

# MACARİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR  
Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

## ARAŞTIRMA GRUBU

Eshabil AKPINAR  
Emrah ÖZTEPE  
Mahmut YAŞAR  
Ömer KÖSE  
Yasin ORUN

A. ERDAL SARGUTAN

**MACARİSTAN SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1848
<b>I- ÜLKE TANITIMI</b>	1849
I.1. Coğrafi Özellikler	1849
I.2. İklim Ve Bitki Örtüsü	1850
I.3. Tarihçe	1850
I.4. Devlet Yapısı	1851
I.5. Doğal Kaynaklar	1851
I.6. Ekonomik Durum	1852
I.7. Ulaşım	1853
I.8. Eğitim	1853
<b>II- SAğLIK SİSTEMİ</b>	1854
II.1. Nüfusun Sağlık Durumu	1854
II.2. Sağlık Sisteminin Yönetimi Ve Örgütsel Yapısı	1855
II.2.1. Sağlık Bakanlığı	1855
II.2.2. Maliye Bakanlığı	1858
II.2.3. Eğitim Bakanlığı	1858
II.2.4. Diğer Bakanlıklar	1859
II.2.5. Yerel Yönetimler	1859
II.2.6. Mesleki Örgütler, Kurumlar Ve Sendikalar	1860
II.2.7. Özel Sektör ve Gönüllü Örgütler	1860
II.3. Sağlık Sisteminin Yorelleşmesi	1862
II.4. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme	1862
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1862
II.5.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1863
II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1865
II.6. Sosyal Hizmetler	1867
II.7. Yönetilen Bakım Pilot Programı	1867
II.8. Erzaçane Hizmetleri	1868
II.9. İnsan Kaynakları ve Eğitimi	1868
II.10. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	1868
II.10.1 Sosyal Sigorta Fonları	1870
II.10.2 Tıbbi Ürünler Ve Tıbbi Cihazların Sağlanması	1871
II.10.3. Tamamlayıcı Mali Kaynaklar	1872
II.10.4. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu	1872
II.11. Reformlar	1873
<b>III. MACARİSTAN VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1876
<b>KAYNAKLAR</b>	1879

## ÖZET

Macaristan'da doksanlı yıllara kadar merkezi sosyalist sistemden dolayı sağlık harcamaları genel olarak devlet tarafından karşılanmaktaydı. Demirperde ülkeleri arasında liberal düzene ve özelleştirmeye en ılımlı ülke olarak görülen Macaristan'da özel sektörün varlığı az da olsa bu dönemde de hissedilmişti.

1990 yılında sosyalist rejimin sona ermesiyle diğer tüm alanlardaki gelişmeler gibi sağlık sisteminde de merkezi planlamacı düzen yavaş yavaş terk edilmiş ve liberal kapitalist düzene doğru bir geçiş yaşanmıştır. Yeni ekonomik ihtiyaçlar ve özellikle devletin ekonomik açıdan yetersiz kalması sistemin liberal düzene geçişini kolaylaştırmıştır.

Önceki rejimin sona ermesiyle sağlık sistemi de yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Sistemin yönetiminde ve örgütsel yapısında sık sık değişiklikler olmuştur. Sağlık sisteminin yönetimi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bakanlığın sağlık eğitimi ve öğretimi konusunda Eğitim Bakanlığıyla, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi konusunda Maliye Bakanlığıyla ortak sorumlukları vardır.

Genel olarak sağlık sistemi hastahane merkezli bir yapıya sahip olup sağlık hizmetlerinin sunumunda çoğunlukla yerel yönetimler sahip olduğu hastahaneler önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetleri, devlet ve oranı az olsa da kâr amacı güden ve gütmeyen özel sektör tarafından yürütülmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetleri devlet ve özel sektörün ortaklaşa katkılarıyla yürütülmekte olup, sistem halen gelişme süreci içindedir. Sistemin omurgası sayılabilecek Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetleri giderlerinin çok büyük bir kısmını üstlenmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetlerinin talebinin temel finansman kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin talebi çalışanlardan kesilen kesintiler (primler) ve dolaylı olarak kişilerden sağlanan kaynaklarla finanse edilmektedir. Zorunlu sağlık sigortası uygulaması olduğu içinde ülke nüfusunun tamamına yakını sigorta kapsamındadır.

Son dönemlerde sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesine büyük önem verilmiş, bunun için de çeşitli reformlar yapılmış ve pilot programlar uygulamaya konulmuştur.

Bugünkü yapısı ve yaşadığı başarılı geçiş süreciyle Macaristan, eski Demirperde ülkeleri arasında sağlık sistemi yönünden başarılı sayılabilecek ve örnek teşkil edebilecek bir ülkedir. Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemini yerleştirmeye çalışmaktadır.

## MACARİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

### I- ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Macaristan Cumhuriyeti
NÜFUSU	:10.200.000 (4/1)
YÜZÖLÇÜMÜ	:93.030 km <sup>2</sup>
RESMİ DİLİ	:Macarca (Magyar)
İDARE ŞEKLİ	:Cumhuriyet
BAŞKENTİ	:Budapeşte
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	:Budapeşte (1.775.203), Debrecen (211.038), Miskolc (184.129), Szeged (168.276), Pécs (162.502), Győr (129.415)
DİNİ	:%70 Katolik, %25 Protestan, %3 Ortodoks, %0.5 Musevi, %1.5 Diğer (1/7,8).
PARA BİRİMİ	:Forint (4/1).

#### I.1. Coğrafi Özellikler

Macaristan, denize kıyısı olmayan, komşuları, kuzeyde Slovakya, doğuda Ukrayna ve Romanya, güneyde Sırbistan-Karadağ ve Hırvatistan, batıda Slovenya ve Avusturya ile çevrili bir Orta Avrupa ülkesidir. Büyük bölümü Tuna'nın su toplama alanı içindeki düzlüklerden oluşan 93.030 km<sup>2</sup>'lik bir alanı kaplar.

Macaristan fiziksel coğrafya bakımından dört bölgeye ayrılır. Doğu ve güney bölgede ülkenin yarısından fazlasını kaplayan Büyük Macaristan Ovası ırmak ve rüzgârların taşıdığı çökellerle dolmuş eski bir havzadır. Yüksekliği 90–200 metre arasında değişen bu geniş düzlük alanda ırmak alüvyonlarının oluşturduğu taşkın ovaları, dağ yamaçlarından çıkan ırmakları çevreleyen üçgen biçimli ovaları, kumullarla örtülü alüvyon yelpazeleri, lös altına gömülmüş ovalar gibi farklı yüzey şekillerine rastlanır.

Ekvün. Macaristan Ovası ülkenin kuzeybatısındaki Küçük Macaristan Ovasından Dunantul (Tuna ötesindeki topraklar) bölgesinin alçak yüksekliğiyle ayrılır. Bu bölgeye ortalama 400–700 metre yüksekliğindeki dolomit (genellikle magnezyumca zengin kireçtaşlarında oluşur) ve kireçtaşı oluşumlu platoları kapsayan Bakony Dağları egemendir. Bakony Dağları arasında Balaton Gölü yer alır. Gölü çevreleyen lösle kaplı platolar daha güneyde yerini Mecsek Dağlarına bırakır.

Duntul bölgesinin kuzeydoğusunda Karpat Dağlarının iç volkanik yayının bir bölümü olan Kuzey Dağları uzanır. Slovakya sınırı yakınlarındaki Marta Sıradağlarında bulunan Kekes Dağı (1.014 metre) ülkenin en yüksek noktasını oluşturur.

En önemli akarsular olan Tuna ve Tisza (Tisa) kuzey-güney doğrultusunda ülkeyi boydan boya geçerek Yugoslavya topraklarına girer. Tuna ırmağı ilkbahar ve yaz başlarında olmak üzere yılda iki kez taşar. 20. Yüzyılda gerçekleştirilen taşkın denetim projeleri sonucunda Büyük Macaristan Ovasında sular altında kalan bölgeler büyük ölçüde daralmıştır (2/76).

### I.2. İklim Ve Bitki Örtüsü

Macaristan'da ılıman ve kuru bir kara iklimi hüküm sürer. Yıllık ortalama sıcaklık 10 C° dolayındadır. Ocak ve Temmuz ortalama sıcaklıkları eksi 4 – 0 C° ile 18 – 23 C° arasında değişir. Dunantul Bölgesi'ndeki dağlık alanlarda yıllık yağış miktarı genellikle 700 m<sup>3</sup>'ü geçer. Küçük Macaristan Ovası ve kuzey dağları 550–700 m<sup>3</sup> arasında yağış alır. Büyük Macaristan Ovası'nın büyük bölümünde yıllık yağış miktarı 550 m<sup>3</sup>'ün altında kalır. Yıllık yağışların yaklaşık üçte ikisi bitkilerin yetişme mevsiminde düşer.

Ekili ve dikili alanlar, ülke topraklarının yaklaşık beşte üçünü kaplar. Düzlük alanların büyük bölümü tarıma ayrılmıştır. Geri kalan toprakların çoğu orman, koru, çayır ve otlaklarla kaplıdır. Yükseklik genelde 600 metreyi geçmediğinden, doğal koşullar iğne yapraklı ormanların oluşmasına elverişli değildir. Yüksek kesimlerdeki ormanlarda en çok rastlanan ağaç türü kayındır. Daha alçak kesimlerde meşe korulukları ve çalılıklar bulunur (2/76).

### I.3. Tarihçe

Macaristan Devleti ilk defa 1000 yılında Kral I.Stephen tarafından kurulmuştur. 1526 Mohaç savaşında Osmanlı İmparatorluğuna yenilip Buda'yı kaybetmeden önce ülkeye Moğollar tarafından da çeşitli saldırılar düzenlenmiştir. 1541'de ülkenin kuzeyi ve batısı Avusturya (Habsburg) İmparatorluğunun yönetimine girmiştir. 1686'da Habsburg'un yardımıyla Macarlar Buda kalesini tekrar ele geçirmişlerdir. Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun I. Dünya Savaşından yenik çıkması üzerine Macaristan 1918 yılında Avusturya'dan da ayrılmıştır.

1920'de imzalanan Trianon Barış Antlaşması ile Macaristan toprakları 288.000 km<sup>2</sup>'den 93.000 km<sup>2</sup>'ye, nüfusu da 18,2 milyondan 7,6 milyona indirilmiştir. İlerleyen yıllarda bu antlaşmanın düzeltilmesi Macar dış politikasının temel amaçlarından olmuştur.

1941 yılında Sovyetler Birliğine savaş açan Macaristan, II.Dünya Savaşına katılmıştır. Ancak, 1944'de Almanlar tarafından istila edilen Macaristan bir yıl sonra Sovyet Birlikleri tarafından Alman istilasından kurtarılmıştır. Savaş sonunda 1 milyon kişi hayatını kaybetmiş ve milli servetin de %40'ı yitirilmiştir. Macaristan'da 1946'da Cumhuriyet ilan edilmiş, ancak 1949 yılında ülke "Macar Halk Cumhuriyeti" adını alarak, Sovyetler Birliğinin etkisi altına girmişti ve komünist rejim ile ülke yönetilmeye başlanmıştır. 1956 yılında ülkede rejime ve Sovyetlere karşı başlayan ayaklanma Sovyetler Birliği tarafından bastırılmıştır.

Macaristan, demir perde ülkeleri arasında özellikle ekonomik açıdan komünist rejimin en toleranslı biçimde uygulandığı ülke olmuş, özel mülkiyete ve girişimlere belli ölçüde izin verilmiştir (2/76).

Macaristan 1989 yılında parlamenter demokrasiye geçmiş ve ekonomi politikaları liberalleşmiştir (1/11,12).

Haziran 2000'deki cumhurbaşkanlığı seçimini Ferenc Madl kazandı. 2002'de yapılan Ulusal Meclis seçimleri ise Macar Sosyalist Partisi'nin zaferiyle sonuçlandı ve başbakanlığı Peter Medgyessy üstlendi.

Macaristan Mart 1999'da NATO'ya katıldı, Mayıs 2004'te Avrupa Birliği'ne tam üye oldu (2/84).

#### **I.4. Devlet Yapısı**

Macaristan, tek partili bir sosyalist yönetim biçimini öngören 1949 tarihli anayasasında Ekim 1989'da yapılan köklü değişikliklerle temsili demokrasiye ve güçler ayrılığına dayalı çok partili parlamenter sisteme geçmiştir. Yeni düzenlemeye göre yasama yetkisini 386 üyeli Ulusal Meclis kullanılır. Ulusal Meclis için dört yılda bir seçim yapılır; üyelerin 176'sı dar bölge sistemine göre doğrudan, 120'si nispi temsile göre partilerin il ve metropoliten alan listelerinden 90'ı da yüzde 5 barajını geçmiş partilerin ulusal listelerinden seçilir. Halkın referandum önerme hakkı anayasayla güvence altına alınmıştır. Ulusal Meclis tarafından beş yıl için seçilen ve en fazla iki dönem görev yapabilen cumhurbaşkanının yetkileri büyük ölçüde semboliktir. Asıl yürütme organı, cumhurbaşkanınca atanan başbakanın kurduğu bakanlar kuruludur. Başbakanlık görevini Ulusal Meclis'te çoğunluğa sahip olan partinin ya da koalisyonun önderi üstlenir. Ülkedeki siyasi partiler Macar Sosyalist Partisi, Genç Demokratlar Federasyonu-Macar Yurttaş Partisi, Bağımsız Küçük Toprak Sahipleri Partisi, Hür Demokratlar İttifakı ve Macar Demokratik Forumu'dur.

En üst yargı organları olan Yüksek Mahkeme ile Anayasa Mahkemesi'nin üyeleri, ayrıca adli işleri yürüten başsavcı Ulusal Meclis tarafından seçilir. Yurttaşların, ulusal ve etnik azınlıkların anayasal haklarını korumak amacıyla ombudsman'lık (kamu denetçisi) kurumu oluşturulmuştur. Kolluk görevleri İçişleri Bakanlığı'na bağlıdır. Silahlı kuvvetler düzenli kara ve hava birliklerinin yanı sıra Tuna'da devriye görevi yapan küçük bir donanmayı kapsar (2/78).

Ülke yönetsel açıdan 19 eyalet (megye) ve 20 şehir (megyei varos) ayrılmıştır (1/14). Budapeşte'nin başkent (fovaros) olarak özel bir statüsü vardır. Yerel yönetim her kademede seçilmiş yerel meclislere dayanır. Eğitim, sağlık, çevre koruma, toplu ulaşım ve kolluk denetimi yerel meclislerin yetki alanına girer (2/78).

#### **I.5. Doğal Kaynaklar**

Macaristan'ın en önemli yer altı zenginliği alüminyum cevherleri elde edilen boksit yataklarıdır. Önemli miktardaki kurşun ve çinko içeren bakır yatakları, Macar kaynaklarına göre dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. Macaristan'ın işlenebilir manganez rezervleri de önemli miktardadır. Eskiden zengin sayılabilecek bir düzeyde olan kömür yataklarının enerji üretimindeki yeri yarıdan üçte birine altına kadar inmiştir. Dunantul bölgesinde özellikle 1983'lerde bulunan petrol ve doğalgaz yatakları bu açıdan bir ölçüde kapatmışsa da, mevcut rezervler iç gereksinimi karşılamaktan uzaktır.

Düşük miktarda çıkarılan öteki metal cevherleri ve mineraller arasında cıva, uranyum, molibden, diatomit, kaolin, bentonit ve dolomit sayılabilir (2/78).

## I.6. Ekonomik Durum

**Tablo 1: Macaristan Ekonomik Göstergeleri**

	2003	2004	2005
GSMH Büyüme Oranı	%3	%4	%4,2
GSMH (milyon Forint)	14.863.091	15.554.069	16.198.832
Enflasyon	%4,7	%6,8	%3,5
Kişi Başına Düşen Ortalama Gelir	7.233 Avro	8.054 Avro	8.709 Avro
İşsizlik Oranı	%5,9	%6	%7,3
GSMH-Sektörel Büyüme Hızları (bir önceki yıla göre-100)			
-Tarım	95,8	137,9	89,2
-Sanayi	105,3	104,9	105,4
-Hizmet	102,7	102,9	104,2
Sabit Sermaye Yatırımları (milyon Forint)			
-İnşaat	1.987.200	2.278.000	2.572.587
-Makine ve Ekipman	1.642.600	1.737.000	1.792.641
Dış Ticaret Verileri			
-İhracat (milyar ABD \$)	42,5	54,7	61,8
-İhracat Artış Oranı	%23,9	%28,7	%11,5
-İthalat (milyar ABD \$)	47,5	59,4	65,4
-İthalat Artış Oranı	%26	%25	%8,6
-Denge (milyar ABD \$)	-5	-4,7	-3,6
Cari İşlemler Dengesi (Net) (milyar ABD \$)	-5	-4,6	-3,5
Net Dış Borç (milyar Avro)	21,8	25,8	31,2
Doğrudan Yabancı Sermaye (milyar Avro)	2	3,7	2,8
Döviz Kuru (ortalama)			
-ABD \$	224	202	199,6
-Avro	253	251	248
Ticari Faiz Oranları (ortalama)			
-Bir yıla kadar	9,50	12,83	8,54
-Bir yıl üstü	9,90	12,50	9,98
Bütçe Açığının GSYH'ye Oranı	%5,7	%4,5	%6,1

**Kaynak:** (1) T.C. BBTM (2006) 2005 Yılında Macaristan'ın Genel Ekonomik Durumu Ve Türkiye İle Ekonomik Ticari İlişkiler, s:9-10



Geçmişte tarım ülkesiyken 20. Yüzyılın ikinci yarısında sanayileşme yönünde büyük bir aşama gerçekleştiren Macaristan'da 1989'a değin, piyasa mekanizmalarına da yer vermekle birlikte, temelde merkezi planlamaya göre yönetilen gelişkin bir sosyalist ekonomiye sahipti.

İzleyen dönemde ülkenin aşamalı olarak serbest piyasa ekonomisine geçilmesini amaçlayan bir program yürürlüğe koyuldu.

Bu program çerçevesinde belirli mallar üzerindeki devlet sübvansiyonu kaldırıldı, tüketim mallarının fiyatları serbest bırakıldı ve kamu işletmelerinin çoğu özelleştirildi. Yabancı yatırımların da etkisiyle hızlı bir ekonomik büyüme sağlanırken, yeni düzenlemelerin beraberinde getirdiği yüksek enflasyon ve işsizlik ancak 1900'ların ikinci yarısında bir ölçüde düştü. Bu gelişmeler Macaristan'ın 1994'te Avrupa Birliği'ne (AB) tam üyelik için yapmış olduğu başvurusunun kabul edilmesini getirdi (2/77,78).

Ülke Gayri Safi Milli Hasılası (GSMH) 2006 yılında, 161 milyar ABD Dolarıdır. Kişi başına düşen milli gelir 16.100 ABD Dolarıdır. Gayri Safi Milli Hasılayı oluşturan sektörler tarımda %3,9, endüstride %30,9 ve hizmetlerde %65,3 oranlarında dağılmaktadır. Toplam iş gücü 4,18 milyon kişidir (5/7).

### 1.7. Ulaşım

Son derece gelişmiş olan ulaşım ağının odak noktasını Budapeşte oluşturur. Budapeşte'yi önemli kentler ile sanayi kentlerinin yanı sıra komşu ülkelere bağlayan demir yolu hatlarının dörtte birinden fazlasından elektrikli trenler çalışır. Demiryolları 1993'te özelleştirilen Magyar Allamvusatok adlı şirketçe işletilir. Toplam uzunluğu 30 bin kilometreye yaklaşan kara yollarının tamamına yakını kaplanmıştır. Tuna özellikle yük taşımacılığında kullanılan önemli bir su yoludur; başlıca ırmak limanları Budapeşte ve Dunajvaros'tur. Budapeşte yakınlarındaki Ferihegy Uluslararası Hava Limanı'ndan hemen her Avrupa ülkesine ve bazı Ortadoğu ülkelerine seferler düzenlenir. Ülkenin küçük olması nedeniyle iç havayolu hatları yoktur (2/78).

### 1.8. Eğitim

Eğitim 6-16 yaşlar arasında zorunlu ve parasızdır. Nüfusun tamamına yakını okuryazarın. Sekiz yıllık ilköğretimden sonra öğrenciler liselere, ayrıca teknik, meslek ve sanat okullarına devam edebilir. Sayıları 80'i aşan yükseköğretim kurumları köklü üniversitelerin yanı sıra Kimya Mühendisliği Yüksekokulu ve Franz Liszt Müzik Akademisi gibi uzmanlık okullarını da kapsar (2/78).

## II- SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Nüfusun Sağlık Durumu

Macaristan toplumunun sağlık durumu yıllardır son derece kötü olup; bazı hastalıklara ve ölüm nedenlerine bağlı olarak, uluslararası istatistiklerde çarpıcı bir şekilde olumsuz durumdadır. Hastalık ve ölüm göstergelerinde son 10–20 yıldır kayda değer bir gelişme olmamıştır. Doğuştan beklenen yaşam süresi, Avrupa Birliği'ne üye ülkelere göre oldukça düşüktür ve özellikle orta yaştaki erkeklerde ölüm oranı oldukça yüksektir (15/1).

Avrupa'da, 1980'li yıllarda kalp-damar hastalıklarının azalmasına paralel olarak yaşam beklentisi artarken, Macaristan'da ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları gelmekteydi. Günümüzde Kalp-damar hastalıkları, öldürücü neoplazmalar, karaciğer hastalıkları da dâhil olmak üzere sindirim sistemi hastalıkları ile intihar ve kazalar gibi dış sebeplerden ve erken doğumlardan kaynaklanan ölümler, toplumun temel sağlık sorunlarını oluşturmaktadır (17/1).

Yüksek ölüm ve hastalık oranlarının nedenleri, fazla miktarda alkol ve sigara tüketimi, yüksek oranda yağlı ve şekerli gıda tüketimidir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının yetersizliği gibi sos-yo-ekonomik etkenlerde bu nedenler arasında yer almaktadır (8/1).

2001 yılında, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre örgüte üye ülkeler arasında kanserden kaynaklanan en yüksek ölüm oranı ve kronik karaciğer hastalığından (siroz) kaynaklanan en yüksek ikinci ölüm oranı Macaristan'da gerçekleşmiştir. Kalp hastalıkları, tümör kitleleri ve kronik akciğer hastalıklarına bağlı olarak meydana gelen ölümler bütün ölümlerin %80'ini oluşturmaktadır. Ölüm oranlarının son yıllardaki düşme eğilimine karşın, özellikle akciğer hastalıklarından ölümler hâlen Avrupa ortalamasının üzerindedir (6/1).

1980'li yıllarda doğuştan beklenen yaşam süresi artmıştır. Genel hastalık oranları düşmesine rağmen kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölümlerdeki eğilimler Macaristan hastalık yapısında önemli rol oynamaktadır. Aynı şekilde kanser, karaciğer sirozu ve dış kaynaklı kazalar ve intiharlar Macaristan sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkilerini göstermektedir. Bununla birlikte yaşlı nüfus artışına ilişkin olarak özel bir politika uygulanmaya çalışılmaktadır (17/2).

2002 verilerine göre ortalama yaşam süresi erkeklerde 68,3 kadınlarda ise 76,6 yıldır (6/1). Bu oranlar diğer Avrupa ulusları ile karşılaştırıldıklarında bu oranların kadınlarda 80,9 yıl erkeklerde ise bu oran 74,6 olarak saptanmıştır (17/2).

Sağlık düzeyi bakımından önemli ölçüde bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, 2000 yılında doğumda beklenen en yüksek ve en düşük yaşam süresinde eyaletler arasındaki fark erkeklerde 6,7 yıl, kadınlarda ise 4,3 yıldır (3/9).

Ölüm oranları ve hastalık oranlarının temel nedeni yüksek oranda alkol kullanımı, sigara kullanım oranının artması, yüksek yağlı yiyeceklerin tüketilmesi, şeker tüketimi gibi sağlıksız beslenme şekilleri sağlıksız yaşam koşullarının temelini oluşturmaktadır.

Bu faktörler nüfusun sağlık statüsünde karmaşık bir hal almaktadır. Bundan dolayı sosyal ve ekonomik faktörler sağlık statüsü üzerinde iyi sağlık bakımı kadar etki etmektedir (17/2).

## II.2. Sağlık Sisteminin Yönetimi Ve Örgütsel Yapısı

Macaristan sağlık sisteminin şimdiki yapısının temelleri 1980'li yılların sonunda önceki rejimin çökmesiyle birlikte ortaya çıkan politik, sosyal ve ekonomik değişiklikler sonucunda oluşmuştur (3/11).

Macaristan Sağlık Sistemi, eski rejimin yıkılmasından sonra devlet kontrolü, merkezî yapıdan yerelleşmiş yapıya geçmiştir. Yerel yönetimler ve özel sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sağlık hizmeti sunum anlaşmaları bağlamında, 1989'dan günümüze kadar sağlık hizmetlerinde özelleşme oranı artmıştır. Büyük orandan Fransa ve Almanya sağlık sistemlerinden etkilenen Macaristan Sağlık Sistemi, sosyal sigortaya dayalı olarak finanse edilmektedir (11/1).

Merkezi yönetim sağlık sisteminin temel düzenleyicisi olup sistemin yatırım harcamaları merkezi yönetim bütçesinden karşılanmaktadır.

Merkezi yönetimin sağlık hizmetleri sunumundaki rolü uzman hizmetler ve bazı üst kademe hizmetlerle sınırlandırılmıştır. Yerel idareler 1990 yılında çıkarılan yerel yönetim yasası ile sistemin ana hizmet sunucusu konumuna gelmiştir (5/2).

Macaristan'da sağlık hizmetlerinin talep finansmanı ağırlıklı olarak, Ulusal Sağlık Sigortası tarafından finanse edilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yatırım giderlerini merkezi yönetim, işletme giderlerini ise Ulusal Sağlık Sigortası finanse eder (5/2).

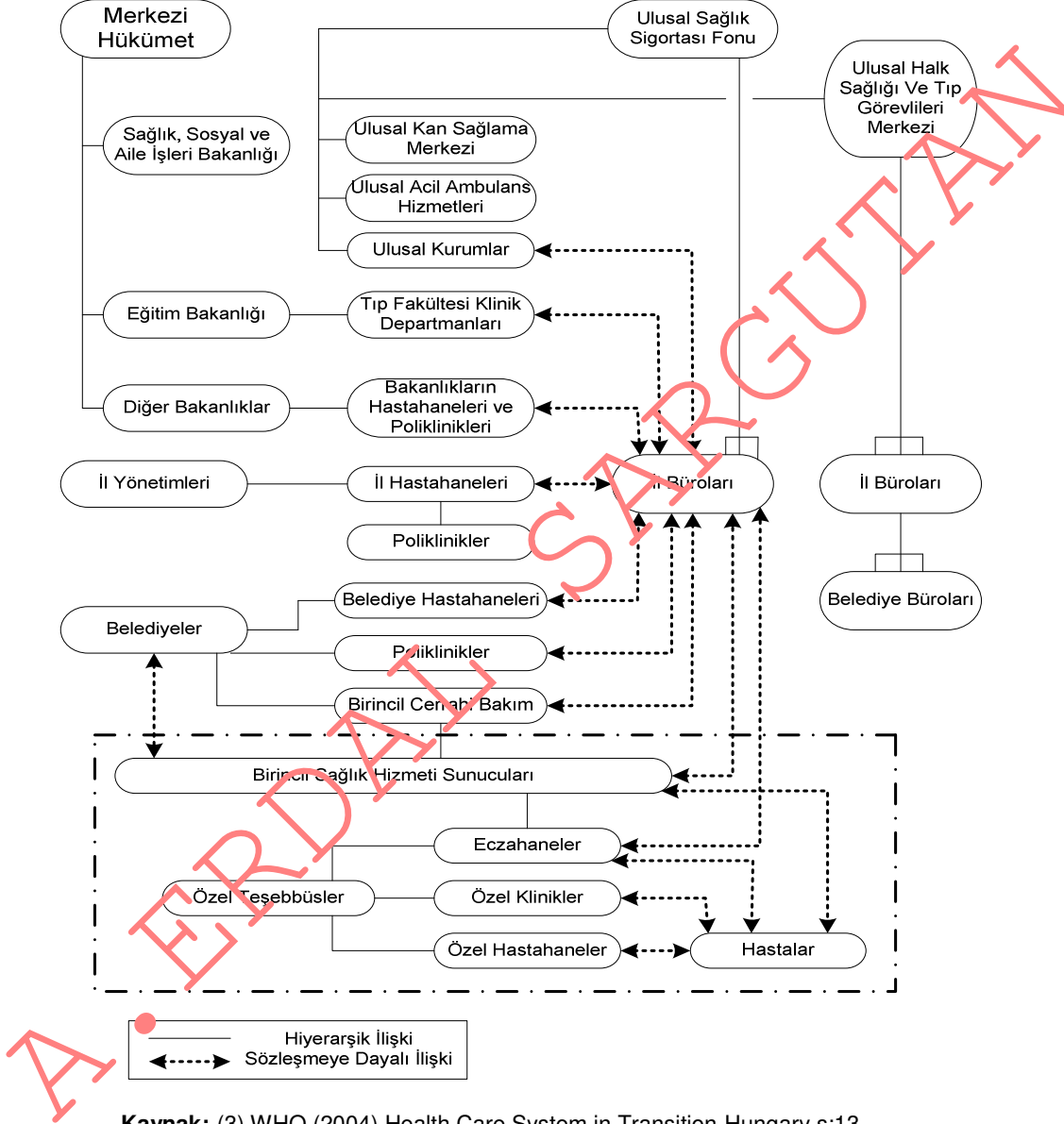
1998'den 2002 yılına kadar ayrı işleyen Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Ve Aile İşleri Bakanlığı'nın birleştirilmesiyle yeni bakanlık kuruldu (3/17).

Yönetim yapısındaki değişiklikler nedeniyle Ekim 2004'te Sağlık Sosyal Ve Aile İşleri Bakanlığı ikiye ayrıldı. Aile, emeklilik ve sosyal işler yeni kurulan Gençlik, Aile, Sosyal İşler Ve Eşit Fırsatlar Bakanlığı'na, sağlık hizmetleri ile ilgili işler ise Sağlık Bakanlığı'na verildi (12/1).

### II.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı'nın en önemli rolü sağlık sistemini yönetmektir (3/18). Sağlık Bakanı, sağlık hizmetlerini, sektördeki bilimsel araştırmaları düzenler ve uygular. Ayrıca Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ve Ulusal Emeklilik Sigortası İdaresini yönetir ve bu kurumların kanunlarla belirlenen görevlerini yapmasını sağlar (12/1).

Bakanlığın, sağlık eğitimi ve öğretimi konusunda Eğitim Bakanlığı'yla, sağlık bakımınının finanse edilmesi konusunda Maliye Bakanlığı'yla ortak sorumlulukları vardır (3/17).

**Şema 1: Macaristan Sağlık Sistemi Örgüt Yapısı, 2003\***

**Kaynak:** (3) WHO (2004) Health Care System in Transition-Hungary s:13

\* Sağlık, Sosyal Ve Aile İşleri Bakanlığı, Ekim 2004'te Sağlık Bakanlığı ve Aile, Sosyal İşler Ve Eşit Fırsatlar Bakanlığı şeklinde ikiye ayrılmış olup, şema Bakanlığın ayrılmadan önceki örgütsel yapısını göstermektedir.

Bakan, halk sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesini ve hastalıkların önlenmesini amaçlayan halk sağlığı programından ve sağlığın desteklenmesi için yapılan bütün hizmetlerden sorumludur. Bakan, Ulusal Halk Sağlığı ve Tıbbi Görevli Hizmeti'ni sağlık hizmetlerinde ulusal sorumluluğu olan kuruluşları, ulusal kurumları yüksek eğitim kurumlarındaki sağlık hizmetlerini, sağlık araştırmalarını ve Bakanlığın Yetkilendirme Ve Yönetim Prosedürleri Bölümünü kontrol eder. Bakan aynı zamanda Sosyal Politika Konseyi'ni, Ulusal Sağlık Konseyi'ni ve Ulusal Engelliler Konseyi'ni yönetir. Macaristan Tıp Kurumu ve Macaristan Eczacılar Odası'nın karar düzenlemelerini uygulamaya koyar. Aile ve sosyal politikalar ile ilgili görevleri yerine getirmek amacıyla Bakan, sosyal hizmetler, çocukların korunması, engelli vatandaşlar için eşit fırsatların sağlanması ile ilgili hizmetleri belirler, sosyal bakım ve hizmet sistemini geliştirerek bunlar için gelişme eğilimleri belirler. Aynı zamanda aile desteği ve çocuk yetiştirme sistemini hazırlar (12/1).\*

Sağlık politikaları, koordinasyon ve düzenlemeler Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde birçok ulusal kurum tarafından gerçekleştirilir.

Bakanlık, tek bir sağlık yönetim sistemi içinde, halk sağlığı ve epidemioloji, düzenleyici yasalar; mesleki yönetimi, örgütlenme, denetim, önlemlerin kontrolü, sağlık gelişimi (sağlığın korunması, tanıtımı, eğitim) görevlerinden sorumludur (12/1). Ayrıca sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve yetkilendirilmesi gibi düzenlemelerin uygulama, kontrol ve yaptırım otoritesidir.

Ulusal Halk Sağlığı Ve Tıbbi Görevli Hizmeti, sağlık hizmetlerinin kalitesini gözlemlemekten sorumludur.

Kan ve kan ürünleri ve acil ambulans hizmetleri, ulusal örgütler tarafından sağlanır. Acil ambulans hizmetleri sağlayan ve ülkenin her yerine hasta nakleden, giderleri Sağlık Sigorta Fonu tarafından finanse edilen Ulusal Acil Ambulans Hizmeti'nin, Macaristan Sağlık hizmetleri'nde uzun bir geçmişi vardır. Ulusal Kan Temini Hizmeti 1998'de, hastahanelerin kan destek ünitelerinin tekrar düzenlenmesiyle kuruldu. Kan ve kan ürünlerinin masrafları, Ulusal Sağlık Sigortası tarafından karşılanır (3/18).

Çeşitli danışma organları ve kurumlar Sağlık Bakanlığı'na destek olur. Bunlardan bazıları, ulusal sağlık kurumları ve profesyonel kolejler gibi belirli bir tıp uzmanlığına önemli girdi sağlarken, bazıları da tüm uzmanlıkların belli bir alanıyla (bilim ve politika konuları gibi) ya da Sağlık Bakımı Bilimsel Konseyi ve son zamanlarda kurulan Sağlık Bakımı Profesyonel Eğitim Ve Sürekli Eğitim Konseyi gibi eğitimle ilgilenir. Profesyonel kolejler, üyeleri Macaristan Tıp Odası, ilgili bilimsel kurumlar ve tıp okullarının delegelerinden oluşan danışma kurullarıdır. Günümüzde, dahiliyeden sinir cerrahisine kadar 37 profesyonel kolej vardır.

\* Bazı kaynaklarda önceki Sağlık, Sosyal Ve Aile İşleri Bakanlığı'na ait olarak gösterilen bu görevlerden sosyal hizmet ve sosyal güvence ile ilgili olanlar, Sağlık Bakanlığının ayrı yapılandırıldığı son dönemde, yeni oluşturulan Aile, Sosyal İşler Ve Eşit Fırsatlar Bakanlığına verilmiş, sağlıkla ilgili diğer görevler yeni kurulan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Ulusal sağlık kurumları, kendi özel tıp uzmanlıklarının uygulama merkezleridir. Ülke çapında klinik çalışmayı destekler ve gözetirler, sürekli eğitim, bilimsel araştırma ve belirli durumlarda oldukça uzmanlaşmış önleme faaliyetleri ve hasta bakımı ile ülkenin tüm nüfusu için üçüncül sağlık hizmetlerini yürütürler. Ulusal kurumlar, protokol ve standartları belirleyen klinik talimatları düzenlerler. Bazı ulusal kurumlar, üniversite bölümlerine bağlıdır (Ulusal Cerrahi Kurumu gibi). Bazıları da kendi binalarıyla bağımsız kurumlardır (Ulusal Sinir Cerrahisi Kurumu gibi). Klinik çalışmaları Ulusal Sağlık Sigortası'ndan finanse edilirken, diğer faaliyetleri merkezi hükümet tarafından finanse edilir.

Ulusal Eczacılık Kurumu, eczacıların kayıt ve yetkilendirilmesini düzenler. Yeni kurulan Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihazlar Otoritesi, tıbbi yardım ve protezler de dahil olmak üzere, tıbbi ekipmana yönelik bir sistemdir. Bu kurum, yeniden adlandırılan ve bu alanda kalite kontrol düzenleyicisi olarak devarı eden Hastahane Ve Tıbbi Mühendislik Kurumu'nun yerini almıştır. Hem kayıt hem de yetkilendirme sistemleri, Avrupa Birliği çalışmalarıyla uyumlu hâle getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın, tıp dışı sağlık çalışanları için kurslar düzenleyen iki eğitim kurumu ile, eğitim ve öğretimde sınırlı bir rolü vardır (3/19).

### II.2.2. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, devlet bütçesinden ve mali politikalardan sorumludur. Ayrıca merkezi yönetim bütçesi, yerel yönetim bütçesi ve Sağlık Sigorta Fonu da Maliye Bakanlığının ortak sorumluluğu kapsamındadır. Genel olarak Maliye Bakanlığı, sağlık hizmetleri finansmanın makroekonomik konularıyla ilgilenmektedir. Sosyal sağlık sigortasının 1989 yılında hükümet bütçesinden ayrılması neticesinde, hükümet sağlık bakımı ile ilgili olmayan konularda Sağlık Sigortası Fonu'nun kaynaklarını kullanma yetkisini kaybetmiştir. Bazı yetkileri kaybetmiş olmasına karşın, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'nin denetimi yine hükümet tarafından yerine getirilmektedir. Maliye Bakanlığı sağlık alanındaki yetkilerini 1999 yılında Başbakanlık Bürosu'ndan almıştır. Aldığı bu yetkileri 2001 yılında Sağlık, Sosyal Ve Aile İşleri Bakanlığı'na devretmiştir. Aynı şekilde Vergi Dairesi, 1999 yılından itibaren sosyal sigorta yardımlarının toplanması işlevini Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'nden devralmıştır. Vergi Dairesi o zamandan itibaren sosyal sigorta gelirlerinin toplanması görevini yerine getirmektedir (3/20).

### II.2.3. Eğitim Bakanlığı

Sağlık alanında yüksek öğretim kurumlarının denetimi Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından birlikte yerine getirilmektedir. 1993 yılında kabul edilen Yüksek Öğretim Yasası'yla tıp eğitimi veren yüksek öğretim kurumları ve bu okulların sağlık hizmetlerinin denetimi Sağlık Bakanlığı bünyesinde kalmasına karşın, bu alandan yapılan klinik çalışmaların dışında kalan faaliyetlerin denetimi Eğitim Bakanlığına verilmiştir. Ne Sağlık Bakanlığı ne de Eğitim Bakanlığı, Macaristan özerk yüksek öğretim kurumlarının eğitim ve araştırma faaliyetlerinin düzenlenmesine müdahale edemezler, bu faaliyetler üzerinde kısıtlayıcı etki gösteremezler (3/20).

#### II.2.4. Diğer Bakanlıklar

Çalışan sayısı yönünden oldukça büyük bir kitleye hitap eden üç büyük bakanlık kendi sağlık hizmeti sunum sistemlerini geliştirmişlerdir. Bu uygulamanın geçmişi 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren görülmektedir. Bu üç bakanlıktan biri olan Ulaşım Ve Haberleşme Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunum yelpazesi oldukça geniştir. Yine de Macaristan Devlet Demir Yolları çalışanları ve bakmakla sorumlu oldukları kişilere verilen sağlık hizmetleri ana sistem içinde yer almaktadır.

İçişleri ve Savunma Bakanlıkları kendi sağlık hizmetlerini kendileri sunmaktadırlar. Sunulan hizmetlerin harcamaları Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'ndan karşılanmaktadır. Ayrıca, Adalet Bakanlığı'nın mahkûmlar için sunduğu sağlık hizmetleri ana sistemden tamamen farklı bir şekilde yapılandırılmıştır. İçişleri Bakanlığı genelde birincil ve ikincil sağlık hizmetleriyle ilgili olarak ortaya çıkan yerel yönetimlerin sorunlarıyla ilgilenmektedir. Bundan farklı olarak Bakanlık sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan ekipmanların sağlanması ve yerel yönetim binalarına yatırım ödeneklerinin dağıtılmasını idare eder (3/20,21).

#### II.2.5. Yerel Yönetimler

Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sosyal politikaların stratejik hedeflerine ulaşabilmesi için devlete ve belediyelere aynı ağırlıkta sorumluluk düşmektedir (14/1).

1990 yılında iki tabakalı yerel yönetim yapısının oluşturulmasından sonra, yerel yönetimlerin sağlık sektörü üzerindeki etkisi daha fazla görülmeye başlanmıştır. Yerel yönetimlerin politikaları genel olarak ulusal politikalar çerçevesinde belirlense de, Anayasa, ulusal otoritelerin hükmedemediği yerel konularda yerel yönetimlerin yetkilerini garanti altına alır. Sorumluluklar il ve ilçe yönetimleri tarafından paylaşılmaktadır.

1990 yılında Yerel Yönetim Yasası, sağlık hizmetlerinin yerel ihtiyaçlara göre planlanması gerektiğini belirterek yerel sağlık hizmetleri sorumluluğunu yerel yönetimlere devretmiştir. Birincil sağlık hizmetleri sorumluluğu belediyelerde, ikincil sağlık hizmetleri sorumluluğu ise illerde olmasına karşın, bunların hizmet sunumunda özel sağlık hizmeti sunucularından bu hizmetleri alma yetkileri vardır. İkincil sağlık hizmetlerinin çok küçük bölümü bir kilise hastahanesine verilmiştir.

Aynı yasa, ayakta tedavi merkezlerinin, polikliniklerin ve hastahanelerin mülkiyetini ulusal yönetimden yerel yönetimlere devretmiştir. Neticede, yerel yönetimler Macaristan sağlık hizmetlerinde temel sağlık hizmeti sunucuları konumuna gelmişlerdir. Belediyeler genellikle kendilerinin sahip oldukları birincil sağlık merkezlerini kullanmaktadırlar. Belediyeler, büyüklüklerine bağlı olarak, ayakta tedavi merkezleri ve belediye hastahaneleri alıp işletebilirler. İl yönetimleri genellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini sundukları büyük hastahanelere sahiptirler. Yerel yönetimlerin sağladığı sağlık hizmetlerinin harcamalarının, sağlık hizmetleri sahibi olarak yerel hükümetlerin sorumlu olduğu yatırım masrafları dışında kalan kısmı, Sağlık Sigorta Fonu tarafından karşılanır.

Yatırım harcamaları yerel yönetimlerin gelir kapasitelerinin üzerine çıkarsa, ulusal yönetim, şartlı ve eş nitelikli yardımlarını "ayrılan ve hedef ödenek yardımları" denilen ödeneklerle sağlamaktadır. (3/22,23).

### II.2.6. Mesleki Örgütler, Kurumlar Ve Sendikalar

1980'li yılların ikinci yarısına kadar sıkı kontrol altında tutulan sendikaların dışında kalan gönüllü kuruluşların faaliyetleri sınırlandırılmıştı. Rejimin çöküşü sürecinde, merkezi yönetimin kontrolündeki sağlık sektörü sendikası tekelini kaybetmiştir. Bunun sonucunda en büyüğü Demokrat Sağlık Çalışanları Sendikası olan birçok sendika kurulmuştur. Son on yılın en önemli özelliği ise, kimisi yalnızca özel görev grupları olarak doğrudan hükümet kontrolü altında olan, düzenleyici işlevleri yöneten, gönüllü örgütlerin sayısındaki hızlı artışlardır. Eski rejim tarafından kaldırılan Macaristan Tıp Odası, 1994 tarihli bir yasa ile tekrar çalışmalarına başlamıştır. Bu yasa, çalışan doktorlar ile dış hekimleri için Tıp Odası'na üyeliği zorunlu hâle getirmiştir. Ayrıca Tıp Odasının, kuralları ihlal edenleri cezalandırma ve tıbbi konularda fikir beyan etme hakkı vardır. Buna ek olarak hekimlerin Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'yle aralarında yaptıkları sözleşme şartlarını veto etmek yetkisi de vardır.

2003 yılında hükümet, hekim dışındaki diğer sağlık profesyonelleri için Tıp Harici Sağlık Çalışanları Odası'nın kurulmasını kararlaştırdı. 2000 yılında, çeşitli sağlık ve sağlık hizmeti sunum alanında 80'i aşkın örgüt vardı. Bunlar ilaç fiyatlarının belirlenmesi amacıyla yapılan görüşmelerde hastaların lehine karar alınmasına çalışma yapma gibi de eylemleri de vardır. Ayrıca Ulusal Sağlık Konseyi'nde ve hastahane denetim konseylerinde gözetmen görevi yaparlar.

Başlıcaları Macaristan Hastahane Kurumu, Sağlık Hizmeti Mali Yöneticileri Kurumu, Macaristan Hemşirelik Kurumu, Macaristan Eczacılar Kurumu ve Macaristan Dış Hekimliği Kurumu olmak üzere çok sayıda mesleki ve bilimsel kurumlar vardır. Macaristan'daki en büyük mesleki örgütü olan Macaristan Tıp Çevreleri Federasyonu'nun 83 üye topluluğu ve 25.000'den fazla bireysel üyesi vardır (3/23,24).

### II.2.7. Özel Sektör Ve Gönüllü Örgütler

Özel muayenehanelerde sağlık hizmeti sunulması önceki rejimde yasak değildi fakat tam olarak özel koşullarda istihdam ve işletme izni almak da mümkün değildi. Sağlık Hizmeti Ve Sosyal Girişimler hakkındaki 1989 tarihli karar özel girişimlerin yolunu açtı. 1990 yılından itibaren resmi olmamakla beraber, özel sektör özellikle yatan hasta bakımıyla sınırlı kalmıştır.

Özel sektörde büyümeyi engelleyen birçok sebep vardır. Bunlardan birincisi Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'nin aile hekimleri, eczahaneler, bazı teşhis hizmetleri ve diyaliz gibi yetersizliklerinin olduğu zorunlu durumlar dışında, özel hizmet sunucularıyla anlaşma yapmaya yaklaşmamasıdır. Diğer bir sebep ise, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'nin, özel şirketlerin yatırım masraflarını karşılamamasıdır.



Bundan başka, sosyal sağlık sigortası konusundaki mevzuat, standartların üzerindeki tedaviler için fazladan ödeme talebinde bulunulmasına müsaade etmemektedir.

Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi ile anlaşma yapamayan özel sağlık hizmeti sunucularının, bütçe dışı ödemelere ve özel sağlık sigortası uygulamasına yönelmesi gerekir. Ancak bu yöneliş, gelir kaynaklarını belirleyen mevzuat ve vatandaşların büyük bir bölümünün kapsamlı tıbbi bakım için yeni sigorta primleri ödemesinden dolayı, sınırlıdır.

Gönüllü Müşterek Sigorta Fonları adlı 1993 tarihli bir kanun, hükümetin vergi indirimi yoluyla yardımda bulunacağı kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortasının oluşturulması için yasal koşulları oluşturdu. Bu düzenlemede, gönüllü sağlık sigortası fonlarının, Sağlık Sigortası Fonu tarafından karşılanan hizmetleri sunmasına izin verilmemiştir. Kâr amacı gütmeyen sağlık sigortasının Sosyal Sağlık Sigortası'nın tamamlayıcısı olduğu düşünülmektedir. Kâr amacı güden özel sağlık sigortaları, birkaç pilot program dışında, sadece hastalık halinde nakit yardımı yapabilmektedir.

Günümüzde, özel sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumundaki oranı, uzmanlaşma seviyesi arttıkça azalmaktadır. 1992 yılından sonra, birincil sağlık hizmeti veren hekimler, yerel yönetimlerle ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ile anlaşma yaparak özel girişimci olarak çalışabilmektedirler. Bu durumda hekimler, yerel yönetimin sahip olduğu bina ve donanımı kullanarak hizmet vermektedir. Aile hekimleri Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi'nden verdikleri hizmet başına ücret alırlar. Bu uygulamaya "işlevsel özelleştirme" adı verilir.

Özel girişimce verilen bazı birincil sağlık hizmetleri, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi ile sözleşmeli olunsun ya da olunmasın, tamamen karşılanır. 1997 yılının sonuna kadar devlete ait olan ve halka hizmet veren tüm eczahaneler özelleştirilmiştir. İkincil sağlık hizmeti sunan hekimler, kamu sektöründeki görevlerinin yanı sıra yarı zamanlı olarak özel kliniklerde de çalışırlar. Bunlara ek olarak hizmet almı için ödemeyi, hastaların kendisinin yaptığı özel poliklinikler de kurulmuştur.

Sağlık hizmetleri sunumu için çalışan toplam 4.137 sivil kuruluş bulunmaktadır. Sivil kuruluşların %21'i sağlığı kötü durumda olan kişileri desteklemekte olup (fiziksel ve zihinsel engelliler, kronik hastalığı olanlar, görme ve duyma rahatsızlığı olanlar, diyabetliler, diyaliz hastaları gibi), %21'i çocuk ve gençler için, %21'i düşkünler için (evsizler, mülteciler, fakirler) ve %11'ide yaşlılar için hizmet vermektedir (14/3).

Bağış ve yardımların sayısı artmakla birlikte, sağlık sektörü fonları içinde çok küçük bir kaynağı teşkil etmektedir. Özel sektörde verilen ve 1995 yılından itibaren işveren tarafından finanse edilen mesleki hastalıklar tek istisnadır. Ancak, bu uygulamada sağlık sektörünün küçük ve özel bir kısmını oluşturmaktadır. Bunun sebebi işverenlerin çok büyük bir çoğunluğunun genelde bu hizmetleri kendi çözümleriyle sağlıyor olmalarıdır (3/24,25).

### II.3. Sağlık Sisteminin Yerelleşmesi

Sağlık sistemi merkeziyetçilikten önemli ölçüde uzaklaştırılmıştır. İşletme giderlerinin finanse edilmesi Sağlık Sigortası Fonu'na, hizmet temini ise belediye ve illere devredilmiştir (5/3).

Bölgesel sağlık hizmetlerini modernleştirme amaçlı proje, 1998'de Dünya Bankası Projesi kapsamında başlatıldı. Macaristan'ın yedi bölgesinin tamamında proje takımları oluşturuldu ve sağlık hizmetlerini geliştirme planları ayrıntılarıyla incelendi. Bu planlardan en iyi durumda olanın uygulanması için önemli bir mali destek sağlanacaktı. Prosedürlerin tamamlanmış olmasına ve kazananın açıklanmış olmasına rağmen, 1998 yılında gelen hükümet projeyi iptal etmiştir. Bu proje yerine, sağlık sigortasında rekabet şartlarını oluşturmak amacıyla Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi bölgesel düzenleme projesi başlatıldı. Ancak hükümet tek ödeyici sistemini, sürdürmeye karar verince bu proje de iptal edildi (3/30).

### II.4. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme

Özelleştirme ilaç sanayi, birincil sağlık hizmetleri ve önceden kiliseye ait olan birkaç hastahane ile sınırlandırılmıştır. 2000'de, birincil sağlık hizmeti sunan hekimlerin %85'i özelleştirme sözleşmesine dayalı çerçevede çalışıyorlardı. Bu hekimlerin neredeyse tamamı yine ücretli kamu personelinden oluşuyordu. Hükümet 2001 ve 2002 yıllarında hastahanelerin mülkiyet ve yönetimi yanında hizmetlerin, kâr amacı gütmeyen sunucular ve serbest çalışan tıbbi muayenahaneler tarafından verilmesi için, sağlık hizmeti sunumuna özel yönetmelik oluşturdu. 2002'nin ortasında yeni hükümetin bu mevzuatın hükümlerinin çoğunu iptal etmesiyle, yönetmeliklerin uygulanması da yarıda kaldı. Bunun yerine, katı düzenleyici çerçeve içinde, kapsamlı özelleştirme politikaları başlatmayı planlamaktaydı. Ancak bu planlar önemli tartışmalara neden olmuştur (5/3).

### II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerini yerel nüfusun yararlanmasına hazır hâle getirme görevi, temel olarak yerel idarelerin sorumluluğundadır (5/4).

Bu sistem beş ana ilkeye göre düzenlenmiştir:

- Hizmet sağlama sorumluluğu (bölgesel hizmet sunma zorunluluğu olarak adlandırılır),
- İş bölümü ilkesi,
- İkincilik ilkesi,
- Sürdürme zorunluluğu ilkesi,
- Süreklilik ilkesi (6/3).

İş bölümü ilkesine göre, birincil sağlık hizmetlerinden belediyeler, ikincil ve belirli durumlarda üçüncül sağlık hizmetlerinden il yönetimleri sorumludur (5/4). İl yönetimleri kendi yönetim alanları içinde uzman sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur (3/67). Ancak, ikincilik ilkesine göre, belediyeler ikincil sağlık hizmeti sağlamaya gönüllü ve yeterli ise, il yönetimleri bunun sorumluluğunu belediyelere vermek zorundadır.

Yine de bu bölgesel hizmet sunma zorunluluğu, yerel yönetimleri hizmeti sadece kendilerinin sunmalarını zorunlu kılmaz, hizmet ulaştırmayı özel sağlık hizmeti sunucularına devredebilirler. Böylelikle, sürdürme zorunluluğu ilkesine göre, yatırım masraflarını sağlamak için özel sağlık hizmet sunucuları sorumlu olur (5/4,5). İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumu, belediyeler, iller, merkezi yönetim ve özel sağlık hizmeti sunucuları (az sayıda) arasında paylaştırılmıştır (3/67). Yerel idareler özel hizmet sunucularıyla üçüncül sağlık hizmetinin sağlanması konusunda sözleşme imzalayabilirler. Ancak üçüncül sağlık hizmetlerini veren kuruluşların sahipleri, zorunluluk sağlama ilkesine göre, ana masraflardan kendileri sorumlu olur (6/3).

### II.5.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Son yıllarda, sağlık sistemi birincil sağlık hizmetlerine odaklanmıştır. Devlet, hastaların ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti merkezlerine erişimini sınırlamak için, hastaların aile hekimlerinden referans almalarını teşvik etmektedir (1/1/3).

Yerel idarelerin birincil sağlık hizmetlerinde sağlama zorunlu olan hizmetler:

- Aile hekimliği ve aile çocuk hekimliği hizmetleri,
- Diş sağlığı hizmetleri,
- Ameliyat sonrası hizmetler,
- Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri (AÇS)
- Okul sağlığı hizmetleri.

Bölgesel hizmet sunumu zorunluluğu ve süreklilik düzeyini, sağlık hizmeti sunucusunun hizmetlerine göre farklılık gösteren, hizmet alanını belirler. Hizmet sunucularının süreklilik düzeyi, karmaşık vakalara belirli uzmanlıklarla müdahale edebilme yeteneğidir. Bir hizmetin süreklilik düzeyi ne kadar fazla ise, hizmet alanı da o kadar geniştir. Hasta süreklilik düzeyi düşük olan bir yerde eğer düzgün tedavi göremiyorsa, süreklilik düzeyi yüksek olan yer, bu hizmet sunucularından gelen hastayı kabul etmek zorundadır (6/4).

#### II.5.1.1. Aile Hekimliği Hizmetleri

Belediyeler, kendi sınırları içinde birincil sağlık hizmetlerini aile hekimliği hizmeti ile sınırlandırdığını belirtmektedir. Bir aile hekimine kaydolabilecek kişi sayısı, Sağlık Sigorta Fonu finansman ölçütlerine uygun olarak, aile hekimliği hizmeti için alt sınır 1200, çocuk doktoru için 600 çocuk (14 yaş altı) olarak belirlenmiştir. 1992 yılından beri insanlar aile hekimlerini kendi istekleri doğrultusunda seçebilmektedir. Ancak hekimlerini senede sadece bir defa değiştirebilirler. Aynı zamanda doktorlar da kendilerine gelen başvuruları kabul etmeyebilirler fakat kendi birincil sağlık hizmeti bölgesi içinde bulunan hastaları reddedemezler.

Belediyeler de aile hekimliği hizmetlerini kendileri verebileceği gibi, aileleri özel sağlık hizmeti sunucularına da yönlendirebilirler. 2000 yılında, çalışan 6729 aile hekiminin %85'i işlevsel olarak özelleşmiş (masrafı doğrudan Sağlık Sigortası Fonu'ndan, yer kirası ve donanımı yerel yönetimler tarafından karşılanan) muayenehanede çalışırken, birincil sağlık hizmetleri doktorlarının %15'i de farklı sözleşme koşullarında, örneğin özel muayenehanede, çalışıyordu.

Özel sektörde çalışan doktorların masraflarının Sağlık Sigortası Fonu'ndan karşılanabilmesi için, en az 200 kişiye hizmet ettiklerini kanıtlamaları gerekmektedir (5/5).

Aile hekimlerinin dört çeşit çalışma biçimini seçme imkânı vardır. Birincisi, belediyeler aile doktorlarını aylık maaş karşılığında çalıştırabilirler. İkincisi, işlevsel özelleştirme planı dâhilinde, aile hekimleri özel hizmet sunucuları olarak birincil sağlık hizmetleri alanına giren nüfusa hizmet sağlamak için belediye ile anlaşma imzalayabilirler. Bunlar belediye bina ve araç gerecini kullanırlar. Belediyeler, zorunluluk sağlama ilkesine göre sadece kapital maliyetten sorumluyken, girişimci aile hekimleri işletme harcamalarının karşılığı Sağlık Sigorta Fonu'ndan kişi başına ödeme temelinde alabilirler. Üçüncüsü, aile hekimleri, eğer hasta onları seçiyse ve hasta listelerinde en az 200 kayıtlı kişi varsa, belediyelerle bir anlaşmaları olmadan ve bölgesel hizmet zorunluluğu dışında, bağımsız özel sağlık hizmeti sunucusu olarak çalışabilirler. Dördüncüsü, serbest çalışan olarak adlandırılan tıp doktorlarıdır. Bu doktorlar kamu çalışma mevzuatına tabi tutulmaktadır. Fakat bunlar bireysel çalışan özel girişimciler değildir (6/4).

Aile hekimleri, koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlık eğitiminden sorumlu iken, uygulamada daha çok reçete yazma ve hastalara ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine başvuru için referans görevi görmektedirler. Sonuç olarak, aile hekimleri için belirlenen görevler uygulamada yerine getirilmemektedir (11/3).

Macaristan'da 2002 yılında 5.125 aile hekimi (genel pratisyen), ve 1.579 aile çocuk hekimi vardı. Aile hekimi ve aile çocuk hekimi başına düşen kişi sayısı sırasıyla 1979 ve 947'di (3/65).

### II.5.1.2. Ana çocuk Sağlığı Hizmetleri

Bölgesel ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hizmetlerinde üniversite düzeyinde yüksek eğitim almış olan kalifiye hemşireler çalışmaktadır. Bu hemşireler hamile kadınların bulunduğu ailelere, loğusa bayanlara, 16 yaşın altındaki çocuklara, kreş ve okullardaki 3-18 yaş arası çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi sağlamaktadırlar. İkincil ve üçüncül ana çocuk sağlığı hizmetleri yerel idarelerin ve merkezi idarenin sahibi olduğu sağlık birimlerinde verilmektedir (6/4).

### II.5.1.3. Evde Bakım Hizmetleri

Sağlık politikalarının evde bakım hizmetlerini geliştirmedeki amacı, hastahanedeki çok pahalıya mal olan, evde yapılabilecek bazı sağlık hizmetlerini evde yapmaktır. Evde bakım hizmetleri doktorun isteği üzere hastanın evinde ya da ikamet yerinde yapılır. Bu çerçevede doktorlar tarafından gelişmiş hemşirelik hizmetleri verilir. Bu hizmet Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından finanse edilmektedir (13/3).

### II.5.1.4. Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Halk Sağlığı Ve Tıbbi Görevli Hizmeti, ulusal organlar, il büroları ve yerel idarelerce bölgesel olarak düzenlenir.

Ulusal Halk Sağlığı Ve Tıbbi Görevli Hizmeti, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, halk hijyeni, bölgesel sağlık, bulaşıcı hastalıklar ve sağlığın iyileştirilmesi ve gözlemlenmesinden sorumludur. Ayrıca, zorunlu kayıt ve yetkilendirme, sağlık hizmeti sunucularının profesyonel gözetimi gibi, eskiden Bakanlığın sağlık idaresince yürütülen çok sayıda görevden de sorumludur.

Halk sağlığı hizmetlerinin verilmesi, diğer aktörlerle işbirliği içinde gerçekleştirilir. Örneğin, Ulusal Halk Sağlığı Ve Tıbbi Görevli Hizmeti, zorunlu bağışıklık programını düzenleyip aşıları temin ederken, aile hekimleri, pediatristler ve okul sağlığı görevlileri de çocukları aşılar. Bu iyi düzenlenmiş programlar, muhtemelen ülkenin bağışıklık konusundaki başarısının temel unsurudur (5/6).

#### II.5.1.5. Ambulans Ve Hasta Nakil Hizmetleri

Sağlık Kanunu'na göre devlet ambulans hizmetlerinin standart, güvenli ve koordineli bir şekilde işlenmesini sağlamak ve organize etmekten sorumludur. Ambulans hizmeti Ulusal Ambulans Hizmeti'nin (OMSZ) yürüttüğü bir görevdir. OMSZ'nin dışındaki kuruluşlar hasta naklinde görevli olanlar geçici kuruluşlardır. OMSZ kurtarma çalışmaları ve hasta nakline ek olarak acil tıbbi müdahale eğitimi, ülke çapında ilkyardıma denetlenmesi, doğal afetlerle mücadele ve büyük kazalara müdahaleden de sorumludur. Ulusal Ambulans Hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Avrupa Birliği normlarına göre, üye ülkelerin ambulans hizmetleri ülkenin herhangi bir bölgesine 15 dakika içinde ulaşabilmelidir. Bu Avrupa Birliği sınırları içinde %90 oranında, Macaristan sınırları içerisinde %78 oranında karşılanmaktadır (13/4).

#### II.5.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumu, belediyeler, iller, merkezi yönetim ve özel sağlık hizmeti sunucuları (az sayıda) arasında paylaştırılmıştır (3/67). İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri, çoğunlukla, kamuya ait polikliniklerde, dispanserlerde ve farklı uzmanlık hastahanelerinde verilir. 2000 yılında, toplam hasta yataklarının %77'si yerel idarelere, %2'si kilise ve yardım kurumlarına, %21'i de merkezi yönetim aitti (%10'u Eğitim Bakanlığı'na, %7'si Sağlık Bakanlığı'na, %4'ü diğer bakanlıklara aittir) (5/6).

2002 itibarıyla, akut hasta yataklarının sayısı, 1000'de 6'ya düşürüldü. Aynı yıl, ortalama hastahane kalma süresi 6,9 gündü ve yatak işgal oranı %72'ydi. Akut tedavide her 100 kişiden 23'ünün hastahane kabulü Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde ikinci sırada olmasına rağmen, hastahane gideri, toplam sağlık giderlerinin yalnızca %28'ini oluşturuyordu (6/4).

Yeni hizmet sunucu ödeme yöntemlerinin sunulmasına, artan yönetim kapasitesine ve hastahane sektörünün küçültülmesine rağmen, gereksiz hastahane yatırıma gibi verimli olmayan bazı uygulamalar hala sürmektedir (5/6).

### II.5.2.1. Ayakta İkincil Ve Üçüncül Tedavi Hizmetleri

Ayakta uzman tedavisi hizmetleri poliklinikler, dispanserler, belediye hastahaneleri, il hastahaneleri, üniversitelerin klinik bölümleri, ulusal kurumlar ve diğer bakanlıkların sağlık kurumları tarafından (örneğin İçişleri Bakanlığı Merkez Hastahanesi) sağlanır. Bağımsız poliklinikler, özellikle ayakta tedavi hizmetlerinde çalışmış uzmanları istihdam etmişlerdir. Bu konuda yapılan reformun amacı, polikliniklerin bir kısmını hastahanelere, bir kısmını da birincil sağlık hizmetlerine bağlamaktır. Bu bağlamda, sosyalist sistemin “üç bacaklı” sağlık sistemi yerine “iki bacaklı” sağlık sistemi (birincil ve uzman sağlık hizmetleri) oluşturacaktır. Fakat bu bağlama politikaları sonuç vermedi.

Dispanserler önceki yönetim döneminde kurulmuştur. Bunlar ayakta hasta tedavi hizmetlerini, kronik akciğer hastalıkları, deri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara, psikiyatrik rahatsızlıklara, alkol ve ilaç bağımlı olanlara sağlık hizmeti vermektedir. Dispanserler bunlara ek olarak yüksek tansiyon, diyabet kanser ve böbrek hastalıkları ile gerekli görüntüleme hizmetlerini sunarlar. 2002 yılında Macaristan'da 162 akciğer, 124 deri ve zührevi hastalıklar, 144 psikiyatri ve 139 bağımlı dispanseri mevcuttu (3/68).

Genel ayakta tedavi hizmetleri çerçevesinde hastalar, aile hekiminin veya hastaya devamlı olarak hizmet sağlayan diğer bir doktorun yönlendirmesiyle ya da hastanın kendi isteğiyle, hastahane gözetimi gerektirmeyen kronik hastalıkların sürekli bakımı dâhil olmak üzere bir defalık veya belirli aralıklarla uzman sağlık hizmeti alabilirler (13/2).

Eğer kişiler bu uygulamaya uymazlarsa para ödemek durumunda kalırlar. Fakat bu düzenlemeler uymayan çok sayıda uygulama vardır. Hastalar, dermatoloji, kulak-burun-boğaz, kadın doğum, genel cerrahi, travmatoloji, oftalmoloji, onkoloji, üroloji uzmanlarına ve psikiyatrik ayakta tedavi hizmetlerine doğrudan ulaşabilmektedirler. Ayrıca uygulamada, eğer hastalar doğruca uzmanları görmek isterlerse, sistemi kolaylıkla geçebilirler. Aile hekimlerinin sevk yapmadıklarına yönelik açıklamalar uygulamada fayda sağlamamaktadır.

Macaristan 2002 yılında, WHO Avrupa Bölgesi üyesi ülkeler arasında kişi başına en fazla ayakta tedavi merkezi olan ülkeydi. Öte yandan, yılda kişi başına 11,9 ziyaretle Çek Cumhuriyetinden sonra 3. ülke olarak belirlendi. 2001 yılında tıp uzmanları her bir ziyaret için ortalama 5,9 dakika ayırmışlardır (3/70).

### II.5.2.2. Yatan Hasta Hizmetleri

Macaristan 2002 yılında, Adalet Bakanlığı hastahaneleri dışında 182 hastahane ve 80.884 hastahane yatağına sahipti. Bu hastahaneler, belediyelerde ve illerde, bölgesel ve ulusal düzeylerde yataklı tedavi hizmeti vermektedirler (3/70).

Macaristan'da hastahane gözetimi gerektiren sağlık hizmetlerinin üç düzeyi vardır. En alt seviye, temel bölümlerin bulunduğu, vatandaşların ikamet ettikleri yerin 25-30 km yakınında ve herkese açık olan belediye hastahaneleridir (13/3).

Belediye hastahaneleri genellikle dâhiliye, kadın-doğum gibi temel uzmanlık hizmetlerini sunarlar. Uzmanlaşmanın ve etki alanının en düşük olduğu yerlerdir. İl hastahaneleri, tüm ildeki nüfusa hematoloji, immünoloji, kardiyoloji ve psikiyatri hizmetlerinin yanında tüm ikincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır (3/71).

Bir sonraki seviye, il hastahanelerinden oluşmaktadır. Bu il hastahaneleri, birkaç Budapeşte hastahanesi ile birlikte bazı disiplinler için bölgesel merkez olarak faaliyet göstermektedir. Ulusal kuruluşların ve üniversite klinik bölümleri hem bölgesel hem de ulusal düzeyde hizmet vermektedir. Ulusal tıbbi kuruluşlar ve üniversitelerin klinik bölümleri kendi özel alanlarında üçüncül sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar (13/3).

Macaristan sağlık sisteminin en önemli yapısal sorunu, sistemin hastahane odaklı bir yapıya sahip olmasıdır. Genellikle belirli bir neden olmaksızın, başvurular birincil sağlık hizmetleri yerine sistemin bütününe yönelik olmalıdır. Ücretlerinin yüksek olmasına ek olarak hastahanelerin düzensiz nüfus dağılımları da problem kaynağıdır. Sıklıkla üstünde durulan bir başka sorun, Budapeşte'deki hastahane sayısının toplamıdır: Budapeşte'de ki yatak sayısının %40'ı kullanılmaktadır (13/3). Yerel yönetimler 2002 yılında, Macaristan'daki tüm hastahane yataklarının %76'sına sahipti ve bunların %14,8'i Budapeşte'de bulunmaktaydı (3/71).

Kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlar yataklı tedavi hizmetlerinin farklı alanlarında faaliyet gösterirler. Yataklarının çoğunluğu dâhiliye, pediatri, psikiyatri ve tamamlayıcı tedaviler için ayrılmıştır.

Bütün hastahaneler, öngörülen insan kaynakları ve malzeme standardına ulaştıktan sonra Ulusal Halk Sağlığı ve Tıbbi Görevli Hizmeti'ne kayıt yaptırmak ve buradan yetki belgesi almak zorundadır (3/71).

## II.6. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetlerle sağlık hizmetleri arasında kesin bir sınır yoktur. Örneğin kronik yaşlı hastalar ve zihinsel engelliler için bazı durumlarda hangi kurumun bakım sağlayacağına karar vermek güçtür. Sosyal hizmetlerden yerel yönetimler sorumludur (3/80).

Engelliler için aynı yardımlar, engelli kişinin evinde sağlanan birincil sosyal hizmetleri ve kurumlarca sağlanan özel sosyal hizmetleri kapsar. Sosyal hizmet kurumları, yataklı tedavi, iyileştirme, gündüz bakımı veya geçici (kısa süreli) kurumsal bakım şeklinde, yaşlılara, fiziksel ve zihinsel engellilere, uyuşturucu bağımlıları ve evsizlere hizmet verirken; birincil sosyal hizmetler, yiyecek ve içecek sağlama ile aile yardımını kapsar. Kurumsal bakımın özel bir şekli de, kısmi olarak kendi kendilerine yeterli fiziksel ya da zihinsel engelli 8–14 kişiyi kapsayan bakım evidir. Sosyal hizmetlerde özel sektörün oranı, sağlık hizmetlerine göre daha fazladır (5/7). 2000 yılında her 10.000 kişiden 97,7'si sosyal yardım, 40,1'i aile yardımı alıyordu. Yine her 10.000 kişiden 71,9'u kısa-uzun dönemli huzurevlerinde, %55'i yaşlı huzur evlerinde, %11'i zihinsel engelli evlerinde, %21'i sakat evlerinde, %2'si ilaç bağımlısı evlerinde, %9'u evsizler için ayrılmış evlerde ve %2'si diğer kurumlarda kalıyordu (3/80).

## II.7. Yönetilen Bakım Pilot Programı

1999 yılında uygulanmaya başlanan yönetilen bakım pilot programı, sağlık hizmeti sunucularını yönetmeyi ve kontrol etmeyi temel alan bir programdır (11/4).

Sağlık reformları birincil sağlık hizmetlerini gözle görülür oranda geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bunu yapmanın potansiyel yollarından biri olan yönetilen bakım modeli (IBM), pilot uygulamalarla test edilmiştir. IBM'in amacı mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılmasıyla, yüksek standartlarda sağlık hizmeti sağlamaktır. Model deneyleri 1999 yılında başladı. Bu karara göre Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmeti sunucuları ile, ücretsiz ya da yasal sağlık sigorta sisteminin ödemediği hizmetleri sağlama konusunda anlaşarak, en fazla 200.000 kişilik finansman sözleşmesi yapabilir. 2001 yılında bu sayı 500.000'e çıktı. 2002 yılında pilot programa katılan 298 aile hekimi ile ortalama 476,053 kişiye hizmet vermiştir. Ortalama %10 tasarruf yapılmıştır. Sonuçlar değerlendirilerek bu rakam 2003 yılında 1 milyon, 2004 yılında ise 2 milyon kişiye kadar artırıldı (13/2).

## II.8. Eczahane Hizmetleri

İlaç sanayi özelleşmiş, ilaç ticareti liberalleşmiştir. Tüm stok zinciri kapsamlı olarak düzenlenmektedir. Kayıt ve ruhsat verme sistemi, Sağlık Bakanlığı Ulusal Eczacılık Kurumu tarafından yürütülür. Ulusal Sağlık Sigortası, yalnızca ulusal olarak onaylanan ilaç listesinde olan ilaçlara ödeme yapmaktadır. Yıllık görüşmelerde, Sağlık Sigortası Fonu'nun bir ürün için ne kadar ödenek sağlayacağını yanı sıra, eczacılık şirketleri, toptancılar, perakendeciler, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi temsilcileri, ulusal ilaç listesini, tüketici fiyatını ve toptan ve perakendeciler için fiyat marjlarını da belirler. Ayrıca, ortak ödeme muafiyet programlarının uygulanacağı daha kısıtlı bir ilaç listesi oluşturulur. Hastaların, ilacı ödenek verilen fiyatıyla almak için, yetkili bir tıp doktorundan geçerli reçete alması gerekir. Reçetelerin geçerliliği, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi tarafından denetlenir.

Ayakta tedavi gören hastalar için ilaç giderleri, 1992'de toplam giderin 22'si iken, 2001'de bu oran %34'e yükselmiştir. Harcamanın üçte biri, bütçe dışı ödemelerle, üçte ikisi kamu kaynaklarıyla karşılanmaktaydı. İlaç giderlerini azaltmak için Sağlık Sigortası Fonu tarafından alınan önlemler, ödenek sistemini yeniden düzenleyerek hastalara masraf yükleme ve aşırı harcama kontrollerini kapsar. 2001 yılında önerilen masraf kontrol önlemleri, fiyat artışlarını enflasyon seviyesinin altında tutmak için ilaç üreticileriyle üç yıllık bir anlaşmayı, toptan ve perakende fiyat marjlarının azaltılmasını, doktor reçetelerinin daha sıkı kontrolünü ve sabit fiyat ödeneklerinin kapsamını içeriyordu. 2002 yılında, masraf karşılama kararlarında ekonomik olma kriterini tanıtmak için ilaçların ekonomik değerlendirmesine yönelik talimatlar yayınlanmıştır (5/8).



## II.9. İnsan Kaynakları Ve Eğitimi

2003 yılında, Macaristan'da her 1000 kişiye 3,2 tıp doktoru, 8,6 hemşire düşmektedir. Kişi başına düşen ortalama tıp doktoru sayısının yüksekliği uzmanlaşma eşitsizliklerini ve coğrafi eşitsizlikleri gizlemektedir. Örneğin aile doktoru olarak çalışan doktorlar, tüm aktif doktorların %20'sini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmeti çalışanlarının eğitimi ve öğretimi Macaristan'da iyi düzenlenmiştir. Kabul edilen öğrencilerin sayısı kontenjanlarla düzenlenir (5/7,8).

## II.10. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri, temel olarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi'nce yürütülen Sağlık Sigortası Fonu yoluyla finanse edilir. Fon, çalışan ve işverenlerden sağlık hizmeti primlerini alır; mali açıklar devlet bütçesinden yapılan ödemelerle kapatılır. Maliye Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sigortası İdaresi'ne danışarak, sağlık Sigorta Fonu'nun sağlık bütçesini hazırlar. Fon, reçete edilen ilaçların yanı sıra, sağlık hizmetlerindeki mevcut (yatırım gideri olmayan) giderlerin çoğunu finanse eder (7/6).

Yatırım ve amortisman giderlerinden sağlık hizmeti sunucuları (çoğunlukla belediyeler) sorumludur. Kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sağlık sigortası piyasası küçüktür, sağlık hizmetleri sunumunun finansmanının önemsiz bir kısmını oluşturur. Bütçe oluşturma ve kaynak ayırmanın temel ilkeleri, işletme giderlerinin ayrılması ve bütçenin aşırı fiyat yükselmelerine karşı korunmasıdır (6/3).

Sağlık sistemi bütçesi üç kısımdan meydana gelmektedir:

- Sağlık hizmeti primleri ve katkılardan oluşan Ulusal Sigorta Fonu,
- Genel vergilerden oluşan Merkezi Yönetim Bütçesi,
- Merkezi yönetimce, yatırım ödenekleri gibi, yerel yönetimlere ayrılan ödenekler ve yerel vergilerden oluşan Yerel Yönetim Bütçesi (3/89).

Kamu Kaynakları Ulusal Sağlık Sigortası'na yapılan ödemeler ile genel ve yerel vergilerden oluşmaktadır (3/33). Maaşa orantılı olarak bordrodan kesilen kamu sigortası primleri, işçilerden ve işverenlerden ulusal fona toplanmaktadır. 2002 yılında sağlık sigortası kesintisi, %11'ini işverenin % 4'ünü de işçinin verdiği, toplam maaşın %15'den oluşmaktaydı (6/2).

Çalışıp çalışmama durumuna bakılmaksızın bütün vatandaşlar sigorta kapsamındadır. Çalışmayan vatandaşların sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır (11/2).

Sağlık sigortası düzenlemelerinin temel kuralı, herkesin ikamet ettiği yerde tam sağlık hizmeti alabilmesi ve eğer bir kişi başka bir Avrupa Birliği'ne üye ülkede kalırsa, ona en azından acil bakım yapılmasıdır.

**Tablo 2: Sağlık Harcamaları**

Toplam sağlık harcamaları (GSMH%)	7,8
Kamu Harcamaları (Top. Sağ. Harc.%)	70,2
Kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarına ayrılan pay (%)	10,4
Kamu harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının oranı (%)	81,3
Sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının oranı (%)	29,8
Özel harcamalar içinde sağlık harcamalarının oranı (%)	88,2

**Kaynak:** (10) WHO (2006) Country Health Indicators Hungary, 2006, s:1-3

Tıbbi hizmet almak için başka bir üye ülkeye giden hastalar ise, eğer kendi ulusal sağlık sigortaları masraflarının karşılanacağı yönünde yazılı bir taahhüt bildirirlerse, bu hizmetlerden faydalanabilirler. Diğer üye ülkelerde, turistlerin gerekli durumlarda acil yardım alabilme imkânları vardır ancak, farklı üye ülkelere taşınanlar bütün temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler.

Eşit yararlanma ilkesinden dolayı, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu, AB'ye üye ülkelerinin vatandaşları için diğer sigorta kurumları tarafından finanse edilen aynı sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ve bu hizmetler için AB'nin vatandaşları da ödeme yapmaktadır. Bu durum, Macaristan'a gelen AB vatandaşları için de geçerlidir. İnsanların sağlık hizmeti ücretlerini peşin vermeleri de gerekmemektedir, üye ülkelerin sigortalılar için sunduğu ücretsiz hizmetten de yararlanabilirler.

Hastaların sigorta şirketleri tarafından karşılanan hizmetlerin masraflarını ödemek zorunda olmamalarının sebebi de budur, ulusal sigorta şirketleri hesabı doğrudan kendi aralarında yaparlar.

Eğer önceden bir tıp uzmanı tarafından tedavinin yurt dışında yapılmasının gerekli olduğu doğrulanmışsa, Sağlık Sigorta Fonu yurt dışında yapılan tedavi masraflarına da katkıda bulunur (8/14,15).

### II.10.1 Sosyal Sigorta Fonları

Macaristan'ın, sosyal dayanışma ilkesini temel alan kapsamlı bir sağlık sistemi vardır. Bundan dolayı, işverenlerin zorunlu yardımları, kişilerin sağlık riskinden ziyade, gelirlere göre ödenir. Kapsam, katkıda bulursa da bulunmasa da neredeyse vatandaşların tamamını kapsamaktadır. Ancak bu bağlamda, şimdiki sistem, birçok aşamadan geçerek yapılan yapısal reformların yansıması olarak, 1990'ların başlarında kullanılan sistemden oldukça farklıdır. Sistem artık kamu sektöründe o kadar güçlü değildir ve talepçi-sunucu yaklaşımı kapsamında işler (7/6).

Macaristan sağlık sigortası, merkezileşmeye ve bütün vatandaşları kapsamaya yönelik bir eğilim göstermektedir. Tarihsel olarak 1 Nisan 1892 yılında kanunlaştırılan zorunlu hastalık sigortası ile Avrupa'da zorunlu sağlık sigortasını uygulayan üçüncü ülkedir (16/6).

1988 yılına kadar Macaristan'da sosyal sigorta, sağlık ve emeklilik sigortası da dâhil olmak üzere merkezi bütçenin idaresindeydi. 1 Ocak 1989'da Sosyal Sigorta Fonu olarak, yönetimi ile birlikte merkezi bütçeden ayrıldı. 1993 yılında Sosyal Sigorta Fonu, Emeklilik Sigortası Fonu ve Sağlık Sigortası Fonu olarak ikiye ayrıldı.

Macaristan 1995'ten beri Merkez ve Doğu Avrupa ülkelerinin sosyal sigorta alanında koordinasyon sağlamak amacıyla bulunan ve ulusal teşebbüsleri destekleyen Phare CONSENSUS programının bir üyesidir. 1997'de bu program çerçevesi içinde Phare, aday ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin durum analizini yaparak bir rapor hazırlamıştır. Bu rapora dayalı olarak, beş kurum, Phare CONSENSUS III programı tarafından başlatılan bir yarışmaya katılmışlardır. Kazananlardan biri de yarışmaya "Göçmen İşçiler İçin Sosyal Güvenlik" başlıklı projesiyle katılan Ulusal Sağlık Sigorta Fonu olmuştur (8/16).

#### II.10.2. Tıbbi Ürünler Ve Tıbbi Cihazların Sağlanması

Macaristan'ın ihtiyacı olan tıbbi ürünler ve cihazların 1990 yılında 1.449'u kamu kuruluşu elinde bulunan ve 30 adet özel teşebbüse ait perakende eczahaneler tarafından sağlanmaktaydı. Liberalleşmenin bir getirisi olarak piyasaya etki eden faktörler kısa bir zamanda ve özelleştirmenin de etkisiyle devletin elinde bulundurduğu üstünlük kaybolmuştur. 1990 yılların ikinci yarısı piyasanın uyum sağlama ve belirginleşme aşamasını oluşturur. 2000'li yıllara geçiş döneminde ise tıbbi ürünler birkaç büyük şirketin kontrolü altına girmiştir. Kamuya ait olan eczahaneler özelleştirilmiş ve bununla birlikte yeni eczahaneler kurulmuş ve sayıları 2000'i bulmuştur.

Sadece eczacılık diploması olanlar eczahane sahibi olabilmekte ve eczahane hizmetleri sadece eczacılık diploması olanlar tarafından yerine getirilmektedir(13/3).

Kayıt altında bulunan tıbbi ürünlerin sayısı 1989'un sonunda 1620 iken; 2002 yılı sonunda bu sayı 4924'e ulaşmıştır. Tıbbi ürünleri sayısı 8.000'i aşmıştır. Bununla birlikte jenerik ürünlerin sayısı ile birlikte Macaristan'daki tıbbi ürünlerin sayısı 20.000'e yaklaşmıştır. Bu büyük artışa rağmen sayının gelişmiş ülkelerdeki uygulamalardan daha aşağılarda olduğu görülmektedir.

Macaristan tıbbi ürünler piyasası piyasa ekonomisinin etkisiyle düzenlenmektedir.

Yasalar tıbbi ürünlerin sadece kamuya ait eczahanelerde ve yasal düzenlemelerle oluşturulmuş fiyatlarla (perakende ve toptan satışlarda) satılmasına yöneliktir. Fiyat belirleme sistemi dışında kalan ilaçlar çok pahalı veya çok ucuz olan ilaçlardır.

Tıbbi ürün geri ödemeleri sağlık bütçesinin hasta bakımından sonraki ikinci büyük kalemini oluşturmaktadır. Bu nedenle Maliye ve Sağlık bakanlıkları ortaklaşa ciddi önlemler almaktadır. Bu çabalara rağmen sosyal sigorta sisteminin tıbbi ürün masrafları son 10 yıl içerisinde 5 kat artmıştır. Bu süre içerisinde toplumun geri ödeme sistemine katılımı da 10 kattan fazla artmıştır. Yıllık %6-8 ortalama büyümeyle tıbbi ürün sektörü dünyanın her tarafında dikkati çeken bir hal almıştır.

Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'nun tıbbi ürün masrafları 2001'den sonra kayda değer bir şekilde artmıştır. Bununla birlikte tıbbi malzeme üreticilerinin gelirleri sürekli bir şekilde artmıştır. 2003 yılında bunların gelirleri, Sosyal Sigorta Projesi'nin ilaç ödeme planı etkisiyle %20 oranında artırmışlardır. Bu durum Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde ortalama %5-8'dir. Buna ek olarak, tıbbi ürünlerdeki bu fiyat artışlarını düzenleyen hükümet kararı da üreticiler açısından kabul edilebilir bir gelir sağlamasına rağmen etkili olamamıştır. Bu fiyatlar hem 2002 hem de 2003 yıllarında enflasyonun üzerinde gerçekleşmiştir. Macaristan'da tıbbi ürünlere yapılan harcamalar, tüm sağlık harcamalarının %30,7'sini oluşturmaktadır. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bu oran Almanya'da %14,3, Avusturya'da %15,5, Fransa'da %21 ve Çek Cumhuriyeti'nde sadece %24,5'tir. Sadece Slovakya Macaristan'dan fazla harcama yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Macaristanlılar kişi başına 280 Amerikan Doları tıbbi ürünlere harcama yapmaktadır. Bununla birlikte Macaristan'dan daha zengin olan Hollanda'da bireyler kişi başına 266 Amerikan Doları, Danimarkalılar 223 Amerikan Doları, Büyük Britanyalılar 240 ve Çek vatandaşları 242 Amerikan Doları ödeme yapmaktadırlar. Tıbbi ürün harcamaları artışını korumakta ve ilaç geri ödemeleri tam anlamıyla yerine getirilememektedir. Tüm yıl boyunca ilaç geri ödemelerine faal hasta bakımına yapılan geri ödeme kadar ödemeye devam edildiği sürece bu durumun daha uzun sürmesi mümkün görünmemektedir. Daha önce olduğu gibi özellikle son 2 yılda tıbbi ürün sektöründe inanılmaz bir artış görülmüştür. Bu profesyonel nedenlere dayanmamaktadır. Bununla birlikte bu artış Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde yıllık ortalama %6-8, Macaristan'da ise ortalama %24-26 olarak gerçekleşmiştir. Bu fark hiçbir profesyonel nedenle açıklanamamaktadır. Macaristan tıbbi ürün sektöründe fiyatlar devasa bir ilaç promosyonunu içermekte ve kesinlikle durdurulması gereken bir olgudur (13/4).

### II.10.3. Tamamlayıcı Mali Kaynaklar

Özel kaynaklar genellikle ek-ödemeye veya katılım şeklinde olup ilaçları, protezleri, sağlık çalışanlarına özellikle tıp doktorlarına yapılan resmi olmayan ödemeleri kapsar (6/2).

Yerel idareler, sahip oldukları sağlık ve sosyal hizmet merkezlerindeki yatırım ve sermaye maliyetlerini finanse etmekten sorumludur. Merkezi hükümet, şartlı ve uygun ödenekler yoluyla önemli ölçüde yardım sağlar. Bu nedenle ulusal yönetim, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların çoğunu ve işletme giderinin küçük bir kısmını finanse eder. Ayrıca, sağlık eğitimi, araştırması ve gelişimini finanse eder.

Özel kaynaklar, kâr amacı güden ve gütmeyen sağlık sigortası piyasasının küçük olduğu, bütçe dışı ödemelerden oluşur. Ortak ödemeler, çoğunlukla ilaçlara, bunun dışında tıbbi yardımlara ve protezlere, kronik uzun süreli bakım ya da yüksek standartlarda otel hizmetlerine de uygulanır. Hastalar Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi'yle sözleşmesi olmayıp özel çalışan (genelde yarı zamanlı) sağlık hizmeti sunucularına ücretin tamamını öderler.

Gayri resmi ödemeler, sosyalist sistemde oldukça yaygınlaşmış ve e zamandan beri artmıştır. Gayri resmi ödemelerin kapsamı ve büyüklüğü taruşılırken, minnettarlık ödemelerinin meslekler, uzmanlıklar ya da sağlanan hizmet türleri arasında eşit olarak paylaştırılmadığı belirlenmiştir (5/4).

#### II.10.4. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetlerin işletme giderlerinin en önemli finans kaynağıdır. Sağlık Sigorta Fonu, hükümet bütçesinden ayrıdır. Hükümet başka amaçlar için Sağlık Sigorta Fonu'nun artan kaynaklarını kullanamaz. Ancak, Sağlık Sigorta Fonu'nun mali açıklarını karşılamak zorunludur (11/1,2).

Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti satın almak için anlaşma imzalama yetkisine sahip olan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, Maliye Bakanlığı tarafından denetlenmektedir (11/2)

Ulusal Sağlık Sigortası İdaresi 1998'in sonuna kadar sağlık sigortası primlerinin toplanmasından sorumluydu. 1998'de gelir toplama işlevi vergi dairelerine devredildi. 2001'in başından beri, Sağlık Bakanlığı, yerel sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeleri ve onlarla imzalanan sözleşmeleri yönetmek için Ulusal Sağlık Sigortası İdaresi'ni denetlemektedir (3/21).

Fonların yönetimindeki değişiklikler, hükümetlere olan güvensizliği ve hükümetlerin sağlık harcamaları üzerinde tam kontrol elde etme çabası arasındaki mücadeleyi yansıtır (3/22).

Ulusal sağlık sigortasınca sağlanan sigorta ile ücretsiz olarak sunulan hizmetler ise:

- Koruyucu sağlık muayeneleri
- Diş hekimliği hizmetleri
- Ayakta tedavi hizmetleri
- Yataklı tedavi hizmetleri
- Aile hekimliği hizmetleri
- İlk yardım hizmetleri
- Rehabilitasyon
- Hasta nakli (17-2,3)

Sağlık Sigorta Fonu, aile hekimi hizmeti, ayakta tedavi, uzman bakımı ve hastahane kalmayı gerektiren akut hastalıklarının bakımı gibi hizmet çeşitlerine göre ulusal düzeyde 20 ayrı alt bütçeden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına ücretleri çeşitli yollarla Sağlık Sigorta Fonu'nun alt bütçelerinden ödenmektedir (6/3).

Yasal sağlık sigorta uygulamasına katılım her vatandaş için zorunludur. Dolayısıyla yasal sigorta nüfusun tamamına yakınına kapsamaktadır. Ehliyet ve işe girmek için gereken tıbbi muayeneler, sonuçsuz tedaviler ve estetik ameliyatları, kürtaj ya da tıbbi sorun olmaksızın yapılan kısırlaştırma ve genel bağlamda yapılan belirli prostat antijen testleri gibi hizmetler sigorta kapsamı dışına alınmıştır (6/2).

### II.11. Reformlar

1990'ların sağlık hizmeti reformları, ekonomik ve siyasi değişimler bağlamında, sosyalist devletin sağlık hizmetlerindeki krizine cevap aramıştır (6/5). Sağlık hizmetlerinin yeni sözleşme modelini oluşturan, ileriye yönelik ve performans odaklı ödeme yöntemleri yoluyla verimlilik için teşvikler başlatan ilk yapısal reformlar, başarıyla uygulanmıştır. Ancak, sağlık hizmetleri için yeterli fonu güvence altına alma hedefinden ortaya çıkan, merkezileşme ya da doğrudan yönetim müdahaleleriyle bilinen sıkı masraf kontrolü politikaları, reform çabalarının ilerletilmesini güçleştirmiştir.

1998–2002 döneminde yönetimde olan hükümet, bölgesel olarak yürütülen bir bakım projesi yanında, merkeziyetçilikten uzaklaştırılan sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması planını başlattı. Ulusal Meclis sağlık hizmeti sunucularının yönetim ve mülkiyeti için sağlık hizmetlerine yönelik bir kanun çıkardı. Ancak, bu kanunun çoğu kısıtlayıcı maddeleri, Nisan 2002'de yeni hükümet yönetime gelince iptal edildi.

Hükümetin ilk önlemlerinden biri, tüm kamu işyerlerinde maaşların 2002 sonbaharı itibarıyla %50 oranında arttırmak oldu. Ayrıca, hemşirelere ve diğer tıp çalışanlarına bağlılık primi ödendi. Yine de, bu önlemlerin başta hemşireler ve paramedikal çalışanlar olmak üzere sağlık insangücünün göçünü önlemek için yeterli olup olmayacağı belirsizdir. Hizmet sunucularının özelleşmesi için yapılan yeni planlar, işveren sendikalarının şiddetli itirazına maruz kalmaktadır. Kâr amacı güden yatırımcıları, tatta ilaç şirketlerinin mülkiyeti dâhil, sağlık hizmeti kurumlarının özelleşmesini sağlayacak bir sözleşme Ulusal Meclis'te tartışılmaktadır. Oldukça tartışılan tasarıda ayrıca, Sağlık Sigortası Fonu yoluyla, özel yatırımcılar için yatırım ve sermaye maliyetleri üzerinde adil bir geri ödemeyi garanti etmesi planlanıyor. Ancak henüz sigorta fonları arasında rekabetin başlama olasılığı görülmemektedir (5/9).

Sağlık politikasını şekillendirenler, herkes için ödenebilir maliyetlerde yüksek kaliteli hizmet sunacak, daha küçük fakat daha etkili bir sağlık sektörü planlamaktadırlar. Sosyal sigortaya dönüş, hizmeti satın alan ve sunan ayrımı anlayışıyla yeni hizmet sunumu ödeme yöntemleri gibi erken yapısal reformlar başarıyla gerçekleştirildi. Bununla birlikte daha ileri reform çabaları 8 yıl süren ve merkeziyetçilik ve hükümet müdahaleleri ile karakterize edilen katı mali politikalar nedeniyle başarısızlığa uğradı. Reform yöntemleri sistemin etkililik ve adaletinde iyileşmelere neden olup, yeni anlaşma modeli işlerlik gösterirken, ciddi sağlık bütçesi kesintileri sistemin sürekliliğine bir tehdit oluşturmaktadır. Reformcuların dikkatli yaklaşımı birçok seçeneği tartışmaya açmıştır ve büyüyen ekonomi uygulama için gerekli finansal kaynakları yaratmıştır (6/5)

Sağlık sisteminde yapılan genel reformlar:

1987: Macaristan Tıp Odası oluşturuldu.

1989: Özel muayenehaneler yetkilendirildi.

1990: Zorunlu sigortaya uygulamasına geçildi. Sağlık merkezlerinin mülkiyeti, yerel idarelere verildi.

1991: Ulusal Halk Sağlığı Hizmeti kuruldu (bölgesel hizmetlerin sorumluluğu yerel idarelerden alındı).

1992: Sosyal Sigorta Fonu, Emekli Sigortası Fonu ve Sağlık Sigorta Fonu olarak ayrıldı. Hastaların özgür seçimine olanak veren aile hekimliği ağı oluşturuldu; yatırım bazında ödeme başlatıldı.

1993: Gönüllü Ortak Sağlık Sigortası Fonu (özel, kar amacı gütmeyen kurumlarca işletilen ek sigorta) yetkilendirildi. Kısmen hizmete göre ücret programını temel alan, ayakta tedavi gören hastaların sigortaya kabulü başlatıldı.

1994: Hükümet, Yeni Ulusal Sağlık Teşvik Stratejisini kabul etti.

1995: Hastahane kapasitelerini azaltma programları uygulanmaya başlandı ve 1997 ye kadar yaklaşık 20.000 hastahane yatağı iptal edildi.

1997: Sağlık Yasası çıkarıldı.

1998: Sağlık Sigortası Özerkliği kaldırıldı.

1999: Yönetilen bakım amaçlı pilot projeler başlatıldı.

2000: Genel pratisyenlerin muayenehanelerinin özelleştirilmesi uygulaması başlatıldı.

2002: Sağlık hizmeti çalışanlarının maaşlarının %50 oranında artırılması onaylandı (2003'te yürürlüğe girdi).

2004: Hastahane ve ilaç giderlerin artmasını önlemeye yönelik yeni harcama kanunları düzenlendi (7/6).

### III. MACARİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 3: Macaristan Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri**

Göstergeler	Macaristan*	Türkiye**
Toplam Nüfus (000) (2003)	9,877	71,325
Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%),1993'den 2003 kadar	-0,4	1,6
Bağımlı Nüfus Oranı (%) (2003)	45	56
60 Yaş Üzeri Nüfus Oranı (%) (2003)	20,2	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2003	1,2	2,4
Ortalama Yaşam Süresi(yıl), 2003	73	70
Erkek Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%) (2003)	9	40
Kız Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%) (2003)	8	38
Erkek Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%) (2003)	257	176
Kadın Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%) (2003)	111	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	64,9	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	64,5	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH (2002)	13,891	6,448
Gayri Safi Milli Hasıradaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	7,8	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	70,2	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	29,8	34,2
Özel Sektör Harcamaları içerisindeki Gayri Resmi Ödemelerin Yüzdesi (%) (2002)	88,20	88,0

**Kaynak:** \*(9) WHO (2006) Country Health Indicators Hungary, s:1-3

\*\* (10) WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, s:1-3



Ortalama yaşam süresi, sağlıklı yaşam süresi ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızları gibi temel sağlık göstergelerini incelendiğinde Macaristan, Türkiye'ye göre daha iyi bir görünüme sahiptir.

Hastalık ve ölüm nedenleri genel olarak iki ülkede de aynı olup Türkiye'de enfeksiyon hastalıklarının ve kazaların, Macaristan'a göre daha fazla olduğu görülmektedir. Nüfusun sağlık yapısı incelendiğinde, iki ülkede de bölgesel eşitsizlik görülmekte; kırsal bölgelere gidildikçe, nüfusun sağlık durumu kötüleşmektedir. Bebek ölüm oranları Macaristan'a oranla Türkiye'de dört kat daha fazladır. Bu noktadaki temel sorunlar, Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri'nin ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri'nin yeterli ve etkili olmaması, kırsal kesimde yerleşmiş olan gelenekler nedeniyle çoğu zaman doğumların sağlıksız ortamlarda gerçekleşmiş olmasıdır. Bağışıklık oranının Türkiye'de düşük olması, bu farkın oluşmasındaki en büyük nedenlerden biridir.

Macaristan ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının belirlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesinden sorumludur. Temel farklılıklar Sağlık Bakanlıklarının örgüt yapısında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda görülmektedir.

Macaristan sağlık sistemi, büyük oranda sağlık hizmeti arzının finansmanın Ulusal Sağlık Sigortası tarafından yapıldığı, hizmet talebi finansmanın prim ödemeli sigortaya göre düzenlendiği bir yapıya sahip olup bu yönüyle Refah Yönelimli sağlık sistemleri arasında değerlendirilmektedir. Ülkede zorunlu sağlık sigortası uygulaması vardır.

Türkiye'de de hizmet sunumunun finansmanı büyük oranda devlet tarafından karşılanmakta, talebin finansmanı ise zorunlu sağlık sigortası ve prime dayalı sağlık ve sosyal güvenlik kesintisi ile kişisel dolaylı (cepten) ödemeler şeklinde gerçekleşmektedir. Bu halde Refah Yönelimli bir sistem söz konusudur.

Sağlık harcamalarına GSMH'dan ayrılan paylar açısından karşılaştırıldığında, Macaristan %7,8 oranla Türkiye'den (%6,5) %1,3 daha fazla pay ayırmaktadır. Toplam sağlık harcamalarını dağılımında, devlet harcamaları oranı Macaristan'da Türkiye'ye göre daha fazladır. Özel sektör harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki oranı Türkiye'de daha yüksektir.

Sağlık kurumlarının ülke genelindeki dağılımı incelendiğinde Türkiye'de olduğu gibi Macaristan'da da sağlık kurumları gelişmiş bölgelerde ve başkentte yoğunlaşmıştır. Bu konuda ki bölgesel dengesizlik, özel sektörde daha fazla görülmektedir. Benzer şekilde nitelikli sağlık insangücü de bölgesel dengesizlik göstermektedir. Kişi başına Macaristan'da 1000 kişiye 8,6 yatak düşerken, Türkiye'de 2,6 yatak düşmektedir.

Macaristan'da nüfus artış hızının (%-4) negatif ve 65+ yaş grubu oranı (%20,2) fazla olmasından dolayı, yaşlı bir nüfusa sahiptir. Dolayısıyla sosyal hizmetlere olan talep Türkiye'ye göre oldukça fazladır. Türkiye'de ise bu oranlar sırasıyla %1,6 ve %8,2 olup daha genç bir nüfus hâkimdir. Ayrıca, Türkiye'de, toplumun kültürel yapısına bağlı olarak, yaşlılar genelde aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Bundan dolayı sosyal hizmetlere talep azdır. Fakat sanayileşme ve şehirleşmenin artmasıyla birlikte yaşlı bakın evlerine olan talep de artmaktadır.

Türkiye'de olduğu gibi Macaristan'da da özelleştirme, uzmanlık düzeyi arttıkça azalır. Fakat Türkiye'deki özel sektör, Macaristan'a göre oldukça gelişmiştir. Macaristan'da özelleştirme genelde birincil sağlık hizmetlerinde, aile doktoru hizmetlerinde ve eczahanelerin mülkiyetlerinin özelleşmesinde görülmektedir.

Macaristan'da aile doktorlarına erişimin kolay olması, burada kolaylıkla ilaçların reçete ettirilebilmesi gibi nedenlerle geleneksel tıbbın gelişme oranı Türkiye'ye göre daha azdır. Geleneksel tıp uygulaması Türkiye'de de yaygın değildir.

Sonuç olarak iki ülkenin de sağlık sistemleri genel olarak benzerlik göstermekle birlikte, Türkiye'de Macaristan'a göre daha oturmuş ve düzenli işleyen bir sistem vardır. Macaristan sağlık sisteminde eski rejimin yıkılmasıyla ortaya çıkan karmaşa tam anlamıyla sona ermemiştir ve yapılanma süreci devam etmektedir. Bakanlık yapısındaki sık değişiklikler bunun en belirgin göstergesidir.

A. ERDAL

SARGUTAN

## KAYNAKLAR

- 1- T.C.BBTM (2006), 2005 Yılında Macaristan'ın Genel Ekonomik Durumu Ve Türkiye ile Ekonomik –Ticari İlişkiler, T.C. Budapeşte Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği,  
<http://www.musavirlikler.gov.tr/upload/H/2005yiliraporu.doc>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 2- Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kùltür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.ř. İstanbul, Cilt 15, s:76-77-78-84
- 3- WHO (2004) Health Care System in Transition–Hungary, World Health Organization Regional Office for Europa,  
<http://www.euro.who.int/Document/E84926sum.pdf>
- 4- CIA (2006) The World Fact Book, Central Intellegency Agency,  
<http://cia.gov./cia/publications/factbook/geos/hu.html>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 5- WHO (2005) Health Care System in Transition HI7 Summary, World Health Organization Regional Office for Europa,  
<http://www.euro.who.int/Document/E84926sum.pdf>
- 6- Kaal, P. (2005) Overview of The Hungarian Health Care System, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapeşte,  
<http://72.14.203.104/search?q=cache:MgHkuCV-wsIJ:www.emk.sote.hu/files/ehep/hungary-HCS-briefd-V03.pdf+health+care+system+of+hungary&hl=tr&gl=tr&ct=clnk&cd=10>
- 7- Goglio,A. (2005) In Search of Efficiency:ImprovingHealth Care System in Hungary Organization for Economic Co-operation and Development,  
[http://www.oalis.necd.org/olis/2005doc.nsf/43bb6130e5e8e5fc12569fa005d004c/ec8ea95dbb23cb0dc1257091002c937e/\\$FILE/JT00190576.PDF](http://www.oalis.necd.org/olis/2005doc.nsf/43bb6130e5e8e5fc12569fa005d004c/ec8ea95dbb23cb0dc1257091002c937e/$FILE/JT00190576.PDF)
- 8- OEP (2004) Health Insurance in Hungary, Orzagos Egeszsegbistositasi Penztar, [http://www.oep.hu/oepdog/fajlok/helath\\_insurance.pdf](http://www.oep.hu/oepdog/fajlok/helath_insurance.pdf)
- 9- WHO (2005) Country Health Indicators-Hungary, World Health Organization,  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=hun>
- 10- WHO (2006) Country Health Indicators-Turkey, World Health Organization,  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
- 11- Ferguson, C.S. Irvine, B. (2003) Hungary's Health Care System,  
<http://www.civitas.org.uk/pdf/Hungary.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 12- EÜM (2004) Management of the Health Care System (Sağlık Bakanlığı: Egészségügyi Miniszterium)  
[http://www.eum.hu/eum/eum\\_angol.news.page?pid=DA\\_26325](http://www.eum.hu/eum/eum_angol.news.page?pid=DA_26325)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

- 13- EÜM (2004) The Health Care Delivery System And Its Ownership Relation, (Sağlık Bakanlığı: Egészségügyi Miniszterium)  
[http://www.eum.hu/eum/eum\\_angol.news.page?pid=DA\\_26327](http://www.eum.hu/eum/eum_angol.news.page?pid=DA_26327)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 14- EÜM (2004) The Role of the Civil Sector, (Sağlık Bakanlığı: Egészségügyi Miniszterium)  
[http://www.eum.hu/eum/eum\\_angol.head.page?pid=DA\\_26300](http://www.eum.hu/eum/eum_angol.head.page?pid=DA_26300)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 15- EÜM (2004) Health Status of the Population, (Sağlık Bakanlığı: Egészségügyi Miniszterium)  
[http://www.eum.hu/eum/eum\\_angol.news.page?pid=DA\\_26306](http://www.eum.hu/eum/eum_angol.news.page?pid=DA_26306)  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 16- ENEPRI (2005) Country Report-Hungary, The European Network of Economic Policy Resource Institutes  
<http://www.enepri.org/AHEAD/Hungary.pdf>
- 17- Dózsa, C. (2002) Health insurance in Hungary: What the Reforms Bring from the View of Effectiveness, Equity and Security  
<http://www.issa.int/pdf/budapest02/2dozsa-res.pdf>

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN