

LİTVANYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ufuk PATIR

Ali TOPŞİR

Erdoğan BIYIK

A. ERDAL SARGUTAN

LİTVANYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1786
I. ÜLKE TANITIMI	1787
I.1. Coğrafi Yapı	1787
I.2. Tarihçe	1787
I.3. Devlet Yönetimi	1789
I.4. Nüfus Özellikleri Ve Eğitim	1789
I.5. Ekonomi	1789
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1791
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	1791
II.2. Sağlık Hizmetlerinin Yasal Temeli	1792
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	1792
II.3.1. Sağlık Sisteminin Ana Bileşenleri	1792
II.3.2. Sağlık Sisteminin Yönetimi	1795
II.3.3. Sağlık Bakanlığının Uygulamaları	1796
II.3.4. Sağlık Sistemi Reformları	1796
II.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu	1798
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1798
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1799
II.4.3. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri	1800
II.4.4. Halk Sağlığı Hizmetleri Ve Aile Hekimliği	1801
II.4.5. Sosyal Hizmetler	1802
II.4.6. Eczacılık Hizmetleri	1802
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı	1803
II.5.1. Sağlık Sistemi Finansmanı	1803
II.5.2. Sosyal Güvenlik Sistemi	1805
II.5.2.1. Sosyal Sigorta Sistemi	1805
II.5.3. Sağlık Sistemi Harcamaları	1806
II.5.4. Personel Ücretleri	1807
III. LİTVANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1808
KAYNAKLAR	1811

ÖZET

Litvanya'da sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca yürütülür. İllerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin sorumluluğu il genel hekimindedir. Sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlar il yönetimince idare edilmektedir. Ancak bu kuruluşların karar verme süreçlerine Sağlık Bakanlığı katılmaktadır.

Litvanya'da sağlık merkezleri, ambulans servis istasyonları, pratisyen hekim muayenahaneleri ve hemşirelik hastahaneleri birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile hemşirelik hizmeti veren hastahanelerin mülkiyeti belediyelere verilmiştir. Aile hekimleri tarafından sağlanan birincil sağlık hizmetleri sürekli genişlemekte ve halen nüfusun %40'ını kapsamaktadır. 1998'den sonra kısmi bir sevk zinciri uygulaması varken, 2002'de aile hekimlerine tam yetki verilmiştir. Litvanya'da gönüllü örgütler, halk sağlığı ile ilgili konularda faaliyet göstermektedirler. Kilisenin sektörde sınırlı bir rolü vardır.

Poliklinikler ve hastahaneler ikincil sağlık hizmeti kuruluşları ve üniversite hastahaneleri de üçüncül sağlık hizmeti kuruluşları olarak nitelendirilmiştir.

Litvanya sağlık sistemi finansman sıkıntısı çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansal kaynaklarının GSYİH'nin %5'inden az olmaması şartı ilgili kanunda belirtilmiştir. Ancak uygulamada bu oran her zaman gerçekleştirilememektedir. 1991-1995 yılları arasında kamu kurumlarının yaklaşık %40'ı özelleştirilmiştir. İş gücünün yaklaşık %70'i özel sektörde istihdam edilmiştir. Daha sonra sağlık sektöründe özelleştirme sınırlanmıştır.

Sosyal sigorta sisteminin temel kurumları Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Sosyal Sigorta Fonu (SODRA) ve bu fonun bölge müdürlükleridir. Sağlık hizmeti talebinin finansmanı genel olarak kamu ve sosyal sigorta tarafından sağlanır. Özel sağlık kurumlarına yapılan ödemeler de çoğunlukla SODRA adlı sosyal sigorta kuruluşunca yapılmaktadır. Çalışanlar, sosyal sigortadan prim ödeyerek faydalanmaktadır. Litvanya nüfusunun yarısından fazlası devlet katkılarıyla sigorta kapsamına dâhil edilmiştir. Sigortalı kişiler, kişisel sağlık hizmetlerinin tamamına yakınından ücretsiz yararlanmaktadır. Bu kişiler, hastahanelerdeki konforlu hizmetlerden yararlanmak isterlerse bunun karşılığını kendileri ödemek zorundadır.

Toplam halk sağlığı harcamalarının %2'sine karşılık gelen, İç İşleri Bakanlığı tarafından polislere ve mahkûmlara, Savunma Bakanlığı tarafından ordu mensuplarına yönelik sağlık hizmeti sunan iki sağlık sistemi daha mevcuttur.

1990'a kadar tüm ilaç sektörü devletin tekelinde kalmış, bu tarihten sonra özelleştirilmeye başlanmıştır. Eczahaneler, genelde şehirlerde bulunmaktadır. Bu nedenle kırsal alanda yaşayanlar ilaç satın almada zorluklarla karşılaşmaktadır.

Litvanya 1996'dan beri Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil bir modelden Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi modelini yerleştirme sürecindedir.

LİTVANYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Litvanya Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 65.200 km ²
NÜFUS	: 3.476.000 (1999)
İDARE ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Vilnius
ÖNEMLİ ŞEHİRLER	: Kaunas, Klaipeda, Siaulai, Panevezys
DİLİ	: Litvanca. Azınlığın kullandığı Rusça ve Lehçe
PARA BİRİMİ	: Lita (8/1)

I.1. Coğrafi Yapı

Litvanya, batıda Baltık denizi, kuzeyde Letonya, güneybatıda Polonya ve Kaliningrad, doğu ve güneyde Beyaz Rusya ile sınırdır.

56°.27' ve 53°.53' enlemleri, 20°.56' ve 26°.50' boylamları arasında yer alan Litvanya, Baltık kıyılarının en geniş ülkesi olma özelliğine sahiptir.

300 metreden alçak doğudaki dağlık bölge ve batıdaki yüksek arazinin içinde bulunan buzul tepelerin haricinde alçak ve düz bir coğrafyaya sahiptir. Litvanya'nın dörtte biri otlaklarla kaplıdır. Bunun yanı sıra pek çok küçük göl, bataklık ve ülkenin %30'unu kaplayan karışık ormanlık bölge ile çevrelenmiştir. Ağaç türleri genellikle çam, ladin ve kayındır. Ülke sık ormanlarla kaplı iken tarım alanları elde etmek için bu ormanlık alanlar yok edilmiştir. Tarım arazilerinin büyük çoğunluğu kumlu, killi ve verimli topraktan oluşur.

Litvanya'nın uluslararası önem taşıyan Klaipeda sıcak su limanı, Kursiu Körfezinin kuzeyinde, dar bir haliçte yer almaktadır. Nemunas nehri ve bazı kolları su taşımacılığında kullanılmaktadır. Kireçtaşı, kil, kum ve çakıl Litvanya'nın temel doğal kaynaklarıdır. Bununla beraber sahil şeridinde yaklaşık 10 milyon varil değerinde petrol tortusu vardır. Ayrıca güneydeki demir ve granit yatakları da önemli yeraltı kaynaklarıdır.

Genel iklim yapısı nemli-karasal iklim türüdür. Baltık kıyılarındaki deniz iklimi ile birlikte 4 farklı iklim görülmektedir. Kışlar genellikle ılıman, yazlar ise kıyılarda serin, iç kısımlarda sıcak geçmektedir. Yıllık ortalama yağış miktarı Baltık kıyısına bakan tepelerde 850, orta kesimdeki bölgelerde 600 mm dolayındadır. Sıcaklık ortalaması Ocak ayında -5°C, Temmuz ayında 17°C'dir (8/1,2).

I.2. Tarihçe

Litvanya'nın ilk yerleşimcilerinin tarihi milattan önce (MÖ) 1000'e dayanmaktadır. Litvanyalılar, Baltık kıyılarında Vistül ile Daugava nehirleri arasında puta tapan kabilelerle birlikte yaşayan bir topluluktur.

Litvanya, XII. yüzyılın başlarında Germen şövalyeleri tarafından istila edilmiştir. 1316-1341 yılları arasında Vilnius başkent yapılmış, Kiev merkez olmak üzere bütün Dinyeper nehri kontrol altına alınmıştır.

1385'te Litvanya-Polonya arasında Krewo Birliği kurularak Roma kurallarına uygun biçimde Hıristiyanlık kabul edilmiş ve bu birliğe dayanan 400 yıl süren yönetim kurulmuştur.

Litvanya, 1795'te Rusya ve Prusya arasında paylaşılmıştır. 1864-1905 yılları arasında yürütülen Ruslaştırma politikası, Litvanya kültürünün gelişmesini engellemiştir. 1905'teki Bolşevik Devrimi'ni kültürel canlanma ve Litvanya'nın özerklik istekleri izlemiş, milliyetçilik hareketleri I.Dünya Savaşı sırasında Alman işgali altında hız kazanmıştır.

16 Şubat 1918 tarihinde Litvanya bağımsızlığını ilan etmiştir. I. Dünya Savaşı'nın bitiş tarihi olan 11 Kasım 1918 tarihinde hükümet kurulmuş, Alman birlikleri Vilnius'tan çekildikten sonra Ocak 1919'da Sovyet Litvanya rejimini getiren Bolşevik kuvvetleri kente girmiştir (8/3).

Ağustos 1939'da Molotov-Ribbentrop Paketi ile Litvanya önce Alman etkisine açık bırakılmış daha sonra Eylül 1939'da Sovyet işgaline uğramıştır. Haziran 1940'da S.S.C.B.'ye bağlı bir hükümet oluşturulması ve Kızılordu'nun ülkeye yerleştirilmesi için S.S.C.B. tarafından Litvanya'ya ultimatom verilmiştir. Litvanya, bu ultimatomu uyarak S.S.C.B. ile birleşme sürecini başlatmıştır. Ekonomik ve kültürel Sovyetleşme başlamış ve yöneticiler Rusya'ya sürgüne gönderilmiştir. 1941'de 7.439 aile Sibiry'a sürülmüş, 3.600 kişi hapse atılmış ve 1.000'den fazla kişi öldürülmüştür (8/4).

Sovyetlerin, Litvanya ve diğer Baltık ülkelerinde başlattığı hareketler 1941'de Almanya'nın Rusya'yı işgaline kesilmiştir. 1941-1944 yılları arasında Litvanya ve diğer Baltık cumhuriyetleri Almanya'nın Ostland eyaleti olarak yönetilmiştir. Bu süre içerisinde Naziler yaklaşık 200.000 Litvanyalı Yahudi'yi Almanya'daki toplama kamplarına göndererek katletmiştir.

Kızılordu 1944'de tekrar Litvanya'ya girmiş ve kontrolü ele geçirmiştir. Sovyetleşme hareketi Komünist Parti liderlerinin bölgesel bir parti yönetimi kurmak üzere S.S.C.B.'den gelmesiyle devam etmiştir. Sürgünler, idamlar ve hapis süreci yeniden başlamıştır. 1941-1952 yılları arasında hükümet kaynaklarına göre 120.000'den fazla insan sınır dışı edilmiştir.

● 1988 yılının ortalarına kadar tüm politik, ekonomik ve kültürel yaşam Litvanya Komünist Partisi tarafından kontrol edilmiştir. 1980'lerin ortalarında S.S.C.B.'de başlayan politik ve ekonomik kriz Gorbaçev'in sosyal ve politik reformlarını izleyen Litvanya ve Baltık ülkelerini de etkilemiştir. Litvanya'da, aydınların liderliğinde, 1988 yılının ortalarında açıklanan demokratik ve ulusal haklara ilişkin 'Sajudis' adı verilen reform hareketi halkın büyük kesiminden destek bulmuştur. Sajudis Hareketi'nin etkisiyle Litvanya yasalarında köklü değişikliklere gidilmiştir. 1940 tarihli, Litvanya'nın S.S.C.B.'nin bir parçası olduğuna dair kararlar yürürlükten kaldırılmış ve çok partili sistem kabul edilmiştir.

19 Ağustos 1991 tarihindeki Gorbaçev yönetimine karşı darbe girişimine kadar Litvanya, S.S.C.B. yönetimi altında planlı, ekonomik ve kültürel süreç geçirmiştir. 1991'de Litvanya Hükümeti Komünist Partiyi kapatmıştır. Litvanya hükümetince ülkede hala çok sayıda Rus birliği olduğu ve bu birliklerin geri çekilmesinin hükümetin öncelikli dış politika maddesi olduğu belirtilmiştir. Bunun üzerine; 8 Eylül 1992 tarihinde Rusya Federasyonu ve Litvanya arasında Rus birliklerinin geri çekilmesiyle ilgili bir antlaşma imzalanmıştır. Rusya Federasyonu bu antlaşmaya uyarak 31 Ağustos 1993 tarihinde birliklerini Litvanya topraklarından geri çekmiştir (8/5,6).

I.3. Devlet Yönetimi

Litvanya çok partili parlamenter demokrasi ile yönetilmektedir. Litvanya Anayasası 25 Ekim 1992 tarihinde onaylanmış, 6 Kasım 1992 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Devlet Başkanı 5 yıllığına doğrudan halk tarafından seçilmektedir. Devlet Başkanı dış politika ve güvenlik politikasında en yetkili kişidir. Seçilmiş olan Başbakan ve kabine ile, çeşitli üst düzey yöneticileri atamakla da yükümlüdür.

Litvanya Parlamentosu (Seimas) 4 yılda bir seçilen 141 üyeden oluşmaktadır. Üyelerin 71'i seçim bölgelerinden, 70'i ise parti listelerinden seçilmektedir. Bir partinin Seimas'da temsil edilebilmesi için ülke genelindeki oyların %5'ini alması gerekmektedir. Son seçim Ekim 2000'de yapılmıştır. Seçmen olma yaşı 18'dir. Yönetim bölgesi 10 il ve bunlara bağlı yerleşim birimlerinden oluşmaktadır.

Litvanya; 18 Eylül 1991 tarihinde Birleşmiş Milletler, 29 Mart 2004 tarihinde Kuzey Atlantik İşbirliği Örgütü (NATO), 1 Mayıs 2004 tarihinde Avrupa Birliği'ne üye olmuştur. Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ile üyelik görüşmelerini sürdürmektedir (8/6).

I.4. Nüfus Özellikleri Ve Eğitim

3.476.000 kişilik Litvanya nüfusunun önemli bir kısmı başta başkent Vilnius (553.373) olmak üzere, Kaunas (376.575), Klaipeda (192.498), Siaulai (133.528) ve Panevezys şehirlerinde toplanmıştır. Litvanya nüfusunun büyük çoğunluğunu Litvanyalılar (%83,5) oluşturmaktadır. Geri kalan nüfusu Polonyalılar (%6,7), Ruslar (%6,3), Beyaz Ruslar (%1,2), Ukraynalılar (%0,7), Yahudiler (%0,1) ve diğerleri (%1,5) oluşturmaktadır.

2002 yılı verilerine göre ülkede 1.73 milyon olan iş gücü; %18,3 üretim endüstrisi, %17,1 tarım, %15,5 toptancılık ve perakendecilik, %6,3 inşaat, %6,3 taşımacılık, %5,1 kamu yönetimi ve savunma alanlarında istihdam edilmiştir.

Litvanya yurttaşlık kanunu ve anayasası, hem uluslararası standartlara hem de Avrupa Güvenlik Ve İşbirliği Teşkilatı (AGİT) standartlarına uygun olmakla birlikte, evrensel insan haklarını garanti altına alan bir düzenlemeye sahiptir.

Litvanya'da zorunlu eğitim süresi 9 yıldır. Eğitim 7 yaşında başlamakta ve 16 yaşına kadar ücretsiz ve zorunlu olarak sürmektedir. Bu nedenle ülkede okuma-yazma oranı %99'dur (8/1,2).

I.5. Ekonomi

Litvanya, Sovyet döneminde S.S.C.B. ile yoğun endüstriyel ve ekonomik entegrasyon yaşamasına rağmen, teknoloji düzeyi Batı standartlarının oldukça altında kalmıştır. Aynı şekilde çevre, sağlık ve işçi hakları alanlarında da geri kalmıştır. 1949-52 yılları arasında tarımda özel mülkiyet kaldırılmış ve kolektif devlet çiftlikleri kurulmuştur. 1960'ların başına kadar üretim düşmüştür. Tarım üretiminde güçlü kimyasalların kullanılması ve makineleşmeye geçilmesi üretimi iki kat artırmış, ancak çevreyle ilgili sorunları da beraberinde getirmiştir.

Sovyet döneminden kalan ulaşım altyapısı oldukça iyi olup bağımsızlıktan sonra da gelişmeye devam etmiştir. Litvanya'nın Almanya, İsveç ve Danimarka limanlarına feribot seferleri düzenlenen bir deniz limanı bulunmaktadır. Başkent Vilnius, Kaunas ve Klaipeda şehirlerinde uluslararası ulaşım yapan hava alanları mevcuttur. Karayolu ulaşımı yeterli düzeydedir. Polonya sınırındaki kontrol noktalarındaki işlemler Avrupa Birliği (AB) tonları kullanılarak geliştirilmesine rağmen uzun bekleyişler hala sık görülmektedir. Ülkenin bağımsızlığa kavuşmasıyla yatırımların artması telekomünikasyon sektörünün gelişmesinde büyük rol oynamıştır. 2002 yılının sonuna kadar tekel konumunda olan bu sektör günümüzde çok sayıda telefon şirketinin rekabetine imkan sağlayacak hale gelmiştir.

Litvanya ekonomisi, kapalı ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçiş nedeniyle yavaş bir başlangıç yapmıştır. Özelleştirme işlemlerinin ve yeni şirketlerin kurulmasının zaman alması bu yavaş başlangıcın ana nedenleri olmuştur. 1998'de yeni gelişen ekonomi, bir banka krizi de dahil olmak üzere birkaç başarısız deneyim atlatmıştır. Yeni firmaların, özellikle de yabancı sermayenin ülkeye girişi ve özelleştirme süreci serbest piyasa ekonomisini canlandırmış; daha önce doğu ülkelerine olan ihraç Rusya krizinden sonra batıya yönelmiştir.

Litvanya'da Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) 2002 yılında %6,7 artmıştır. Sosyal politika ve tarım reformu alanlarında hala eksiklikler mevcuttur.

2002 yılı verilerine göre Litvanya'da GSYİH 14,9 milyar \$, kişi başına düşen GSYİH 4,296 \$, işsizlik oranı %10,9'dur. Asgari ücret aylık 107,50 \$ ile yoksulluk sınırının altında kalmaktadır. Ortalama ücret ise aylık 336,8 \$'dır.

2002 yılının sonunda sırasıyla; Danimarka, İsveç, Estonya ve Almanya'dan sonra Litvanya'ya yatırım yapan en büyük 5. yatırımcı ABD (%8,7) olmuştur. 2002 yılı itibarıyla bütçe açığı GSYİH'nin %4,8'idir. Şubat 2002'de hükümet döviz kurunu ABD Doları yerine EURO'ya karşı sabitlemiştir. 1 Euro = 3,4528 Lita olarak kabul edilmiştir (8/7,8).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

1990'da başlayan bağımsızlık hareketinden bu yana sağlık sisteminin gelişiminde 4 aşama bulunmaktadır.

Birinci aşama, yetki devridir. 1990-1992 yılları arasında birincil sağlık hizmetlerinin ve çoğu küçük, orta ölçekli hastahanelerin yönetiminde belediyelerin rolü artırılmıştır. Buna ek olarak tıp fakülteleri daha özerk hale getirilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin yönetiminde liberal yaklaşım göz önüne alınmıştır. Sağlıkta planlama; yıllık yapılan devlet bütçesi, belediye sağlık bütçesi ve kamu sosyal sigorta kurumu bütçesi aracılığı ile yapılmıştır (13/8).

İkinci aşama 1993-1994 yılları arasında oluşmuştur ve iki ana konu üzerinde yoğunlaşmıştır: Birincisi, hekimi özgürce seçme hakkına karşılık aile hekimliği kavramıdır. İkincisi, sağlık kurumlarının, yönetiminin devletin mi yoksa özel sektörün mü elinde olması gerektiği sorusudur. Katkı sağlayacak bir yaklaşım üzerinde genel bir uzlaşma sağlanmıştır. Bu tartışmaların yaşandığı dönemde; kamu tarafından sağlık hizmetlerine yeterince mali destek sağlanamamış, toplumun sağlık statüsü bozulmuş, ilaç sektöründe kontrolsüz özelleştirme görülmeye başlanmıştır. Sonuç olarak çok az sayıda değişiklik uygulamaya konulmuştur (13/9).

1994-1995 yılları arasındaki üçüncü aşamada, çok sayıda politik karar alınmıştır. Bunlar, yasal sağlık sigortasının uygulamaya konması, sağlık hizmetleri yönetiminin Sağlık Bakanlığı'ndan alınıp 10 il'e devredilmesi, uzman hekim sayısının azaltılarak birincil sağlık hizmeti sektörünün güçlendirilmesidir. Uzun vadeli planlama gereği ve değişimin yönetilmesindeki zorluğun yetkililerce anlaşılmasına başlanması sonucunda, idari personelin eğitimi ve sağlık hizmeti sunanların denetlenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

1995-1997 yılları arasındaki dördüncü aşamada çok sayıda yasa kabul edilmiş, bu yasalardan bazıları sağlık sisteminin yasal çerçevesinin oluşturulmasında önemli role sahip olmuştur. Bazı yasalarda, uyum amaçlı değişikliklere varılması ve yeniliklere gidilmesi zorunluluğu oluşmuştur. Ulusal seviyede kurumsal kapasite fark edilir derecede geliştirilmiştir. Lisanslama, akreditasyon, kayıt ve kontrol süreçleri ile ilgili kurumlar Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Bu dönemde, dereceli olarak zorunlu sağlık sigortası sistemine geçilmeye başlanmıştır. Mayıs 1996'da Sağlık Sigortası Kanunu, 1 Haziran 1997 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere parlamentoda (Seimas) kabul edilmiştir.

1998'den beri hükümet, yeni mali yönetim sistemindeki değişiklikleri izlemeye başlamıştır. Bu alanda da iki önemli problem bulunmaktadır. Sağlık sektöründe karar alma sürecinde demokratikleşme tamamlanamamıştır. Yöneticiler, sağlık hizmeti sunanlar, mali destek sağlayanlar ve hastalar arasında iş birliği artsa da hastalar hala süreçte en zayıf noktadadırlar. Reform sürecinde önemli engellerden biri de yönetsel becerinin eksikliğinin olması ve karar vermede mesleki uzmanlığa yeterince önem verilmemesidir (13/10).

II.2. Sağlık Hizmetlerinin Yasal Temeli

Litvanya'da sağlık hizmetleri, diğer bazı ülkelerde olduğu gibi birincil sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri şeklinde ikiye ayrılabilir. Temel sağlık hizmetleri, yasalarla belirlenmiş olan sağlık sigortası sistemine dayanmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri, kamu kuruluşlarınca verilmekte ve ülke bütçesi tarafından finanse edilmektedir. Sigortalı kişiler kişisel sağlık hizmetlerinin tamamına yakınından ücretsiz yararlanmaktadır. Sigortalı kişiler, hastahanelerdeki kontrolü hizmetlerden yararlanmak isterlerse bunun karşılığını kendileri ödemek zorundadır. Sigortası olmayan kişiler de acil ve zorunlu tıbbi yardımdan ücretsiz yararlanmaktadır. Bu noktada sigortalı kişilerle sigortası olmayanlar arasında kesin bir ayırmadan söz edilmesi zordur. Çünkü, acil veya zorunlu tıbbi tedavilerin tam olarak ne olduğunu belirlemede bir ölçüt bulunmamaktadır. Böyle bir ölçütün olmaması, sigortalı ve sigortasızların hemen hemen aynı hizmetleri almalarına neden olduğu için sigorta primlerinin ödenmesi yönündeki teşvikleri zayıflatmaktadır. Toplumda, sağlık hizmetlerinden herkesin ücretsiz faydalanmasının bir hak olduğu şeklinde Sovyet döneminde kalma bir anlayış mevcuttur.

Kanuna göre sağlık hizmetleri zorunlu, birincil, ikincil ve üçüncül olarak 4 bölüme ayrılmıştır. Bununla birlikte, uygulamada sağlık hizmetleri yerine sağlık hizmeti sunanlar bölümlere ayrılmıştır. Sağlık merkezleri, ambulans servis istasyonları, pratisyen hekim odaları, hemşirelik hastahaneleri birincil sağlık hizmeti kuruluşları, poliklinikler ve hastahaneler ikincil sağlık hizmeti kuruluşları ve üniversite hastahaneleri de üçüncül sağlık hizmeti kuruluşları olarak nitelendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, kanunda amaçlanan şekle dönüşmeyi ve kuruluşları değil hizmetleri sınıflandırmaya çalışmaktadır. Farklı basamaklardaki bu kuruluşların hepsinde sunulacak sağlık hizmetinin tanımlanması ve böylece her kuruluşun kendine ait sağlık hizmeti sunması için kapsamlı bir çalışma yapılması gerekmektedir (6/4,5).

II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı

II.3.1. Sağlık Sisteminin Ana Bileşenleri

Litvanya sağlık sistemi, 1996'dan beri entegre bir modelden sözleşme modeline geçiş sürecindedir. Sistemde yapılan değişikliklerin iki önemli etkeni vardır. Birincisi zorunlu sağlık sigortasındaki ödemeler, ikincisi sağlık kurumlarının vasal statüleri ile mülkiyet haklarının yeniden bölüşülmesi sorunudur.

Günümüzde Litvanya sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu kar amacı gütmeyen kuruluşlardır (13/5).

Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin tüm fonksiyonlarından sorumludur. Yasaların ve sektörle ilgili uygulamaların düzenlenmesi de Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Sağlık kurumlarının doğrudan yönetimi anlayışı etkisini yitirmeye başladığından, üçüncül sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve denetlenmesi, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim faaliyetlerinin temelini oluşturmaktadır.

Kaunas Tıp Üniversitesi ve Vilnius Devlet Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastahanesi'nin işletilmesi sorumluluğunu da bakanlık taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık sistemi performansının da temel sorumlusudur. 10 ilin yerel bölümleriyle toplam 50'ye yakın kamu sağlığı merkezlerinin bilişim ağını da yönetmektedir. Halk sağlığı merkezleri bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve diğer sağlık fonksiyonlarının yürütülmesinden sorumlu alt birimlere sahiptir. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Programında ayrıntılarıyla belirtilmiş olan belirli sağlık hedeflerine ulaşmayı amaçlayan devlet programlarının oluşturulmasını sağlar. Ekonomi Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile ortak çalışarak yatırım projelerinin gerçekleştirilmesine karar verir. Sağlık Bakanlığı işyeri hekimliği hizmetlerinin gelişiminden sorumluyken, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı iş güvenliğinin kontrolünden sorumludur.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin sorumluluğu il genel hekiminin elindedir. Sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlar il yönetimince idare edilmektedir. Ancak bu kuruluşların karar verme süreçlerine Sağlık Bakanlığının katılımı zorunludur.

Yerel Yönetimler kendi bölgelerinde yaşayan halka sağlık hizmetinin sunumundan sorumludur. Birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile hemşirelik hizmeti veren hastahanelerin mülkiyet hakları belediyelere verilmiştir. Yasa ile yapılan yetki devrine uygun olarak, küçük ve orta ölçekli hastahanelerin işletilmesi yine belediyelerin sorumluluğundadır (10/35).

İl ve belediyelerin sağlık hizmetlerinin yönetimine merkez yönetimle birlikte katılımı 3 yıl önce başlamış ancak henüz tamamlanmamıştır. Orta ölçekli hastahanelerden belediyelerin mi yoksa illerin mi sorumlu olacağı konusunda ve idari sorumlulukların nasıl paylaşılacağı konusunda hala tartışmalar mevcuttur. Belediye hekimliği pozisyonu birincil sağlık hizmetinde karar verme ve denetim fonksiyonunu geliştirmek için oluşturulmuştur. Aynı zamanda belediyelerin bölgesel sağlık programlarının uygulanmasında ve halk sağlığı aktivitelerinin geliştirilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Yerel sağlık hizmetlerinin alt yapısı 1996 yılına kadar bir piramit şeklindedir. İdari ve mali açıdan oluşturulmuş olan bu piramidin en üst noktasında belediye hastahaneleri, bunun altında özel dal hastahaneleri ve küçük hastahaneler, daha altta acil sağlık hizmeti veren kuruluşlar en altta da sağlık birimleri bulunmaktadır.

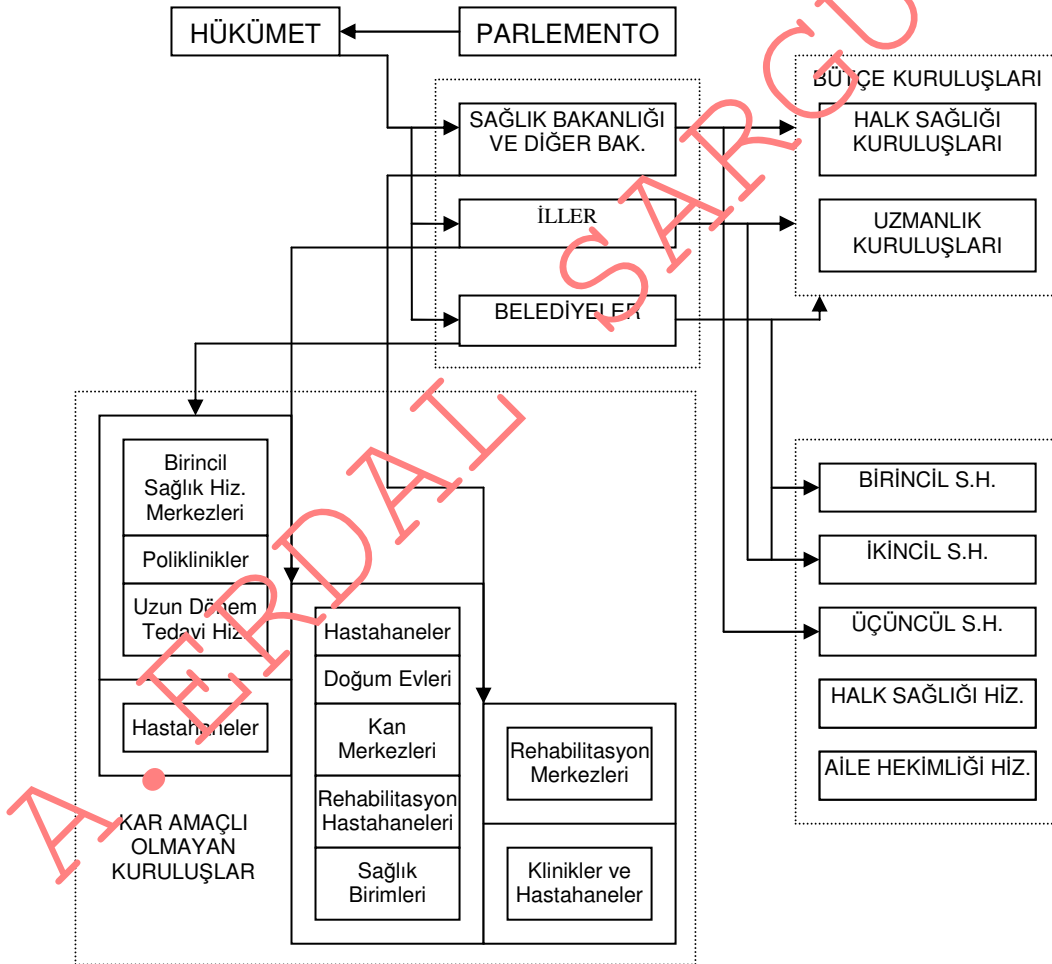
Birincil sağlık hizmeti veren kuruluşların bilişim ağı, hastahanelerin hizmet ayırımı sürecinin bir sonucu olarak (özellikle poliklinik ve ambulans hizmetlerinde) önemle oranda değişmiştir. Belediyelerde şu anda çok sayıda birincil sağlık hizmeti modeli bulunmaktadır.

Devlet Sosyal Sigorta Fonu (SODRA) hükümet temsilcileri, sendikalar ve işveren örgütlerinden oluşan üçlü bir konsey tarafından denetlenmektedir. Bir hizmet satın alma kurumu olan Devlet Hastalık Fonu, Sağlık Bakanlığı tarafından ekonomik olarak desteklenmektedir. Bu fon ayrıca Yasal Sağlık Sigortası olarak bilinir. Fonun görevi, sağlık kurumlarının maliyetlerini karşılamaktır. 1997 yılında; 1996'da çıkarılan Yasal Sağlık Sigortası Kanunu uyarınca SODRA'nın bazı sorumluluk ve fonksiyonları Yasal Sağlık Sigortası Fonu'na devredilmiştir.

Bu Kanun ile devlet, sigorta fonu tarafından yönetilen, 10 bölgesel birime ve hastalık fonuna sahip sağlık harcamalarını kapsayan ayrı bir sosyal sigorta programı kurmuştur (13/7).

Gönüllü örgütler, aralarında ağırlıklı olarak Kızıllaç, Diyabet Derneği, Görme Engelliler Derneği, Çernobil Mağdurları Derneği v.b. halk sağlığı ile ilgili konularda faaliyet göstermektedirler. Kilisenin sektörde sınırlı bir rolü vardır. Vilnius şehrindeki bir hastahane Katolik Kilisesi tarafından yönetilmektedir. Ayrıca bazı hemşirelik hizmeti veren hastahanelerin yönetimi ve mali işleri de kiliseler tarafından yürütülmektedir.

Şema 1: Sağlık Sistemi Örgüt Şeması



Kaynak: (13) Health Care Systems in Transition-Lithuania, s:9

Diğer bakanlıkların da sağlık hizmetleri ile ilgili işlevleri vardır. Toplam halk sağlığı harcamalarının % 2'sine karşılık gelen ve devlet tarafından birbirine paralel olarak yürütülen iki sağlık sistemi daha mevcuttur. Birincisi İç İşleri Bakanlığı tarafından yürütülen polisler ve mahkûmlara, ikincisi Savunma Bakanlığı tarafından yürütülen ordu mensuplarına yönelik sağlık hizmeti sunan sistemlerdir. Maliye Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu için ayrılan fonlar: Savunma, İçişleri ve Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları'nın yönetimindedir. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, huzurevlerinin ve özürli çocuklar merkezlerinin işletilmesinden ve bu kurumlarda verilen tıbbi hizmetlerin finansmanından da sorumludur. Hemşirelik hizmetleri ile diğer sağlık hizmetlerinin bir noktada birleştirilmesi konusunda kamuoyunda tartışma mevcutken Savunma Bakanlığı ve İç İşleri Bakanlığı tarafından verilen hizmetlerin birleştirilmesi konusunda bir plan geliştirilmemiştir (13/8).

II.3.2. Sağlık Sisteminin Yönetimi

Bakanlık, hekimler ve hemşirelerin yeniden örgütlenmesi için yardımcı olmaktadır. Sağlık Bakanlığı çatısı altındaki Devlet Akreditasyon Kurumu, kamu kurumlarına ve özel kurumlara yetki belgesi verilmesinden ve kamu sağlık kurumlarının isteğine bağlı olarak akreditasyon mekanizmalarının oluşturulmasından sorumludur. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki diğer bir kurum olan Devlet Tıbbi Denetleme Müfettişliği, sağlık hizmeti sunanların kalite kontrolünü ve tıp standartlarına uyumunu sağlamakla yükümlüdür. Devlet ilaç kurumu, ilaç sektörünün düzenlenmesinde önemli sorumluluklara sahiptir.

Sağlık Bakanlığı, ilaçların ve kamu kurumunda verilen hizmetlerin fiyatlarını ve Devlet Sosyal Sigorta Fonu tarafından ödenecek hizmetler için referans fiyatlarını belirler. Hizmet veren kamu kuruluşları belirtilen referans fiyatlarından daha fazla fiyat talep edemezler. Sağlık hizmetlerine yapılan toplam kamu harcamalarının miktarının saptanması, kamu sermaye yatırımlarının belirlenmesi, Sağlık Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı vasıtasıyla tıp fakültelerindeki ve sağlık kolejlerindeki öğrenci sayılarının planlamasından hükümet sorumludur. Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı mali denetimden ve mali tablolardan ortak bir şekilde sorumludur (13/11).

İl yönetimleri ve belediyeler, verecekleri hizmetleri planlayacak yeterli kapasiteye sahip olmamakla birlikte, aldıkları kararları destekleyecek bir otoritenin mevcut olmadığını da görmüşlerdir. Belediyeler, destekleyip geliştirmekle sorumlu oldukları sağlık hizmetlerinin, altyapılarını iyileştirmede yeterli kaynağı bulamamaktadır. Sermaye planlaması söz konusu olduğunda, sosyal sigorta fonlarının konuya dahil olmaması nedeniyle, belediyelerin sağlık planları ile ulusal sağlık planlarını ilişkilendirecek ve yatırım kararlarının koordinasyonunu sağlayacak bir mekanizmanın olmaması dikkat çekmektedir.

1997-1998 yıllarında kamu hizmeti sunucularının büyük çoğunluğu, yasal sağlık sigortaları tarafından mali olarak desteklenen, sözleşmeye dayalı sistemi uygulamaya başlamışlardır. Devlet Hastalık Fonu ve Bölgesel Hastalık Fonları, sağlık sigorta sisteminde yönetilirler. Devlet sigorta fonu, Yasal Sağlık Sigortası Denetim Kurulu tarafından denetlenir.

Bu kurulun başkanlığını Sağlık Bakanı yapmaktadır ve üyeleri arasında; diğer bakanlıkların temsilcileri, sendikalar, sağlık hizmetleri sunucuları, belediye temsilcileri bulunmaktadır.

Bölgesel Hastalık Fonu bölgesi sınırları dâhilindeki sağlık hizmet sunucularıyla sözleşme yapmakta, hizmet sunum ücretlerini ödemekte, ilaç harcamalarının ödemesini yapmakta ve hizmet sunucularının performansını denetlemektedir. Fon denetim komitesi il hekimi ve belediye temsilcilerini de içine alarak belediye ve il yetkililerinin çalışmalarının koordinasyonunu sağlamaktadır (13/12).

II.3.3. Sağlık Bakanlığının Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı'nın temel hedefi Litvanya vatandaşlarının sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve seviyesinin yükseltilmesidir. Bu hedefe ulaşmak için Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı işlemler şunlardır:

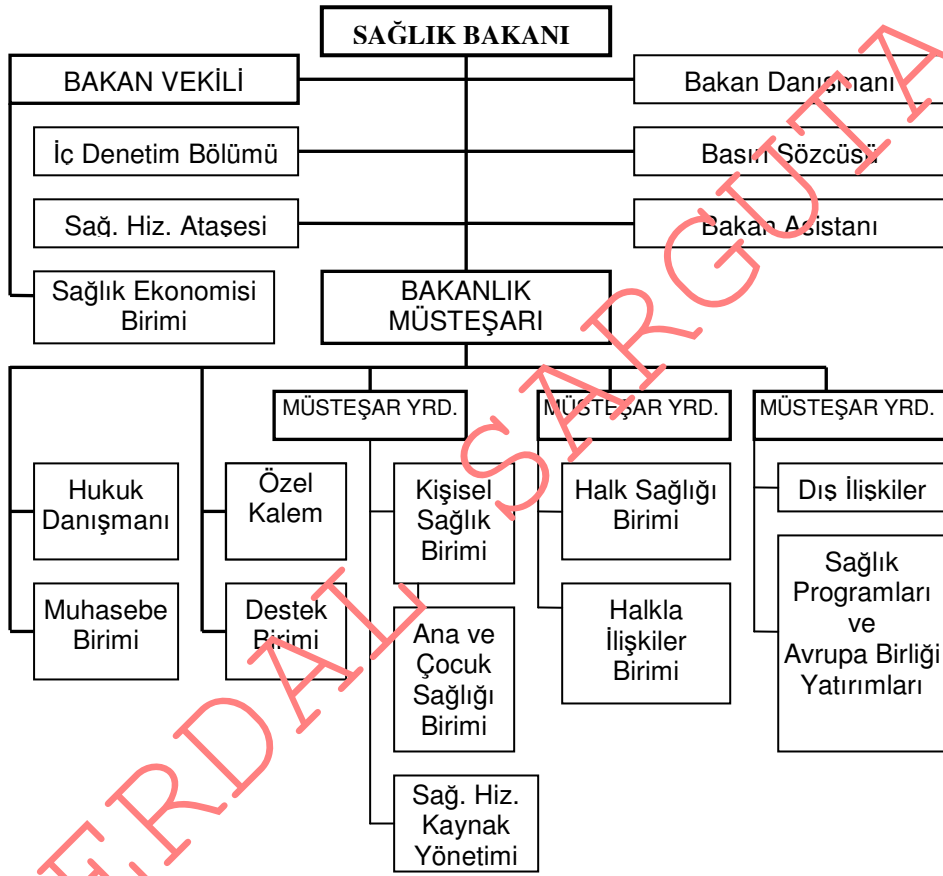
- Litvanya Cumhuriyeti kanun ve tüzüklerine uygun hareket ederek sorunların çözümü için yasal düzenlemeler yapmak,
- Nüfusun sağlık statüsünü geliştirmek için ihtiyaçların, sağlık hizmetleri kaynaklarının, hizmete ulaşılabilirliğin, hizmetlerin kabul edilebilirliğinin ve uygunluğunun analizini yapmak ve bu amaçla çalışmaları planlamak,
- Ulusal sağlık sisteminin gelişimi için öncelikleri, sağlık hizmetleri ve ilaç üretiminin ruhsatı ve akreditasyonu, yasalara uygun olarak sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını belirlenmek ve çalışma iznelerini vermek,
- Gereklili ilaçları temin etmek ve dağıtımını sağlamak, ilaç arz ve talep dengesini belirlemek, bununla ilgili bilgileri toplamak ve analizini yapmak, yasal yollarla ilaç arzını düzenlemek, ilaçların üretim şartlarını kontrol etmek ve kayıtlarını yapmak,
- Sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlarını belirlemek, aynı zamanda tıbbi ürünlerin eczahane ve üretici maliyetlerini belirlemek ilaç fiyatlarını kontrol etmek, sağlık kurumlarınca satın alınacak ilaçların harcama normlarını oluşturmak,
- Diğer ülkelerdeki ilgili kurumlarla Litvanya sağlık kurumları arasındaki ilişkilerin koordinasyonunun ve geliştirilmesini sağlamak, dış ülkelere tedarik edilen tıbbi ve teknik malzemenin kontrolünü yapmak, AB entegrasyonu ile ilgili ve rekabet şartlarıyla uyumu sağlayacak çalışmaları yürütmek ve uluslararası kuruluşlarla koordinasyonu sağlamak,
- Sağlığa yapılan katkıları ve nüfus sağlık bilgilerini medya kanalıyla halka duyurmak,
- Halktan gelen şikayetleri, yapılan başvuruları ve önerileri değerlendirmek ve sıkıntılıların çözümü için gerekli işlemleri yürütmek,
- Kanunlara uygun diğer fonksiyonları yürütmektir (3/1).

II.3.4. Sağlık Sistemi Reformları

1989'da yapılan Litvanya Hekimler Kongresi'nde sağlık sisteminde reform gerekliliği üzerinde durulmuştur. Ulusal sağlık hizmetleriyle ilgili bu reformların uygulanması, parlamento tarafından 1991'de kabul edilmiştir.

Reformların temel hedefi, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ve hizmetlerin, nüfusa daha iyi bir sağlık düzeyi kazandırmak için en etkili kullanımını sağlamaktır.

Şema 2: Litvanya Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



Kaynak: (4) <http://www.sam.lt/en/sam/chart>

• Birincil sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve geliştirilmesi, sağlık reformunun en önemli aşaması olarak düşünülmüştür. Birincil sağlık hizmetlerinin ana amacı, hasta ihtiyaçlarına uygun olarak sağlık hizmetlerine katkıda bulunmak ve hastalıkları önlemektir.

Bu amaçla 1992'de Vilnius ve Kaunas Üniversitesi tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Bölümü kurulmuştur. Bu bölüme ilk olarak 30 öğrenci alınmış, 3 yıl sonra 1995'te ilk 30 aile hekimi mezun olmuştur. 2001 ve 2002'de programın seviyesi yükseltilmiş, AB uzmanları bu programın AB ihtiyaçlarını karşıladığını onaylayarak, programı tanımışlardır.

Sağlık sistemi reformları, aile hekimliğini birincil sağlık hizmetlerindeki merkez nokta olduğu fikrini benimsemiştir. 2005 yılına kadar Sağlık reformlarının öncelikli hedefi birincil sağlık hizmetleri düzeyinde hizmet veren tüm pratisyen hekimlerin yerini aile hekimlerinin almasıdır. Ortalama 1.600 nüfusa 1 aile hekimi düşünüldüğünden, Litvanya'nın 2.000 aile hekimine daha ihtiyacı vardır. Bu, 1.700 pratisyen hekimin aile hekimi olarak yeniden eğitilmesini ve 500 aile hekiminin daha yetiştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle 1997'de pratisyen hekimlerin bu iki üniversitede eğitime tabi tutulma süreci başlamıştır. Her yıl yaklaşık 250 pratisyen hekim aile hekimi olacak şekilde eğitilmiştir. 2000 yılında, 1.000 pratisyen hekim eğitimden geçirilerek aile hekimi diplomasını almıştır (9/1).

II.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetleri sektörünün içerisinde organize bir yapı kazanması Litvanya için yeni bir kavramdır. Bu kavram ilk defa 1991 yılında sağlık politikası alanına girmiştir. Birincil sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve altyapı ilkelerinin belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ve Dünya Bankası katkıda bulunmuştur.

1996-2005 dönemi için birincil sağlık hizmetleri alanında gelişim stratejisi oluşturulmuştur. 1996'da pratisyen hekimlerin sistem içindeki rolleri tanımlanmış ve dört belediyede pilot çalışmalar başlatılmıştır. 1996-1997 yıllarında pratisyen hekimler ve hemşireler için uygulamalı hizmet standartları oluşturulmuştur. Eğitim ve hizmet içi eğitim programları 1996 yılında uygulanmaya başlanmıştır (13/35).

Birincil sağlık hizmetleri, bu hizmetler için tahsis edilmiş merkezlerde, muayenehanelerde, sağlık birimlerinde, okul revirlerinde, gezici sağlık merkezleri ve polikliniklerde hatta ambulanslarda uygulanmaktadır. Ayrıca akıl sağlığı merkezleri, psikiyatristler ve diğer sağlık personeli bu dört belediye bünyesinde istihdam edilmiştir. Pilot program dâhilinde birincil sağlık hizmeti veren kurumların tüm iletişim ağı belediyelerin yönetimindedir (10/34).

Poliklinikler, farklı alanlarda eğitim görmüş, sayıları 10-20 arasında değişen uzman hekim istihdam etmektedir. Röntgen cihazı, ultrason cihazı ve diğer tanı koyucu donanım polikliniklerde mevcuttur. Ülke genelinde yaklaşık 140 poliklinik vardır. Son dönemde polikliniklerde günlük cerrahi uygulamalara da başlanmıştır.

Birincil sağlık hizmeti veren merkezlerde jinekolog, cerrah, diş hekimi, pratisyen hekim, dâhiliye uzmanı ya da pediatrist bulunması gerektiği ortak bir görüş olarak benimsenmiştir.

1998'de, 1.168'i diş hekimi olmak üzere 4.650 hekim, 10.500 hemşire birincil sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışmıştır. Bu sayı istihdam edilmekte olan toplam hekim sayısının %32'si, toplam hemşire sayısının da %39'una denk gelmektedir. Birincil sağlık hizmeti veren hekimlerin büyük çoğunluğu kadındır (13/36).

1998'de birincil sağlık hizmeti alan nüfusun %98'si kayıt altına alınmıştır.

Hekimlerin sevk zincirindeki süzgeç fonksiyonunun gelişmesi yeni yaklaşımın önemli bir hedefi olarak ilan edilmiştir. Hastanın uzmanlık hizmeti alabilmesi için sevk edilmiş olması şarttır. Buna rağmen, 1998 yılında uzmanlık hizmetlerinin %20'sinden fazlası sevk alınmadan sağlanmıştır.

1998'de diş hekimliği hizmetleri hariç, uzmanlardan alınan ayakta tedavi hizmeti oranı %30'dur. Hasta davranışında geleneksel yapıyı ve hekimlerce uygulanan tedavi şeklini değiştirmenin çok zor olduğu bilinen kabul edilmektedir. Birincil sağlık hizmeti veren hekimlere yapılan başvurular, giderek artan bir oranda, sevk almak için yapılmaktadır. Sevklar hastahanelere yatmak için gereklidir (13/37).

Sağlık kurumlarının çoğu kamuya ait olup, birincil sağlık hizmetlerini kısmen özelleştirmeye yönelik planlar bulunmaktadır. 1999'da bu konuda hükümetin karşısına çıkan temel öneri, bu alanda çalışan hekimlerin bağımsız birer sözleşmeli personel haline getirilmesidir.

1995'te temsili uygulamaya geçildiğinde, ülke çapında uygulamaya katılan hastaların %15'i (genelde kırsal alanda oturanlar, 50 yaşın üzerindeki veya kronik hastalıkları olanlar) ulaşım zamanının ve mali sıkıntılarının sağlık hizmetleri erişimine engel olduğundan yakınmışlardır. Kamu taşımacılığında genel bir çözüme olduğundan ve kişisel gelire oranla ulaşım maliyeti daha hızlı yükseldiğinden, bu sorun çok daha önemli bir hal almıştır.

Birincil sağlık hizmetleri alanında diğer bir yenilik de toplum akıl sağlığı merkezlerinin uygulamaya geçirilmesidir. Belediyelerdeki akıl sağlığı merkezleri kurulma aşamasındadır. Bunlardan her birinde üç psikiyatrist, bir psikolog, üç akıl sağlığı hemşiresi ve iki sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip oluşturulmuştur (13/38).

Birincil sağlık hizmetlerinde önceliklere ulaşılabilmesi için aşağıdaki planlar oluşturulmuştur:

- Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini, kalitesini ve etkililiğini artırmak,
- Nüfustaki engelli oranlarını düşürmek ve doğuştan beklenen yaşam süresini artırmak,
- Sağlık sisteminin Avrupa Birliği standartlarına ulaştırmak, sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarındaki yatırım süreçlerinin dengeli gelişmesini sağlamak (2/2).

1.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

1998'de Litvanya'da toplam 187 hastahane ve 35.612 hasta yatağı vardır. 187 hastahanelenin; 76'sı genel, 68'i hemşirelik hizmeti veren, 38'i özel dal ve 5 tanesi de rehabilitasyon hastahanesidir. Yatakların, %67'si genel hastahanelere, %23'ü özel dal hastahanelerine aittir. Özel dal hastahanelerinde yatakların dağılımı ise %52 psikiyatri, %21 tüberküloz, %13 kanser şeklindedir. Ayrıca deri hastalıkları, zührevi hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar için de yatak ayrılmıştır.

Son yıllarda kırsal alanda bulunan birçok hastahane hemşirelik hizmetleri veren kuruluşlara çevrilmiştir. Bunun sonucunda toplam yatakların %7'sinden fazlası sadece hemşirelik hizmetlerine ayrılmaktadır.

Litvanya'da yatak işgal oranının düşük olması gerekirken, aşırı kapasite kullanımı ve uzun yatış günleri bu oranı yükseltmektedir. Yapılan reformlar sonucunda ortalama yatış süresi düşüş göstermiş, hasta kabul sayısında ise artış gözlenmiştir (10/34,35).

1994'te poliklinikler hastahanelerden ayrılmıştır. 1995'te 744 bin olan hasta kabul sayısı 1998'de 867 bin rakamına ulaşmıştır. Yeni kurulan sevk sistemi de bu konuda fayda sağlamamıştır. Bu sorunla mücadele etmek için 1999'da birincil sağlık hizmetleri sisteminde değişiklik teklifi yapılmıştır.

Ayakta tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmı, kamu işletmesindeki polikliniklerde, eğitim ve üniversite hastahanelerinde uzman hekimler tarafından verilmektedir. Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlarda çalışan her uzman hekim, ayda ortalama 112 başvuruya karşılık vermektedir (13/43).

İkincil sağlık kurumlarının çoğu 1965-1990 yılları arasında kurulmuştur. Kalp damar cerrahisi, böbrek nakli gibi hizmetler haricinde hastahane hizmetlerinde kuyruklu oluşmamaktadır. Nüfusun %95'i, en yakın hastahaneye 20 km, en yakın üniversite veya bölge hastahanesine 120 km uzaklıkta yaşamaktadır. Hastahane hizmetlerine ulaşım kolaydır. Buna rağmen mevcut hastahanelerde verilen hizmet kalitesi ve hizmet ağının desteklenmesi için mali kaynaklarla ilgili sıkıntılar vardır (10/36).

Personel niteliğinin yetersizliği ve kalite kontrol prosedürlerinin olmayışı sonucunda oluşan tıbbi ihmalier, halkın ve sağlık yöneticilerinin en büyük sorunlarından birisi olmuştur. Bu konuda sağlığa verilen zararın telafisi için Hasta Hakları Yasası yürürlüğe girmiştir. Devlet Akreditasyon Kurumu ve Devlet Tıbbi Denetim Kurumu bu faaliyetleri yürütmektedir (13/46).

Hastahane sektöründe finansal açık, kullanılan ilaçların ve tek kullanımlık malzemelerin ücretlerinin hastalardan istenmesi gibi yaygın fakat gayri resmi bir uygulamaya neden olmuştur. 1995'te yapılan bir araştırmaya göre, hastahanelerde kullanılan ve resmi olarak hasta tarafından ödenmesi gerekmeyen eczahane ürünlerinin %30'unun hastalarca ödendiği görülmüştür. Yasal olmayan ödemeler, ayakta tedavi sektöründe azaltılmışken, yatan hasta sektöründe artmıştır (13/49).

1.4.3. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri

Litvanya'da 1991-1995 yılları arasında kamu kurumlarının yaklaşık %40'ı özelleştirilmiştir. İş gücünün yaklaşık %70'i özel sektörde istihdam edilmiştir. Buna rağmen sağlık sektöründe özelleştirme sınırlandırılmıştır. Litvanya'nın bağımsızlığını kazandığı yıllarda özel teşebbüsler uluslararası fon imkanlarından yararlanmış fakat 1999'da özel sağlık yatırımlarını destekleyecek devamlı ve düzenli planlar uygulamaya konmamıştır. Kamunun aksine, özel sağlık hizmeti sağlayıcıları katma değer vergisi ödeme yükümlülüğü altındadır.

Sağlık Bakanlığı bu ayırıcı uygulamanın bitmesini isterken, Maliye Bakanlığı gelirleri artırma politikasına uygun olarak katma değer vergisinden muaf kuruluş sayısını sınırlamayı tercih etmektedir. Uygulaması çok yaygın olmasa da, bölgesel hastalık fonlarının, sağlık hizmetlerindeki sözleşmeler dahilinde özel sağlık hizmeti sağlayıcılarına ödeme yapması mümkündür.

Özel sektör kadın hastalıkları, dış sağlığı hizmetleri, psikoterapi gibi alanlarda önemli role sahiptir. 1995'te ilaç sektöründe oluşan cironun toplam satışlardaki %70'lik kısmı özel sektöre aittir. 1997'den bu yana birkaç dış polikliniği dışında hiçbir hastahane ve poliklinik özelleştirilmemiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen, genel pratisyenlik hizmetlerinin özelleştirilmesi konusunda 1998'de bir toplantı yapılmış, bu tip özelleştirmelerle ilgili olarak meselenin ana noktaları 1998 sonbaharında Seimas'da onaylanmış, özel sağlık sigortasına müsaade edilmiştir. Özellikle Litvanyalı vatandaşların dış gezilerinde yaptıkları sağlık harcamalarıyla, ülkede ikamet eden yabancıların sağlık harcamalarını karşılayan bir kaç özel sigorta şirketi kurulmuştur (13/7).

II.4.4. Halk Sağlığı Hizmetleri Ve Aile Hekimliği

Halk Sağlığı Hizmetleri Birimi, 1994'de Sağlık Bakanlığı çatısı altında kurulmuştur. Bu birim, Devlet Halk Sağlığı Merkezine bağlı 10 il halk sağlığı merkezinden oluşmaktadır. Bazı kuruluşlarla birlikte bulaşıcı hastalıkların kontrolü, AIDS, bağışıklama, gıda kontrolü, çevre sağlığı, işçi sağlığı konularıyla ilgilenmektedir. Ayrıca, Ulusal Sağlık Eğitim Merkezi bulunmaktadır (13/38).

Bağışıklama hizmetleri Ulusal Bağışıklama Merkezi bünyesinde verilmektedir. Birçok bölge peditristi de ayrıca aşılama hizmetine katkıda bulunmaktadır. Litvanya bağışıklamada çok yüksek bir oran tutturmuştur (%96). Birincil sağlık hizmeti veren hekimler meme kanseri için erken teşhis hizmeti, aile hekimleri ise rahim kanselleri için tarama ve aile planlaması hizmeti vermektedir.

Ulusal halk sağlığı stratejisinin geliştirilmesi, nüfusun sağlık statüsünün yükselmesi, toplumun sağlık bilincinin artması neticesinde halk sağlığının ulusal düzeyde ele alınmasını sağlayacak değişiklikler olmuştur.

Ulusal Sağlık Programı kapsamında halk sağlığı politikasının ana hatları ve hedefleri belirlenmiş, Temmuz 1998'de parlamentoda kabul edilmiştir. Halk sağlığı, sağlık eğitimi, alkol ve uyuşturucu kontrolü, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü, 1999-2000 yıllarının öncelikli planları olarak belirlenmiştir.

1998'de devlet ve belediye finansal kaynakları, özellikle bu programın önceliklerine göre şekillenmiştir. Alkol ve uyuşturucu kontrolü konusunda iki kanun hazırlanmış, bu konularla ilgili hükümet çatısı altında uzman bir kuruluş oluşturulmuş ve konuyla ilgili yasal düzenlemeler hızla yapılmıştır (13/40).

1996'da Litvanya Aile Hekimleri Koleji kurulmuştur. Halen 300'den fazla pratisyen hekimden oluşan öğrencisi vardır. Kolejin hedefi tıp eğitimine ve sağlık hizmetlerinin kalitesine devamlı bir katkı sağlamaktır. 1997'de aile hekimleri için bilimsel bir dergi olan Litvanya Aile Hekimleri Dergisi yayımlanmaya başlamıştır.

Litvanya'da 1.400'den fazla aile hekimi bulunmaktadır. Aile hekimleri tarafından sağlanan birincil sağlık hizmetleri sürekli genişlemekte ve halen nüfusun %40'ını kapsamaktadır. Kamu sektöründe 200 ve özel sektörde 96 aile hekimliği kliniği çalışmaktadır. Aile hekimliği hizmetleri kişi başına ödeme ile düzenlenmiştir ve bu miktar yılda yaklaşık 20 dolardır. 1998'den beri kısmi bir sevk zinciri uygulaması varken, 2002'de aile hekimlerine tam yetki verilmiştir.

Sağlık sistemi reformuyla oluşan çoğu olumlu gelişmeye ve aile hekiminin rolüne rağmen, birtakım problemler hala çözülememiştir. Bunlar:

- Mezun olan pratisyen hekimlerin tamamı aile hekimi olarak çalışmamakta, aile hekimliği eğitimi alan hekimler kendi bölgelerine dönerek pratisyen hekimliğe devam etmektedirler.
- Aile hekimliği tarafından sağlanan hizmetlerin asıl hedefi olan "problemleri açığa çıkarmadan önlemek" yerine problem çözücü bir nitelikte olmaktadır.
- Aile hekimleri mesleki yeteneklerini tam kapasiteyle uygulamamaktadırlar.
- Hizmetlerin kalitesini ve yeterliliğini artırmaya yönelik teşvik edici maddi imkanlara aile hekimlerine sunulamamaktadır.
- Aile hekimleri ve diğer birincil sağlık hizmeti sağlayan hekimler, zamanlarının %60'ını alan kırtasiye ve evrak düzenleme işleri ile uğraşmak zorunda kalmaktadırlar (9/1,2).

II.4.5. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmet politikasının geliştirilmesinden sorumlu olan kurum Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'dır. 1990'a kadar sosyal hizmetlerin merkezinde yaşlılara, fiziksel ve zihinsel özürlülere kurumsal hizmetler verilirdi. Son yıllarda verilen hizmetlerin çeşitliliği ve kurumların sayısı artmış, sivil toplum kuruluşları faaliyet göstermeye başlamıştır. Sivil toplum kuruluşlarının bakım merkezlerinde kalanların oranları artmaya başlamıştır.

1996'da kabul edilen Sosyal Hizmet Kanununa göre hizmet sunumunda belediyelere büyük sorumluluk düşmektedir. Evde bakım ve yardım hizmetleri; sosyal hizmet uzmanları ve hasta bakıcılar tarafından verilmektedir. Mevcut hasta bakıcı sayısı ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir. 1998 yılında kurumsal bütçe harcamaları 203 milyon Lita iken bu hizmetlerde 9 milyon Litadır. Sivil toplum kuruluşları desteğine karşılık aileler bu hizmetlerin bedelini ödemekten kurtulamamıştır (13/49,51).

II.4.6. Eczacılık Hizmetleri

1990'a kadar tüm ilaç sektörü devletin tekelinde kalmıştır. İlaç sektörü devlet tarafından desteklenmekle birlikte, en temel ürünlerde bile sıkıntılar görülmüştür. 1991'de, WHO'nun önerilerine uygun olarak temel ilaç listesi oluşturulmuştur. Amaç ilaç arzını artırmak, ithal ilaçların yükünü azaltmaktır.

Litvanya, 1991'de ilaç pazarını AB'de üretilmiş pahalı ilaçlara açarak batı Avrupa standartları ile kendi standartlarını paralel hale getirmeye karar vermiştir. Aynı zamanda eski Sovyetler'den ucuz ve AB standartlarına uymayan ilaç ithalini de yasaklamıştır.

Eczacılık ürünlerin üretiminin özelleştirilmesi, geliştirilen pazar koşulları ile teşvik edilmiştir. İlaç reçete edenler, yeni ürünlerin oluşturduğu geniş yelpazeye ve pazarlama tekniklerine hazırlıksız yakalanmışlardır. Buna bağlı olarak ithal ilaç arzı artmıştır. Eczacılık ürünlerine yapılan harcamaların yüksek artışı sonucunda, bu sektörün toplam sağlık harcamalarındaki payı kısa bir zaman içerisinde %30'a yükselmiştir.

İlaçların kayıtlarının tutulması Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Eczacılık Ürünleri Kurumu'nun sorumluluğundadır. Bu kurumun öncelikli hedefi kalite standartlarının korunmasıdır. Kayıttan sonra yapılan işlem, Eczacılık Kanunu çerçevesinde ilgili ürünün fiyatını sabitlemektir. Bu yetki Sağlık Bakanlığı'na aittir (13/56).

Sağlık kurumlarında yatan hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar ücretsizdir. Fakat ayakta tedavi gören hastalara reçete edilen ilaçların geri ödeme sistemleri oldukça karmaşıktır. Ücretsiz olan ilaçların belirlenmiş bir referans listesi bulunmaktadır. Hastaya reçete edilen ilaç bu listede bulunmuyorsa ya da hasta bu listede bulunan ilaç yerine daha pahalı bir ilaç talep ediyorsa, hasta ödemeyi kendisi (cebinden) yapmak durumundadır. Yapılan bir araştırmaya göre, ayakta tedavi gören hastalar ilaçların ücretlerinin %59,1'ini kendileri doğrudan (ceplerinden) ödemişlerdir.

Hastaların ilaçlar için doğrudan ödedikleri miktar çoğaldıkça, ilaç fiyatlarında indirimle gidilmesi konusu çok önemli bir boyut kazanmıştır. Batı ülkelerinden ithal edilen ilaçlarda önemli artışlar olurken, maliyetlerde de ürkütücü biçimde artış gözlenmiştir. Devlet Hastalık Fonunun, ilaç firmalarına ve eczahanelere olan borcu büyümekte, eczacılık ürünleri için yapılan ödemeler planlanmış olan 100 milyon EURO'yu (2001) aşmaktadır. Sağlık Bakanlığı, devletin karşıladığı ilaçların referans listesini kısaltmış, ancak bu çözüm büyük tepkilere neden olmuştur. Sigorta kapsamı dahilindeki sosyal gruplar hariç, hastalıklara göre ödeme şekli geliştirmek için planlar yapılmaktadır (6/5).

Bakanlar Kurulunca hazırlanmış ve meclis tarafından onaylanmış olan hükümet programına göre 1997-2000 yılları arasında yerli ilaç üretiminde ve ihracatta artış sağlanması eczacılık hizmetlerinin öncelikli konusudur. Bu kararın alınmasındaki en büyük etken yabancı ürünlerin pazardaki büyük üstünlüğüdür.

Eczahaneler, genelde şehirlerde bulunmaktadır. Bu nedenle kırsal alanda yaşayanlar ilaç satın almada zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu sorunu çözmek için Sağlık Bakanlığı birincil sağlık hizmetleri sunan kurumlar yoluyla yeterli ürün arzını sağlayacak bir politika izlemektedir (13/57).

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı

II.5.1. Sağlık Sistemi Finansmanı

Litvanya'da sağlık sistemi finansmanı genel olarak kamu tarafından sağlanır. Özel sağlık kurumlarına yapılan ödemeler çoğunlukla SODRA'dan yapılmaktadır.

Çalışanların gelir vergisi miktarının 1/3'ü sosyal sigortaya gitmektedir. Zorunlu sağlık sigortasını idare eden temel organ; hem genel hem de belediye bütçesinden bağımsız olan Devlet Hastalık Fonudur (6/2).

1997'de yapılan Sağlık Sigortası Reformu'ndan sonra tüm hastahanelerde aynı finansman şekli kullanılmaya başlanmıştır. 1997-1998 yılları arasında hastahaneyle sigorta fonu arasında hizmet sunum miktarını belirleyen bir sınır bulunmamıştır. Bu durum, birincil sağlık hizmetlerinden ikincil sağlık hizmetlerine sevki artırmış, hastahanelerde hasta kabul biriminde artışa neden olmuştur. Hasta kabul biriminde meydana gelen bu artışa son vermek için, sözleşmelerle hizmet miktarı sınırlaması yoluna gidilmiştir. Maliyet tedbirleri de alınmıştır.

Hekimin verimliliğini, iş tatminini, hastaya vereceği hizmetin niteliğini artıracak, aynı zamanda yasal olmayan ödemeleri azaltacak bir değişikliğe ihtiyaç duyulmuştur.

Ödeme sistemini netleştirmek için ulusal düzeyde tartışmalar yapılmıştır. Yüksek yönetim giderleri nedeniyle ayakta tedavi alanında hizmet başına ödeme sistemine bağlı kalınması kabul görmemiştir. Birincil sağlık hizmeti sunan kurumlarda geri ödemede kayıtlı sigortalı kişi sayısı esas alınmıştır. Sağlık Sigortası kapsamındaki tüm tekrarlayan maliyetler ve rutin laboratuvar testlerini de kapsayan birincil sağlık hizmetlerinin kuruma maliyetleri bu ödeme sistemiyle karşılanmaktadır. Sistemin yönetsel maliyetleri düşüktür (10/33,34).

Sağlık Bakanlığı, istikrarı ve finansmanı sağlamak, devlet katkısını hesaplamak için özel bir hesaplama geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu hesaplama, hizmet sektörünün katkısıyla devlet bütçesinden yapılan toplam ödemelerin nasıl düzenleneceğine bağlıdır. Özel sektör alanında çalışanlar veya serbest meslek sahipleri, sağlık hizmetlerinden işsizlere sunulan sağlık sigortası imkanları kadar geniş faydalanamadıkları için sigorta sistemine kayıtlı olmaya eğilimli değildirler. Bu yüzden sigorta sistemine bu kişilerin ödediği ortalama katkı düşük seviyelerdedir (6/3).

Sağlık sistemi, finansman sıkıntısı çekmektedir. Sağlık sigorta sistemi, finansmanı desteklemek için sisteme dahil edilmiştir. Prim ödemelerinin ve sağlık hizmeti sunumunun bir arada uyum içinde yürütüleceğine inanılmıştır. Bu sistemin tam olarak uygulanabilmesi için bazı önceliklerin sisteme dahil edilmesi gerekliliği gündeme gelmiştir. Öncelikle, iyi bir vergilendirme ve sosyal güvenlik yönetimi gereklidir. Ancak yeni sistemi istenilen düzeyde tutmak için gerekli olan yönetim becerileri ve teknolojik altyapı eksikliği iki ana sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Günümüzde Litvanya Hükümeti bu tip problemlere çözüm üretmiş, sağlık kurumlarında geçerli olan mavi çipli sosyal kart sistemini uygulamaya koymuştur. Bu sistem sayesinde sağlık sistemindeki kayıt dışı ödemeler engellenmiş, finansman konusundaki sıkıntılar büyük ölçüde çözülmüştür.

Son yıllarda AB'ye uyum süreci çerçevesinde köklü reformlar uygulamaya çalışan Litvanya, arz yönlü sağlık sisteminden talep yönlü bir sağlık sistemine geçişte zorluklar yaşamıştır.

Fakat diğer gelişmiş ülkelerde uzun yıllar süren bu geçişin sonuçları kısa sürede alınmıştır. Bu noktada problemlerin çözümü sağlık sektörüyle ilgili diğer sektörlerin performansı ile de bağlantılıdır (6/4).

II.5.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Litvanya'da sosyal güvenlik sisteminin yapısı sosyal sigorta sistemi, sağlık sigorta sistemi ve sosyal yardım sistemlerinden oluşmaktadır.

Sosyal güvenlik konusunda yapılan reformlar uyarınca, yeni bir kanun 1 Ocak 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İşverenlerin kendi işçileri adına prim ödemesi ve ödemeyi kesmesi kanunla düzenlenmiştir. Günümüzde tüm çalışanlar zorunlu sigorta kapsamındadır. Ek olarak bu kanun gönüllü sosyal sigorta imkanı sağlamaktadır (1/1).

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın görevleri etkili bir sosyal sigorta ve sosyal yardım sistemi geliştirmek, uygulamak, iş piyasasını AB koşullarına uyumlu hale getirmek ve vatandaşların sosyal güvenlik statüsünü güçlendirmektir. Aynı zamanda, yürürlükte bulunan sosyal politikalarla ilgili yeni yasal düzenlemeleri ve tasarımları hazırlamak da Bakanlığın görevleri arasındadır.

2003'te belirlenen stratejik plana göre Bakanlığın görevi aşağıdaki stratejik hedeflere ulaşılarak gerçekleştirilmiştir:

- Güvenli çalışma koşullarını ve rekabete uygun, şeffaf piyasa ilişkilerini sağlamak,
- Etkili bir sosyal yardım sistemi geliştirmek ve toplumsal risk gruplarının sosyal entegrasyonunu sağlamak,
- Sosyal güvenlik sisteminde dengeyi sağlamak ve emeklilik sisteminde reform hazırlıklarını yapmak (5/6).

II.5.2.1. Sosyal Sigorta Sistemi

Litvanya sosyal sigorta sisteminin temel kurumları Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Bakanlığın bünyesinde bulunan SODRA yönetim kurulu ve bölge müdürlükleridir.

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sosyal sigorta alanındaki temel görevleri: sosyal sigortanın mevcut perspektifini belirlemek ve SODRA yönetim kurulunun düzenli aralıklarla denetlemesini yapmaktır. Bakanlık, bu fonksiyonları yerine getirirken mevcut durumu analiz etmekte, kanun tasarımları ve çözüm önerileri oluşturarak hükümete sunmaktadır. Aynı zamanda halkla ilişkileri ve uluslararası ilişkileri geliştirmek, emekli maaşlarını ödemek de sigorta alanında Bakanlığın görevlerindedir.

SODRA, 15 kişiden oluşan bir kurul tarafından denetlenmektedir. Kurul ilgili tarafların (sendika, dernek vb. kuruluşlar) eşit sayıda katılımıyla oluşturulmaktadır. Kurula, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanı başkanlık etmektedir. Kurul, SODRA'nın bütçe taslağını oluşturur, sigorta organizasyonunun mali ve insangücü ihtiyacını, maaş cetvellerini belirlemekle görevlidir. Aynı zamanda sigorta kapsamındaki ücretlerin hesaplama yöntemleri de belirlemektedir (5/34).

Sosyal Sigorta Kanunu Mayıs 1991'de kabul edilmiştir. Bu kanuna göre işverenler maaş bordrosu üzerinden %30, tüm çalışanlar maaşlarının %1'i oranında sosyal sigorta primi ödemektedirler. SODRA'nın yaptığı sağlık harcamaları 1991'de %3 iken 1995'te %10'a çıkmıştır. Bu gelişmenin temel sebebi, ilaç pazarının ithalata açılmasıyla ilaç ürün fiyatlarındaki patlamadır. Eski sosyalist ülkelerdeki göreceli ilaç tercihi uygulaması yerine serbest piyasa koşulları getirilmiştir. 1995'te ilaçlarda referans fiyatların dikkate alınacağı yeni düzenlemeyle ilaç harcamalarındaki artış durdurulmuştur. SODRA yönetimi, ilaçların geri ödeme sorumluluğunu bağımsız yasal sağlık sigortasına devretmiş ve talep etmiştir (13/16).

Litvanya nüfusunun yarısından fazlası sigorta kapsamına devlet katkılarıyla dahil edilmiştir. 2001 yılında Litvanya nüfusunun %58'si yani 2,16 milyonu, 2000 yılında ise 2,07 milyon kişi bu uygulamadan faydalanmıştır. 2001'de sosyal güvenlik katkı miktarı, toplam transferlerin (405 milyon Lita) sadece 1/3'(187 milyon Lita) kadardır. Katkı ödemede uyumsuzluğun kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu uyumsuzluk, sistemdeki sigorta ilkeleri uygulamasını zayıflatmaktadır (6/2).

İşverenler her işçisi için Devlet Sosyal Güvenlik Fonu'na zorunlu sosyal güvenlik katkı payı ödemektedirler. İşverenlerin Devlet Sosyal Güvenlik Fonu'na yatırdıkları sosyal güvenlik katılım oranı (prim), çalışanlardan kesilen %1 ile birlikte, işçi brüt ücretinin %31'ine karşılık gelmektedir. İş kazaları sigortası %0,3, meslek hastalığı sigortası (medical insurance) %3, emeklilik sigortası %23,4, hastalık (sickness) ve analık sigortası %2,8, işsizlik sigortası %1,5, oranındadır. Hesaplama yapılacak olan işçi brüt ücreti hükümet tarafından tespit edilen asgari ücretten daha düşük olmamalıdır. SODRA, sağlık sigortası katkı payını Devlet Hastalık Fonu'na transfer eder. Devlet Sosyal ve Sağlık Sigortaları esnaflar için zorunludur. İşverenler işçilerini işe başladıkları ilk gün SODRA ilgili bölge bürosuna kayıt ettirmelidir (1/2).

Bazı nüfus grupları için sağlık sigorta katkısı devlet tarafından ödenmektedir. Bunlar emekliler, işsizler, hamile kadınlar, 8 yaşından küçük çocuğu olan anneler, 2 veya daha fazla çocuğa sahip anneler, 18 yaşının altındakiler, öğrenciler, sosyal yardım alanlar, engelliler ve Sağlık Bakanlığı'nın onayladığı listeye dahil hastalığa sahip olanlardır (6/2).

II.5.3. Sağlık Sistemi Harcamaları

Sağlık hizmetlerinde kullanılacak olan finansal kaynakların, GSYİH'nin %5'inden az olmaması şartını içeren kanun 1994'te parlamentoda kabul edilmiştir. Ancak bu kanun bir türlü uygulanamamıştır. 1998'de toplam sağlık harcamaları, GSYİH'nin %5,3'ü oranında olmuştur. 2001'e gelindiğinde bu oranın %6'ya çıktığı görülmüştür (10/33).

1997'de Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu, sağlık sisteminin temel finansal kaynağı haline gelmiştir. Zorunlu sağlık sigortası fonu Maliye Bakanlığı'na bağlıdır. Bu fon üç ana kaynaktan oluşmaktadır: Kişisel gelir vergisi (%54,8), bütçeden ayrılan paylar (%23,2) ve SODRA'dan gelen katkı payları (%20,6).

Yapılan iyimser tahminlere karşın 1998-2001 yılları arasında Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu planlanandan 500 milyon Lita (144 milyon EURO) daha az kaynak sahibi olmuştur. Bu kaynak sıkıntısının nedeni SODRA'dan beklenen 54 milyon Lita'nın (15.6 milyon EURO) ve genel bütçeden beklenen 120 milyon Lita'nın (34.7 milyon EURO) gelmemesidir (7/86).

Ulusal sağlık sistemi politikası uygulanırken, fon tahsisini artırmaya yönelik planlar da devreye girmiştir. 2000'de sağlık hizmetleri fonuna ayrılan kaynaklar GSYİH'nin %4,4'üdür. 2001'de GSYİH artmasına rağmen, tahsis edilen oran aynı kalmıştır. 2002-2004 yılları arasında %4,6 ile %5 arası bir oranın tahsis edilmesi hedeflenmektedir (2/2).

II.5.4. Personel Ücretleri

1997'ye kadar ulusal düzeyde doktor ve sağlık personeli ücretlerinde bir düzenleme yapılmamıştır. Hükümetin aylık en düşük bir ücreti garanti etmesi dışında, ücret politikası ilgili sağlık kurumu yönetiminin takdir yetkisindedir. Maliyetleri düşük tutmak için ücretler hala sistemin anahtar elemanıdır (6/8).

Kısmen düşük maaşlar, kısmen de Sovyet pratiğinin unutulmamasından dolayı sağlık personeline resmi olmayan ödemeler özellikle hastahanelerde yaygındır. Hizmetlere erişim tamamıyla ücretsizken, insanlar hizmetlerin kalitesi ile ilgilenmektedir.

Ayakta tedavi görenlerin yaklaşık %22,5'i, sağlık personeline kanuni olmayan ödemeler yapmaktadırlar. Hastahanelerde bu oran %35,2'dir. Bu olay sadece Litvanya'ya özgü değildir; diğer planlı ekonomilerden geçiş yapmış toplumlarda da yaygındır. Örneğin; Polonya'da doktorların gelirinin %38'i resmi kaynaklardan, %62'si gayri resmi ödemelerden oluşmaktadır. Bulgaristan'da hastaların %49'u, hizmetler için resmi olmayan ödemeler yapmaktadırlar.

Hekimlerin %90'ı kamu hastahanelerinde ve polikliniklerde maaşlı olarak istihdam edilmektedir. Ücretler yüksek değildir. Sağlık Bakanlığı hizmet kalitesini geliştirmek amacıyla, 1996 yılından önce, maaşları farklılaştırma yoluna gitmiştir. Buna ek olarak sağlık kurumları hekimlerine sınırsız ikramiye verme hakkına sahiptirler.

1997'de kamu sağlık personelinin maaşına ülke düzeyinde bir düzenleme getirilmiştir. Ancak bu düzenlemelerin aksine, kişisel sağlık hizmeti sunumunda her bir sağlık kurumu sektör şartlarına uygun ve asgari ücretten az olmamak kaydıyla, anlaşılabilir usulüne uygun olarak bir ücret politikası uygulamaktadır.

Sağlık kurumlarına, kendi iç sistemlerine uygun ödeme sistemlerini geliştirme imkanı verilmiştir. Buna rağmen çoğu kurumda maaş, gelirin ana bileşenidir. Hekim gelirinin yaklaşık %70'i maaştan oluşmaktadır (6/9).

III. LİTVANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Litvanya Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	LİTVANYA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2002) * **	3.465	70.313
Nüfus Artış Hızı(%) (1992-2002) * **	-0.6	1.6
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$) (2001) * **	7.978	5.830
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (\$) (2001) * **	337	294
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%) (2001) * **	6	5
Kamu Sektöründe Yapılan Sağlık Harcamaları (%) (2001) * **	70.5	71
Özel Sektörde Yapılan Sağlık Harcamaları (%) (2001) * **	29.5	29
Toplam Doğurganlık Oranı (%) (2002) * **	1.3	2.5
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (2002) * **	71.9	70
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Kadın) * **	77.6	72.2
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Erkek) * **	66.2	67.9
5 Yaş Altı Ölümler (1000 kişide) (Kız) * **	9	42
5 Yaş Altı Ölümler (1000 kişide) (Erkek) * **	11	44
15-59 Yaş Ölümler (1000 kişide) (Kadın) * **	103	112
15-59 Yaş Ölümler (1000 kişide) (Erkek) * **	303	177

Kaynak: *(11) WHO (2002) Core Health Indicators "Lithuania", s:1,2
 **(12) WHO (2002) Core Health Indicators "Turkey", s:1,2

Türkiye'de kamu sağlık hizmetleri illerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde sağlık grup başkanlıkları ve bunlara bağlı sağlık kuruluşları aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak verilmektedir. Litvanya'da da Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin tüm fonksiyonlarından sorumludur. Ancak yerel yönetimlerin, gönüllü örgütlerin, sınırlı olsa da kiliselerin ve diğer bakanlıkların da sağlık hizmetleri ile ilgili işlevleri vardır.

Türkiye’de kamuya ait sağlık kurumlarının büyük kısmının mülkiyeti Sağlık Bakanlığı’na aittir. Litvanya’da birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile hemşirelik hizmeti veren hastahanelerin mülkiyet hakları belediyelere verilmiştir. Ayrıca yasa ile yapılan yetki devrine uygun olarak, küçük ve orta ölçekli hastahanelerin işletilmesi yine belediyelerin sorumluluğundadır. Türkiye’deki belediyeler finansman konusunda çok daha az bir role sahiptirler ve daha çok gıda ve işyeri denetimi, çevre sağlığı ve korunması, gayri sıhhi müesseselerin açılış ve çalışmalarına ruhsat vermek ve bu gibi yerlerde çalışanların sağlık muayenelerini yaptırmak ve denetlemek gibi görevler üstlenmişlerdir.

Litvanya’da sağlık sistemi finansmanı genel olarak kamu tarafından sağlanır. Zorunlu sağlık sigortasını idare eden temel organ; hem genel hem de belediye bütçesinden bağımsız olan Devlet Hastalık Fonudur. Özel sağlık kurumlarına yapılan ödemeler çoğunlukla Devlet Sosyal Sigorta Fonu (SODRA) tarafından yapılmaktadır. Türkiye’de genel bir sağlık sigorta sistemi yerine çeşitli kesimlerde çalışanların ve işverenlerin primleri ile finanse edilen ve açıkları devlet bütçesi ile desteklenen üç ayrı sağlık sigorta planı bulunmaktadır. Türkiye’de ayrıca ekonomik durumu zayıf kişiler, yasada belirtilen şartlara uygun olduğu takdirde Yeşil Kart adı verilen uygulama ile tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmektedir.

Türkiye’de özel sektörden çoğunlukla varlıklı kişiler faydalanır. Bunun yanında vatandaşlar sağlık güvenceleri doğrultusunda sigorta kurumlarının anlaşmalı olduğu özel sektörden de hizmet alabilmektedir. Özellikle muayenehane, laboratuvar ve görüntüleme alanında özel sektör yaygındır. Litvanya’da uygulaması çok yaygın olmasa da Bölgesel Hastalık Fonlarının sağlık hizmetlerindeki sözleşmeler dâhilinde özel sağlık hizmeti sağlayıcılarına ödeme yapması mümkündür. Ayrıca Litvanyalı vatandaşların ülke dışı gezilerinde yaptıkları sağlık harcamalarıyla, ülkede ikamet eden yabancıların sağlık harcamalarını karşılayan birkaç özel sigorta şirketi kurulmuştur. Ayrıca doğrudan kişisel (cepten) ödemelerle özel sektörden sağlık hizmeti alınabilir.

Türkiye’de kamu sektörü, ilaç üretim ve dağıtım içinde bir paya sahip ise de ağırlıklı pay özel sektöründür. Litvanya ilaç pazarını Avrupa Birliği’nde üretilmiş pahalı ilaçlara açarak Batı Avrupa standartları ile kendi standartlarını paralel hale getirmeye çalışmış, eczacılık ürünü üretiminin özelleştirilmesini, geliştirilen pazar koşulları ile teşvik etmiştir. Devletin ve sosyal sigorta örgütünün bedelini ödediği ilaçların bir referans listesi vardır.

Litvanya’da bazı bakanlıkların sağlık hizmetleri ile ilgili işlevleri vardır. İç İşleri Bakanlığı tarafından yürütülen polislere ve mahkûmlara, Savunma Bakanlığı tarafından yürütülen ordu mensuplarına yönelik sağlık hizmeti sunan sistemler bunlardandır. Maliye Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu için fonlar ayrılmaktadır. Türkiye’de de bu bakanlıklara eşdeğer bakanlıklar, benzer çalışmaların yürütülmesinde aktif rol oynamaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastahaneler vardır.

Litvanya’da Aile Hekimleri Koleji kurulmuş ve aile hekimliği uygulamalarına başlanmıştır. Türkiye’de aile hekimliği eğitimi yapılmakla birlikte aile hekimliği uygulamasına geçilmemiştir.

Litvanya'da bazı nüfus gruplarının (emekliler, işsizler, hamile kadınlar, 8 yaşından küçük çocuğu olan anneler, 2 veya daha fazla çocuğa sahip anneler, 18 yaşının altındakiler, öğrenciler, sosyal yardım alanlar, engelliler ve Sağlık Bakanlığı'nın onayladığı listeye dâhil hastalığa sahip olanlar) sağlık sigorta katkısı devlet tarafından ödenmektedir. Türkiye'de maddi durumu iyi olmayan kişiler için ödeme yapan Yeşil Kart ve sosyal yardım uygulamaları vardır.

Litvanya 1996'dan beri Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil bir modelden Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi modelini yerleştirme sürecindedir. Türkiye'de ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunundaki düzenlemeler Kapsayıcı Hizmet tipini andırmasına rağmen, ağırlıklı olarak Refah Yönelimli tipine geçmek için çalışmalar yapılmaktadır.

A. ERDAL

SARGUTAYIN

KAYNAKLAR

1. Lideika, Petrauskas, Valiūnas and partners-Publications (2002) Social Security.
<http://www.lpvv.lt/book/socialsecurity.php>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
2. Ministry of Finance of The Republic of Lithuania (2001) Pre-Accession Economic Programme Of The Republic Of Lithuania, Vilnius.
<http://www.finmin.lt/engl/finmen.htm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Ministry of Health of the Republic of Lithuania (2004) Functions.
<http://www.sam.lt/en/sam/functions>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. Ministry of Health of the Republic of Lithuania (2004) Organization chart of the Ministry of Health.
<http://www.sam.lt/en/sam/chart/>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. Ministry of Social Security and Labour (2003) The Report on the Lithuanian Social Security System,
<http://www.socmin.lt/?-1025581663>
6. Morkuniene A. and Murauskiene L. (2001) Health Care System in Lithuania: Short Description, Main Indicators and Distribution of Health Care Costs by Age Groups, Research Report P98-1023-R.
http://www.etla.fi/lithuania_dokut/chapter5.pdf
7. UNDP (2003) Lithuanian Human Development Report 2002-2003, Vilnius.
<http://www.un.lt/HDR/HDR2003e.pdf>
8. U.S. Department of State (2004) Bureau of European and Eurasian Affairs.
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/5379.htm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Valius L (2002) Family Medicine and Health System Reform Blooms in Lithuania.
http://www.globalfamilydoctor.com/publications/news/december_2002/health3.htm
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
10. WHO and European Communities (2001) Highlights on Health in Lithuania.
<http://www.euro.who.int/document/e72373.pdf>
11. WHO (2002) Core Health Indicators-Lithuania,
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

12.WHO (2002) Core Health Indicators-Turkey.
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

13.WHO (2000) Health Care Systems in Transition-Lithuania, European
Observatory on Health Care Systems.
<http://www.euro.who.int/Document/E69920.pdf>

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN