize edilen birincil sağlık hizmetlerinin merkezini, genel pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Bu sistemde hastalar kendi doktorlarını veya dişçilerini seçebilirler fakat diğer özel hizmetler için sevk edilmeleri gerekmektedir. Birincil sağlık hizmeti doktorları, hastahaneler, poliklinikler ve uzmanlar tarafından yapılacak ikincil sağlık hizmetleri için aracı rolü oynamaktadırlar. İkincil sağlık hizmetleri için başvurulacak doktor seçimi üzerinde resmi bir kısıtlama yoktur fakat bunların sayısı çok az olduğu söylenmektedir.

Sağlık hizmetlerinden faydalanmadaki kanuni eşitlik ilkesine rağmen, farklı ekonomik gelişmeler ve nüfus patlaması yüzünden kırsal kesimde bir eşitsizlik görülmektedir. Özel pratisyen hekimler için muayenehane açma ve kiralık donanımlarla çalışma imkânı yanında, nüfusa göre birincil sağlık hizmeti doktorlarının sayısını artırarak ve özel kanunlar çıkartarak bu probleme çözüm bulmaya çalışılmaktadır. Savaş dolayısıyla mahvolmuş bölgelerde nüfusu artırmaya ve yeniden gelişmeye yönelik çabalar görülmektedir (2/24).

1993 sağlık çalışmaları ve 1993 Sağlık Sigortası kuruluşuyla, tüm halkın birincil sağlık hizmetleriyle doğrudan ilişki kurmasını sağladı. Sağlık standartları, vatandaşların da katılımıyla tip, form ve kalite yönleriyle kararlaştırıldı. Ayrıca bu standartların tüm ülkeye eşit olarak dağıtılması ilkesi kabul edildi.

Bu standartlara göre her 1.700 kişiye bir aile hekimi, bir uzman hekim ve bir hemşire, her 1.000 çocuğa bir çocuk doktoru ve hemşire, her 5.100 kişiye bir evde bakım hemşiresi düşmekteydi ve acil tıp ünitesi de 40.000 kişiye hizmet vermeliydi. 1994'te genel sağlık hizmetleri 2.190 hekimi istihdam etmiştir. Yapılan detaylı standartlar, dişçilik, hijyen, eczacılık ve laboratuvar hizmetlerini kapsamaktaydı. Bütün bu iyileştirmelerin yapılabilmesi için daha fazla bütçe ayırmak zorunda olduğu da belirtilmekteydi (2/24,26).

Birinci Hırvatistan Sağlık Projesi: Ağustos 1994'te yapılan ilk sağlık projesi Dünya Bankası ve Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu tarafından finanse edilmekteydi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi tasarlanmıştır.

Birincil sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması için yapılan projelerde, daha iyi donanım ve daha iyi eğitilmiş personelle (özellikle teşhis yöntemlerinde), ülkede daha iyi birincil sağlık hizmeti verilebileceği önemle vurgulanmaktaydı.

Diğer projelerde de, acil tedavi hizmetleri için aynı şekilde eğitilmiş bir kadro, modern cihazlar ve ambulanslı donanım ile daha iyi bir acil tedavi hizmeti verileceği vurgulanmaktaydı. Ek bütçelerle haberleşme kapasitesinin yükseltilmesi düşünülmektedir. Yapılan sağlık geliştirme projeleri, birincil sağlık hizmeti pratisyenlerini eğitimi gibi, genel nüfusu da sağlık konularında aydınlatıyordu. Ayrıca bu projeler Hırvatistan Sağlık Projesi finansörleri tarafından, büyük bir medya kampanyası yapılması için de finanse edilmekteydi (2/26).

Birincil Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Birincil sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, (acil hizmetler ve halk sağlığı hizmetleri dışında) Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu düzenlemeler ışığında Ocak 1996'da başlamıştı. Doktorlar, bağımsız hizmet sağlayıcı statüsüne doğru bir değişim içindeydiler. Pratisyen doktorlar, pratisyen diş hekimleri, eczacılar ve diş teknisyenleri, sağlık merkezlerinden kendi işleri için malzeme kiralayabiliyor ve Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu ile kontrat (hizmet sözleşmesi) yapıyorlardı. Bu kontrat uyarınca, hastaların doğrudan sağlık hizmeti alabilmesi için temel mali ihtiyaç karşılanmaktaydı. Özel teşebbüs uygulamalarına Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat alabilmek için hizmet sunucular bazı gereklilikleri (en az kayıtlı hasta sayısı içeren) ve sağlık hizmetlerinin en az hangi aşamalarda verileceği konusundaki bilgileri Sağlık Bakanlığı'na sunmak zorundaydılar.

Birincil sağlık hizmeti veren özel ve tüzel firmalar (genel pratisyenler, ilçe hemşire ajansları, eczacılar ve teşhis hizmetleri), Hırvatistan Sağlık Sigorta Fonu, özel sigorta fonları ve işverenlere kontrat yapabilmektedirler. 1993 sonu itibarıyla 400'ün üzerine çıkan özel teşebbüs uygulamaları 1995 itibarıyla 600'ün üzerine çıkmıştır. Özel diş hekimleri (1995 itibarıyla 1000), eczacı ve diş teknisyenleri sayısı da artmaktadır. 1991'den bu yana özel birincil sağlık hizmetinde çalışanların sayısı yıllık iki kat artmaktadır. Bu yükselişle birlikte resmi kurumlardaki çalışan sayısı da azalmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 1997 yılındaki tahminlerinde doktorların %30'u özel sektörde hizmet vermektedir (2/26-27).

Özelleştirme sürecinde birincil sağlık hizmeti veren özel sektör birimlerinin sayısı önemli ölçüde artmış, buna karşılık kamuda görevli hekim sayısı azalmıştır. Bu durumun sağlık sisteminin ve hizmetlerinin amacına ulaşmasını engelleyebileceği, geciktirebileceği düşünülmektedir (10/28).

Kiralama: Sağlık merkezindeki kiralama faaliyetlerinde, il yetkisindeki mülkiyetlerin, ana sermaye ve donanımların satımından kaçınılmaktadır. Kiralama işlemlerinde bağımsız pratisyenlerin alışveriş borçlarını, ücretleriyle ödemeleri uygulamasından kaçınılmaktadır. Mülk ve donanımlar, her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından tayin edilen en yüksek aylık kiralama bedeliyle ve çok özel koşullar altında kiralanmaktadır. Kiralama işlemleri donanım, mülkiyet ve hazır ilaçların geri ödenmesi işlemlerini içermektedir. Bazı bölgelerde teşvik etmek ve hareketliliği arttırmak için il yönetimi ve sağlık merkezleri kira bedeli olarak çok az kira almakta veya hiç kira almamaktadırlar.

Sağlık merkezlerinde halk sağlığı hizmeti veren ünitelerin kamu sektörüne olan sorumluluğu devam etmektedir. Bu sorumluluklar okul sağlığı hizmeti, iş sağlığı ve sosyal sağlık (seks yoluyla bulaşan hastalıklar, halkın sağlık eğitimi, acil hizmet, toplum hemşireleri ve ana-çocuk sağlığı hizmeti) gibi hizmetleri içermektedir. Ayrıca, bazı ikincil sağlık hizmetleri örneğin, diyaliz faaliyetleri, yatağa bağımlı hastalar için yataklar ve ameliyat odaları gibi hizmetler de kamu sektörü fonksiyonlarıdır.

Yapılan projelere göre, sağlık merkezlerindeki tüm genel tıp, özel tıp, dişçilik ve eczacılık üniteleriyle birlikte diş ve teşhis laboratuvarlarının tümünün kiralanması tasarlanmaktadır. Ayrıca, emeklilik yaşı gelmiş olan çalışanlar ile bir anlaşma yaparak, çalışmaya devam ettirilmeleri tasarlanmaktadır.

Bu yönüyle özelleştirmedeki amaç, birincil sağlık hizmeti doktorlarını hizmetlerini iyileştirmeleri için motive etmek, halk sağlığı hizmetlerinin altyapısını daha iyi hazırlamak ve halk sağlığı hizmetlerini sağlık merkezlerinde tutmaktır (2/27).

II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmeti faaliyetleri hastahaneleri, sanatoryum ve poliklinikleri içerir. Hastahaneler (1997 itibarıyla 84 adet) genel ve özel dal hastahaneleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Genel hastahanelerde, doğum ve jinekoloji, dâhiliye, cerrahi ve pediatrik tedavi faaliyetleri yapılmaktadır. Özel dal hastahaneleri, özel hastalıklar ve kronik rahatsızlıklara bakma yönünde çalışmalar yapmaktadır.

Yatalak hastalara yapılan bakımın yanında, gezici hizmetler içeren ayakta tedavi birimleri de vardır. Ayrıca Hırvatistan, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve rehabilitasyon işlemlerinin yapılması için su, çamur, toprak ve deniz suyunda mevcut doğal elementlerin kombinasyonlarıyla fizyoterapi ve masajların yapılabildiği birçok sağlık merkezine sahiptir.

Üçüncül sağlık hizmetleri üniversite klinikleri, klinik hastahaneleri, tıp eğitimi ve araştırmalarıyla meşgul olan klinik hastahane merkezlerini içermektedir. Üniversite klinikleri, tıbbın özel dallarındaki çok karmaşık işlemleri yerine getirmektedir. Diğer sağlık hizmeti kurumlarına dayanaklık etmesi ve kendi alanlarındaki ihtisaslaşmanın artmasıyla bu merkezlerin seçkinliği de artmaktadır. Yeni, üçüncül sağlık hizmeti hastahaneleri Zagreb civarında inşa edilmektedir.

Klinik hastahaneler, eğitim hastahanesi seviyesindeki en az iki uzmanla birlikte genel hastahane seviyesine yükselmektedirler. Klinik hastahane merkezi, ünitelerinin yarıdan fazlası eğitim hastahaneleri seviyesindeyse ve tıp, diş hekimliği, eczacılık, biyoloji fakültelerindeki eğitim programlarının yarısı da üniversite eğitiminde uygulanıyorsa genel hastahane sayılmaktadır.

Hastahane ağı tüm ülkedeki genel hastahaneleri kapsamaktadır. Buna rağmen, savaş esnasında geri alınan bazı adalar ve bazı bölgelerde hala doğum evleri ve yatalak hasta muayenahaneleri inşa edilememektedir.

Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu yapılan anlaşmayla hastahane aktivitelerinin %90'ını finanse etmektedir. Birçok hastahane, gönüllü hizmet sektörlerini de içine alan resmi kurumlardır. Hastahanelerin özelleştirilmesi için kesin politik karar bulunmamaktadır. Özel sermaye yeni özel hastahaneler kurmak için kullanılabilir.

Sağlık Bakanlığı hangi kurumların klinik, klinik hastahaneler ve klinik hastahane merkezleri olarak sınıflandırılacağını saptamıştır. Ulusal Sağlık Konseyi tarafından yetki verilen hastahaneler, tıbbi kurumlar tarafından kesin standartlarla akredite edilmektedir.

Poliklinikler (1997'de 78 adet) gezici uzman konsültasyonları, teşhis ve rehabilitasyon servislerinden oluşmuştur. Poliklinikler genel ve klinik hastahanelere bağlı olarak çalışmaktadır. Bazı hastahane merkezlerindeki özel poliklinikler ve özel uzman uygulamaları geliştirilmektedir (2/30).

Hastahaneler: Hastahanelerin personel ve tıbbi imkânları devletten ayrılan fonlarla desteklenmektedir. Sağlamış oldukları hizmetlere göre, Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu personel giderleri ve tıbbi ihtiyaçları karşılanmaktadır. Aynı durum poliklinikler ve sağlık merkezleri için de geçerli olup, bu kuruluşların da Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu ile kontratları olduğu söylenmektedir. Ödenek ve ödemelerin maaşlar, ilaçlar gibi ihtiyaçları karşılaması beklenir. Sabit maliyet harcamalarının karşılanması hastahane sahibinin sorumluluğundadır. Düzenlenen bu kontratlar birkaç unsuru dikkate alır. Bunlar; sözleşmeli yatak, personel maaşları, hizmet başına ücret ödeme ve otelcilik hizmetleridir (10/29).

Koşullardaki Değişmeler: Hırvatistan'daki hastahane yatak sayısının nüfusa oranı Batı Avrupa ülkelerinin oranlarına yakındır. 1990'da 1.000 kişi başına düşen yatak sayısı 7,4 idi, 1994'de 5,9'a inmiştir. (31.000 yatak), 1996'da 6,2'ye yükselmiş ve 1997'de yine bir düşüş görülmüştür. Yatak sayısındaki azalmanın nedeni politika ve savaşın sonuçları olarak görülmektedir. Savaş esnasında 29 hastahane ve 3 rehabilitasyon merkezi ile, 3.000'nin üzerindeki yatak imha edilmiş ve bir çok donanım zarar görmüştür. Dünya Bankasının finanse etmesiyle bu alanlar yeniden yapılandırılmıştır. Bununla birlikte teşhis, radyoloji, laboratuvar ve yoğun bakım donanımlarının birçoğu eskimiş ve 2000 yılı itibarıyla bu ekipmanlar değiştirilmiş ya da tamir edilmiştir.

Yatak sayısındaki 1996'daki 6,2 den 1997'deki 5,4'e düşüş, acil hastahane yatağı sayısındaki azalmayı da içermektedir. Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumunun ortalamada hastahane yatış süresi, belirlenen standartların altına düşmüştür. Verimliliğin iyileştirilmesiyle bu süre 1993'te 14,5 iken 1997'de 12,9'a inmiş ve bu arada yatak işgal oranı hızla artmıştır. Yatakta kalma süresi, diğer Batı Avrupa ülkelerine göre hala çok fazla olduğu görülmektedir.

Standartlar, gezici uzman konsültasyonları için de korunmaktadır. Birincil sağlık hizmetlerindeki iyileştirme sonucunda 1990'dan 1994'e, poliklinik konsültasyonlarında azalma görülmüştür. Aynı zaman aralığında, gezici uzman bakım ağı özelleştirilmiştir.

Bazı uzmanlar, il sağlık merkezlerindeki özel uygulamaları için hizmetlerini kiralamışlar, diğerleri de, özel çalışacaklarını açıklamışlardır. Bazı gezici uzmanlar, Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu ile anlaşma yaparken, diğerleri gelirlerini çalışmalarlarıyla elde etmişlerdir (2/31).

Tablo 1: Kullanım Ve Performans (1980-1997)

Gösterge	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1000 kişiye düşen yatak sayısı	7.23	7.45	7.38	6.52	6.21	6.07	5.91	5.75	6.19	5.4
100 kişide hasta kabul sayısı	13.89	15.03	15.35	12.64	11.73	11.85	12.78	13.44	14.83	13.32
Ortalama hasta yatış süresi	-	-	15.4	14.5	15.2	14.5	13.8	13.2	13.4	12.9
Yatak işgal Oranı	89.9	98.6	87.7	78.0	77.5	75.3	81.1	87.4	89.6	89.3

Kaynak : (2) Healty Care Sysytems in Transition – Croatia, s:31

II.3.4. Savaş Zamanı Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı, savaş sırasında (özellikle 1991–1992 yıllarında) savaşta yaralanan insanların bakımı için tıbbi heyet oluşturmuştu. Bu yıllarda 9.941 kişi ölmüş, 28.734 kişi yaralanmış ve 22 kişinin de bir organının kesilmesi gerekmiştir. Gönüllü askeri gruplarla birlikte, gönüllü sağlık profesyonelleri askeri sıhhi grupları oluşturmuşlardır. Cephelere yakın hastahaneler Sağlık Bakanlığı tarafından askeri hastahane olarak kabul edilmişti. Bunların öncelikli görevi yaralı askerlere ve sivillere bakmaktı. Savaş alanının yakınındaki hastahaneler öncelikle savaş yaralılarını kabul etmiş ve bakımlarını üstlenmişlerdi. Hırvat askerlerinin, daha önce sivil ve askeri zayıtı önlemek amacıyla kurulan kriz yönetimini ve askeri sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde organize olması yolundaki deneyim sahibi olmamasına rağmen, bunun üstesinden başarı ile gelmiştir. Diğer sağlık hizmetleri de, sivil vatandaşların, mültecilerin ve yerlerini kaybeden insanların bakımlarını üstlenmişlerdi.

Kadrolar hızlı bir şekilde eğitilmiş ve servisler başarılı olarak organize edilmişlerdi. Örneğin; savaş zamanında burada hiçbir enfeksiyon hastalığı yayılımına rastlanmamıştır. Savaş sonrasında birçok sağlık kaynağı sivil sağlık hizmetlerine geri dönmüştür. Sağlık sisteminin savaş zamanında düzenli bir şekilde işlemesinin nedeni, sağlık kadrolarının büyük fedakârlıklar göstermesiydi. Ayrıca, önemli miktarda uluslararası ilaç ve sıhhi malzeme bağıışı olmuştur (2/33,35).

II.4. Sağlık Finansmanı Ve Harcamaları

II.4.1. Temel Finansman Sistemi Ve Kapsamı

Eski finansman sisteminin gelir ve harcamaları hakkında yetersiz bilgi vardır. 1990'da Hırvatistan hükümetinde bütçe %10 açık vermiştir (2/13).

2000 yılı verilerine göre Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'nın %9,1'lik kısmı sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Kamu sektörünün payı %7,5 ve özel sektörün payı da %1,6 şeklindedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 665 Amerikan dolarıdır (13/254).

Tablo 2: Temel Sağlık Finans Kaynaklarının Yüzdesi

Finans kaynakları	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Kamu									
Devlet bütçesi	-	%13	%28	%28	%9	%7	%10	%7	%5
Resmi sigorta	%74	%74	%70	%70	%91	%93	%90	%93	%95
Özel Sektör									
Bütçe dışı kamu	%2	%1	%2	%2	%2	%2	%2	%2	%2
Diğer									
Dış kaynaklar	%7	%12	-	-	%3	%3	%3	%1	%1

Kaynak: (2) Healty Care Sysytems in Transition – Croatia, s:13

Tablo 2'de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri, karışık bir finans sistemine sahiptir. Gelirin çoğu halk kaynaklarından gelmektedir. Resmi istatistiklerde yer alan toplam sağlık gelirlerinin ve harcamalarının seviyesi gerçek değerinin altındadır. Çünkü özel ödemeler resmi hesabın dışındadır. Birinci finans kaynağı, hizmetlerin doğrudan harcamalarını karşılayan zorunlu sağlık sigortasıdır. Resmi sigorta kaynakları 1993'te Hırvatistan Sağlık Sigorta Fonu kurulduktan sonra artmış ve 1997 rakamlarına göre sağlık gelirinin %95'ini oluşturmaktadır. İkinci kaynak ise %5 civarındaki hükümet gelirleridir. Bunun %4'ü devlet bütçesi, %1'i şehir bütçelerinden oluşmaktadır. Bu para yeni büyük işler için harcanır.

Devlet bazı gruplar için sigorta yardımı öder. Bu gruplar ödeme yapamayanlar, ortalama sağlık harcamaları yüksek olanlar (yaşlılar ve 15 yaşına kadar çocuklar) dır. Ayrıca doğum öncesi ve anne bakımı, okul sağlığı hizmetleri, yaşlı insanların bakımı için ek hizmetlere de fon ayırmıştır. Devlet halk sağlığı, çevre sağlığı, sağlık eğitimi, doğum için işinden ayrılanlara ek gelir, çocuk bakıcı ücretleri için de ödeme yapmaktadır. Devlet bazı halk sağlığı ve çevre sağlığı aktiviteleri içinde bir fon oluşturmuş ve bütçeden para aktarmıştır.

Özel kaynaklar (devlet hastahanelerini kullanma vergisini içeren) halk tarafından yapılan doğrudan ödemelerle şekillenmektedir. Diğer bütçe dışı ödemeler sadece tahmin edilmekte, tam olarak tutarları bilinmemektedir (2/13,14).

Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı daha sonradan parlamento tarafından onaylanması şartıyla sağlık hizmetlerine ayrılacak yıllık payın tespitini yaptığı söylenmektedir. Devlet fonları, kamu sağlık sektörü harcamalarının %5'ini karşılamakla beraber genelde üçüncül sağlık hizmetleri aktiviteleri ile ilgilidir. Şehirlerde aynı zamanda kendi imkânları çerçevesinde kendi ödeneklerine katkıda bulunmaya çalışmaktadırlar. Coğrafi dağılımda ve sağlık hizmetlerine ulaşımada ortaya çıkan eşitsizlikler söz konusudur. Pratikte fonlar, imkânları daha iyi olan bölgelere akmaktadır. İkinci bir problem; fon kaynaklarının sınırlı olmasıdır (2/41)

II.4.1.1. Zorunlu Sağlık Sigorta Fonunun Kaynakları

1993 Sağlık Sigortası Kanunu zorunlu sağlık sigortası fonundan Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu'nu uygulamaya koymuştur. Sigorta gelirlerinin (primler) şimdiki tutarı brüt maaşın %16'sı olan (%14'ten artırıldı) ve yarısı işçi, yarısı işveren tarafından ödenen ücret vergisi (prim) olarak yürürlüktedir.

1995'te işverenden, işçiden ve işyeri sahiplerinden gelen ödemeler, fonun %63'ünü oluşturmaktaydı. Gelirlerin %3,2'sinin çiftçilerden gelen yardımlar olduğu, bütçe yardımı paylarının %1,6 olduğu, sağlık hizmetlerini kullananların katkı payının %4,6 olduğu açıklanmıştır. Ayrıca alınan brüt emekli maaşlarının %18'i tutarındaki kesintiler kurum gelirinin %23'ünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak gelirin yaklaşık %5'i ödeme yapamayanların adına devlet tarafından ödendiği söylenmektedir.

Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu 1996'dan itibaren bütçenin dengesini sağlayabilmiştir.

Sağlık sigortasının katkı oranları, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hırvatistan Sağlık Sigortası Kurumunun yılda bir kez bir araya gelerek karar verdikleri oranlardır. Bu oranlar parlamento tarafından onaylanmaktadır. Devlet, Sağlık Sigortası Fonu tarafından karşılanmayan giderlerin karşılanmasından sorumludur. Eğer kişiler sigorta katkılarını ihmal ederlerse, Sağlık Sigortası Kurumu sigortalı bireyden bu hakkı geri alır ve kapsam dışına çıkarabilmektedir.

Sağlık Sigortası Kurumu, hekimler ve hastahaneler gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla yaptıkları kontratlara uygun olarak kaynakları dağıtır. Bu kontratlar uzmanlaşmış hizmetleri, hizmet alanlarını, kalite ve sistemlerini belirler. Kontratlar, ödeme şekilleri ve maliyet muhasebesi için gerekenleri belirlemekle beraber, Hükümetin milli sağlık planının belirlenmesinde önem bir kısmını oluşturmaktadır (2/14).

Sigorta Hizmetlerinden Faydalanmalar: Sağlık seviyesini yükseltici, koruyucu, birincil sağlık ve hastahane hizmetlerini içeren sağlık hizmetlerinin faydalı ve ekonomik şekilde verileceğini belirten bir kanun bulunmaktadır. Sigorta yardımı bütün aile üyelerini (çocukların 15 yaşına kadar ve eğer okuyorsa eğitimleri boyunca) ve ayrıca diğer yakınlarını kapsadığı söylenmektedir. İlçe yetkilileri işsizlere sağlık sigortası yardımı yapmaktadır (2/14,15).

II.4.1.2. İsteğe Bağlı Sigorta Sistemi

1993 yılında yeni Sağlık Sigortası Kanunu ve Sağlık Hizmeti Kanunu ile var olan sigorta sistemini destekleyici özel sağlık sigortalarının yolu açılmıştır. Gelecekteki sağlık hizmetleri harcamalarının düzeyini belirleyecek en önemli faktörlerden biri de özel sağlık sigortası sistemindeki primlerin hesaplanmasıdır.

Özel sağlık sigortalarındaki temel prensip bir kişinin ihtiyaç duyabileceği tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktır. Bir kişi özel sağlık sigortası sisteminden yararlanmaya başladığı anda zorunlu sağlık sigortası sistemindeki haklarını kaybeder, bu yüzden özel sağlık sigortasının kapsamının düzeyi en azından zorunlu sağlık sigortasınınki kadar olmalıdır.

2000 yılı itibarıyla isteğe bağlı özel sigorta sisteminden 5.657 kişi yararlanmaktadır. İsteğe bağlı sağlık sigortası sisteminden yararlanacak olan kişi sayısının her yıl artarak 2011 yılında 100.000 kişiye ulaşması beklenmektedir (5/1, 3, 10).

II.4.1.3. Finansmanı Tamamlayıcı Kaynaklar

Bütçe Dışı Ödemeler: Hastalar birincil sağlık hizmetleri, konsültasyonlar, evde bakım ve ambulans hizmetleri için ortak ödeme yaparlar (ücretin bir kısmını öderler). Ayrıca özel bakımlar için, yatan hastaların hastahane veya sanatoryumdaki tıbbi hizmetler dışındaki (otel) giderleri için de ödemeler vardır. Hastalar ayrıca diş protezleri, ortopedik cihazlar ve bazı reçeteli ilaçlar için de ödeme yaparlar. Ortak ödeme, ücretin %10'una yakın bir tutardır.

Düşük geliri olan, işsiz, savaş gazisi ve 15 yaşına kadar olan çocuklardan oluşan hastalar bu ortak ödemeleri ve zorunlu ödemeleri yapmazlar. Ayrıca mesleki koşullardan hastalananlar ve yaralananlar, bulaşıcı hastalığa yakalananlar, zihinsel hastalar ve sağlık problemi olan hamileler de bu ödemelerden muaf olduğu bilinmektedir. Sağlık sigortası olmayan hastalar bütün bakım masraflarını ödemek zorundadırlar. Bu hastaların sevkleri yoksa veya ihtiyaçları olan sağlık hizmeti sigorta kapsamı dışında ise, yine tam ücret ödemekle yükümlüdürler (2/15).

Gönüllü Sağlık Sigortası: 1993 Sağlık Sigortası Yasası özel, yarı-özel veya halk temelli olan ek sigorta ve özel ticari sigortaya izin vermiştir. Az sayıda gönüllü sigorta şirketi daha iyi hastahane yatak ücreti, düşük ücrette diagnostik tetkikler ve çok fazla beklemeden işlemleri tamamıma gibi imkânlarla hizmet vermektedirler. Şirketler kendi çalışanlarının sigortalarını kendileri ödemektedir. Elde yeterli veri olmadığından, ne kadar insanın özel sağlık sigortasından yararlandığı bilinmemektedir.

Geniş kapsamlı özel sağlık fonu yasası bulunmamaktadır. Bu fonun Sağlık Bakanlığı'ndan onaylanması gerekmektedir. Herhangi bir şirket özel sağlık sigortası yaptıracığı kuruluşları sabit gelir, belli bir finansal gelir ve belli bir miktarda fon rezervi olma koşulları arama yükümlülüğünde bulunmaktadır (2/15).

Dış Fon Kaynakları: Yurt içi ve yurt dışından yapılan yardımlar sağlık hizmetleri bütçesine yardımcı olurlar. Bu paralar özel amaçlar için ayrılır. Ayrıca Dünya Bankası'ndan uzak bölgelere yeni sağlık kuruluşlarının yapılması, acil servislerin geliştirilmesi, gelişmiş ve iyi cihazlarla donatılmış servisler inşa etmek amacıyla yardım (kredi) alınmaktadır. Bu fonun miktarı 1995 bütçesinin %3'ü 1997'de %1'i olmuştur. Ayrıca Birleşmiş Milletler ile çalışan bazı kuruluşların desteği ile Vukovar Hastahanesi yeniden inşa edilmiş ve yeni bir sağlık merkezi yapılmıştır (2/16).

II.4.2. Sağlık Harcamaları

Savaş sonrasında 9.941 ölü ve 28.734 yaralı mevcuttu. Rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyan yaklaşık olarak 60–65 bin savaş mağduru vardı. Savaşın yol açtığı toplam hasar 20 milyar Amerikan dolarını buluyordu Savaş sırasında ve sonrasında sağlık sistemi sadece savaşın olumsuz sonuçlarından etkilenmemiş aynı zamanda kaynak sıkıntısı da çekmiştir. 1990'da sağlık hizmetleri için 2,3 milyar Amerikan doları harcanması gerekirken 1994'te bu miktar 800 milyon Amerikan dolarına düşmüştür. Sağlık hizmeti politikası artık istikrarlıdır (11/1).

Tablo 3: Sağlık Harcamalarının Kategorilere Göre Dağılımı

Harcamaların Dağılışı	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	14,90	17,20	13,00	14,40	15,40	14,60	16,12	18,63
Reçete İlaçları	7,00	11,60	16,60	21,70	19,00	16,90	16,95	15,54
Poliklinikler	13,70	12,50	10,50	12,40	10,90	10,30	11,23	11,52
Hastahaneler	35,50	31,50	27,80	30,70	33,20	33,60	32,28	29,82
Diğer Sağlık Hizmetleri	3,90	3,90	7,30	8,70	6,60	6,60	5,98	5,32
Toplam	75,00	76,70	75,20	87,90	85,10	82,00	82,56	80,83
Faydalananlar Ve Ek Katkıları	12,60	16,10	4,60	6,00	11,60	14,20	12,19	13,55
Diğer Harcamalar	10,40	7,20	20,20	6,10	3,30	3,80	5,25	5,60
Toplam Harcamalar	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (2) Healty Care Systems in Transitions - Croatia, s:17

Hırvatistan GSMH'sinin büyük bir bölümünü (1994 yılında %9,1 ve 1997 yılında %7,2) sağlığa harcamaktadır. Bu oran Batı ve Orta Avrupa'da %5,2, Avrupa Birliğinde ise %8,3'dür. Özel harcamalar katılmadığı için, toplam sağlık harcamaları resmi istatistiklerde belirtilen değerlerin altında hesaplanmıştır. 1993 yılındaki yeni sağlık sigortası fonunu karşılayabilmek için cari harcamalar gözden geçirilip, düzeltilmiştir. Toplam halk sağlığı harcamaları, tüketici ödemeleri dışında bırakılarak hesaplanmıştır (2/6).

1998-2000 yılları arasında GSMH içinden sağlığa ayrılan pay artmaya başlamış ve 2000 yılında %3,5'e kadar çıkmıştır. Bu dönemde kişi başına düşen sağlık harcaması 400 Amerikan doları civarındadır (7/4).

Tablo 3; 1990'larda kamu sektörünün değişimi ile oluşan sağlık hizmetleri harcamalarını göstermektedir. 1990'da reform yapılmadan önce, sağlık hizmetleri harcamalarının %15'i birincil sağlık hizmetlerine, %36'sı ise yataklı tedavi hizmetlerine gidiyordu. 1997'deki harcamaların oranı %18'le birincil sağlık hizmetlerini, %12 ile ikincil sağlık hizmetlerini ve yaklaşık %30'la yatan hasta bakımı hizmetlerini içermektedir. 1997 yılındaki %16'lık düşüş dikkate alınmazsa, 1990 yılında %7'lik orana sahip olan ilaç kullanımı 1993 yılında %22'ye çıkmıştır (2/17).

Hastahane Ödemeleri: Hastahaneler personel giderlerini devlet yardımları ve kendi bütçeleriyle finanse etmektedirler. Ayrıca, sağladıkları hizmetlere uygun olarak Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu tarafından hastahanelere ödeme yapılmaktadır. Bu aynı zamanda kurum ile anlaşmalı olan sağlık merkezleri ve poliklinikler için de geçerlidir. Ödemelerin maliyet giderlerini (ücretler, ilaçlar, sarf malzemeleri) karşılamaları beklenir. Sermaye harcamalarının sorumluluğu hastahane sahiplerine bırakılmıştır. Klinik hastahanelerden Sağlık Bakanlığı, genel hastahaneler, özel hastahaneler, poliklinik ve sağlık merkezlerinden ise şehir yönetimleri sorumlu olduğu bilinmektedir.

Sözleşmeler ilaçların maliyeti, personel ücretleri, yemekler, otelcilik hizmetleri ile sözleşmeli yatak sayılarının miktarlarını da hesaba katmaktadır. Sözleşmede işlemler ve belirtilen önemli noktaların adedi 90.000'i aşmaktadır. Yatan hasta gününü hesaplamak için hastahaneler 3 gruba ayrılmıştır. Bunlar genel hastahaneler, üniversite hastahaneleri ve bölgesel merkezlerdir. Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumu'nun gelirine paralel olarak birim maliyetleri ayarlanmaktadır. Bu da, düşük gelir durumunda birim maliyetler düşük olmaktadır. Yüksek gelir durumunda ise birim maliyetler yükseltmektedir (2/42,43).

Doktorlara Yapılan Ödemeler: Kamu sektöründe doktor ücretleri milli bir ücret planıyla belirlenmektedir. Gelir mesleki beceri durumlarına bağlıdır. Bazı durumlarda ücret katlanarak artmaktadır.

Birincil sağlık hizmetinde görev alan sözleşmeli doktorlara yapılan ödemeler, hizmet başına alınan ücret ile sabit ücretin birleşmesinden oluşmaktadır. Sigorta kapsamında olan hizmetler için hizmet sağlayıcıları Hırvatistan Sağlık Sigorta Kurumunun belirlediği fiyat listesine göre ücret alır. İkincil sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışan sözleşmeli doktor ücretleri aynı zamanda hizmet başına ücret temeline dayanmaktadır (2/43).

II.5. Eczacılık Ve Sağlık Hizmeti Teknolojisi

Sağlık Bakanlığı, sanayicilerin ve ithalatçıların yapmış olduğu ilaçlarla ilgili uygulamaların kayıtlarını tutmaktadır. Tıp uzmanlarından oluşan komitenin tavsiyeleri üzerine, geri ödemeli ilaçların listeye alınıp alınmayacağı kararı yetkisi Hırvatistan Sağlık Sigortası Kurumuna verildi. Bu ilaçların fiyatları uluslararası çalışmalarla belirlenmektedir.

Savaşın kötü etkilenmiş, olan eczacılık sektörünün büyük bir kısmı özelleştirilmiştir. Avrupa Birliği ülkelerine yapılan ihracat çalışmalarının yükseltilmesine çalışılmaktadır. Hırvatistan'da ithal malzemelerin hacminin ve fiyatının artmasından dolayı 1990'da toplam sağlık harcamalarının %7'sini oluşturan ilaç payı, 1997'de %16'ya yükselmiştir.

Eczacılık sektörü, mevcut eczahane mülkiyetlerinin özel eczacılara kiralanmasıyla büyük oranda özelleştirilmiştir. Yeni özel eczacılar kendi mülkleriyle de eczahane açmışlardır. Özelleştirme, ilaca olan ihtiyacı giderme ve kolay ulaşılabilirliği üzerinde büyük ölçüde başarılı olmuş, fakat beklenmeyen bir sonuç olarak, eczacılık giderleri artmıştır.

● Sağlık Bakanlığı'na bağlı Mesleki Denetim Ünitesi yeni teşhis ve tedavi uygulamalarının denetimini yapmaktadır. Hırvatistan'da, sağlık teknolojisinin yönlendirilmesi için resmi bir sistem henüz olmadığı bilinmektedir (2/39).

II.6. İnsangücü

Üniversitelerdeki tıp eğitimi başkent Zagreb ve her biri bölgesel merkezler olan Osijek, Rijeka ve Split'te bulunan tıp okullarında verilmektedir. 1989'dan bu yana tıp eğitimi 6 yıl sürmekte olup, pratiğe ve bağımsız problem çözümüne önem verilmektedir.

Mezuniyetin devamında, hekimler 2 yıl süren staj döneminden sonra bir sınava tabi tutulurlar ve daha sonra görevlerine başlamaktadır. Ayrıca, stajdan sonra ihtisas dönemi devam etmektedir. 1961'den günümüze, hekimler genel uygulamalarda ihtisas yapabilmekte ve bu ihtisas üç yıl sürmektedir. Günümüzde bu eğitimler aile hekimliği modeline doğru kaymaktadır. 1989'dan 1997'ye kadar geçen dönemde tıp mezunlarının sayısının nüfusa oranı hemen hemen aynıdır (2/36).

Hırvatistan'da genel hekimlik/aile hekimliği konularının temel tıp eğitimi içerisinde yer alması düşünülmüş, bu konularla ilgili eğitim 6 yılda 11 dönem içerisinde verilmeye başlanmıştır. Bu eğitim 4 hafta sürmektedir.

Lisansüstü tıp eğitiminde amaç mesleki uzmanlık sağlamak olup, bu eğitim 1961 yılından beri verilmektedir; ancak temel tıp eğitimi alan doktorların genel pratisyen olarak çalışabildikleri görülmüştür. Bazı dönemlerde genel pratisyenlerin %60'ı uzmanlık için mesleki eğitimden geçmektedirler. Son yıllarda ise durum oldukça büyük bir değişim geçirmiş, uzmanlık eğitimi neredeyse durmuştur. Bunun ana sebepleri arasında sağlık hizmetleri ile ilgili konulardan sorumlu politikacı ve idarecilerin uzmanlık eğitiminin toplum açısından ne derece önemli olduğunu göz ardı etmeleridir. İkinci neden ise mali kaynakların kıtlığıdır. Ancak bu sürecin Avrupa Birliği'ne uyum çalışmaları ile birlikte değişmesi beklenmektedir.

Sürekli tıbbi eğitim etkinlikleri ise oldukça hızlı bir biçimde sürmektedir. Bunun ana nedeni ise genel pratisyenlerin mesleklerinin ilk 6 yıllık süreçlerinde zorunlu olarak ders almaları ve belirli miktarda kredi toplamalarıdır (8/1,2).

Tıp, eczacılık, diş hekimliği ve biyokimya bölümleri, üyelerini mesleğe teşvik etmek üzere meslek odaları oluşturmuşlardır.

Hırvatistan, hemşire sertifikası veren ulusal hemşire kurullarına ve kayıt sistemine sahip olduğu bilinmektedir. Hırvatistan'da ayrıca Sağlık Bakanlığı'nda başhemşire memurluğu mevcuttur. Yakın zamanda hemşire eğitiminin kalitesi yükseltilmiştir. Hemşire olma yaşı en az 18'dir ve hemşire eğitimi kolej seviyesinde 3 yıl sürmektedir. Pratik ve teorik eğitim verilmektedir. Yeni yapılan reformlarla gebelik, pediatrik ve zihinsel sağlık bölümündeki hemşireler için üniversite sonrası ihtisas yapabilmeye şansı verilmiştir.

Ülkede, sağlık uzmanlarının ve sağlık hizmeti yöneticilerinin düzenli bir mesleki eğitime devam etmesi önem kazanmıştır. Dünya Bankası'ndan alınan borçlarla bu reformlar finanse edilmekte ve mesleğe yönelik bir eğitim sağlanmaktadır.

Hırvatistan'da, 1997 itibarıyla doktor başına düşen hasta sayısı 435'tir. Bu rakam Avrupa ülkelerine göre düşük olduğu görülmektedir. Rakam 1989'dan 1997'ye kadar olan dönemde yükselme göstermiştir. Ülkede, 1997 itibarıyla hemşire başına düşen hasta sayısı 217'dir. Bu rakam Avrupa ve Balkan ülkelerine göre daha düşük olduğu gözlenmektedir. 1990 ve 1995 yılları arasında, kamu hizmet kurumlarındaki sağlık hizmeti çalışanlarının sayısı, beşte bir oranında azalmıştır. Bu kapsamda diş hekimleri, kalifiye olmayan eleman, az sayıda üniversite düzeyinde eğitim almış hekim, eczacı ve sağlık uzmanı vardı.

Aynı zaman periyodunda, idari personel sayısında da beşte bir oranında bir azalma olmuştur.

Maaşlar savaş sonuna kadar yükselmiş fakat daha sonra düşük oranda kalmıştır. Bu düşük maaşlar, sağlık alanındaki reformlar sağlık sektöründeki uzmanlığın azalmasına ve iyi yönde olan kamu sektöründen özel sektöre doğru kayışa yol açmıştır. 1990'da, düşük maaşlı sağlık personeli, kamu sektörü sağlık giderlerinin %40-50'sini kapsamaktaydı. Bu pay 1996'da sağlık hizmeti harcamalarının %60'ına yükselmiştir. Hekim ve diş hekimi maaşları hemşire maaşlarından %50 daha fazla olduğu söylenmektedir.

Savaşı izleyen yıllarda yeniden kazanılan bölgelerdeki sağlık personelinin kadrolaşma faaliyetleri önemli bir problemdi. 1990 yılında buralardaki doktor sayısı 2.000'di. Ayrıca, bugünkü politikalarla sağlık personelinin Hırvatistan sahilindeki adalar gibi seyrek nüfuslu bölgelerde çalışması teşvik edilmiştir (2/36,39).

II.7. Sosyal Hizmetler

Günümüzde, Hırvatistan'daki sosyal hizmetler yeterli olmadığı söylenmektedir. Düşük gelirli muhtaç yaşlılar ile zihinsel ve fiziksel engelli olup özel ihtiyaçları olan insanlar için sınırlı imkânlar mevcuttur. Sosyal hizmet ihtiyacı olan insanlar uzun süreli hizmet veren hastahanelerdeki yatakları doldurmuşlardır. Yapılan planlarla, bu yataklardaki hasta sayısı düşürülüp, insanlara kendi ikametgâhlarında daha iyi bir tıbbi hizmet uygulaması ve sosyal hizmet yönünden destek olmak yolunda adımlar atılmaktadır.

Sağlık sigortasının uzun süreli hizmet için ayakta tedavi faaliyetlerini içeren hizmetlerdeki yetersizliklerden dolayı, birçok bakıma muhtaç insan uzun dönemli hastalıklara katlanmak zorunda kalmaktadırlar (psikiyatrik ve yaşlı bakımı yapılan hastahane bölümleri gibi). Sosyal hizmet kurumlarındaki hastalar için sağlık hizmeti ya bu kurumlarla anlaşmalı sağlık kurumları tarafından, ya da yerel sağlık merkezlerindeki anlaşmalı kadrolar tarafından ayrı ayrı sağlanmaktadır.

Evde bakım hizmetleri, sağlık merkezlerine bağlı evde bakım hemşireleri tarafından sağlanmaktadır. 1994 ve 1995'te birçok özel evde bakım birimi kurulmuştur. Bu birimler genellikle hemşireler veya psikoterapistler tarafından kurulmaktadır. Bir veya iki hekim, resmi hemşireler, tıbbi teknisyenler, bazı sosyal çalışanlar ve 10 ila 30 arasında yardımcı hemşire çalışmaktadır.

1995 sonu itibarıyla, 14 adet evde bakım birimi kurulmuş ve buralarda Hırvatistan sağlık sigorta kurumlarıyla anlaşmalı 600'ün üzerinde hemşire ve 132 özel hemşire çalıştırmaktadırlar. Bu koşulların ileride daha yüksek seviyeye ulaşması beklenmektedir (2/35).

II.8. Sağlık Reformları

Hırvatistan'daki sağlık reformları, çok sayıda özel nedenlerden etkilenmiştir.

Hırvatistan yeni bağımsız olan bir devlet olup, ekonomik ve politik değişim sürecindedir. Hırvatistan sağlık sistemi reformu, çok partili seçimlerin ertesinde, 1990'da başlamıştır.

Yapılan planlar, diğer ülkelerin sağlık reformlarındaki tecrübeler ışığında WHO yetkilileriyle danışmalı olarak, sağlık sistemini yeniden organize etmek amaçlıdır. Diğer ülkelerle daha yakın işbirliği planlanmış, sağlık hizmeti kalitesinin WHO ve AB tavsiyeleriyle yükseltilmesine çalışılmıştır. Finansal açıdan uygulanabilir bir sağlık sigorta sistemi ve reforma yönelik yasal bir çatı oluşturulmaya çalışılmıştır.

Hırvatistan sağlık sisteminin dengesi 1992'de baskı altına girmiş, GSMH'den ayrılan pay 90'lı yıllarda düşük seviyelerde kalmıştır.

Reformun temel amaçları bazı birincil sağlık hizmetleri personel ve faaliyetlerini özelleştirme, birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık sigorta sisteminin düzgün bir yapıya kavuşturulması ve nüfusun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Buna ek olarak programın bir amacı da ulusal şartlara duyarlı kalmakla birlikte, sağlık hizmetleri düzeyini, Batı Avrupa ülkelerinin ulaştığı çizgiye daha da yaklaştırmaktır.

Sağlık sigorta fonu, bir kamu mali kaynağına bağlı olma derecesini azaltmak için oluşturulmuştur. Devlet ve şehir kurumları, sağlık maddi unsurlarının sahipliğini devralarak, Yugoslavya döneminde daha önceden oluşan kendi kendine yönetimin (öz yönetim) karışık biçimine son vermiştir. Ülkenin karşılaştığı ekonomik kriz etkililik konusunda sorunlara neden olmuştur (2/45).

A. ERDAL

III. HIRVATİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Hırvatistan Ve Türkiye Göstergeleri

GÖSTERGELER	HIRVATİSTAN	TÜRKİYE
Nüfus (2001) (Milyon)	4,4	69,3
Nüfus Artış Hızı (%) (2001)	0,2	2
Şehirde Yaşayan Nüfus (%) (2001)	58,1	56,2
Beklenen Yaşam Süresi (yıl) (2001)	74	70,1
Kişi Başına Düşen Reel GSYİH (U.S. \$) (2001) (a)	9,170	5,890
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı (%) (1997)	Kamu: 7,5 Özel: 1,6	Kamu: 3,6 Özel: 1,4
Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (US \$)	665	315
100.000 kişiye düşen hekim sayısı	229	127
Bebek Ölüm Hızı (Binde) (2001)	7	36
Kadın Doğurganlığı	1,7	2,4
5 Yaş Altı Ölümler (Binde) (1998)	9,5	42

Kaynak: (13) Human Development Index , s:237, 238, 250, 251, 254, 255, 262, 263.

Hırvatistan Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi oluşturmak istemektedir.

Hırvatistan sağlık sistemi ile Türkiye sağlık sistemini karşılaştırıldığında, bazı benzerliklerden daha çok farklılıklar göze çarpmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri faaliyetleri merkezi idarenin sorumluluğunda, Sağlık Bakanlığı ve ilgili birimleri tarafından yürütülmekteyken, Hırvatistan'da sağlık hizmetleri faaliyetleri devlet sorumluluğu altında olmak üzere Sağlık Bakanlığı ve şehir yönetimleri tarafından yürütülmektedir. Hırvatistan'ın bu stratejiyi izlemesindeki temel amaç; sağlık hizmetlerini tabana yaymak, bunun sonucunda planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim gibi yönetim faaliyetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde yerine getirmektir.

Türkiye'deki sağlık sigortası işlemleri SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi resmi ve özel sağlık sigorta kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Hırvatistan'da ise sigorta işlemleri 1993'te kurulan ve Sağlık Bakanlığına bağlı olarak görev yapan, tek sigorta kurumu olan Hırvatistan Sağlık Sigortası Kurumu ve bu kuruma bağlı ilgili birimler tarafından yürütülmektedir.

Türkiye'de yönetim yetersizlikleri ve ekonomik düzenin bozukluğu sağlık harcamalarına ayrılan payın düşüklüğünün başlıca nedenlerini oluşturur. Hırvatistan'da savaştan yeni çıkmış bir ülke olması ve yeni kurulması nedeniyle GSMH'den ayrılan pay Avrupa standartlarının altındadır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin işleyişindeki sevk zinciri tam olarak işlememektedir. Birincil sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık ocaklarına, sağlık evlerine ve dispanserlere başvuru yapılması gerekirken doğrudan ikinci sağlık hizmetlerinin verildiği hastahanelere başvuru yapılmaktadır. Bu durum hastahanelerde yığılmalara neden olmakta ve hastahaneler asli görevlerini yapamamaktadırlar. Ayrıca eğitim hastahaneleri de, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yerine getirmesi gerekirken, poliklinik ve genel hastahanelerin fonksiyonunu yerine getirmektedir. Hırvatistan'daki sevk sisteminin işleyişine önem verilmektedir. İkincil ve üçüncül sağlık kurumlarına sadece intiyacı olan kişiler sevk edildiklerinde gelmekte ve bunun sonucunda verilen hizmetler daha etkili ve verimli olmaktadır.

Türkiye'de tedavi edici sağlık hizmetlerine çok daha fazla önem verilmektedir. Bütün vatandaşları içine alan bir genel sağlık sigortası bulunmamaktadır. Refah yönelimli tipinde sağlık sistemini uygulanmaya çalışılmaktadır. Hırvatistan'da, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önem verilmektedir. Sağlık sigortası aracılığıyla, kapsayıcı hizmet tipindeki sağlık sistemi uygulanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye ve Hırvatistan'da sağlık hizmetleri herkese eşit olarak ulaşmamaktadır. Türkiye'de sağlık sektöründe çalışanların kırsal kesime ve pek çok şehre gitmek istememesi sonucunda yeterince sağlık hizmeti verecek gerekli donanımına sahip birimler ve bu hizmetleri verecek yeterli nitelik ve nicelikte sağlık insan gücü bulunmamaktadır. Hırvatistan'da da sigorta fon imkânları daha ziyade refah düzeyi daha iyi olan bölgelere akmaktadır.

Sonuç olarak Türkiye ile Hırvatistan arasında sağlık hizmetlerinin verilmesi ve sonuçları açısından farklılıkların bulunduğu açıktır. Oranların genelde Hırvatistan'da iyi olması bu ülkede sağlığın öneminin daha iyi kavranmış olmasına, ülke kaynaklarının daha verimli kullanılmasına ve daha iyi bir sağlık örgütlenmesi ve yönetim yapısına sahip olmasına bağlanabilir. Türkiye'de ise halkın sağlık eğitimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli derajede verilmemesi, ülke kaynaklarının verimli ve etkili kullanılmaması, sağlık örgütlenmesi ve yönetim yapısı bakımından iyi bir işleyişe sahip olmaması bu oranların Hırvatistan'a göre olumsuz çıkmasına neden olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt No:11
2. European Observatory on Health Care Systems (1999) Health Care Systems in Transition-Croatia, www.observatory.dk
3. Croatian Homepage (2001) Fact About Croatia: General Info, www.HR – www.hr/index.en.shtml
4. The World Factbook Home (2000) Croatia, www.odci.gov/cia/publications/factbook/geos/hr.html
5. International Actuarial Association (2002) Modeling Expenditures for Private Health Insurance in Croatia, www.actuaries.org/members/en/events/cogress/cancun/ica2002_subject/health/health_24_racic-zlibar_a.pdf
6. Dictionnaire Larousse Ansiklopedik Sözlük (1993-1994) Milliyet Gazetecilik A.Ş., İstanbul, Cilt No:3, s:1062-1063
7. WHO (1998) The World Health Report 1998, Life in the 21st Century a Vision for All, WHO, Geneva
8. EURACT (2001) EURACT Council meeting April 4-7, 2001 Eger, Hungary, <http://euroact.org/html/rep01105.shtml> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Kovacic, L. Susic, Z. (1998) Organization of Health Care in Croatia: Needs and Priorities, Sayı:39, No:3, www.st.carnet.hr/events/culdiv/vsabljak.html
10. WHO (2000) World Health Organization Regional Office for Europe, Highlights on Health in Croatia, www.euro.who.int/healthinfo/highlights/20011002.htm
11. Organization of Health Care in Croatia: Needs and Priorities (1998) www.mefst.hr/cmj/1998/3903/390304.htm
12. Ministry of Health of the Republic of Croatia, www.tel.hr/mzrh
13. UNDP (2003) Human Development Index, www.undp.org

A. ERDAL SARGUTAN