

MAKEDONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mürsel BATGA

Sinan BULUT

Ahmet ŞİMŞEK

A. ERDAL SARGUTAN

MAKEDONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1884
I. ÜLKE TANITIMI	1885
I.1. Tarihçe	1885
I.2. Coğrafi Özellikleri	1886
I.2.1. İklim	1886
I.2.2. Yeraltı Kaynakları	1887
I.3. Nüfus Yapısı	1887
I.4. Ekonomi	1887
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1888
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi Ve Mevcut Durum	1888
II.1.1. Temel Sağlık Politikası	1889
II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	1889
II.2.1. Sağlık Bakanlığı	1889
II.2.2. Sağlıkın Korunması İçin Cumhuriyet Kuruluşu	1890
II.2.3. Sağlık Sigorta Fonu	1890
II.2.4. Maliye Bakanlığı	1891
II.2.5. Eğitim Bakanlığı	1891
II.2.6. İmar Ve İnsan Çevresi Bakanlığı	1891
II.2.7. Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı	1891
II.2.8. Savunma Bakanlığı	1891
II.2.9. Gönüllü Hizmetler	1892
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1892
II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1892
II.3.1.1. Ana Ve Çocuk Sağlığı	1894
II.3.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1894
II.3.2.1. Uzman Konsültasyon Sağlık Hizmeti	1894
II.3.2.2. Hastahane Hizmetleri	1894
II.3.2.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1895
II.3.3. Sosyal Hizmetler	1895
II.3.4. İlaç Sektörü	1896
II.3.5. İnsan Kaynakları	1896
II.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı	1897
II.4.1. Finansmanın Ana Kaynakları	1897
II.4.1.1. Sağlık Sigorta Sistemi	1897
II.4.1.2. Ek Ödemeler	1898
II.4.1.3. Nakit Ödemeler	1899
II.4.2. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	1899
II.4.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları	1879
II.4.4. Teknoloji Yatırımları	1899
II.5. Sağlık Sisteminin Sorunları	1900
II.6. Sağlık Sistemi Reformları	1900
III. MAKEDONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1901
KAYNAKLAR	1904

ÖZET

Makedonya 1991 yılında bağımsızlığını ilan ettikten sonra yaptığı reformların paralelinde, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi uygulamasını yerleştirmeye çalışmaktadır.

Ülke genelinde sağlık politikalarını uygulamak, geliştirmek ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığının görevidir. Genel yapı içerisinde Sağlık Bakanlığı ülkenin tüm sağlık sisteminin kurulmasında ve uygulanmasında sorumlu olmakla birlikte sağlık hizmeti sunan kuruluşlar üzerinde etkisi fazladır.

Sağlık Bakanlığının dışında Sosyal Sigorta Fonu, Cumhuriyet Kuruluşu gibi kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzında Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olan, doktorların, eczacıların, diş hekimlerinin eğitiminden sorumlu Üsküp Üniversitesi ve askeri hastaneleri bulunan Savunma Bakanlığı da mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinin arz, talep ve bunların finansmanında büyük çoğunlukta kamu kuruluşları yer almaktadır. 1991 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Hakkında Kanun ve Sağlık Bakanlığının kurulmasıyla eski Yugoslav sağlık sistemini bırakmış ve merkezîyetçi bir yapıda olan Makedonya Sağlık Sisteminin temelleri atılmıştır.

Makedonya'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmakta olup, bunun yanında özel sağlık sektörü çok az gelişme imkânı bulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin talep ve bu talebin finansmanı tüm vatandaşlardan alınan vergilerden ve sigortalı çalışanlardan alınan primler ile Sağlık Sigorta Fonu tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için sigorta kapsamında olmayanların kişisel peşin ödemeler de bir başka sağlık hizmeti talep finansman kaynağıdır. GSMH'den toplam sağlık harcamalarına ayrılan payın %6.8 olmasına rağmen ülkedeki ekonomik durumun kötü oluşu, sağlık sisteminin tam olarak iyi bir yapıya kavuşmamasına, araç-gereç ve personel yetersizliği gibi önemli sorunlara yol açmaktadır.

MAKEDONYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Makedonya Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 25.713 km ²
NÜFUS	: 2.000.000 (2002)
İDARE ŞEKLİ	: Demokratik Parlamenter Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Üsküp
DİLİ	: Makedonca
PARA BİRİMİ	: Dinar (1/1).

I.1.Tarihçe

Yunan asıllı oldukları öne sürülen Makedonlar (Yunanca Makedones), milattan önce 1200'ler den sonra bugünkü Selanik'e yakın Aigai civarına yerleşmeye başladı. Makedonya, 1389 Kosova Savaşı'nda Sırp ve müttefik güçlerinin yenilmesinden sonra Osmanlı hakimiyeti altına girdi. Osmanlı idaresinde Makedonya ismi unutuldu. Fakat Balkanlarda Osmanlı hâkimiyetinin sarsıntıya uğramasından sonra XIX. Yüzyılın başlarından itibaren Avrupa da yeniden kullanılmaya başlandı.

1877-1878 Osmanlı Rus Savaşı'nı ardından yeni kurulan Balkan ülkeleri arasında da yaygınlaşan bu isim, Osmanlı hükümeti tarafından ayrılıkçı bir anlam taşıdığı için resmen kullanılmadı. Eski Makedonya'nın kapsadığı bölge Osmanlı Devleti'nin merkezi idaresi altında Rumeli eyaletinin bir parçası durumundaydı.

1877-1878 Osmanlı Rus Savaşı sonrası imzalanan Ayastafanos Antlaşması ile kurulan Büyük Bulgaristan, Makedonya bölgesini de büyük ölçüde içine almaktaydı. Aynı yıl imzalanan Berlin antlaşmasıyla Ayastafanos Antlaşması geçerliliğini yitirirken Büyük Bulgaristan da üçe bölündü. Makedonya bölgesini içeren kısım, reformlar yapılması şartıyla Osmanlı idaresine bırakıldı (13/438-440).

1912-1913 yıllarındaki Birinci Balkan Savaşından sonra Vardar Makedonya Sırbistan'ın bir parçası haline gelmiştir. Bunu müteakip Yugoslavya Krallığı'na dahil olmuştur. 1946 yılında "Vardar Sancağı" olarak, Makedonya Sosyalist Halk Cumhuriyeti resmi adıyla, Yugoslavya Sosyalist Federal Cumhuriyeti'nin bir parçası haline gelmiştir.

17 Eylül 1991 tarihinde Yugoslavya'dan ayrılarak Makedonya Cumhuriyeti adıyla bağımsızlığını ilan etti. Ancak ülkenin resmi olarak tanınması, Yunanistan'ın ülke adındaki Helenistik öğelere itirazı nedeniyle ertelenmiştir. Birleşmiş Milletler bu sorunu gidermek için ülkenin adını Eski Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti olarak (Former Yugoslav Republic of Macedonia – FYROM) olarak kabul etmiştir. Bunun sonucunda Yunanistan uygulamakta olduğu ticari ambargoyu kaldırmış ve iki ülkenin ilişkileri normale dönmüştür.

1999 yılındaki Kosova savaşı sırasında Makedonya NATO ile işbirliğine girmiş, ancak çatışmaların dışında kalmayı başarmıştır. Savaş sırasında 360.000 kadar Arnavut mülteci Kosova'dan Makedonya'ya girmiş, ülkedeki Slav ve Arnavut

kökenliler arasındaki nüfus dengesini tehdit eder konuma gelmiştir. Birçoğu daha sonra Kosova'ya dönmesine rağmen, etnik gruplar arasındaki gerilim büyümüştür.

2001 yılının baharında, kendilerine Ulusal Kurtuluş Ordusu diyen Arnavut isyancılar (büyük bir olasılıkla Kosova Kurtuluş Ordusu'nun eski mensupları) Makedonya'nın batısında silahlandılar ve Anayasa'nın Arnavutlara eşit haklar tanınacak şekilde yeniden yazılmasını istediler. Gerillalar NATO kontrolündeki Kosova'daki, Kosova'nın dışındaki askerden arındırılmış bölge ile Sırbistan'ın diğer kısımlarındaki Arnavutlardan destek aldılar. NATO-Sırp askerlerinin birlikte yürüttükleri bir operasyon sonucunda Kosova'daki destekçilerle bir çatışmaya girdiler. Bunun sonucunda Avrupa Birliği yetkilileri Haziran ayında bir ateşkes ilan edilmesini sağladılar. Bu ateşkes karşılığında isyancılar NATO gözetiminde silahlarını bırakacaklar, hükümet de Arnavut kökenlilere daha fazla medeni haklar tanıyacaktı. Bu anlaşma başarılı oldu, Ağustos ayında NATO askerleri bir operasyonla silahların denetimini eline aldı ve Eylül ayında Ulusal Kurtuluş Ordusu resmen kendini feshetti (2/1).

I.2. Coğrafi Özellikleri

Eski Federal Yugoslavya Cumhuriyeti'nin bölünmesinden önce, ülkenin güney bölümünü oluşturan Makedonya, günümüzde kuzeyden Yugoslavya Federal Cumhuriyeti, doğusunda Bulgaristan, güneyden Yunanistan ve batıdan Arnavutluk ile çevrili küçük bir Balkan ülkesidir.

Makedonya, genelde 1000 m'ye yaklaşan yükseltiye sahip bir plato görünümündedir. Vardar nehri ve kollarına ait vadilerle parçalanmış olan bu platonun batı kesiminde yükselteleri 2000 m'ye aşan doruklara da rastlanır. Ülkenin önemli dağları arasında Şar (2700 m), Plakenska ve Osogovska sayılabilir.

Sahanın jeomorfolojik yapısı hemen kuzeyinde yer alan Sırbistan'a çok benzer. Ancak burada yükselme ve çökmeler daha şiddetli olmuş, rölyef daha belirginleşmiştir. Buradaki çöküntü havzaları genelde birbirine dik yönlerde olup, Dinar dağlarını yükselten yer hareketleri neticesinde meydana gelmişlerdir. Makedonya'nın başlıca çukur alanları kuzeybatıda Metoya ve bunun doğusunda Kosova, güneyde doğu Üsküp, Manastır ve güneydoğuda Istrumca havzalarıdır. Ayrıca güneybatıdaki bir takım küçük havzalar ise göllerle kaplanmış bulunmaktadır. Bu göllerin en önemlileri Ohri ve Prespa gölleridir. Bunlardan birincisi Drin ırmağı vasıtasıyla Adriyatik denizine boşalmaktadır. İkincisi ise ancak yer altı karstik mecraları ile suyunu akıtabilmektedir (3/121)

I.2.1. İklim

Denize kıyısı bulunmayan Makedonya'da karasal iklim hakimdir. Kışlar sert ve karlı geçerken, yaz ayları kurak ve sıcaktır. En fazla yağış ilkbahar mevsimindedir. Ülkenin yaklaşık dörtte biri ormanlıktır. Ormanlık alanlara çoğunlukla güneyde Yunanistan sınırına yakın kesimlerde rastlanır (3/121).

I.2.2. Yeraltı Kaynakları

Yer altı rezervleri zengin olan Makedonya'da kurşun-çinko (Zletovo, Sasa ve Toranica), bakır (Bucim), demir mineralleri, manganez, nikel, krom, altın, titanyum ve uranyum bulunmaktadır. Özellikle kurşun ve çinko üreten tesislerin ivedilikle yenilenmesi gerekmektedir. Üretim büyük bir bölümü AB'ne ve komşu ülkelere ihraç edilmektedir.

Demir dışı metaller %7, demir içeren metaller ise yüzde %3 oranında sanayiye katkıda bulunmaktadır. Üretim %70'i AB ülkelerine ve ABD'ne ihraç edilmektedir (1/5).

I.3. Nüfus Yapısı

25.713 km² yüzölçümüne sahip olan ülkede 2 milyon kişi yaşamaktadır ve km²'ye yaklaşık 78 kişi düşmektedir. Makedonya'da 500.000'i aşar nüfusu ile Başkent Üsküp aynı zamanda ticaret ve kültür merkezidir. Makedonya, çok değişik etnik grupların yaşadığı bir ülkedir. Fakat nüfusun çoğunluğunu Hristiyan dinine bağlı Makedonlar oluşturur. Ülkede çok sayıda Arnavut ve Türk de yaşar. Türkler genellikle başkent Üsküp ve Pirlepe kentlerinde yerleşmişlerdir (3/122). Ülke nüfusunun yapısını oluşturan etnik gruplar şöyledir:

Makedonya'da yaşayan halkın %67'sini Makedonlar, %23'ünü Arnavutlar, %4'ünü Türkler, %2'sini Sırp, %2'sini Romenler ve %2'sini de diğer milletler oluşturmaktadır.

Ülkenin batı kesimleri ile Vardar nehrinin yakın çevresi nüfus yoğunluğunun fazla olduğu yerlerdir. Önemli kentleri arasında Üsküp'ün yanı sıra Bitola ve Ohri sayılabilir (1/1).

I.4. Ekonomi

Makedonya'nın ekonomik gelişmişlik düzeyi eskiden içinde bulunduğu Yugoslavya ortalamasının gerisindedir. Topraklarının dörtte birinden azı (%23,6) ekilebilir olup 2001 istatistiklerine göre milli gelirin %10'u tarıma, %32'si endüstriye, %58'i hizmetler sektörüne dayanır. Başlıca tarım ürünleri buğday, arpa, mısır, tütün, pamuk, pirinç, ayçiçeği tohumu ve şeker pancarıdır. Haşhaş yetiştirilen diğer ürünler arasında yer almaktadır. Koyun ve sığır yetiştiriciliği önemli bir gelir kaynağıdır.

Yugoslavya Federasyonu döneminde oldukça büyük sanayi kuruluşları (demir çelik, nikel vb.) yapıldıysa da, bunların kuruluş yerleri iyi seçilemediğinden ülke ekonomisine fazla yararlı olamadı. Madencilik demir cevheri, kurşun çinko ve nikel çıkarımını kapsar. Daha çok Üsküp'te yoğunlaşmış olan imalat sektörü, kimya sanayi ve çelik üretimine dayanır (13/437).

Öteki önemli sanayi ürünleri mobilya, porselen ve çindir. 1963'teki depremde büyük yıkıma uğrayan Üsküp'ün yeniden inşası inşaat sektöründe büyük gelişme sağlamıştır. Sanayinin gelişme göstermesine rağmen gizli işsizlik sürmektedir (14/203).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi Ve Mevcut Durum

Makedonya, 1991 yılında bağımsızlığını ilan ettiğinden bu yana oldukça zorlu bir süreçten geçmiştir. Bu süreç, bölgedeki olumsuz ekonomik geçiş süreci ile de çakışmıştır. Sivil huzursuzluk, savaşlar, ambargolar, Kosova'daki karışıklıklar ile bu karışıklıklar sonucunda meydana gelen mülteci akını, ekonomik yoksunluk ulusal sağlık sistemi üzerinde önemli olumsuzluklara neden olmuştur.

Zayıflayan sağlık sistemi, sağlıkla ilgili veri ve gözlemlerin azlığı, salgın hastalıklar, tüberküloz, ana ve çocuk sağlığı, ruh sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar, temel sağlık hizmetlerine erişim, uyuşturucular ve çevre sağlığı ile ilgili konular en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (4/1).

Nüfusun büyüme hızı yılda %2 civarındadır. Beklenen yaşam süresi erkekler için 70,4 yıl, kadınlar için ise 74.8 yıldır. Nüfusun yaklaşık %24'ü 15 yaşın altındadır. Halen yaşayan erkeklerin ortalama yaşı 32,7 ve kadınların 33,9'dur (5/1).

Dolaşım sistemi ile ilgili hastalıklar bağımsızlıktan bu yana artış göstermektedir. Ölüm nedenleri arasında kanser de son birkaç yılda önemli şekilde artmıştır. Diğer ölüm nedenleri hemen hemen aynı kalırken, enfeksiyon hastalıklarından ölüm düşüşe geçmiştir. Eski Yugoslavya'ya ait diğer cumhuriyetlerde de olduğu gibi, büyük ölçekli nüfus hareketleri sağlık konusunda yeterli verilerin elde edilmesini zorlaştırmaktadır.

100 canlı doğumda 41 kürtaj oranı oldukça yüksektir (1990 yılından bu yana üçte bir oranında düşmüştür). Hamileliğin sona erdirilmesi, halen doğum kontrolü için birinci yöntem olarak görülmektedir (6/3).

1991 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Hakkında Kanun ve Sağlık Bakanlığının kurulması öncesinde, eski "özyönetim" kavramına dayalı Yugoslav sağlık sistemi geçerliydi. Bu dönemde de sistem merkeziyetçi bir yapıdan çok uzaktı. 30 yerel belediye ve bu belediyelere ait tesisler tarafından sağlık hizmetleri sunulmaktaydı. Sadece büyük maliyet gerektiren projeler merkez hükümet tarafından yönetilmekteydi. Bu merkeziyetçi yapıdan uzak sağlık sistemi yüksek bir maliyete ve hizmetlerin gereksiz şekilde fazlalığına neden olabiliyordu. Bu yapılanma birincil ve ikincil sağlık hizmeti işlevlerinin de birbirinden ayrılmasını engelliyor, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin bir arada sunulmasına da neden oluyordu.

1991 Ağustos'unda yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Hakkında Kanun ile yeni Makedonya sağlık sisteminin temelleri atılmıştır. Bu Kanunla, sağlık sigorta sistemi getirilmiş, hizmet sunucuları ile hizmet alıcılarının hakları ve sorumlulukları belirlenmiş, sağlık hizmetlerinin idari yapısı kurulmuş, bütçenin ne şekilde oluşturulacağı kararlaştırılmıştır. Bu Kanun öncesinde herkese hizmete erişim imkanı sunmasına rağmen parçalanmış olan sağlık hizmetleri sunumu, az da olsa merkeziyetçi bir yapıya ve merkezi denetime alınmıştır.

Çıkarılan Kanunla sorumluluklar ayrı ayrı belirlenmiştir:

- Her birey kendi sağlığından sorumludur.
- Her kuruluş/şirket sağlıklı bir çalışma ortamı sunmakla sorumludur.
- Devlet sağlıklı bir yaşam ortamı sunmakla sorumludur.

Buna ek olarak devlet kamu sağlığı kuruluşları ve diğer uygun sağlık hizmetleri kuruluşları ile birlikte halkın sağlığını koruyucu hizmetleri de sunmak zorundadır (5/7).

II.1.1. Temel Sağlık Politikası

Makedonya'da sağlık politikasının genel hedefleri, nüfusun ihtiyaçlarına paralel bir sistem yaratmak ve bu sistemin var olan kaynaklar dâhilinde en etkili biçimde işlemesini sağlamak politikası üzerine kuruludur. Sağlığın iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve birincil sağlık hizmetlerinin sağlık sistemine giriş kapısı olması, sağlık politikasının önemli unsurları arasındadır. Kamuya ait sağlık tesislerin özelleştirilmesi halen tartışılmakta olan bir konudur.

Sağlık sektörüne ilişkin öncelikler şunlardır:

- Sağlık yönetimi eğitimi,
- Sağlık sektörünün rasyonelleştirilmesi,
- Sağlık verilerini güçlendirmek için uygun bir bilgi teknolojileri ağının kurulması,
- İlaçlar için sağlıklı depolama ve dağıtım mekanizmalarının kurulması, ilaç fiyatlarının tutarlı ve makul düzeye getirilmesi,
- Klinik tecrübelerle dayanan bir sistemin geliştirilmesi,
- Sağlık politikası, planlama, yönetim ve finansman konularında her düzeyde kapasite artırımı.

Ayrıca rekabetin ve serbest pazar etkinliklerinin desteklenmesi için daha fazla yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (15/4).

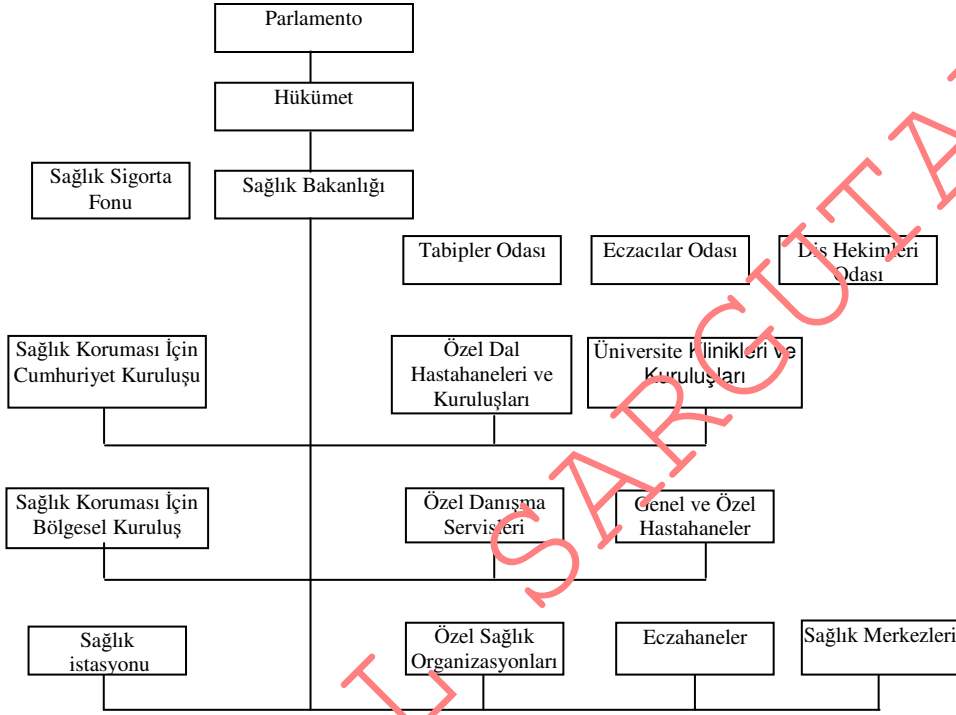
II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Makedonya sağlık sistemi sigorta esaslı bir yapıya sahip olup, herkes temel sağlık hizmetlerini karşılayacak şekilde doğrudan yaptıkları prim ödemeleriyle zorunlu sağlık sigortası kapsamı içindedir (6/2).

II.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, parlamentoya ve hükümete bağlı olarak ulusal sağlık sisteminden, sağlık politikasının geliştirilmesinden ve sağlıkla ilgili kanuni düzenlemelerin hazırlanmasından sorumludur. Ayrıca, sağlıkla ilgili kanunların işler hale getirilip yerleştirilmesi de yükümlükleri arasındadır. Bakanlık sağlık sektörü üzerinde etkisi olabilecek diğer kanunlar ile ilgili görüşlerini belirtir. Bakanlık bünyesindeki hastahanelerin içyapısının iyileştirilmesinden sorumlu elemanlar çalıştırır. Sağlık Bakanlığı ile ilgili kanunlar, sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili bazı konular üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunların başlıcaları bulaşıcı hastalıklar, kendiliğinden olan düşüklükler, çocuk düşürme, ilaç endüstrisi ve uyuşturucu kullanımıdır (5/8,9).

Şema 1: Sağlık Sisteminin İdari Yapısı



Kaynak: (5) Health Care Systems in Transition, s:8

II.2.2. Sağlıkın Korunması İçin Cumhuriyet Kuruluşu

Sağlığın Korunması İçin Cumhuriyet Kuruluşu, toplumun sağlığı ile ilgili istatistiksel çalışmalar yapmak ve bu çalışmalarını raporlar haline getirerek toplumun sağlık durumunu belirlemek, epidemiyolojik çalışmalar yapmak, çevre denetimi, ilaçların denetimi ve Sağlık Bakanlığına sağlıkla ilgili politikalar konusunda önerilerde bulunmak gibi görevler yapmaktadır (5/31).

II.2.3. Sağlık Sigorta Fonu

Sağlık Sigorta Fonu, vatandaşlar için sağlık sigortası sistemini koordine etmek ve sağlık hizmetlerini denetlemek amacıyla kurulmuştur. Başlangıçta Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan fon, artık bağımsız bir yapı kazanmış olup, parlamento tarafından atanan 13 üyeli bir yönetim kurulu tarafından yönetilir ve parlamento karşılıklı mali olarak sorumludur. Dolaylı olarak Maliye Bakanlığı denetimi de söz konusudur. Yönetim kurulunda hizmet alıcılarından 6 temsilci görev alır. Zorunlu sağlık sigortasından sorumlu tek kuruluştur.

Sağlık Sigorta Fonu, zorunlu sağlık sigortası sistemini yönetmek dışında, sağlık hizmeti sunucuları ile anlaşmalar yapar, istediği hizmet özelliklerinin yerine getirilmesi için çalışır. Sağlık sektörü çalışanlarının denetiminden de dolaylı olarak sorumludur. Fon, sigortalılara sağlık hizmeti ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yasal ve yönetsel destek sağlamaktadır.

Sağlık Sigorta Fonu'nun yöneticisi Yönetim Kurulu tarafından atanır ve hükümet tarafından onaylanır. Ana merkezi Üsküp'te olup, ülke çapında 30 şubesi vardır. Bu şubelerin primlerin toplanması ve sigorta hizmetleri ile ilgili benzer idari yapılara sahip ayrı bölümleri vardır. Her şubenin yöneticisi idari olarak Üsküp'teki yöneticiye bağlıdır. Sağlık Sigorta Fonu ile ilgili ayrıntılı bilgi "Sağlık Sisteminin Finansmanı" başlığı altında verilecektir (5/9).

II.2.4. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, diğer bakanlıkların yanında, Sağlık Bakanlığı'nın merkezi yönetim tarafından finanse edilen programları (aşılama, AIDS ile mücadele gibi) için de bütçeyi ayarlar. Maliye Bakanlığı finansal konularla ilgili yeni yasal düzenlemelerde önemli rol oynar. Ayrıca, Sağlık Sigorta Fonu'nun öngörülen bütçesinin incelenmesi, değerlendirilmesi ve onaylanması konusunda da görevleri vardır (5/9).

II.2.5. Eğitim Bakanlığı

Eczacıların, diş hekimlerinin ve doktorların eğitiminden sorumlu olan Üsküp Üniversitesi bu bakanlığa bağlıdır. Ayrıca Bakanlık hemşire ve diğer sağlık personeli ile ilgili eğitim veren okullardan da sorumludur (5/9,10).

II.2.6. İmar Ve İnsan Çevresi Bakanlığı

Bu bakanlık çevre ile ilgili konuların yanı sıra hava kirliliğini de sürekli izlemekle görevlidir. Sağlık hizmetleri kapsamına dâhil olmasa da, etkinlikleri sağlık üzerinde önemli rol oynar (5/10).

II.2.7. Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı

Bu bakanlık, sosyal sigorta ve sosyal refaha yönelik hem yeni kanunların hazırlanması hem de var olan kanunların iyileştirilmesi için çalışır, bu konulara ilişkin politikalar üretir. Bunlara ek olarak, hem "sosyal hizmetler" gibi konular için doğrudan, hem de bağımsız emeklilik ve işsizlik fonlarının denetimi konusunda Sağlık Sigorta Fonuna dolaylı olarak bağlantılıdır (5/10).

II.2.8. Savunma Bakanlığı

Savunma Bakanlığı, askeri hastahanelerde ordu çalışanlarına ve ailelerine ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunar. Ayrıca Sağlık Sigorta Fonu ile yaptığı anlaşmalar dahilinde sivillere ve profesyonel askerlere de sağlık hizmetleri sağlar. Askeri hastahane çalışanlarının maaşları Savunma Bakanlığı tarafından karşılanır ve bu kişiler de ordu mensubu olarak kabul edilir. Planlanmakta olan askere alma uygulamasından profesyonel askerlik sistemine geçişle askeri hastahanelerin statüsü değişebilir (5/10).

II.2.9. Gönüllü Hizmetler

Sivil toplum örgütlerinin sağlık sektöründeki rolü çok sınırlıdır. Bu sektörün büyümesi politik bir görüş olmakla birlikte ancak henüz bir gelişme sağlanamamıştır (5/10).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu büyük ölçüde kamu sektörü tarafından, tek bir sağlık hizmeti amacı için kurulmuş tesislerce sunulur. Ancak tıbbi ekipman ve araç stoğu genellikle yetersizdir ve çoğu arızalıdır. Ayrıca hastahane hizmetleri, acil servisler ve birincil sağlık hizmetlerinin sorumlu birimleri konusunda da bir belirsizlik söz konusudur (6/4).

Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu sektöründe 77 kuruluş tarafından gerçekleştirilir. Bunlardan 11'i koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kuruluşlar, 3'ü sağlık istasyonu, 18'i küçük kentlerde birincil sağlık hizmeti sunan sağlık merkezi, 16'sı birincil ve ikincil sağlık hizmeti sunan tıp merkezi, 15'i ihtisas hastahanesi, 1'i genel hastahane, 6 eczahane, 28 uzman klinikli bir üniversite hastahanesi ve diğer diş hekimliği ve tıbbi merkezden oluşur. Teşkilat yapısı açısından, tıp merkezleri hastahane hizmetleri, acil servisler ve birincil sağlık hizmetleri ile işbirliği içinde çalışırlar. Sağlık merkezleri birincil sağlık hizmetleri ve acil hizmetleri sunarlar.

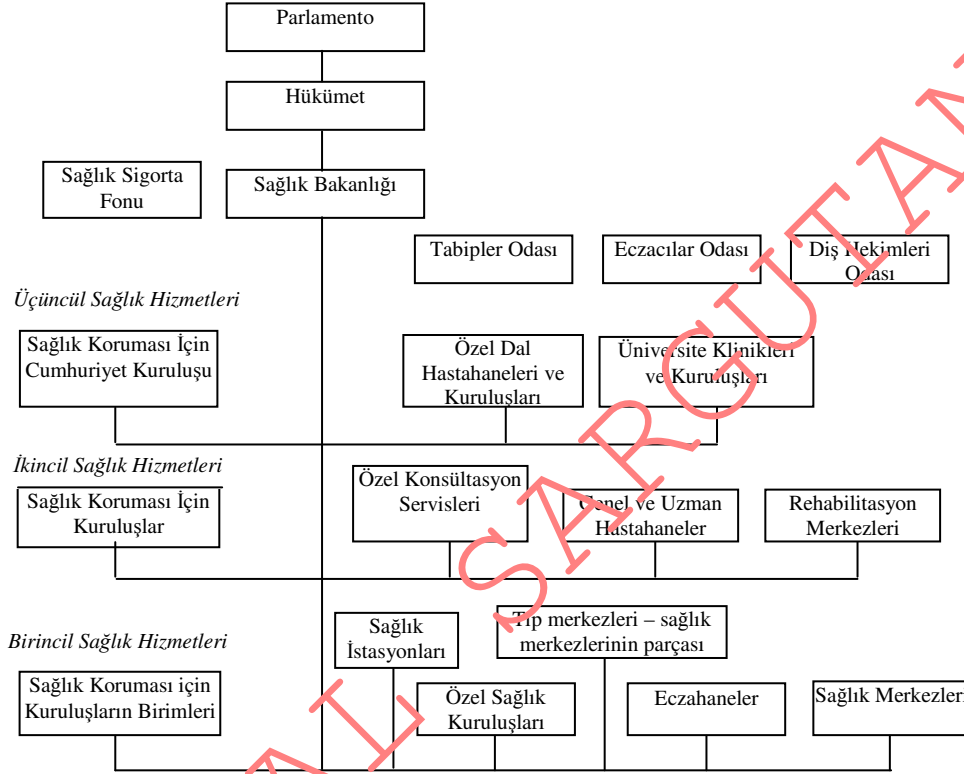
Sağlık hizmetlerinin sunumu üç seviyede gerçekleştirilir: Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri. Ancak bu terimler, verilen hizmetten daha çok, hizmeti veren birimle ilgilidir. Makedonya'daki birçok sağlık kuruluşu hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetini aynı anda sunmaya devam etmektedir. Üçüncül sağlık kuruluşları da, diğer ülkelerde birincil veya ikincil olarak kabul edilebilecek sağlık hizmetlerini sunarlar (5/25).

II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri Makedonya'da büyük bir değişim içindedir. Sağlık sektörü reformlarının ana amacı birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmektir. Birçok uzman kuruluş Bakanlığın birincil hizmet olarak öngördüğü işleri yapmaktadır. Bunlardan ikisi, İş Sağlığı ve Okul Sağlığı kuruluşları olup, birincil sağlık hizmeti olarak görülmesi dahi, koruyucu ve mesleki sağlık hizmetleri sunmaktadırlar. Bu uzman kuruluşların sayısı yapılan reformlarla azaltılacaktır. Sağlık reformlarının eğilimi, özelleştirme dâhilinde bu hekimleri özelleştirme reformları dâhilinde genel pratisyen, jinekolog ve pediatri uzmanı olarak birincil sağlık hizmetlerine yönlendirmektir. Tablo 1'de, birincil sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sektör hekimlerinin uzmanlık dallarına göre dağılımlarını göstermektedir (7/22).

Hem kamu hem de özel sektör doktorları birincil sağlık hizmetlerin de önemli rol oynamaktadır. Birincil sağlık hizmetlerinin çoğu kamu hekimleri tarafından sunulmaktadır. Ancak, Sağlık Sigorta Fonu'nun yaptığı anlaşmalar ve ayakta tedavinin sınırlı oluşu sonucu, birçok özel hekim birincil sağlık hizmeti de sunmaktadır ve bunlar toplam birincil sağlık hizmeti sunan hekimlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır.

Şema 2: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu İle İlgili Görev Dağılımı



Kaynak: (5) Health Care Systems in Transition, s:26

Birincil sağlık hizmetleri 1.200 ayrı tesis tarafından sunulmaktadır. Yani tesis başına ortalama 1.000 kişi düşmektedir. Kırsal alanda 294 birim bulunmakta olup, bunların 174'ünde tam zamanlı olarak çalışan hekim bulunmaktadır. Kırsal kesimlerde birincil sağlık hizmeti sunan toplam hekim sayısı 274'tür. Bu da kırsal alanda hekim başına 3.000 kişilik bir nüfus düştüğünü gösterir. Standart liste sayısı 1.800'dür. Kırsal kesimle kentsel kesim arasındaki fark eczahane sayılarına bakıldığında da görülmektedir. Toplam 342 özel eczahanenin sadece 14'ü kırsal alandadır (5/27).

Ayrıca, Kızılay ve Kızıllaç kurumlarınca, mültecilere yönelik birincil sağlık hizmetleri de sunulmaktadır. Bu hizmetlerin finansmanı Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Kurulu tarafından finanse edilmektedir (8/3).

Özel sektörde çalışan çok az genel pratisyen ve kamu sektöründe çalışan çok az pediatrist vardır. (7/22).

Birincil sağlık hizmeti veren hekimler aşağıdaki hizmetleri sunarlar:

- Genel tıbbi hizmetler,
- Sadece reçeteli satılan ilaçların yazılması,
- Acil uzman hizmetlerine sevk,
- Hastahane de tedavi için sevk,
- 15 güne kadar geçici çalışamaz raporu verme,
- 16 günlük süre aşıldığı takdirde geçici çalışamaz raporu için bir kurula sevk (5/28).

II.3.1.1. Ana Ve Çocuk Sağlığı

Makedonya 1000 canlı doğumda bebek ölüm oranını 11,9'a düşürmüştür. Ayrıca 100.000 doğumda anne ölüm oranını 14,8'e düşürmüştür. Bu konuda en önemli etken Makedon ebelerin UNICEF'in yürüttüğü bir programı uâhilinde yurt içinde ve dışında tıbbi eğitime tabi tutulmalarıdır.

Okul öncesi sağlık koruma programları ile yürütülen aşılama kampanyaları, ilgili nüfusun %95'ini kapsamıştır. 2002 yılı itibari ile Makedonya'da çocuk felci tamamen ortadan kaldırılmış ve daha sonra hiçbir vaka rapor edilmemiştir.

Makedonyalı çocukların sağlık ve beslenme koşulları, yavaş ekonomik gelişim ve kötü çevre sağlığı koşullarından olumsuz etkilenmektedir. Çocuk beslenmesinin düzeyini ve kalitesini geliştirmek için yerel meyve ve sebzelerin tüketiminin artırılmasına ilişkin çalışmalar yürütülmektedir (15/2).

II.3.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri "uzman konsültasyonu" ve hastahane hizmeti şeklinde ikiye ayrılmıştır. Uzman konsültasyonu, acil teşhis ve tedaviden sorumludur. Hastahane hizmetleri ise yine kendi içinde genel ve uzman hizmet olmak üzere ikiye ayrılır. İkincil hizmetler tıp merkezleri denilen yerel sağlık kurumlarınca düzenlenir ve buralar genellikle poliklinik ve genel hastahanelerden oluşur. Tıp merkezleri bir idari yöneticinin yönetiminde olup, bu kişi genellikle bir hekimidir ve Sağlık Bakanlığı'nca atanmıştır. Genellikle iki yardımcısı, bir hukuk yardımcısı ve mali yardımcı da buralarda görev yapar (5/33).

II.3.2.1. Uzman Konsültasyonu Sağlık Hizmeti

Uzman konsültasyonu sağlık hizmeti tıp merkezlerinin acil servis polikliniklerinde hizmet verir. Bunlar aynı zamanda birincil sağlık hizmeti de sunarlar. Sundukları hizmetler uzman tedavi, teşhis hizmeti ve rehabilitasyon hizmetlerini içerir (5/33).

II.3.2.2. Hastahane Hizmetleri

Hastahaneye sevk işlemi birincil ya da ikincil sağlık hizmetlerinden sevk ile mümkündür (doğrudan kendileri ödeme yapacak olan hastalar, uzmanlaşmış hizmetlere doğrudan ulaşma hakkına sahiptir). Kaza ve acil servis hizmetleri Makedonya hastahanelerinin bir parçası değildir. Bu hizmetler birincil sağlık tesislerinde karşılanır. Kaza ve acil servis uzmanları sadece Üsküp'teki bir klinik

merkezinde bulunur. Bu birim kendiliğinden başvuran hastaları kabul etmez. Akut psikiyatrik bakım genel hastahanelerin çoğunda verilmektedir.

Bir hastahanedeki genel hizmetler içinde şunlar sayılabilir:

- tanı, tedavi ve rehabilitasyon,
- yataklı tedavi gören hastalar için yemek ve refakat hizmetleri,
- uzman kurulu danışma hizmeti,
- acil vaka kabulü,
- tıbbi danışma yardımı,
- koruyucu sağlık hizmeti programlarında işbirliği,
- evde uzman bakım,
- sağlık eğitimi,
- sağlık sektörü çalışanlarının eğitimi ve sağlık sektörünün diğer kısımları ile işbirliği (5/35).

Toplam hastahane yatak sayısı 10'i aşmıştır. Hastahane ortalaması kalış süresi 13.4 gün olup, doluluk oranı %68,5'tur. Akut ve uzun süreli bakım yatakları arasında ayırım yoktur.

16 genel hastahane en az beş uzmanlık dalı konusunda hizmet verilmektedir: Dahiliye, cerrahi, pediatri, doğum ve jinekoloji, anestezi (5/36).

II.3.2.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Üçüncül sağlık hizmetleri ihtisas hastahanelerinde, tek amaçlı araştırma kuruluşlarında ve Üsküp'teki Klinik Merkezi'ndeki klinik ve kuruluşlarda verilmektedir. Üçüncül sağlık kuruluşları Üsküp'te toplanmıştır. Üçüncül sağlık hizmetlerinin yanı sıra ikincil sağlık hizmetleri de sunarlar. Üçüncül sağlık hizmetlerindeki toplam yatak kapasitesi 1.240'tır (5/38).

II.3.3. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler oldukça az gelişmiştir. Yaşlı kişiler ya ailelerince bakılır ya da hastahanelerde uzun süreli olarak kalırlar. Hastahanelerde uzun süreli kalışlarda konaklama ücreti alınır. Bakımevleri ya da huzurevleri yoktur. Öğrenme zorluğu çeken ya da çeşitli fiziksel engelleri bulunanlar sağlık kuruluşlarında yaşarlar. "Sosyal bakalar" için de bazı imkanlar mevcuttur (6/6).

1948-1994 döneminde Makedonya oldukça hızlı sayılabilecek bir demografik değişim geçirmiştir. Bu sürecin başlangıcında Makedonya'daki nüfus artışı genç bir nüfus yapısının oluşmasına neden olmuştur. Ancak bu sürecin sonunda toplam nüfus içinde yaşlıların oranı önemli bir düzeye yükselmiştir. 1994 yılı rakamlarına göre nüfusun %13,03'ü 60 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Şu anda Makedonya çok yaşlı bir nüfusa sahip ülke konumundan sadece bir adım geridedir. Yaşlı nüfusun %92'si güvenli ve kalıcı bir gelir kaynağı olan emekli maaşına sahiptir. Kalan yaşlı nüfusun büyük çoğunluğu sosyal refah hizmetleri ile ilgili kuruluşlardan gelir elde etmektedir. Çok az sayıdaki yaşlı kimse ise yaşam standartlarını farklı biçimlerde iyileştirmeye çalışmaktadırlar. Makedonya'da emeklilik maaşı asgari yaşam düzeyini ancak karşılayacak düzeydedir. Makedonya'da emeklilik sisteminin

geliştirilmesi, genel ekonomik büyümenin emeklilik maaşlarına yansıtılması konusunda çalışmalar yapılmaktadır (16/1-3).

II.3.4. İlaç Sektörü

Bütçenin kısıtlı oluşu devlet sisteminde ilaçlar konusunda kısıtlamalar oluşturmuştur. İlaçların finansmanı Sağlık Sigorta Fonu tarafından karşılanmakta birlikte, bazı istisnalar hariç, hastalar fiyatın %20'sini öderler. Fiyatı karşılanan ilaçlar için bir liste vardır ve her ilaç için hükümet hem iç hem de dış piyasa ilaç sağlayıcılarından bir fiyat ister. Daha sonra Bakanlık ilacı sağlayacak olan firmayı seçer. İlaç pazarı küçüktür ve ilaç fiyatları Avrupa Birliği'nin ortalama 4 katı kadar bir fiyata sahipken bile çok az rekabet vardır. Hükümet ilaç fiyatlarının aşağı çekilmesi için uğraşmaktadır.

Ücretsiz ilaç alabilmek için bir devlet eczahanesine gitmek gerekmektedir. Devlet eczahanelerinde çeşit azken, özel eczahanelerde ilaç çeşidi hemen hemen dört kat kadar fazladır. Tüm devlet eczahanelerinde bir ilaç bütçesi vardır ve sadece bu bütçe kadar ilaç alınabilir (9/2,3).

1998 yılının Mayıs ayında yeni İlaç Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla amaçlanan AB standartlarını ve düzenlemelerini uygulayabilmektir. Bunları yerine getirebilmesi için bir İlaç Ajansı kurulmaya çalışılmaktadır. Ancak kaynakların kısıtlı oluşu ve Sağlık Bakanlığı'nda sadece 3 nüfetteşin çalışıyor olması düzenlemelerin gerçekleştirilmesini engellemekte, fiyatlar kontrol edilememektedir (10/9,10).

II.3.5. İnsan Kaynakları

Sosyalist sistemden miras kalan büyük bir sağlık işgücü vardır. 1998 yılından bu yana tıp, diş hekimliği ve eczacılık alanlarında insan gücünde %20'lik bir düşüş gözlenmektedir. 4.500 kadar doktor kamu sektöründe çalışırken, 500 kadarı da özel sektörde hizmet vermektedir. 1.000 kişiye 2 doktor düşmektedir, ancak bu hesaplama yapılırken 10.000 kadar olduğu tahmin edilen işsiz doktor hesaba katılmamaktadır. Buna rağmen, birincil sağlık hizmetlerinde orta ve ileri düzeyde çalışan sağlık personeli sayısı ulusal hedeflerin altındadır (6/6,7).

Doktorlar, sağlık kuruluşlarındaki personelin şefi olarak görev alabilirler. Profesyonel sağlık kurumları yöneticisi yetiştirme konusunda çalışmalar yapılmaktadır (6/7).

Doktorlar Üsküp Üniversitesi'ndeki Tıp Fakültesinde eğitim görürler. Eğitim 6 yıl sürmekte olup, bu eğitimi tamamlayanlar tıp doktoru unvanını almaktadırlar. Bağımsız olarak çalışabilmek için, mezun olanlar 12 aylık bir intörnlik sürecini tamamlamak ve bir dizi sınavı geçmek zorundadırlar. Bunu başarabilenler genel pratisyen unvanını alırlar ya da özel bir eğitim programı daha alarak uzmanlaşabilirler (5/41).

Devlet kamu sağlığı kuruluşu Üsküp bölgesel kamu sağlık kuruluşu ile birlikte Üsküp üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerine yönelik olarak çevre sağlığı konusunda bir eğitim programı yürütülmektedir. Ayrıca çevre sağlığı konularını içeren lisans üstü uzmanlık eğitimi de verilmektedir.

Ancak biyologlar, mimarlar, şehir plancılar, inşaat ve makine mühendisleri, kimyagerler ve tarım uzmanlarına yönelik çevre sağlığı programlarının da eğitim müfredatına eklenmesi gerekmektedir (17/178).

Resmi sağlık finansmanının %95'lik kısmı Sağlık Sigorta Fonundan ve kişilerce doğrudan yapılan (cepten) ödemelerden karşılanmaktadır. Kalan kısmın yarısını ise devlet bütçesi oluşturur. Ayrıca dış kaynaklı yardımlar söz konusudur (5/13).

II.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı

II.4.1. Finansmanın Ana Kaynakları

Dünya Sağlık Örgütü, Danimarka, İtalya, Japonya, Lüksemburg, Suudi Arabistan, İsveç, İngiltere ve ABD gibi ülkelerin katkılarıyla Makedonya'ya insani yardımlar yapılmıştır (18/2).

II.4.1.1. Sağlık Sigorta Sistemi

Zorunlu sağlık sigortası sağlık gelirlerinin ana kaynağıdır. Kamu sektöründe ve özel sektörde çalışanları, emeklileri, öğrencileri, özürüleri ve bu kişilere bağlı olanları kapsamaktadır. Sigorta kapsamı içinde olmayan bazı vatandaşlar devlet bütçesinde ödenerek sigorta edilirler.

Temel sağlık hizmetleri için zorunlu sağlık sigortası prim oranları aşağıdaki gibidir:

- Özel sektörde veya kamu sektöründe çalışanların vergi öncesi gelirlerinin %8,6'sı,
- Emekliler, net emekli gelirlerinin %14,7'si,
- Çiftçiler ve serbest meslek sahipleri asgari ücretin %8,6'sı,
- İşsizler, Ulusal Özgürlük Savaşı Gazileri ve özürüleri temel göstergenin %12,5'i ya da ortalama gelirin %65'i kadar,

sigorta primi öderler.

Maası olmayanlar doğrudan sigorta primi ödemezler, bunun yerine primleri diğer devlet kurumlarınca Sağlık Sigorta Fonuna yatırılır. Emekliler için sigorta primleri Emekli Sigorta Fonu tarafından ödenir. İşsizlerin sigorta primlerini ise İş Kuruluşu öder. Sosyal hizmet alanlar, gaziler ve özürüleri ödemesi hükümet idaresince karşılanır.

Geri kalan çalışanlar ve serbest meslek sahipleri teorik vergilendirmeye göre primlerini öderlerken, işverenlerin sigorta primlerine katkısı yoktur (5/13,14).

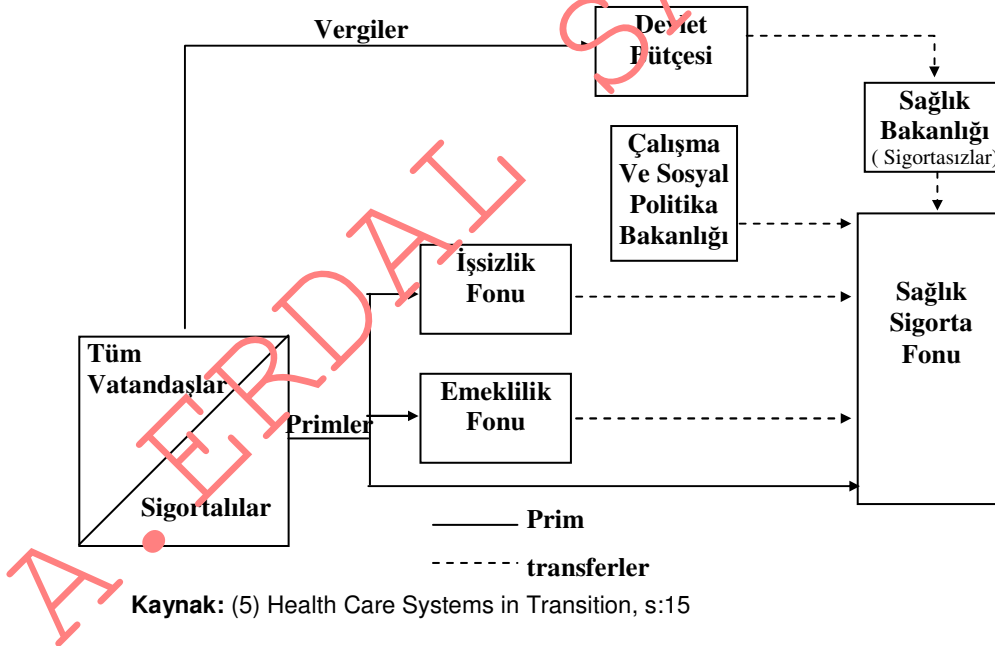
Zorunlu Sağlık Sigortası sistemi kapsamına dahil olanlar şu hizmetlerden yararlanabilirler.

- a) Tanı izleme ve sağlık statüsünün denetimine yönelik tıbbi muayene ve diğer tıbbi yardımlar,
- b) Hastalıkların ve diğer sağlık bozukluklarının önlenmesi gibi konularda uzman tıbbi muayene, diğer muayene ve işlemler,

- c) Acil servis hizmetleri,
- d) Ayakta tedavi yada evde tedavi hizmetleri,
- e) Ana-çocuk sağlığı ve doğum ile ilgili konularda sağlığın korunması,
- f) Önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon işlemleri,
- g) Ağız ve diş sağlığına yönelik önleyici ve tedavi edici hizmetler,
- h) İlaçlar, ilaçları destekleyici materyaller, tedavi için kullanılacak hijyen malzemeleri,
- i) Toplumun sağlık eğitimi,
- j) Uzman konsültasyon,
- k) Uzmanlık gerektiren tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri,
- l) Sağlık Bakanlığı'na ilişkin genel kanun'da belirtilenler kapsamında olmak üzere protezler, ortopedik cihazlar ve diğer materyaller

Temel sağlık hizmeti haklarına ek olarak, zorunlu sağlık sigortası hastalık ya da yaralanma, tıbbi muayene, gönüllü kan ya da biyolojik doku bağışı gibi konularda sigortalının maaşının kesintiye uğramamasını sağlar. Doğum ve hamilelik konularında 9 ay, 3 yaşına kadar hasta olan çocukların bakımı için sınırsız süreli veya başka bir aile üyesinin bakımı için 30 gün ücretli izin hakkı verir (11/2).

Şema 3: Sağlık Sigorta Fonu Finansman Kaynakları



II.4.1.2. Ek Ödemeler

1994 yılından beri, sabit tarifeler doğrultusunda çocuklar da dahil olmak üzere bir ek ödeme sistemi yerleştirilmiştir. Örneğin, bir ampullük enjeksiyon için 70 dinar, bir günlük yataklı tedavi için 120 dinar, göğüs ameliyatı için 4.000 dinar gibi ek ödemeler alınmaktadır (ortalama aylık gelir 10.000 dinar civarındadır).

Ayrıca sabit bir ücretten öte, yüzde olarak hesaplanan ek sigorta ödemeleri de vardır. Hastalar sağlık hizmetleri fiyatlarının %20'si kadar bir oranı yataklı tedavi ve ilaç kullanımı için öderler. Ayrıca işitme cihazları ve diş protezleri için %20'lik, ortopedik aygıtlar için de %50'lik ek ödemeler yaparlar.

Bu ek ödemeler, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını azaltmış, ancak bütçeye katkısı beklenenden az olmuştur. Ek ödemeler sağlık hizmeti sunucularının ücretlerinin sadece %5'lik kısmını karşılamakta olup, aynı zamanda eşitsizlik konusunu gündeme getirmiştir.

Bazı mesleki gruplar, mesleki hastalık ve yaralanma risklerinin karşılanması için ek sigorta primleri de ödemek zorundadır (6/3).

II.4.1.3. Nakit Ödemeler

Sağlık kuruluşları için, sigorta kapsamında olmayanların yaptıkları veya temel sağlık hizmetleri paketi içinde yer almayan hizmetler için yapılan reşin ödemeler bir başka gelir sağlık finansman kaynağıdır. Sağlık sigorta fonundan gelen gelir, verilen hizmetlerin maliyetlerini karşılamak konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmeti sunucuları bu açığı kapatmak için nakit ödemelere yönelirler. Nakit ödemelerin büyük bir kısmı hastahanelerde ve devlet eczahanelerinde satılan ilaçlardan oluşmaktadır (5/17).

Ayrıca, tespit edilmesi güç olan bir gayri resmi ödeme sistemi de vardır. Bu ödemelerin genellikle cerrahi girişimler için yapıldığı tahmin edilmektedir. Bir araştırmaya göre toplam sağlık harcamalarının %45'i özel kaynaklardan karşılanmaktadır. Yine başka bir araştırmaya göre özel harcamaların aile başına yüzdesi 1995'te %4,2 iken 1999'da %5,8'e çıkmıştır (6/3,4).

II.4.2. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası

1991 yılında çıkarılan kanun, sağlık tesislerinde konaklamada daha yüksek kalitede hizmet (tek kişilik oda, daha iyi yemek ve televizyon gibi) için ek sigorta sistemini olanaklı kılmıştır. Bu ek sigorta sistemi, hem özel sigorta kuruluşları hem de Sağlık Sigorta Fonu tarafından düzenlenebilecekti. Şimdilik böyle bir sigorta paketi bulunmamaktadır (5/17).

II.4.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları

Sağlık harcamaları hakkındaki verilerin, son dönemlere ait bilgilerin güvenilir olmaması ve hiperenflasyon nedeniyle yorumlanabilmesi olanaksız sayılmaktadır. Gayri safi milli hasıla içinde resmi sağlık harcamalarının payı %5 dolaylarında görünmekle birlikte, bu rakamlar değişkenlik göstermekte olup, GSMH hakkında bile net bir veri olmadığı belirtilmektedir.

Sağlık harcamalarının neredeyse tümünün (%98) kamu sektöründe yapıldığı rapor edilmektedir, ancak bu rakamın da abartılı olduğu ifade edilmektedir (6/4).

II.4.4. Teknoloji Yatırımları

Sağlık teknolojileri konusunda bir teknoloji yatırımı politikasının varlığı ya da bu yolda ne tip planlar yapıldığı belirsizdir.

Yeni ekipman alımı için talepler Sağlık Bakanlığı'na veya Sağlık Sigorta Fonu'na iletilir ya da ekipman özel gelirlerle satın alınır. Alınacak ekipman için ekipmanı sağlayacaklarla anlaşmalar yapılır ki sağlayıcılar genellikle çokuluslu şirketlerdir. Ulusal sağlık ve hastahane sisteminin hem daha yeni hem de daha fazla ekipmana ihtiyacı vardır (6/7).

II.5. Sağlık Sisteminin Sorunları

Makedonya sağlık sisteminin sorunları şöyle sıralanabilmektedir:

- Sağlıkla ilgili projelerin gerçekleştirilmesi için gerekli kaynakların kıtlığı,
- Etnik gruplar arasındaki gerginliğin yarattığı politik istikrarsızlık ve belirsizlik,
- Teknik donanım yetersizliği,
- Genel nüfus içindeki fakirlik ve işsizlik oranlarının yüksek oluşu,
- Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası'nın da yarattığı baskılarla, özel sektörün gelişme yerine gerileme göstermesi (4/2).

II.6. Sağlık Sistemi Reformları

1993 yılında Sağlık Bakanlığı bir reform süreci içine girmiştir. Bu reformlarla amaçlananlar;

- Eldeki kaynakların bölgelere göre daha etkili bir biçimde dağıtılması ve bazı bölgelerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin süratle temini,
- Sağlık sisteminin idari ve organizasyon açısından daha etkili bir şekilde yapılandırılması,
- Özelleştirmenin kolaylaştırılması ve özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi.

Sağlık Bakanlığı reformların hayata geçirilebilmesi için Dünya Bankası'ndan yardım istemiş ve Makedonya 1993 yılının Aralık ayında Dünya Bankası'nın bir üyesi haline gelmiştir. Sağlık Sektörü Geçiş Projesi, Dünya Bankası'nın desteklediği ilk proje olmuş, bu reform için başta bulunmuştur.

Sağlık sistemi reformlarının bir diğer uzantısı da finansman konusunda olmuştur. Fiyatlandırma politikası yeniden belirlenmiş, acil servisler ve hastahane hizmetleri için ödeme sistemleri yapılandırılmıştır. 1993 yılında sağlık sisteminde daha önce kullanılan ek ödeme sistemi uygulamaya koyulmuştur (11/1).

III. MAKEDONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Makedonya ile Türkiye sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında kullanılacak bazı göstergeler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 1: Makedonya Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	MAKEDONYA	TÜRKİYE
Yıl Ortası Nüfusu,	2.045.000	70.318.000
Nüfus Artış Hızı (%)	0.6	1.6
GSMH'dan Sağlığa Ayrılan Toplam Pay (%)	6.8	5
Yaşam Beklentisi (Erkek)	69	67.9
Yaşam Beklentisi (Kadın)	75.1	72.2
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (%) (1.000 Erkek)	17	44
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (%) (1.000 Kız)	15	42
Devletin Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)	84.9	71
15-65 Yaş Arası Yetişkin Ölüm Oranı (%) (1.000 Erkek)	195	177
15-65 Yaş Arası Yetişkin Ölüm Oranı (%) (1.000 Kadın)	89	112
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	15.1	29

Kaynak: (12) Core Health Indicators from the WHO Report for WHO Members States, s:1-3

Makedonya sağlık sistemi yönetim bakımından yerel yönetimlerin ağırlık kazandığı bir yapıya dönüşmektedir. Buna karşılık Türkiye sağlık sistemi merkeziyetçi bir yönetim yapısına sahiptir.

Makedonya'da hiçbir kurum ülkenin sağlık sisteminde tek başına söz sahibi değildir. Sağlık sisteminin düzenlenmesinde ve yürütülmesinde yerel yönetimler daha çok söz sahibidir. Türkiye'de sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın görevleridir. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra diğer kamu kuruluşları, sosyal sigorta kuruluşları, özel sigortalar ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev almaktadırlar.

Birincil sağlık hizmetleri Makedonya'da büyük bir değişim içindedir. Sağlık sektörü reformlarının temel amacı birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmektir.

Türkiye’de birincil sağlık hizmetlerinden çok, ikincil sağlık hizmetlerine önem verilmektedir.

Makedonya’daki birçok sağlık kuruluşu hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetini aynı anda sunmaya devam etmektedir. Üçüncül sağlık kuruluşları da, diğer ülkelerde birincil veya ikincil olarak kabul edilebilecek sağlık hizmetlerini sunarlar. Türkiye’de ikincil sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları, birincil sağlık hizmetlerini de sunmaktadırlar. Ayrıca bazı üçüncül sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda, birinci ve ikincil sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Makedonya’da kaza ve acil servis hizmetleri Makedonya hastahane hizmetlerinin bir parçası değildir. Bu hizmetler birincil sağlık hizmeti tesislerinde karşılanır. Türkiye’de ise kaza ve acil servis hizmetleri hastahane hizmetleri arasında karşılanmaktadır.

Makedonya’da sosyal hizmetler oldukça az gelişmiştir. Yaşlı kişiler ya ailelerince bakılır ya da hastahanelerde uzun süreli olarak kalırlar. Bakımevleri ya da huzurevleri yoktur. Türkiye’de yaşlı kişiler için yapılmış bakımevleri ve huzurevleri bulunmaktadır. Türkiye’de sosyal hizmetler Makedonya’ya göre daha gelişmiş bir düzeydedir.

Makedonya sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumu açısından koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektedir. Türkiye sağlık sisteminde ise koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha masraflı olan tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır.

Her iki ülkenin de sağlık personeli dağılımı konusunda sıkıntıları vardır. Sağlık personeli kırsal kesimlere nazaran şehir merkezlerinde daha çok yığılma göstermiştir. Makedonya sağlık sisteminde aile hekimliği gelişmemiş olup Türkiye’de aile hekimliğine yönelik çalışmalara yeni başlanmıştır.

Makedonya’da devlet bütçesinin kısıtlı oluşu devlet sisteminde ilaçlar konusunda kısıtlamalar oluşturmuştur. Türkiye sağlık sisteminde ise ilaç sanayisi gelişmemiştir ve ham madde temininin de ciddi oranda dışa bağımlılık söz konusudur. İlaç pazarında devletten daha çok özel sektör söz sahibidir.

Makedonya’da sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bir kısmı Sağlık Sigorta Fonundan ve kişilerce doğrudan (cepten) yapılan ödemelerden ve devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Türkiye’de işçi ve işveren primleriyle ve serbest çalışanların tümünü kendilerinin ödediği primlerle oluşturulan bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Ayrıca kişilerce doğrudan (cepten) yapılan ödemelerle ve özel sigorta kuruluşları tarafından sağlık harcamaları karşılanmaktadır.

Makedonya ve Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi grubuna girmektedir.

Sonuç olarak her iki ülkede de sağlık sistemi sağlıkta beklenen hedefleri tam olarak gerçekleştirememiş olmasına rağmen yapılan reformlarla sağlık sektöründe iyileştirme çalışmaları sürmektedir.

KAYNAKLAR

1. DEİK (2003) Makedonya Ekonomisi Ve Türkiye İle İlişkileri, www.deik.org.tr
2. Encyclopedia (1999) History of Republic of Macedonia <http://encyclopedia.thefreedictionary.com/History%20of%20Macedonia> sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Gözenç, S. (1998) Avrupa Ülkeler Coğrafyası, Çantay Kitabevi, İstanbul
4. WHO (2001) Briefing Update on WHO Humanitarian Activities, <http://www.who.int/disasters/repo/7085.doc>
5. WHO (2002) Health Care Systems in Transition, <http://www.who.euro.who.int/document/e72508.pdf>
6. WHO (2002) Health Care Delivery System, <http://www.euro.who.int/Document/obs/FYROMsum112002.pdf>
7. RAND (2000) Survey of the Macedonia Health Care Systems, www.rand.org/publications/RGSD/RGSD155/RGSD/55.chz.pdf
8. WHO (2002) Health Action, www.euro.who.int/document/EHA/hafyrom052002
9. PHARMJ (2000) Pharmacy in Macedonia, <http://www.pharmj.com/Editorial/20000129/articles/macedonia.html> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir tir)
10. WELFARE (2001) Macedonia National Drug Policy 2000-2001 IH820, www.welfare.gov.it/contofocale/inglese/rest_Europe.html (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
11. CMJ (1999) Health Sector Reform in the Macedonia, <http://www.cmj.hr/index.php?P=1804> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2001-2002) Core Health Indicators from the WHO Report for WHO Members States, <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi (2003) Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, Cilt:27
14. Goetz, Philip W. AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş, İstanbul, Cilt:15.
15. HEALTHSYSTEMSRC (2002) Health Profile,

www.healthsystemsrc.org/publications/Country/health/europe/macedonia

16. UN (2002) The Former Yugoslav Republic of Macedonia,
<http://www.un.org/agi ng/coverage/macedoniaE.htm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
17. UNECE (2000) Human Health and the Environment,
www.unece.org/en/epr/st udies/former_yugoslav_republic_of_macedonia
18. WHO (2000) The Former Yugoslav Republic of Macedonia,
www.who.int/dise aster/repo/5440.doc
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN