

LETONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Akın YUMUŐAK
Fatih Murat YÜKSEL
Sabahattin EKİN

A. ERDAL SARGUTAN

LETONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1740
I. ÜLKE TANITIMI	1741
I.1. Coğrafi Yapı	1741
I.2. Tarih	1741
I.3. Siyasi Yapı	1742
I.4. Nüfus Yapısı	1742
I.5. Doğal Kaynaklar	1743
I.6. Ulaşım	1743
I.7. Ekonomi	1743
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1744
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	1744
II.2. Ülkenin Sağlık Durumu	1745
II.3. Sağlık Sisteminin Organizasyonu	1745
II.3.1. Refah Bakanlığı	1745
II.3.2. Diğer Bakanlıklar	1747
II.3.3. Yerel Yönetimler	1747
II.3.4. Diğer Kurumlar	1748
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1749
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1749
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1750
II.5. Sosyal Hizmetler	1750
II.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	1751
II.6.1. Bütçe Saptama Ve Kaynak Dağılımı	1753
II.6.2. Diğer Finansman Kaynaklı Harcamalar	1754
II.6.3. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	1755
II.7. Özel Sektör	1755
II.8. İlaç Kaynakları	1755
II.9. İnsan Kaynakları	1756
II.10. Özelleştirme	1757
II.11. Reformlar	1757
III. TÜRKİYE VE LETONYA SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1759
KAYNAKLAR	1761

ÖZET

Letonya sağlık sistemi 1991 yılında bağımsızlığın kazanılmasından sonra birçok defa değişikliğe uğramıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı ile İş ve Sosyal Refah bakanlıkları, Refah Bakanlığı adı altında birleştirilmiştir. 1998'de Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin sorumluluğu Refah Bakanlığı ile belediyeler arasında paylaştırılmıştır.

Letonya'da hastalar, Zorunlu Sağlık Sigortasıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Letonya sağlık hizmeti kaynaklarının %79'u zorunlu sigorta primleri ve vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Sağlık Fonlarının nasıl yönetileceğine Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu karar vermektedir. Finansman alanında bölgesel fonlar her bölgede ve büyük şehirlerde kurulmuştur. 32 bölgesel fon, 8 bölgesel hastalık fonu adı altında birleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için ayrılan para, Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası kurumuna aktarılmaktadır. Bu kurum, parayı 8 bölge hastalık fonuna dağıtmaktadır. Fonların bir bölümünü temel hizmet programındaki hizmetler karşılığında çalışanlara ödemelerin yapıldığı bölge hastalık fonları, bir bölümünü özel hizmetlerden oluşan devlet programları, bir bölümünü de merkezi satın alma işlemi oluşturmaktadır. Bu görünümüyle Letonya Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi uygulamaktadır.

Birincil sağlık hizmetlerinin organizasyonu yerel yönetimlere dağıtılmıştır. Hastalara birincil sağlık hizmetleri özel sektör tarafından da verilebilmektedir, ancak bunun finansmanı hastalık fonlarıyla tabipler arasında düzenlenen anlaşmalarla sağlanmaktadır. 1991 yılından itibaren birincil sağlık hizmetlerine yönelik aile hekimliği sistemi uygulanmaktadır.

Letonya'da hasta, hastahaneye başvurduğunda Temel Sağlık Hizmeti Programına dâhil olan hizmetlerden yararlanacaksa, bunun finansmanı Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası tarafından sağlanır.

Eğer hasta Temel Sağlık Hizmeti kapsamı dışındaki ek hizmetlerden yararlanmak istiyorsa bunun finansmanı, isteğe bağlı sağlık sigortasından karşılanır. İsteğe bağlı sağlık sigortası az olmakla birlikte giderek büyümektedir.

Diğer bir kaynak, yerel yönetimlerin yardım amaçlı oluşturdukları fonlardır.

Bunların dışındaki hizmetlerden geriye kalan %7-10'luk oran hastaların doğrudan ödemeleriyle karşılanır. Bu miktarın %39'a kadar çıktığına dair bilgiler vardır.

Letonya sağlık sistemi kamu destekli Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi tipini yerleşirme gayretindedir.

LETONYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Letonya Cumhuriyeti
NÜFUSU	: 2.329.000
DİN	: Hıristiyanlık
DİLLER	: Letonca (Resmi dil) ve Rusça
KITA	: Avrupa
YÜZÖLÇÜMÜ	: Toplam:64.589 km ² , Deniz:1.000 km ² , Kara:63.589 km ²
BAŞKENTİ	: Riga
YÖNETİM ŞEKLİ	: Cumhuriyet
PARA BİRİMİ	: Letonya Rublesi ve Euro (5/1)

I.1. Coğrafi Yapı

Baltık Denizi kıyısında yer alan bir Avrupa devleti olan Letonya 57 kuzey paraleli ve 25 doğu meridyeni arasında yer alır. Kuzeyinde Estonya, doğusunda Rusya Federasyonu, güneyinde Litvanya, batısında Baltık Denizi ile çevrilidir(5/1,2).

Letonya'nın büyük bir kısmı düzlüklerden meydana gelir. Yükseklik doğuya doğru gidildikçe artar. Ülkenin doğu kesimindeki Orta Vidzeme Yükseltilerinin en yüksek noktası 311 metredir. Batıya doğru akan Vedna ırmağı batıdaki Kurzeme yükseltilerini iki kesime ayırır. Orta Vidzeme yükseltileriyle ülkenin en doğusundaki Ladgale yükseltileri arasında Doğu Letonya Düzlüğü yer alır. En önemli akarsuyu Dvina Nehridir. Rusya sınırı yarınlarında irili ufaklı göller vardır.

İklimi ılımandır. Atlas Okyanusundan gelen hava kütlelerinin etkisi altındadır. Yazlar genelde serin ve yağışlı geçer. Aralık ortasında başlayan kış Mart'ta sona erer (1/426).

I.2. Tarih

Bölgenin yerleşik halkı olan Letonlar M.Ö. 3000 yıllarında Baltık kıyısına gelip yerleştiler. Uzun yıllar ticaretle uğraşarak geçimlerini temin ettiler. Letonya diğer Baltık ülkeleri gibi M.S. 9. Asırda Vikinglerin istilasına uğradı. Germenler 1198-1290 yılları arasında Letonya topraklarını ele geçirdiler. Bu arada bölgede Hıristiyanlık yayıldı. Letonya 15. Asırda kurulan Litvanya Federasyonuna katıldı. Rusya ile olan savaşlar neticesinde konfederasyon dağıldı. Letonya İsveç'in hâkimiyeti altına girdi.

Büyük Kuzey Savaşları neticesinde Çar Birinci Petro Letonya'yı ele geçirdi (1700-21). Bu tarihten itibaren Rusya'nın hakimiyeti altında kaldı. Rusya'daki 1905 işçi ayaklanması Letonya'da büyük yankılar uyandırdı. Ayaklanma ordu tarafından bastırıldı ve elebaşılar Sibiry'a sürüldü.

Birinci Dünya Harbi sırasında Letonya topraklarının büyük bölümünü Almanlar işgal etti. Almanların savaşta mağlup olmasını fırsat bilen Rusya, Baltık ülkelerine karşı harekate geçti ise de, yoğun bir karşı koyması sonucu Alman orduları Letonya'dan 15 Aralık 1919'da geri çekildiler. Bir süre sonra Letonya ve diğer Baltık ülkelerini tanıyan Rusya bir seri antlaşma imzaladı.

Bağımsızlığını kazanan Letonya'da hükümet büyük toprak sahiplerinin topraklarını, topraksız köylülere dağıtarak Germen soyluların ekonomik ve siyasi güçlerini zayıflattılar ve komünist hareketleri baltaladılar.

Almanya'nın 1939'da Polonya'yı yenmesinden sonra Rusya Baltık ülkeleri ile karşılıklı yardımlaşma anlaşmaları imzalandı ve bu ülkelerde askerî üsler kurmak için izin verilmesini istedi. Diğer Baltık Ülkeleri gibi Letonya da uluslar arası alanda bir müttefik bulamayınca Ruslara topraklarında üs kurması için izin verdi. 14-15 Temmuz 1940'ta yapılan seçimleri Sovyet yanlısı adaylar kazandı. Seçimler sonrası kurulan Letonya hükümeti ve parlamentosu Sovyetler Birliğine katılma kararı aldı. SSCB Yüksek Sovyeti bu isteği onayladı ve Letonya, Sovyetler Birliğinin Cumhuriyetleri arasına girmiş oldu.

İkinci Dünya Harbi sırasında tekrar Almanya'nın işgaline uğrayan Letonya'da 450.000'e yakın insan öldü. Savaşın ardından bölgeye hakim olan Sovyet hükümeti çok sayıda Letonyalıyı sürgüne gönderdi. Sosyalist rejim yeniden kurulunca Letonya'da 1951'e kadar gerilla harbi devam etti. 1951'den sonra iç karışıklıklara kesin olarak son verildi ve Sovyetler Birliği Letonya'da tamamen hakimiyeti ele geçirdi.

Letonya 1991'e kadar Sovyetler Birliğini meydana getiren 15 cumhuriyetten biri olarak kaldı. Rusya'da başlayan reform hareketleri neticesinde 1991'de Letonya bağımsızlığını ilan etti. Rusya Federasyonu dahil Avrupa devletleri Letonya Cumhuriyetini tanıdı (9/1,2)

I.3. Siyasi Yapı

Ülkede 1991 Anayasası yürürlüktedir.

Ülkenin yasama birimi olan Parlamento 100 koltuktan oluşur. Parlamento üyeleri 4 yıl süre için seçilir. Partiler parlamentoda temsil edilebilmesi için oyların en az %5'ini almalıdır. Seçimlerde oy verme yaşı 18 dir (2/4).

Letonya yönetsel olarak bölgelere ve belediyelere bölünmüştür. 26 bölge ve 7 şehir bulunmaktadır. Ayrıca toprak ve nüfus yoğunluğu açısından farklılık gösteren 483 belediye bulunmaktadır (3/12,13).

I.4. Nüfus Yapısı

Letonya'da nüfusun %54'ünü Letonyalılar, %33'ünü Ruslar, %5'ini Beyaz Ruslar, %3'ünü Ukraynalılar, %3'ünü Polonyalılar meydana getirir. Halkın büyük kısmı Letonca konuşur (9/2).

Letonya'da nüfus büyüme oranı % -1,3'tür. 60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %21,8'dir. Nüfusun %48'i bağımlı nüfustur.

Nüfus yoğunluğu (1997) kilometre karede 38,3 kişidir. Nüfusun %69'u kentlerde yaşar. Başkent Riga dışındaki önemli yerleşmeler Daugavpils, Liepaja, Jelgava ve Jürmala'dır (1/426).

I.5. Doğal Kaynaklar

Ülkenin başlıca madenleri dolomit, kireç taşı ve turbadır. Kurland Yarımadasında bulunan petrol rezervleri henüz işletilmemektedir (5/2).

Ülkenin yaklaşık üçte ikisi ormanlar, çayırlar, bataklıklar ve boş alanlarla kaplıdır (1/426).

I.6. Ulaşım

Letonya'da ulaşım demiryolu, karayolu, havayolu ve iç su yolları aracılığıyla sağlanır. Riga'da uluslar arası bir hava limanı vardır. Ticaretin büyük bölümü yıl boyunca açık olan Riga ve Ventspils limanlarından yapılır (1/426).

I.7. Ekonomi

Sanayisi gelişmiş bir ülke olan Letonya'da nüfusun yaklaşık %30'u imalat ve madencilik sektöründe çalışır. Başlıca sanayi dalları makine yapımı ve metal işlemedir. Radyo, laboratuvar araçları, buzdolabı ve motosiklet üretimi de önemlidir. Ülkede ayrıca gemi, tramvay, dizel motor, jeneratör ve tarım makineleri üretimi gibi ağır sanayi dalları da gelişmiştir. Başlıca hafif sanayi dalları dokumacılık, ayakkabı ve giyim eşyası üretimidir.

Letonya enerji gereksiniminin yaklaşık yarısını kendi kaynaklarından sağlar (1/426).

GSMH reel büyüme oranı %6,1'dir. Kişi başına düşen Milli Gelir 8.900 USD'dir. Halkın %4.5'i tarımla, %26'sı endüstri alanında, %69.5'i hizmet sektöründe yer alır.

2002 yılında enflasyon oranı %2 olarak gerçekleşmiştir. 2001 yılında tahmini işgücü sayısı 1,1 milyondur. İşsizlik oranı %7,6'dır (5/5,6).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

20.Yüzyıl boyunca ülkenin siyasi ve ekonomik durumundaki değişimlere paralel olarak Letonya sağlık sistemi birçok defa değişmiştir. Yüzyılın başında Letonya Rus İmparatorluğu'nun bir parçasıydı. Sağlık hizmetleri özel kişiler tarafından verilmekte ve ücretler temel olarak halkın kendisi tarafından karşılanmaktaydı. İşverenler ve toprak sahipleri, fakirlerin bakımından sorumluydular. İlk hastalık fonları Birinci Dünya Savaşı'ndan önce, İşçi Sigortası Kanunu'nun kabulü ile oluşturulmuştur. Kanun uzun süre yürürlükte kalmış ve özellikle hastalık fonlarının özerkliğini ve haklarını sınırlamak gibi bazı aksaklıklarının olduğu tespit edilmiştir. 1917 yılında Geçici Rus Hükümeti tarafından revize edilen kanun, Birinci Dünya Savaşı arasındaki yıllar olan Letonya'nın Birinci Cumhuriyet yılları süresince bir sağlık sigortası sisteminin kurulmasının temelini oluşturmuştur. 1930 yılında, çalışanlara zorunlu sağlık sigortası yükümlülüğünü getiren yeni bir kanun çıkarılmıştır. Çiftçi, asker ve denizciler için ayrı ayrı kanunlar hazırlanmıştır.

Hastalık fonları üç çeşittir; bağımsız, mesleki ve bölgesel. Bu fonlar genel olarak sağlık kurumları tarafından kiralanmakta veya sahiplenilmekteydi. Uzman örgütler ve hekimlerle yapılan sözleşmelerle sağlık hizmetleri sunulmaktaydı. Ayrıca özel hastahane ve hekimler arasında bir hizmet ağı da kurulmuştu.

İkinci Dünya Savaşı'nın bitiminden, Letonya'nın 1991 yılında bağımsızlığını kazanmasına kadar sağlık hizmeti Sovyet çizgilerine göre planlanmıştır. Letonya sağlık hizmetleri, Semaşko modeline göre planlanmış ve organize edilmiştir. Örgütlenme, yönetim ve hizmetleri dağıtımını devlet kontrolüne bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı tüm yasama, yönetim ve mali güçleri kendinde toplamıştır. Sistem yüksek düzeyde bir merkezileştirme ile karakterize olmuştur. Özel teşebbüs sınırlandırılmıştır. Sovyet sisteminde hizmetler ücretsiz verilmekteydi ve genel olarak nüfusunun hepsi bu hizmetlerden eşit olarak yararlanabilmekteydi.

1988 yılında Letonya Hekimler Birliği reformların yönetiminde etkili olmuş ve hekim özerkliğinin, tıbbi uzmanlığın statüsünün ve hekim ücretlerinin yükseltilmesi yönünde çalışmalar başlatmıştır.

1991'de Sovyetler Birliği'nden bağımsızlık kazanıldıktan sonra, yönetim alanında çeşitli değişiklikler yapılmış, Sağlık Bakanlığı ile İş Ve Sosyal Refah Bakanlığı, Refah Bakanlığı adı altında birleştirilmiştir. Yine 1994'te sağlık fonları yeniden desteklenmiştir. 1998'de Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu kurulmuştur. Sağlık reformları genel olarak birincil sağlık hizmetlerinde yoğunlaştırılmıştır.

Sağlık hizmeti hizmetlerinin sorumluluğu Refah Bakanlığı ile belediyeler arasında paylaşılmıştır. Sağlık hizmeti örgütlenmesinin esasları otonominin sağlanması ve yerel yapıların rollerinin genişletilmesidir (3/7,8).

II.2. Ülkenin Sağlık Durumu

Letonya'da iskemik kalp hastalıkları ve motorlu araç kazalarından dolayı gelişen ölümler diğer ölümlere göre daha fazladır. Bebek ölümü, serebrovasküler hastalıklar, intihar ve cinsiyetler arasındaki yaşam beklentisi farkı, Letonya'da diğer Avrupa ülkelerine göre daha yüksektir (2/8).

Ülkede erkeklerde yaşam beklentisi kadınlar göre düşüktür (2/8).

Ölüm sebeplerinin neredeyse tümü kardiyovasküler hastalıklar kanser ve kazalara bağlıdır. Bu nedenlere toplumsal ve bireysel davranış ve alışkanlıklar etki etmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerle, sağlık risklerinin azaltılmasına çalışılmaktadır (2/11).

Kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren nüfus oranı diğer Avrupa ülkelerine göre düşüktür (2/11).

Uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarının kurulması ve sağlık hizmetleri kalitesinin artması nedeniyle 1990'dan sonra perinetal ve neonetal ölüm oranı azalmıştır (2/19).

Letonyada solunum sistemi hastalıkları nedeniyle görülen ölüm vakaları azdır (2/29).

II.3. Sağlık Sisteminin Organizasyonu

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasının sorumluluğu Refah Bakanlığı ve Belediyeler arasında paylaşmıştır. Temel sağlık hizmetleri organizasyonu yerel yönetimlere dağıtılmış ve yerel kuruluşların rolleri artırılmıştır (3/10).

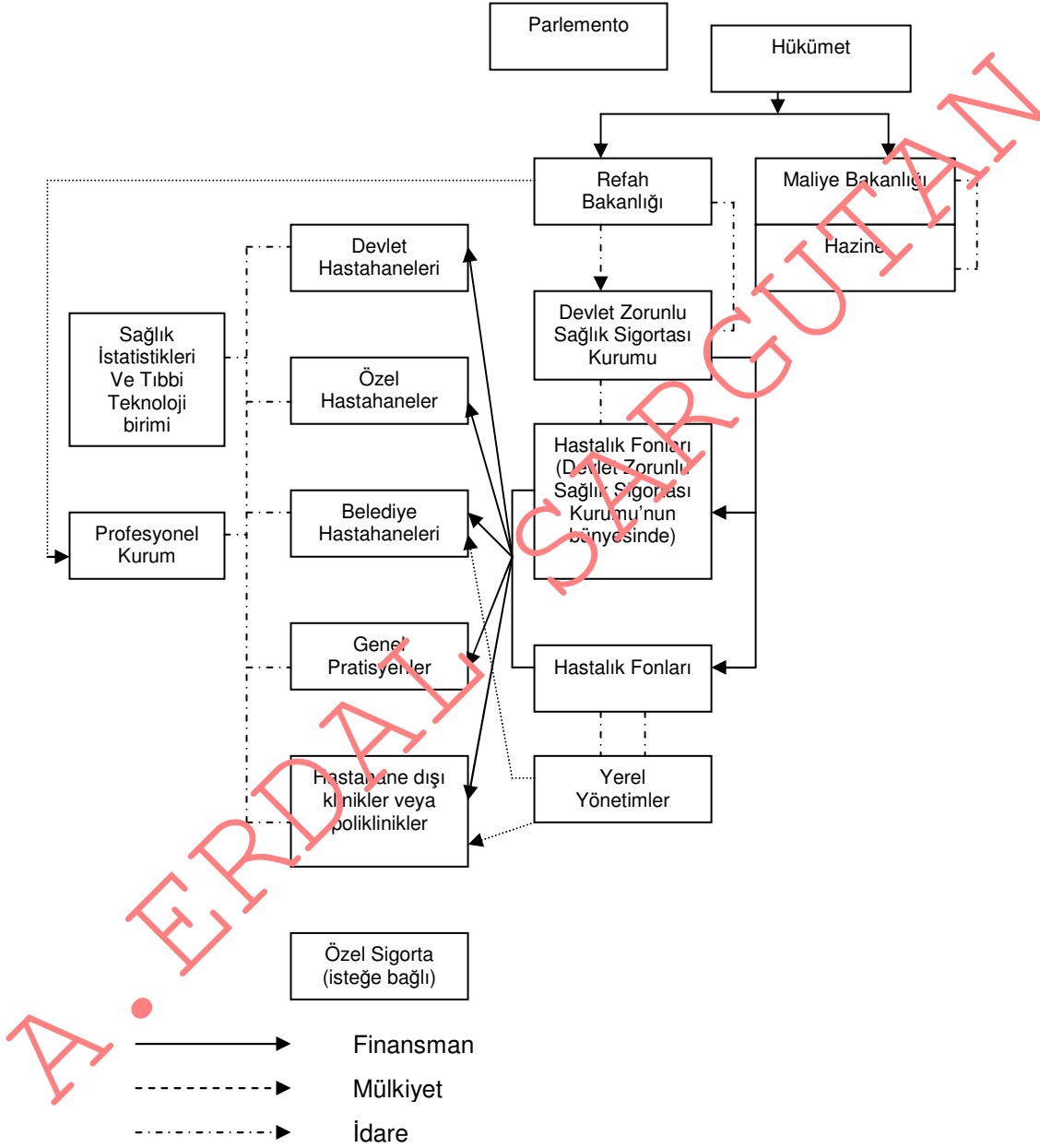
II.3.1. Refah Bakanlığı

1993 yılında Sağlık Bakanlığı ile İş Ve Sosyal Refah Bakanlığı, Refah Bakanlığı adı altında birleştirilmiştir.

Refah Bakanlığı bünyesinde, Devlet Sekreteri tarafından yönetilen, sağlıktan sorumlu üç bölüm vardır. Sağlık politikası ve stratejisinden sorumlu olan Sağlık Departmanı, Halk Sağlığı Departmanı ve Eczacılık Departmanı.

Sağlık Departmanı da dört bölümden oluşmaktadır. Tıbbi Hizmetin Denetlenmesi, Teknoloji, Sağlık Politikası ve Sağlık Değerlendirmesi bölümleri. Sağlık Departmanı tıbbi ve tanısal amaçlı kurulmuş merkezler (enfeksiyon hastalıkları, tüberküloz, onkoloji ve mental sağlık birimleri dahil), Sağlık İstatistikleri Ve Tıbbi Teknoloji birimi, çeşitli üçüncü sağlık hizmeti hastahaneleri, tıbbi araştırma ve eğitim birimlerinden oluşmaktadır. Ayrıca AB standartlarına uygun yasal düzenlemeler ve hükümet destekli tıbbi personel eğitimi de bu bölümün görevleri arasındadır.

Şema 1: Sağlık Sisteminin Yapısı



Kaynak: (3) Health Care Systems in Transition, s:9

Sağlık Departmanı'nın sorumluluğundaki bazı işlevler daha sonra şu birimlere dağıtılmıştır: Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu, Sağlık İstatistikleri Ve Tıbbi Teknoloji Birimi, Sağlık Ve Çalışma Yeterliliği Uzman Komisyonu, Sağlık Hizmeti Ve Kalite Kontrol Birimi. Bu birimlerin görevleri teşebbüslere finansman sağlamak, sağlıkla ilgili devlet programlarını yürütmek, eğitim programları düzenlemek, sağlık istatistik raporlarını hazırlamak, sağlık elemanlarının işe alımını düzenlemek ve kalite kontrolünü yapmaktır.

Halk Sağlığı Departmanı iki birimden oluşmaktadır: Halk Sağlığı Politikası ve Çevresel Riskleri İzleme birimleri. Bu bölüm; çevre sağlığı ile ilgili önceliklerin belirlenmesinden, düzenlemelerden, hijyenik ve epidemiyolojik incelemelerden, hijzissihha normlarının belirlenmesinden sorumludur. 1997'de Devlet Hijzissihha Kuruluşu kurulana kadar, çevre sağlığı ile ilgili konular Riga'daki Ulusal Çevre Sağlığı Merkezi ile 25 bölge çevre sağlığı merkezi tarafından yönetilmekteydi. 1997'de Devlet Hijzissihha Kuruluşu kurulduğunda yetkiler bu kuruma verilmiştir. Halk Sağlığı Departmanı'nın yetkisi altında çalışan diğer birimler şunlardır: Gıda Merkezi (gıda denetimi koordine etmektedir), Sertifikasyon Merkezi (gıda, kozmetik, oyuncak ve tütün ürünlerinin düzenlenmesinden sorumludur), AIDS Korunma Merkezi ve Sağlık Geliştirme Merkezi'dir. Sağlık Geliştirme Merkezi yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde sağlık gelişimi ve hastalıkların önlenmesi programlarını geliştirip yürürlüğe kaymakta, sağlık eğitimi çalışmalarını düzenlemektedir. Ayrıca ulusal ve uluslar arası organizasyonlara katılmakta, seminerler düzenlemekte yayın yapmakta, bilimsel araştırmaları organize etmekte ve sağlık konuları ile ilgili veri tabanları oluşturmaktadır.

Eczacılık Departmanı farmasötik alanındaki düzenlemelerden ve politikalardan, ayrıca, eczacılık hizmetlerinin denetiminden sorumludur. Devlet İlaç Kurumu ilaçların ve ilaç ürünlerinin kalitesinin kontrolünden sorumludur (3/10-12).

II.3.2. Diğer Bakanlıklar

Savunma, İletişim ve İç İşleri bakanlıkları çalışanlarına yönelik sağlık hizmetleri veren çeşitli kurumsal bağlantılara sahiptirler. Bakanlıklar bünyesinde verilen bu hizmetler, Temel Sağlık Programında belirtilen hizmetlerin yaygın şekilde verilebilmesini sağlamaktadır. Bu kurumların Bölgesel Hastalık Fonları'na bağlı olması nedeniyle, bakanlıklara bağlı olmayan kişiler de, hizmetlerden yararlanabilmektedir (3/12).

II.3.3. Yerel Yönetimler

1993 yılındaki Yerel Yönetimler Yasası'nın çıkarılmasından sonra, birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesine başlanmıştır. Özerkliğin esas alındığı bu düzenlemede uzmanlık gerektiren özel hizmetler yine devlet sorumluluğuna bırakılmıştır.

Merkeziliğin azaltılması çalışmaları, yerel yönetimlerin hem finansman hem de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi alanlarında güçlendirilmesini esas almıştır. Bununla birlikte 1997'de finansman alanında tekrar bir merkezileştirilmeye gidilmesi, yerel yönetimlerin rolünü azaltmıştır.

1990 yılından itibaren, Finansman alanında yerel fonlar (bölge hastalık fonları olarak da biliniyor) her bölgede ve büyük şehirlerde kurulmuştur. Merkezi düzeyden gelen fonlar bölge ve şehirlerde, yerel fonlarla ilişkili şekilde yönetilmeye başlanmıştır. Reform işlemlerindeki en önemli gelişmelerden biri 1997 yılındaki finansal kaynakların tekrar merkezileştirilmesi hareketidir. Zorunlu sağlık sigortası gelirleri, genel vergilerden toplanan gelirler içinde hesaplanmaya başlamıştır. 1997/98'de 32 yerel fon, sekiz bölgesel hastalık fonu adı altında birleştirilmiş böylelikle bölgeler finansal rollerini kaybetmiştir.

1993 yılındaki Yerel Yönetimler Yasası'na bağlı olarak, birincil ve ikincil sağlık hizmetler kurumlarının sahipliği belediyelere devredilmiştir. Belediyeler böylelikle, sağlık kurumlarına başvurulmasından, hastahane dışı hizmetlerden, belediye hastahanelerinin yönetiminden, birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinden, alkolizmin sınırlandırılmasından ve kamu sağlık güvenliğinin sağlanmasından sorumlu hale gelmişlerdir. Bölge düzeyindeki kurumlar ise, kendi nüfuslarının kurumlara başvurmasından, kurumların yönetim ve yapılandırılmasından, ileri yaştakiler için kurulan kurumlarından, evsizlere barınak sağlanmasından, sağlık ve eğitim kurumlarından ve yetimhanelerden sorumlu hale gelmişlerdir (3/12-14).

II.3.4. Diğer Kurumlar

Sağlık Ve Çalışma Yeterliliği Uzman Komisyonu, Devlet Hıfzıssıhha Kuruluşu, Devlet İlaç Kurumu ve Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu hizmetlerin kalitesini kontrol etmektedir. Bu kurumlarında bölge ve şehir düzeyinde bağımsız çalışan uzmanları vardır.

Devlet İlaç Kurumu, tıbbi isimlerin kaydı, bu ürünlerin kalite kontrolü, farmasötiklerin ithalat, ihracat ve geçişi ile düzenlemelerin yapılmasından, ilaçlarla ilgili bilgileri toplama, veri analizi yapma ve yıllık sağlık istatistik raporları yayınlamakla sorumludur.

1988 yılın Letonya Hekimler Birliği tekrar kurulmuş ve sağlık reformlarında etkin rol oynamaya başlamıştır.

1997'de kurulan Hastahane Birliği hastahanelerin yönetsel ve kurumsal olarak geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapmaktadır.

Refah Bakanlığı, otoritesi ve denetimi altında bulundurduğu kuruluşlarla işbirliği yapar. Mesleki güvenliğin kontrolü ve sağlık sistemini denetleyen Devlet İşçi Denetçiliği bu kurumlar arasında anahtar kurumdur. Refah Bakanlığının, işçi koruma hususunda Devlet İşçi Denetçiliğine tavsiyede bulunma hakkı vardır.

Bakanlığın, Letonya İşverenler Konfederasyonu ve Letonya Serbest Ticaret Konfederasyonu birliği ile sıkı ilişkileri vardır. İşçi sağlığı alanında yeni yasalar çıkarırken, sosyal grupların temsilcileri, yasa taslağının başlangıç basamağından itibaren bu süreçte yer alır. Böylece kendi fikirlerini ve seslerini duyurma ve onu mümkün olduğunca erken sağlama fırsatını sağlamış olur. İş güvenliği ve işçi sağlığı sorunlarında görüş alışverişinde bulunmada da sıkı iş birliği uygulanmaktadır (3/17,18).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

1990 yıllarının başından itibaren, büyükşehirler ve illerde birincil sağlık hizmetleri uzman doktorlar, diş hekimleri, hemşireler ve terapistler tarafından polikliniklerde karşılanıyordu. Kırsal kesimlerde birincil sağlık hizmetleri mezuniyet sonrası üç yıllık üst eğitimi tamamlamış dâhiliye uzmanları tarafından karşılanır. Tren yolu çalışanları ve ordu mensupları gibi bazı özel gruplar için hazırlanmış özel birincil sağlık hizmetleri servisleri vardır. Bu gruplara hizmet veren birincil sağlık kurumlarının giderleri bu gruplar tarafından karşılanır.

Başkentte ve büyükşehirlerde, çoğu poliklinikler ve mesleki sağlık kurumları, sağlık merkezlerine dönüştürülmüştür ve mülkiyetleri de belediyeler ve uzmanlara aittir. Tıp eğitiminde çoğu kişisel ve grup stajları da kırsal kesimde olmaktadır. Bu stajlar, dahiliyeci, pediatrist, diş hekimi, ebe ve hemşirelerin gözetiminde yapılmaktadır. Uzmanlar part-time çalışabilmektedirler. Mevcut politika, önceliği sağlık hizmetlerine yöneltmeyi amaçlamaktadır.

1991'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla birincil sağlık hizmetleri kavramına yönelik aile hekimliği uygulaması getirilmiştir. Mevcut aile hekimi sayısı 1991'de 21'den 1999'da 801'e çıkarılmıştır.

1992'de, birincil sağlık hizmetlerinin uygulanmasında oluşturulan politika, genel pratisyen/birincil sağlık hizmeti uzmanlarının, belirli sözleşmelerle bağımsız pratisyen olarak çalışmasını sağlamıştır. Bunun sonucunda, hastanın uzmana sevkinden önce birincil sağlık merkezine gitmek zorunda kalması, hastaların kaygılarının olması ve doktorların isteksiz davranmaları, bu girişimin yavaşlamasına neden olmuştur.

Hastalar, birincil sağlık hizmeti uzmanını seçerler ve bir ya da iki yılda bir bunu değiştirebilirler. Bununla birlikte sadece şehirde yaşayanlar böyle bir seçim şansına sahiptir, kırsal kesimde seçebilecekleri çok az uzman bulunmaktadır. Toplumun yaklaşık %80'inin birincil sağlık hizmeti uzmanında kayıtlı olduğu söylenebilir (2/3+).

Birincil sağlık kuruluşundaki doktorlar ve okullarda görevli doktorlar immunizasyondan (aşılama) sorumludur. Koruyucu hizmetler (temel sağlık eğitimi, serviks yayması vb.) birincil sağlık çalışanları tarafından yürütülür.

● 1997'de, çevre sağlığını monitörize etmek amacıyla devlet sıhhi gözetmenliği (müfettişliği) kurulmuştur.

Gençlik üreme sağlığı ve eğitimi alanında çalışan 7 gençlik sağlık merkezi vardır.

Halk sağlığı hizmetleri, devlet seviyesinde koordinasyon eksikliği sebebiyle yetersizdir. Birçok farklı kuruluş, meslektaşlarının neler yaptığını bilmeden aynı problemler üzerinde çalışmaktadır(4/5).

Birincil sağlık hizmetlerindeki büyük problemler finansal kısıtlamalar ile sosyal ve sağlık hizmet sektörleri arasındaki zayıf işbirliğidir. Buna ilaveten, eğitim ve finansman kısıtlılıkları nedeniyle, sağlığı teşvik ve hastalıkları önleme çalışmalarında halkın sağlık eğitimine odaklanılmamaktadır (2/34,35).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Bölge hastahanelerinde dahiliye, pediatri, enfeksiyon hastalıkları tedavisi, cerrahi ve kadın-doğum bölümleri bulunmaktadır. Letonya Tıp Akademisi, öğrenci eğitimi için birçok uzmanlık alanları da bulunan iki büyük üniversite kliniğini hizmete sunmuştur.

Hastahaneler, kar amaçlı organizasyonlar olarak oluşturulmamıştır. 10 özel hastahanelerin 9'u Letonya'nın başkenti Riga'dadır. Çoğu ayakta tedavi ve yatarak tedavi sağlama imkanına sahiptir. Gelirleri, hastaların doğrudan ödediği para, bölgesel sağlık giderleri alanında özel hizmet kontratlarıdır ki, bu kontratlar çoğunlukla ayakta tedavi hizmetleri ile sınırlıdır. Çünkü özel sektörde yatarak tedavi masrafları hastalar için çok yüksektir.

Devlet sektöründe hastalar hastahanelere başvurduğunda ek giderlerini karşılamak için bir antlaşma imzalar ve masrafları prospektif olarak hesaplanır. Geriye kalan borçlar (harcamalar) sağlık giderleri kapsamında devlet tarafından karşılanır.

1999'daki verilere göre 100.000 kişi başına düşen 888 yatak hala yüksek bir değerdir. ve Avrupa birliği ortalamasının %32 üzerindedir. Hastahanelerin sahip olduğu yatak sayısı, bölgelerinin finansal kaynaklarına göre büyük oranda farklılık göstermektedir.

Hastahaneler, hastaların ilk tedaviyi geciktirmelerini ve böylece hastahanelere acil vaka olarak gelmeleriyle çok fazla ilgilenmemektedir. Buna ilaveten, birincil ve ikincil sağlık hizmetleri arasındaki sevk zinciri tatminkar değildir.

1999'da ortalama hastahanelerde kalma süresi 11.8 gündür.

Halk Sağlığını Teşvik merkezleri, Refah Bakanlığı'nın organizasyonu kapsamında Çevre Sağlığı bölümü yönetimindedir.

Letonya enfeksiyon hastalıkları merkezi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve deri hastalıkları merkezleri, enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklarının kontrolünden sorumludur (2/35-36).

II.5. Sosyal Hizmetler

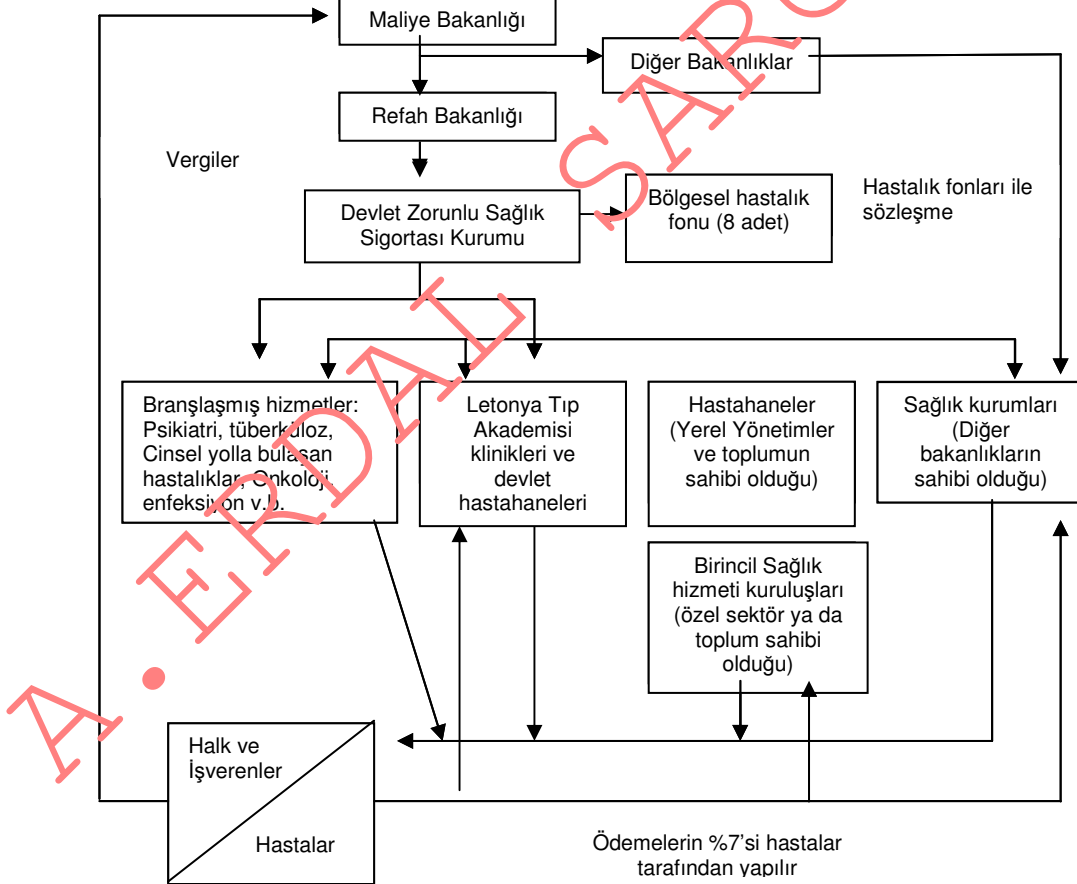
Sosyal hizmetler, Refah Bakanlığı Sosyal Yardımlaşma bölümünün sorumluluğundadır. Yaşlılar ve engelliler için uzun-süreli bakım olanakları, yetimler ve yaşlılar için özel sağlık yurdu, ev bakımı ve günlük bakım için bu birim görevlidir. Letonya'da toplam 11.792 yataklı 131 sosyal hizmet kurumu bulunmaktadır. Özel sağlık yurdu sayısı 1994'te 42'ye, 1998'de 62'ye yükselmiştir. Yaşlılar için devlet ve özel sektör bakımevleri bulunmaktadır.

Sosyal hizmet kurumlarındaki çocukların sayısı 1990'da 1183'ten önemli bir şekilde artarak 1998'de 3.138'e ulaşmıştır. Aynı yıl içinde, 6 yerel yönetim tarafından finanse edilen 49 yetimler yurdu bulunmaktadır. Engelli çocuklara hizmet eden 4 uzmanlaşmış sosyal hizmet kurumu vardır. Bunlara ilaveten, Riga ve Kuldiga'da zihinsel engelliler için günlük bakım merkezleri bulunmaktadır. Bu, Letonya'da devlet ve yerel yönetim tarafından finanse edilen yeni bir sosyal yardım alanıdır. Bazı yardım kuruluşları kadınlar ve çocuklar için kısa-dönem bakım örgütleri kurmuştur.

Yöntem tatminkar olmasına karşın, düşük maaşlı personel tarafından işletilmesi tesislerin, binaların şartlarının kötü olması nedeniyle hizmetlerin kalitesi düşüktür (4/6).

II.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Şema 2: Sağlık Sisteminin Finansmanı



Kaynak: (3) Health Care Systems in Transition, s:76

Eşitlik çerçevesinden bakıldığında, sağlık hizmetlerinin finansmanında başarılar ve devam eden bazı zorluklar vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergilendirme uygulaması (gerileyen sosyal sigorta finansmanının aksine) finanse etmedeki eşitliğe katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, el altından alınan paraların (bu süregelen bir şeydir) sonucu olarak bütçe dışı ödeneklerin çok artması, devam eden zorluklardır. Bu artışın nedeni devletin sağlık hizmetlerini finansmanındaki yetersizlikler oluşturmaktadır.

Bugün Letonya vatandaşlarının gözünde, sağlık hizmetleri sistemindeki en büyük problem bu konuyu gibi görünüyor. Letonya ekonomisinin istikrarlı hale geldiğinde ve uzun dönem büyüme sürecine girdiğinde, servislerin ek ödemeleri azalacağından, temel sağlık hizmetleri programında daha fazla hizmet verilebilecektir (3/91,92).

İlk önemli değişimler 1993 yılında başlamıştır. Merkezi Hesap Fonu (sonra adı Devlet Hastalık Fonu olarak en son da Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu olarak değiştirilmiştir) kurulmuştur. Bu kurumun görevi sağlık hizmeti reformlarını sürdürmek, stratejik olarak önemli, ayrıntılı belgeler hazırlamak ve bölge fonlarına veya yerel hastalık fonlarına dağıtılacak fon hazırlarının oluşturulmasıdır. Ülkenin her idari bölgesinde bir tane olmak üzere yerel fonlar kurulmuştur. Başlangıçta bu yerel fonlara katılım isteğe bağlı bırakılmıştır ve amaç, finansal kaynakların daha verimli kullanılmasıdır.

1994 yılında Merkezi Hesap Fonu, Devlet Hastalık Fonu olarak isim değiştirmiştir. Bu dönemdeki konular; sağlık sigortasının idaresi, zorunlu ve tamamlayıcı sağlık sigortalarının birlikte var olabilme olasılığı ve tüm sağlık hizmeti kurumları için tek tip bir ödeme sisteminin hayata geçirilebilmesidir.

1993'te başlayan değişimlerin sonucu olarak sağlık hizmeti finansman mekanizmalarında büyük farklılıklar oluşmuştur. Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerin yerel yönetimlerin bütçelerinden karşılanması, kişi başına düşen sağlık harcamalarında büyük farklılıklar olmasına yol açmıştır. Gerekli finansal kaynaklar olmadığında bölgeler sağlık hizmetine ayrılan fonlarını düşürmektedir. 1996'da kişi başına düşen sağlık harcaması Daugaplis'te 14.63 LVL iken Ventspils'te 28.79 LVL olmuştur. Özerklik kazandırılmak uğruna eşitlik feda edilmiştir.

1996 itibarıyla merkezileştirmenin sona erdirilmesi çalışmalarının eksiklikleri belirgin hale gelmiştir. Harcamalardaki farklılıklar nedeniyle, bölgelerin sağlık hizmetlerinde büyük farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bölge hastalık fonlarının otonom şekilde kullanımı, kaynak kullanımında uygunsuz sonuçlar ortaya çıkmasına yol açmıştır. Hastaların sağlık kurumlarını tercihleri kısıtlanmış, genelde hastahaneler tercih edilmeye başlanmıştır (3/27-29).

1997'deki önemli değişikliklerin temel hedefleri tüm bölgelerdeki vatandaşlara eşit ve sabit bir sağlık hizmeti götürmek ve herkes için sağlık hizmetlerini belli bir düzeye getirmektir.

1997'de bölgelerin devlet bütçesinden sağlık için pay alması durdurulmuş ve tüm para Devlet Hastalık Fonuna aktarılmıştır. Bu fon, parayı sekiz bölge hastalık fonuna dağıtmaya başlamıştır.

Bölge fonlarına aktarılan para, nüfus büyüklüğüne ve nüfus içindeki yaş dağılımına göre dağıtılmaktadır. Ülke içindeki tüm bireyler eşit miktarda yararlanıma sahip olmaktadır. Yerel yönetimlerden sağlık ihtiyaçları için gerekli finansman yerel vergilerden sağlanabilmektedir. Fakat fonların nasıl harcanacağına belediyeler karar vermektedir.

Bölge hastalık fonları sigorta primleri toplamının yanı sıra, devlet bütçe kaynaklarının dağıtımını da üstlenmiştir. Letonya sağlık hizmetleri, ulusal bir vergi fonu ile finanse edilmeye devam etmektedir.

1997'den itibaren sağlık hizmeti kaynakları kısmen toplanan vergi gelirlerinden (toplanan vergilerin %28,4'ü sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır) kısmen de hastaların kendi ödemelerinden oluşmaktadır. Üçüncü bir kaynak özel sigortalara ödenen primlerdir. Bir dördüncü kaynak yerel yönetimlerin yardım amaçlı oluşturdukları fonlardır (3/29,30).

II.6.1. Bütçe Saptama Ve Kaynak Dağılımı

Sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin miktarı her yıl Parlamento (Saeimal) ve Devlet tarafından belirlenir. 1999'da toplam bütçenin %9'u ydu.

1997'den bu yana, sağlık hizmetleri bütçesi Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluş, sağlık hizmetleri bütçesinin kullanımından tamamen sorumludur. Bölgesel fonlarla birlikte bu merkezi fon, bir sonraki yıl için bütçe ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kullanılır ve bu boyutta Refah Bakanlığına tıbbi hizmet önerilerinde bulunur. Hükümet, bütçe doğrultusunda devletin önceliklerini açıklar ve her bakanlığa bir tavan miktar belirler. Bu taslak bütçe daha sonra onaylanmak üzere Parlamento'ya sunulur. Parlamento, hükümetin sunduğu taslak bütçede, başka öncelikleri göz önüne olarak değişiklikler yapabilir. Bütçenin kabulünü takiben, sağlık hizmetleri için ayrılan miktar Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası kurumunun kullanımına verilir ve dağıtımını nüfusa ve yaş yapısına bağlı olarak bölgesel hastalık fonlarına yapılır. Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu tüm devlet sağlık fonlarını yönetmektedir. Fonların bir bölümünü Temel Hizmet Programındaki hizmetler karşılığında çalışanlara ödemelerin yapıldığı bölge hastalık fonları, bir bölümünü özel hizmetlerden oluşan devlet programları, bir bölümünü de merkezi satın alma işlemi oluşturmaktadır.

Letonya'da, merkezde toplanan fonlar, toplum sağlığı hizmetleri için şu kaynaklardan oluşmaktadır:

- Kişisel gelir vergisinin %28.4'lük sabit oranından oluşan "Özel Sağlık hizmetleri bütçesi",
- Merkez Hükümetin "Temel Bütçe" için bağışlar (Bunlar, merkez düzeyinde genel gelirlerden oluşur).

Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu, fonun bir kısmını bölgesel hastalık fonlarına dağıtır ve temel sağlık hizmetleri programında uzmanlık hizmetleri sunanlara, kontratları yoluyla ödenir.

Fonun diğer bir kısmı, Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu tarafından devlet programlarını destekleyen hizmetlere ödeme yoluyla, doğrudan kullanılır. Merkezi satın almaya dağıtılan üçüncü bir kısmı ilaç masrafları diğer giderler ve donanım için kullanılır (3/75-77).

Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin kapsamı (1994'ten bu yana) Bakanlar Kurulu Kararı ile belirlenmektedir. Bu kapsam içinde tüm vatandaşlar ve Letonya'da oturanların yararlandığı ve finansmanın bütçeden karşılandığı tıbbi hizmetler bulunmaktadır. Temel Hizmet Programı acil bakımı, akut ve kronik hastalıkların tedavisini, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisini, anne bakımını, aşılama programlarını ve belirlenen gruplar için ücretsiz ilaç politikaları geliştirilmesini kapsamaktadır. Programda dış bakımı 18 yaşına kadar ki çocuklar için yer almaktadır. Bu hizmetler Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu tarafından bölge hastalık fonlarına aktarılan paralarla karşılanmaktadır.

Önceki yıllardan farklı olarak dış bakımı hizmetleri paket kapsamından çıkartılmış ve özel hekimlerde, hastanın kendi cebinden karşılanmaya başlanmıştır. Hayatı tehdit etmeyen cerrahi müdahaleler (kalça kırığının yerine konulması gibi) ve belli durumlar için gerekli olan rehabilitasyon tedavileri de programa dahil değildir. Yine doğal kaynaklarla (kaplıca vs.) yapılan tedaviler, kozmetik cerrahi ve in vitro dölleme (suni) ücretleri de hastanın kendi ceplerinden karşılanmaktadır.

Temel Hizmet Programı'na ek olarak, reformların başlangıcından bu yana devlet belli fonlarla bazı hizmetleri yürütmektedir. Bu hizmetler bazı kamu programlarıyla gerçekleştirilmektedir.

1999 Nisan'da Bakanlar Kurulu'nda yapılan yeni mali düzenlemeyle %70 gibi önemli bir devlet fonu Temel Bakım Programı'na transfer edilmiştir.

Temel Bakım Programı'na dahil edilen hizmetler şunlardır:

- Enfeksiyon hastalıklarının tanı, tedavi ve kontrolü,
- Tüberküloz ve kronik akciğer hastalıklarının tanı ve tedavisi,
- Psikiyatrik bakım,
- Onkoloji ve hematoloji,
- Anne ve çocuk sağlığı,
- Katastrof tıp,
- AIDS (3/29-33).

II.6.2. Diğer Finansman Kaynaklı Harcamalar

WHO Avrupa Bölge Ofisi'ne göre Letonya sağlık hizmeti kaynaklarının yaklaşık %79'u (zorunlu sigorta primlerinin de dâhil olduğu -araştırmacıların notu-) vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Geri kalan %21 ise hastaların kendi ceplerinden yaptıkları doğrudan harcamalardan oluşmaktadır. WHO'nun 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu tahminlerine göre kendi ceplerinden yapılan harcamaların oranı %39'dur. Refah Bakanlığı'na göre bu oran ancak %7-10 civarındadır. Özel sigorta az olmakla birlikte giderek büyümektedir. Dış yardım ise benzer şekilde artmaktadır (3/33).

1995'te bazı büyük bankaların kapanmasından sonra, birçok yerel yönetim finansal kaynaklarını kaybettiler. 1995'in ortasında bu mali kriz sağlık hizmeti finansmanında keskin bir düşüşe yol açtı. Bu durumun üstesinden gelebilmek için, Temel Sağlık Programından yararlanan hastaların, hizmetlerin %25'e kadar olan kısmını kendilerinin vermesi koşulu getirildi. Acil bakım, anne-çocuk sağlığı hizmetleri ve 18 yaşa kadar olan çocuklara verilen hizmetler bu düzenlemenin dışında bırakılmıştır. Yerel yönetimlere, kapasiteleri ölçüsünde, ücretsiz hizmetlerin kapsamını genişletme yetkisi verilmiştir (3/34).

II.6.3. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

Özel sigorta şirketleri özel, isteğe bağlı sağlık sigortası planları sunmaktadırlar. On adet özel sigorta şirketi bulunmaktadır. Bu sigortaların kapsamında hastahane dışı ve hastahane hizmetleri bulunmaktadır. Bazı sigortalar ise dişçilik, ilaç ve doğal kaynaklarla tedavi, rehabilitasyon ve ilaç harcamalarını da kapsamlarına almaktadırlar (3/36).

II.7. Özel Sektör

Letonya'daki özel sektörün içerisinde poliklinik olarak adlandırılan ve birincil sağlık hizmeti veren kurumlar, dişçilikle ilgili uygulamalar, eczahaneler bulunmaktadır. Özel hizmet üreticileri temel bakım programında yer alan hizmetleri verebilmek için hastalık fonları ile anlaşmak zorundadırlar. Bunun yanında özel olarak başka hizmetler de verebilmektedirler.

Özel sektör hizmetleri içinde birincil sağlık hizmetlerinin hemen hemen hepsinden yararlanabilmektedir. Özel sektörde en fazla yoğunlaşılacak hizmetler; ileri tanısal hizmetleri doğal kaynaklarla yapılan terapiler ve psikoterapilerdir. Hemen her tür diş hizmetleri ve eczahaneler özel sektördedir. Ayrıca az sayıda da olsa özel hastahaneler vardır.

Özel sektör yüksek kalite ve seçmede özgürlük sağlamakla birlikte, halkın büyük çoğunluğu özel hizmetlerden yararlanamamaktadır (3/18,19).

II.8. İlaç Kaynakları

Letonya, dikkate değer bir ilaç endüstrisine sahiptir.

1993'teki Kanun, 1998 ve 2000 yıllarında değiştirilerek, farmasötikal alandaki aktiviteleri düzenlemek ve etkili ve güvenli ilaç üretmek amacıyla güncelleştirilmiştir.

Üretim, ithalat, ihracat ve dağılım işlemleri Refah Bakanlığı Eczacılık Departmanının kontrolündedir.

Ekim 1996'da Devlet İlaç Kurum (DİK) kurulmuştur. Eczacılık departmanına bağlı olan bu kurumun görevi; tıbbi ürün ve ilaçların değerlendirilmesi, bunların kayıt altına alınması, izlenmesi, kalite kontrolünün yapılması ve dağılımının ülke çapında yönetimin sağlanmasıdır. Ayrıca, ilaçları analiz etmekte, standartlar geliştirmekte ve ilaç reçetelerinin düzenlenmesini sağlamaktadır. Kurum ilaç ithalat, ihracat ve transit geçişinden sorumludur.

Temel görevlerinin yanı sıra DİK şu görevleri de yapmaktadır:

- Klinik vaka çalışmalarının performanslarını yayınlamakta, klinik çalışmalarını takip etmekte ve sonuçlarını özetlemektedir,
- Farmasötiklerin kalite kontrolü ile ilgili verileri toplamakta, işlemekte ve dağıtmaktadır,
- Çeşitli hükümet kurumları arasında danışman rolü üstlenmektedir,
- Kalite kontrolü ile ilgili çeşitli konularda uluslar arası örgütlerle ilişkiler kurmaktadır,
- İlaçların ithalat, ihracat, transit geçiş ve dağılımı sertifikalarıyla ilgili yayımlar yapmaktadır (3/79,80).

Eczacılar yönetmeliğinin uygulanması (çoğu özel sektördür), Devlet Farmasötikal Denetçiliği'nin bir görevidir.

Fiyatların yüksek olmasına karşın, ilaç tüketimi oldukça yüksektir. Bunu artıran faktör ise, hastaların kendi kendine reçeteye gerek duyulmadan ilaç satın alabilmesidir (2/36).

Hastahane dışı hizmetlerin birçok ilaç giderlerini hastalar ödemekle yükümlüdürler. Psikiyatri, onkoloji, diyabet gibi belli vakaların tedavisi için gerekli ilaçlar bu kapsamda değildir. Çernobil nükleer güç istasyonu mağdurları gibi belli gruplar da bu kuralın dışındadırlar (3/35).

Letonya'daki eczahanelerin çoğu özeldir. Eczahanelerin sayısı da devlet kontrolünde değildir, Pazar bu sayıyı belirlemektedir.

Medikal yardım ve protezlerin (dış protezleri hariç) maliyetleri Sosyal Yardım Servislerince karşılanmaktadır. Kardiyolojik cerrahi merkezleri kardiyolojik protezleri ücretsiz temin etmektedir. Eklem protezleri hastalık fonları tarafından kısmen karşılanmaktadır (3/35,36).

II.9. İnsan Kaynakları

Sovyet sistemi çoğunluğu kadın olan ve Rus olan pek çok doktor yetiştirmiştir. 1990'da doktor sayısında azalma görülürken, 1998 ve 1999 yıllarında bu sayı biraz artmıştır. Sayılardaki azalma eğilimi dişçiler, hemşireler, ebeler ve eğitimci hemşireler için de geçerli olmuştur. Mezun olan hekim sayısı 1990'ların ortasında tekrar artmış fakat sonradan yine azalmıştır. Tıbbi personel sayısındaki düşme, hastahane sayısının az olmasına, düşük maaşlara ve prestij kaybına bağlıdır. 1991'de Letonya Tıp Akademisi kontenjanı 2.500'den 397'ye düşürülmüştür. Hemşirelerin hekimlere oranı da düşüktür ve bu durum birincil sağlık hizmetlerinin gelişmesi üzerinde olumsuz etkide bulunmuştur.

Bir hekimin eğitim süresi altı yıldır. Mezuniyetten sonra belli uzmanlıklar için üç senelik bir uzmanlık eğitimi vardır. Diğer uzmanlıklar için fazladan birkaç yıl daha eğitim gerekmektedir. Bu eğitimlerin sonucunda alınan diploma ile doktorlar devlet sağlık sisteminde çalışma hakkı elde etmektedirler. Doktorların her beş yılda bir sertifika için tekrar sınava girmeleri gerekmektedir.

1992'de genel pratisyenlerin eğitimi için iki paralel eğitim süreci başlatılmıştır: Yeni mezunlar için ikamet izni (üç senelik bir klinik eğitim gerektirmektedir) ve uzmanlığın sürdürülmesi sürecidir. Prensipde herhangi bir uzman tekrar eğitim alma hakkına sahiptir. Bununla birlikte pediatri ve iç hastalıklar için tekrar eğitim almak birkaç ay sürdüğünden, genelde bu iki bölüm tercih edilmektedir. 1993'te Aile Hekimleri Birliği doktorlara sertifika vermeye başlamıştır.

1996 yılının sonuna kadar ek eğitim alan doktorlar masraflarını kendileri karşılamaktaydı. 1997'de bazı bölge hastalık fonları bu eğitimi desteklemeye başlamıştır. 1998'den itibaren başka birimler de bu eğilimi finanse etmeye başlamıştır.

Bu sürecin sonunda 1998 yılında %25 olan genel pratisyen oranı, 1999'da %42'ye yükselmiştir. Bununla birlikte genel pratisyenlerin yeni uzmanlık dallarını uygulamada yetersiz kaldıkları görülmüştür. Bunun nedenleri şunlardır:

- Bağımsız bir uygulama yapılmasıyla ilgili zorluklar ve kuşku,lar,
- Birincil sağlık hizmeti doktorlarının, diğer doktorlar ve halk nezdinde prestijlerinin düşük olması,
- Birincil sağlık hizmeti ile ilgili tecrübe eksikliği,
- Tekrar verilen eğitimin kalitesiyle ilgili durumlar,
- Yetişkin bakımı ile çocuk bakımı arasında büyük farklılıklar olması.

Günümüze kadar, dokuz yıllık bir okul eğitiminin ardından verilen dört yıllık hemşirelik eğitimiyle hemşireler 18-19 yaşında nitelikli hale gelmekteydiler. Bu uygulamanın başarısız olduğu görüldükten sonra on iki yıllık bir okul eğitimi ardından üç yıllık bir program ile hemşire yetiştirilmeye başlanmıştır.

1990 yılında Letonya Tıp Akademisi bünyesinde bir Hemşirelik Fakültesi kurulmuştur. 4 yıllık bir üst düzeyli eğilimin varıldığı bu fakülteden mezun olan hemşireler, hastahanelerde başhemşire olarak görev yapmaktadırlar (3/66,67,69).

II.10. Özelleştirme

1993'ten itibaren ayakta tedavi veren kurumların mülkiyeti devletten, ya tamamen özel sektöre ya da kar gözetmeyen devlet ve belediye şirketlerine devredilmiştir. 1990'da birkaç yıl önce alınan bir kararla tüm polikliniklerin özelleştirilmesine başlanmış ve günümüzde bu hedef kısmen gerçekleştirilmiştir. Tamamen özelleştirilen kurumlardaki hizmet üreticileri, kurumun çalışanları haline gelmiştir. Kâr amaçlı olmayan belediye veya devlet kurumu haline getirilen işletmelerde yönetimler özerklik kazanmışlardır.

1997'de kabul edilen Hekim Uygulamaları Kanunu, bağımsız birincil sağlık hizmeti uygulamalarının geliştirilmesini hedeflemektedir. Bu Kanun birincil sağlık hizmeti hekimlerinin çalışmasını finansal yönlerini, haklarını, sorumluluklarını, hasta kayıt işlemlerini, uygulama kayıtlarını ve sertifika işlemlerini özel bir hale getirmektedir (3/25).

II.11. Reformlar

Letonya sağlık hizmetleri sisteminde yer alan değişiklikler, merkezi ve hastahane yönelimli sistemin, serbest pazar ekonomisine uygun olmadığı inancına göre oluşturulmuştur. Değişim bu nedenle şu konulara odaklanmıştır. Desentralizasyon (merkezileştirmeme) yani sağlık hizmetlerinin karşılanması büyük rolün üç yerel yönetimlerin sorumluluğuna aktarılması; güçlü halk sağlığı hizmetleri sisteminin destekleyen finansman değişiklikleri ve bu sistemin bağımsız aile hekimlerine dayanması; kaynakların kullanımında verimliliğin ve kalitenin artırılmasıdır.

Uygulamalar sırasında karşı karşıya kalınan zorluklar şunlardır: Pratisyen ücretlerinin ödenmesindeki sorunlar, tıbbi kuruluşların sertifikasyonunun (sertifikalandırılmasının) yavaş olması, amaçlanan değişikliklerin oluşturulmasında gecikmeler, ödemelerde artan hasta sorumluluğu nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşma konusundaki kaygılardır (4/8).

A. ERDAL

SARGUTIN

III. TÜRKİYE VE LETONYA SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Türkiye Ve Letonya Sağlık Sistemine İlişkin Bazı Göstergeler

Göstergeler (2002)	TÜRKİYE	LETONYA
Toplam Nüfus * **	70.318.000	2.329.000
Nüfus artış hızı (%) * **	1.6	-1.3
Bağımlı nüfus (%) * **	57	48
60+ yaş (%) * **	8.2	21.8
Doğum oranı (%) * **	2.5	1.1
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi * **	70.0	70.3
Çocuk Ölüm Hızı (%) * **	4.3	1.3
Yetişkin Kadın Ölüm Hızı (%) * **	11.2	11.8
Yetişkin Erkek Ölüm Hızı (%) * **	17.7	32.7
Kişi Başına Milli Gelir (\$) * **	5.830	7.934
Kişi Başına Sağlık Harc.(\$) * **	294	509
Toplam Sağlık harcamasının Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı (%) * **	5.0	6.4
Devletin Sağlık Harcamalarının Bütçeye Oranı (%) * **	9.1	9.1
100.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı * **	236	775
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı * **	127	299

Kaynak: * (8) WHO (2004) Core Health Indicators "Turkey", s:1,2

** (7) WHO (2004) Core Health Indicators "Latvia", s:1,2

Letonya'da sağlık hizmetlerinin sağlanması sorumluluğu Refah Bakanlığı ile belediyeler arasında paylaşılmıştır. Birincil sağlık hizmetleri organizasyonu yerel yönetimlere dağıtılmıştır ve sağlık hizmeti sunumunda yerel yönetimlerin rolleri artırılmıştır. Letonya'da belediyelere ait hastahaneler bulunmakta ve belediyeler sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynamaktadır. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin organizasyonunun, yönetiminin, sunumunun sorumluluğu Sağlık Bakanlığına aittir. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerindeki rolü oldukça sınırlıdır. Türkiye sağlık hizmetleri politikası merkezîyetçi bir örgüt yapısına sahiptir ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumundaki etkinliğinin artırılması tartışılmaktadır.

Letonya'da Aile Hekimliği sistemi uygulanmaktadır. Türkiye ise böyle bir sistemi oluşturmayı tartışmaktadır.

Letonya'da tüm vatandaşları kapsayan bir zorunlu sağlık sigortası sistemi vardır. Letonya'da finansmanın çoğu vergiler ve zorunlu sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır. Toplumun tümünün sağlık güvenliğinin sağlanabilmesi için bölgesel sağlık sigortası fonları kurulmuştur. Türkiye'de ise farklı gruplara hitap eden sosyal güvenlik kuruluşları mevcuttur. Sosyal güvenlik kuruluşlarının bir çatı altında toplanması tartışılmaktadır.

Letonya'da özel sektörden hizmet alan hastaların hizmet bedelleri bölgesel fonlardan karşılanır. Eğer hizmet veren kurum bölgesel fonlar ile anlaşmalı değil ise hizmet bedelini doğrudan hizmeti alanlar öderler. Türkiye'de de özel sektör hizmetten yararlanan kişilerin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumlarıyla anlaşmalı ise hizmet bedeli sosyal güvenlik kurumunca ödenir. İki ülkede de özel sektör özellikle tıbbi laboratuvar ve görüntüleme merkezleri alanında yaygındır. Eczacılık hizmetleri iki ülkede de özel sektörlerce verilmektedir.

Letonya'da Riga ve diğer büyük şehirlerde sağlık hizmetlerine ulaşma imkânı daha fazla iken, kırsal kesimlerde sağlık hizmetlerine ulaşım zorlaşmaktadır. Türkiye'de de aynı durum geçerlidir.

Letonya'da Savunma, İletişim ve İçişleri bakanlıkları çalışanlarına yönelik sağlık hizmeti sunan çeşitli kurumlara sahiptir. Bu kurumların Bölgesel Hastalık Fonları'na bağlı olması nedeni ile, bu bakanlıklara bağlı olmayan kişiler de bu hizmetlerden yararlanabilmektedir. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı dışında bazı bakanlıkların ve sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık hizmeti sunan çeşitli sağlık kurumları vardır.

Letonya sağlık sistemi kamu destekli Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi tipini yerleştirmeye gayretindedir. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'ndaki düzenlemeler Kapsayıcı / Bütüncül / Tekcil hizmet tipini öngörmesine rağmen, 1990'dan sonra Refah Yönelimli / Sigorta tipi sisteme doğru bir uygulamaya yerleştirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul.
2. WHO (2001) Highlights on Health in Latvia, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, www.euro.who.int/documente/72467.pdf
3. WHO (2001) Health Care Systems in Transition, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, www.euro.who.int/document/e72407.pdf
4. WHO (2003) Health Care Systems in Transition Hit Summary, www.euro.who.int/document/obs/LTVsum_2003.pdf
5. CIA (2004) The World Factbook, Central Intelligence Agency, USA, www.odci.gov/cia/publications/factbook/print/kg.html (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Osha (2004) Occupational Safety and Health System in Latvia, OSHA Network, Latvia, <http://osha.lv/systems/OSH-system.htm> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. WHO (2004) Core Health Indicators "Latvia", www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
8. WHO (2004) Core Health Indicators "Turkey", www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Yurdum (2004) Letonya, www.yurdum.com (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN