

POLONYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

A. Özgür GÜLEY
Tolga AYDIN
İbrahim ÇAPAR

A. ERDAL SARGUTAN

POLONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2204
I. ÜLKE TANITIMI	2205
I.1. Tarihçe	2205
I.2. İklim	2206
I.3. Yer Şekilleri Ve Bitki Örtüsü	2207
I.4. Yeraltı Kaynakları	2207
I.5. Nüfus Yapısı	2208
I.6. Ekonomi	2208
I.7. İdari Yapı	2209
I.8. Ulaşım	2210
I.9. Eğitim	2210
I.9. Kültürel Yaşam	2210
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2211
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	2211
II.2. Sağlık Sistemi Reformları	2211
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	2213
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	2213
II.3.2. Maliye Bakanlığı	2214
II.3.3. Diğer Bakanlıklar	2214
II.3.4. İller	2214
II.3.5. İlçeler	2214
II.3.6. Köyler	2214
II.3.7. Sağlık Koruma Örgütü	2215
II.3.8. Planlama, Düzenleme Ve Yönetim	2215
II.3.9. Sağlık Sisteminin Yerelleştirilmesi	2216
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2216
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmeti	2218
II.4.2. Toplum Sağlığı Hizmetleri	2218
II.4.3. İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2219
II.4.4. Sosyal Hizmetler	2220
II.4.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	2220
II.4.5.1. Doktorlar	2221
II.4.5.2. Hemşireler	2222
II.5. İlaç Endüstrisi	2222
II.5.1. İlaç Toptancıları	2223
II.5.2. Eczahaneler	2223
II.5.3. Hastahane Eczahaneleri	2223
II.5.4. İlaç Düzenlemeleri	2223
II. 6. Sağlık sisteminin finansmanı	2225
II.6.1. Ulusal Sağlık Sigortası	2226
III. POLONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2230
KAYNAKLAR	2232

ÖZET

Uzun tarihi boyunca birçok ülkenin işgal ve etkisine girerek rejim değişikliği geçiren Polonya'nın sağlık sistemi de bu rejim değişikliklerine paralel olarak değişiklikler yaşamıştır. Uzun bir süre SSCB rejiminin etkisi altında kalmasından sonra, ülkenin sağlık sistemi 1989 yılında geçirdiği reformlarla, Polonya sağlık sistemi merkeziyetçilikten uzaklaşarak kamu sağlık sistemini yaygınlaştırmaya ve yerelleşmeye yönelik bir eğilim içindedir.

Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı dâhil hiçbir organ tek başına planlama, düzenleme ve yönetme yetkisine sahip değildir. Yerel yönetimler sağlık hizmeti sunan organizasyonların yapısal düzenlemeleri konusunda daha çok söz sahibidir ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar, özikleştirilmeye çalışılmaktadır.

Ülke kendi içinde değişik seviyede sağlık hizmetleri sunan il, ilçe ve köylere ayrılmıştır.

İller birincil ve ikincil sağlık hizmetinin verilmesinden sorumludur. Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin verildiği birimler Sağlık Koruma Örgütleri (ZOZ) dir. Sağlık Koruma Örgütü ZOZ, illerin bir alt dâhını oluşturmaktadır ve çoğu birincil sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmeti ve hastahane hizmeti sağlamaktadır. Kırsal bölgelerde ZOZ'lar birincil sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludur.

Sağlık Bakanlığı üçüncül sağlık hizmeti veren hastahaneler ve klinikler açarak hizmet verdiği toplum kesiminin genişletmektedir.

Polonya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ve özel sektör ile sigorta primlerine ve kişisel ödemelerle karşılanmaktadır. Kamu bütçesi sağlık finansmanının ana kaynağı niteliğindedir. Doğrudan yapılan kişisel ödemelerin büyük bir kısmı (%92) hastahane dışı sağlık hizmetleridir.

Sosyal sigorta primleri hem çalışan hem de işveren tarafından ödenmektedir. İşveren tarafından Çalışma Fonu primleri ödenirken, çalışan tarafından sadece sağlık sigortası primi ödenir. Çalışanların ödedikleri prim miktarı ile işverenlerin ödedikleri prim oranları hemen hemen eşittir. Sigorta fonunun prim dışı gelirleri ise, devlet bütçesinden aktarılan kaynaklarla karşılanmaktadır.

Polonya eczacılık sistemi bakımından başarılı bir düzeydedir. Gelişmiş bir ilaç endüstrisine sahiptir. Fiyatlandırma genel olarak Maliye Bakanlığı'nca yapılmakta, sıkı kontrol ise Sağlık Bakanlığı'nca gerçekleştirilmektedir. Ulusal geri ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı'nca kontrol edilmektedir. Bu sistem ilacın tipine, tedavi sınıfına ve hastalığın statüsüne bağlıdır.

Polonya Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine geçme çabalarını sürdürmektedir.

POLONYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	:Polonya Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	:312.685 km ²
NÜFUS	:38.659.979 (1997)
İDARE ŞEKLİ	:Cumhuriyet
BAŞKENTİ	:Varşova
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	:Łódz, Gdansk, Gdynia, Sopot Metropolu, Kraków Wroclaw, S.Poznan, Szczecin, Katowice
DİLİ	: Lehçe
PARA BİRİMİ	: Zloty (10/1,2).

I.1. Tarihçe

Bugünkü Polonya topraklarının aşağı yukarı tümüne, İ.Ö. III. Bin Yılda başlayarak Proto-Slavlar yerleşti. İsa'dan bin yıl önce Slavlar, batı ve doğu olmak üzere iki dil gurubuna ayrıldılar. Batı Slavlar, bugünkü Polonya sınırlarını aşan Hint Avrupalı topluluklarla (Venetler) karşılaştılar ve onları kendi içlerinde erittiler.

Polonya Slavları, VII.YY.da artık belli bir bölgeye yerleşmişlerdi. Ortak meclisler, yetkilerini seçimle iş başına gelen bir başkana devrettiler. Eşraf, siyasal iktidarı kendi ellerinde toplamaya ve toprak birimlerini genişletmeye çalıştı. Polonya kavmi, VII.-X.YY.lar arasında Slav topluluğu içinde, Odra (Oder) ve Vistül havzalarında meydana çıkmaya başladı. Polonlar, Vislanlar, Pomeranyalılar, Polonya ulusunu oluşturdu (1/9473,9474).

Batı Slavlar içinde ilk büyük siyasal örgütlenmelere Wislanie ve Polanie kabileleri öncülük etti Wislanie hanedanının güneyde egemenlik altına aldığı geniş topraklar Büyük Moravya ve Bohemya yönetimlerinin ardından Küçük Polonya olarak bilinen bir siyasal birime dönüştü. Küçük Polonya toprakları bazı sınır bölgeleri dışında, 969'da oluşturulan Krakow piskoposluk bölgesine denk düşüyordu. İlk ünlü Piast dükü I.Mieszko, egemenliğini Odra Irmağına kadar genişletti Alman kralı ve kutsal Roma-Germen imparatoru I.Otto'ya karşı Bohemya'ya ittifaka girdi. Bu arada 966'da benimsediği Hıristiyanlığın kendi topraklarına yayılmasını sağladı.

I.Wladyslaw Herman'ın 1082'de kral yerine prens unvanını almasıyla Polonya yeniden kutsal Roma-Germen imparatorluğunun egemenliğine girdi. Pomeranya'yı Hıristiyanlaştırarak kesin denetimi altına alan III.Boleslaw'ın prenslik en büyük oğulda kalmak üzere toprak paylaşımını getirmesi, zamanla iç çekişmelere ve prensliğin dağılmasına yol açtı. Polonya'daki bölünmüşlüğe son verme çabaları bu karışıklıklar sırasında başladı. Polonya prensi II.Przemysl Büyük Polonya ve Doğu Pomeranya'yı birleştirdi.

Polonya'daki kentlerin ve ticaretin geliştiği 14.YY, aynı zamanda yazılı yasalara dayalı bir idari mekanizmanın biçimlenmesine sahne oldu. Bununla birlikte soylular krallık yönetiminin asıl dayanağı olarak kaldı. Katolik Kilisesinin nüfuzuna karşın, öteki mezhepler de geniş bir hoşgöründen yararlandı. Birçok değişik etnik topluluk Polonya'da barınma olanağı buldu.

II.Zygmunt'un ölümünü izleyen üç yıllık boşluk dönemi ve Fransız Valois hanedanından Henri'nin kısa süreli hükümdarlığı (1573-1574) anayasalı yönetimin pekişmesini sağladı. Seçimle başa geçen ikinci kral Stefan Batori Ruslar'ın ele geçirmiş olduğu Livonya ve Litvanya topraklarını geri alarak bir süre için dış tehditi ortadan kaldırdı.

Avrupa'nın tahıl ambarı olan Polonya 17.YY'ın ilk yarısında büyük bir ekonomik canlanma içine girdi. Savaşların da etkisiyle hızla gelişen dış ticaret büyük toprak sahiplerinin köylüler üzerindeki sömürsünü daha da ağırlaştırdı. Bu ortamda büyük soyluların oluşturduğu dar bir kesim siyasal yaşama bütünüyle egemen olmaya başladı.

18. Yüzyılda Avrupa'daki reformcu akımların gerisinde kalan Polonya'da parlamenter sistem bütünüyle işlemez hale geldi. Katoliklik dışındaki mezheplere kısıtlamalar getirildi. Bu arada dışarıdan göçlerin de etkisiyle hızlı bir nüfus artışı başladı. Polonya'nın her yanına dağılmış olan Yahudi topluluk, o sırada dünyadaki toplam Yahudi nüfusun yarısını geçiyordu.

19. Yüzyılın ikinci yarısında Polonya özellikle madencilik, metal eşya yapımı ve dokumacılık alanında hızlı bir sanayileşmeye sahne oldu. Prusya kesimi dışında güçlü bir Polonya burjuvazisi doğdu. Sanayi işçileri sayıca giderek büyüyen bir sınıf durumuna geldi. Tarımda birbirini izleyen bunalımlar birçok Polonyalı küçük soyluyu kentlere çekti. Aynı dönemde Almanya'nın sanayileşmiş bölgelerine, ardından ABD'ye kitlesel göçler başladı (7/90–92).

Bin yıllık tarihi boyunca Polonya taksim ve işgaller nedeniyle bağımsızlık kaybına ve büyük sınır değişikliklerine uğramıştır. Yakın tarihinde ülke 1947–1989 yılları arasında komünist bir yönetim altında yaşamıştır.1956 ve 1970 yıllarında ortaya çıkan siddetli direniş sonucunda ülke liderliğinde değişiklikler meydana gelmiş ancak komünist sistemin çöküşüne kadar Polonya bir Sovyet uydusu olarak kalmıştır. Bu çöküşte, Dayanışma Sendikası'nın 1980'lerde verdiği mücadele önemli rol oynamıştır. 1989'dan itibaren Polonya demokratik bir yönetime geçmiştir. Toplumun Katolik inancı dolayısıyla ülkenin Vatikan ile güçlü bağları ve Batı kültürü, Polonya'da milli bilincin ve özgürlük arzusunun canlı kalmasında önemli etkileri olmuştur (6/10).

1.2. İklim

İklimi, hem değişikliğe uğramış okyanus ikliminin hem de karasal iklimin özelliklerini taşır. Okyanus iklimiyle karasal iklimin karışması, kışın doğu ve batı arasında önemli karşıtlıkların oluşmasına ve yıllar arasında farklılıklara yol açar. Yazın, aynı enlemlerdeki yerlerin ikliminde benzerlikler görülür. Sıcaklığın uç değerleri +39 ve -36°C ise de doğudaki farklar (23°C), batıya göre (19°C) daha yüksektir. 0°C'nin altındaki ortalama sıcaklık tüm ülkede üç ay kadar devam eder.

/Fakat kar örtüsü doğuda (üç aydan fazla) batıdan (bir buçuk ay) daha uzun sürer. Genel olarak, doğuya gidildikçe kış, ülkenin orta kesimine gidildikçe yaz uzar (1/9470,9471).

1.3 Yer Şekilleri Ve Bitki Örtüsü

En güney uçta yer alan Karpat sistemine bağlı dağlar dışında Polonya'nın tamamına yakını düzlüklerden oluşur. Genelde ortalama yükseklik ancak 173 m'yi bulur; ülke topraklarının dörtte üçünden fazlası 200 m'nin altında kalır. Üzey şekillerinin çoğu Pleystosen Bölüm (1,6 milyon–10 bin yıl önce) sırasındaki buzul hareketleri ile ortaya çıkmıştır. Düzlükler jeolojik bakımdan geniş bir yapısal havzayı örten genç tortul katmanlardan oluşur. Güneydeki dağlık kesimde ise daha yaşlı ve daha değişken jeolojik oluşumlar bulunur.

Polonya fiziksel coğrafya bakımından kuzeyden güneye doğru beş kuşağa ayrılır. Baltık kıyısı boyunca bataklıkların ve kumulların yer aldığı bir şerit uzanır. Kıyı gerisinde, binlerce gölün bulunduğu buzlaşmış oluşumlu geniş ova son buz kütesinin güney sınırını belirler. Hafif yükseltilere kaplı orta kesimdeki düzlüklerin oluşturduğu üçüncü kuşak, ülkenin can damarı sayılan Varşova, Wroclaw ve Ponzan kentleri ile zengin tarım bölgelerini barındırır. Daha güneydeki Küçük Polonya Yaylaları alçak ve aşınmış tepeleri kapsar. Beşinci kuşak ise Karpat Dağlarını ve bunların kuzeye doğru inen eteklerini içine alır. Ülkenin en yüksek doruğu bu kuşakta bulunan, Slovakya sınırındaki Rysy'dir (2.499 m).

Başlıca akarsuları Nysa Luzycka (Neisse) koluyla birlikte batı sınırının büyük bölümünü çizen Odra (Oder) Irmağı ile ülkeyi bir ağ gibi saran kolların beslediği Vistül (Wisla) Irmağıdır. Sular ilkbahar ve yaz aylarında yükselen her iki ırmak da Baltık Denizine dökülür. Sayıları 9.300 dolayında olan bir hektardan büyük göller ülke topraklarının yaklaşık %1'ini kaplar.

Toprak dokusuna podzollü türler egemendir. Besleyici maddeler bakımından daha zengin olan kahverengi topraklar ikinci sırada yer alır. Küçük Polonya Yaylalarında verimli löss topraklarına rastlanır. Irmak vadileri ve göl çevreleri alüvyonlu topraklarla kaplıdır.

Ülke topraklarının dörtte birinden fazlası karışık ormanlarla kaplıdır. Başlıca ağaç türlerini çam, kayın, meşe ve huş ağacı ile yüksek kesimlerde görülen ladin oluşturur. Karpatlar'ın daha yüksek kesimlerinde orman örtüsü yerini alp ve alpaltı bitkilere bırakır. Güneydoğuda yer yer orman-step bitki örtüsüne, kuzeydoğuda da taygaaltı alanlara rastlanır (7/87).

1.4. Yeraltı Kaynakları

Ülkenin doğal kaynakları kömür, sülfür, bakır, doğal gaz, gümüş, kurşun, tuz ve ekilebilir arazi oluşturur (13/1).

Polonya yeraltı kaynakları bakımından oldukça zengin sayılır. Geniş rezervleriyle dünya çapında ilk sıralarda yer aldığı kaynakların başında maden kömürü (Yukarı ve Aşağı Silezya), kükürt (güneydoğudaki Tarnobrzeg yöresi), çinko ve kurşun (Katowice yöresi) gelir.

Linyit, kayatuzu (halit), doğal gaz ve bakır rezervleri de önemli bir miktarı bulur. Öteki önemli mineral ve metaller barit, kaolin, kireçtaşı, mermer, nikel, kobalt ve gümüşdür; petrol ve demir cevheri gereksinimi büyük ölçüde Rusya ve komşu Doğu Avrupa ülkelerinden karşılanır. Ayrıca Macaristan ve Yugoslavya'dan alınan alüminadan büyük miktarda alüminyum üretilir. Geçmiş çok eskiye dayanan madencilik ihracata katkısı açısından da önem taşır (7/88,89).

1.5. Nüfus Yapısı

Nüfus, oldukça yüksek doğum oranına bağlı olarak önemli oranda artmaktadır. Göç hareketi önemini yitirmiştir. Nüfusu oldukça gençtir. Kentleşme ve sanayileşmenin ikili etkisiyle 1946'dan bu yana nüfus dağılımında önemli değişiklikler görülür. Kırsal bir ülke olan Polonya hızla kentleşti ve kırsal işgücü fazlası sanayileşmede kullanıldı.

Nüfus yoğunluğu zıtlıklar taşır ve güneyden kuzeye doğru azalır. En yüksek değerler Yukarı Silezya sanayi bölgesinde, en düşük yoğunluklar ise batı ve kuzey topraklarda görülür. İki kat artan kent nüfusunu dayandıran eski dengeli kent düzeni, XIX.Yy. sanayisiyle aşamalı olarak ilerlemiş, savaşın yıkımından zarar görmüş ve savaş sonrasında güçlü kentleşmesiyle gelişerek tamamlanmıştır (1/9471,9472).

Azinlıkların en kalabalığı 400 bin kişi ile Almanlar olup, 300 bin Ukraynalı, 250 bin Litvanyalı, 45 bin Çingene, 20-25 bin Beyaz Rus, 20 bin Slovak, 15 bin Musevi, 5 bin Ermeni, 4,5 bin Yunan-Makedon, 4 bin Tatar ve 3 bin Çek azınlık bunu izlemekteydi (6/1).

1.6. Ekonomi

Satın alma gücü paritesine göre 2001 yılı ülke GSMH'sı yaklaşık 339,6 milyar ABD Doları, kişi başına düşen millî gelir ise satın alma gücü paritesine göre 8.800 ABD Doları'dır. 2000 yılı verilerine göre GSMH'nin sektörlere göre yaklaşık dağılımı tarım %4, endüstri %32, hizmet %64'tür. 2001 yılı tahmini enflasyon oranı %5,3'tür. İthalatı 41,7 milyar ABD Doları, ihracatı 41,7 milyar ABD Dolarıdır (13/2,3).

Polonya'da büyük ölçüde hafif ve ağır sanayiler ile madencilik ve tarım sektörlerine dayanan, gelişmiş bir ekonomi vardır. Polonya 1990'ların başlarında devlet denetimindeki planlı ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçişin yol açtığı bütçe açığı, enflasyon ve kaynak eksikliği gibi sorunları köklü yapısal reformlarla büyük ölçüde aşmıştır.

Gayri safi yurt içi hâsılaya katkısı onda birin altında olan tarım sektöründe toplam iş gücünün yaklaşık dörtte biri çalışır. Ülke topraklarının yarıya yakını ekime elverişlidir. 1950'lerin başlarındaki kolektifleştirme programının terk edilmesinden sonra tarım arazilerinin %80'inden fazlasında küçük işletmeler temelinde özel mülkiyete dönmüştür. İşletme büyüklüğünde üst sınır 100 hektardır, ama işletmeler genellikle çok daha küçüktür. Makineleşme düzeyinin hala yetersiz olması ve işgücü açığının artması tarımsal üretimi olumsuz yönde etkilemektedir. Başlıca tarım ürünleri patates, şeker pancarı, çavdar, buğday ve arpadır. Hayvancılık domuz ve sığır yetiştiriciliğine dayanır.

Devlet mülkiyetindeki ormanlardan elde edilen yumuşak tahtalı kereste önemli bir ihracat kaynağıdır. Baltık Denizi ve Atlas Okyanusunda yürütülen balıkçılıkta ekonomiye belirli bir katkıda bulunur.

Gayri safi yurtiçi hâsılanın yaklaşık üçte birini karşılayan madencilik ve imalat sektörleri toplam işgücünün %5'ine iş olanağı sağlar. En önemli sanayi ürünleri demir-çelik, makine ve ulaşım araçları, kimyasal maddeler, pamuklu dokuma, kağıt, metal ürünler ve elektrikli ev eşyalarıdır. Elektrik enerjisinin büyük bölümü kömürle işleyen termik santrallerden elde edilir.

Polonya'nın dış ticaretinde 1990'dan sonra Doğu Avrupa ülkelerinin ağırlığı azalırken, başta Almanya olmak üzere Batı Avrupa ülkeleri ile sıkı ticari ilişkiler kurulmuştur. Makine, metaller, dokuma, giyim eşyası ve gıda maddeleri en önemli ihracat kalemlerini oluşturur. İthal edilen ürünlerin başında makine, taşıt araçları, sanayi donanımı, yakıtlar ve kimyasal maddeler gelir.

Demiryolları iç ve dış yük taşımacılığı açısından büyük önem taşır. Başlıca hatlar Varşova'yı Poznan ve Krakow'a, Yukarı Silezya'yı Gdynia limanına bağlayan demir yollarıdır. Geniş karayolu ağının odak noktasını Varşova oluşturur. Yukarı Silezya'ya Gliwice Kanalıyla bağlanan Odra'dan su yolu taşımacılığında yararlanılır. En büyük deniz limanları Szczecin, Gdynia ve Gdansk'tır (7/88,89).

1.7. İdari Yapı

Dört yılda bir yapılan seçimlerle belirlenen Parlamento, Meclis ve Senato'dan oluşmaktadır. Meclis 460 ve Senato 100 üyedir. Mecliste temsil için siyasi partilerin % 5'lik, parti ittifaklarının % 8'lik barajı aşmaları gerekmektedir. Halen Meclis'te altı parti ve Alman azınlığı temsil edilmektedir. Milli azınlıklar %5'lik barajdan muaf tutulmaktadır. Polonya Cumhuriyetinde yürütme görevi Bakanlar Kurulundadır. Bakanlar kurulunun başkanı başbakanıdır (6/1).

1 Ocak 1999 tarihinden itibaren kabul edilmiş yasayla ülke yapısı 16 il, 308 ilçeye ve 2,483 kazaya bölünmüştür. Yerel idareler, 4 yılda bir seçilen encümenler tarafından yönetilir. Yerel idarelerin mali kaynaklarının bir kısmı bölgelerindeki vergilerden, bir kısmı ise devletin genel vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Aynı zamanda merkezi idare ile yerel idareler arasında bir bağ oluşturan köy yönetimleri de bulunmaktadır. 40,000'den daha az nüfuslu yerleşim birimleri, encümenlerini en çok oy alanı daha az oy alanı geçtiği ve kişilerin seçildiği bir sistemle seçerler. Nüfusu daha kalabalık yerleşim birimlerinde ise tek tek adayların değil, siyasi partiler listelerinin aldığı oy oranları dikkate alınır. 1993 yılından bu yana uygulanmakta olan idari reformlar, eğitim ve sağlık alanlarında önceliği illerden alarak daha küçük birimlere vermektedir. 1998 idari reformu ise merkezi yönetimin yerel yetkisini ortadan kaldırmaktadır. Valinin görevi, ili içerisinde bir çeşit "müfettişlik" olarak görülmektedir, buna karşın asıl yönetim erki seçilmişlerin ve yeni bölgelerin icra merci olan Başkanlarıdır. Başkanlar kendi bölgelerinin vergi gelirlerinin %30'unu, KDV'nin ise %15'ini kullanma yetkisine sahiptirler. Bu yeni yönetim şekliyle, 320 seçilmiş kazada idareciler, sağlık ve eğitim alanında daha önceki yaklaşımı aşan, büyük başarılar elde ettikleri belirtilmektedir (10/3).

I.8. Ulaşım

Demir yolları 23,420 kilometredir. Otoyollar toplam 381,046 kilometredir ve bunun 246,966 kilometresi asfaltlı, 131,080 kilometresi stabilize. 9 tane limana sahiptir. Havaalanları 122 adettir ve 3 adet helikopter alanına sahiptir (13/3).

I.9. Eğitim

Yüzde yüz'e ulaşan okuryazarlık ve yüksek okullaşma oranı, Polonya'nın kapsamlı ve yaygın eğitim sisteminin gelişmişlik düzeyini yansıtır. Eğitim 7-15 yaşları arasında zorunlu ve bütün aşamalarda parasızdır. Ortaöğretim kurumlarının önemli bir bölümü meslek okullarıdır. Başlıca yüksek öğretim kurumları arasında Varşova Üniversitesi (1808), Krakow'daki Jagiello Üniversitesi (1364) ve Lublin Katolik Üniversitesi (1918) sayılabilir. Polonya Bilimler Akademisi çeşitli araştırma enstitüleriyle en yüksek akademik kurumdur (7/89).

I.10. Kültürel Yaşam

Tarih boyunca Batı kültürünün bütün büyük hareketlerinden ve akımlarından derin bir biçimde etkilenen Polonya hemen hemen her alanda zengin ve özgür bir mirasa dayanır. Katolik inancın öğeleri Polonya'nın kültür dokusunda hala önemli bir yer tutar. Giyim, süsleme sanatları, şarkılar ve halk dansları gibi alanlarda genellikle bölgelere özgü çizgiler taşıyan zengin ve renkli folklorik gelenekler, II. Dünya Savaşı sonrasında sanayileşmenin ve yeni kitle iletişim araçlarının etkisiyle yaşanan köklü değişim sonucunda hızla silinmeye yüz tutmuştur. Günümüzde bu gelenekler ancak bazı dinsel uygulamalarda ve Devlet Halk Dansları Topluluğu gibi kurumların etkinliklerinde yaşamaktadır. Ulusal kimliğin biçimlenmesinde ve korunmasında önemli rol oynayan Polonya edebiyatının 19. yüzyılın ilk yarısında yetiştirdiği adlar arasında üç büyük şair öne çıkar: Adam Mickiewicz, Juliusz Slowacki ve Zygmunt Krasiński. İzleyen dönemin önde gelen temsilcilerini ise her üçü de Nobel Edebiyat Ödülü sahibi olan Henryk Sienkiewicz, Wladyslaw Reymont ve Czeslaw Milosz oluşturur. Polonya müziğinin temelini ünlü besteci Frederic Chopin'in attığı kabul edilir.

Polonya'daki eski kilise, şato ve saraylar romanesk, gotik, rönesans ve barok mimari üsluplarının yetkin örnekleri oluşturur. En büyük gelişmesini 19. yüzyılın ikinci yarısında gösteren Polonya resminin ünlü ustaları arasında Jan Matejko, Henryk Siemiradzki ve Stanislaw Wyspianski sayılabilir.

Polonya kentlerinin çoğunda sanat, etnografya, arkeoloji ve doğa tarihi müzeleri vardır. Krakow'daki Czartoryski müzesi 1805'ten, Poznon'daki Melzynski müzesi 1857'den Varşova'daki Ulusal Müze 1862'den kalmadır (7/89,90).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

1918–1939 yılları arasındaki süreçte, Polonya’da sağlık sistemleri yaygınlaştırılmıştı ve Bismarççı bir sağlık sigorta sistemi nüfusun %7’lik kısmını kapsıyordu.

II. Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık hizmetleri bir kamu sorumluluğu olarak belirtildi. Sağlık sisteminin idaresi büyük oranda merkezîyetçi bir yapıya sahipti. Ancak sistem tam olarak Sovyet sistemine benzemiyordu. Örneğin, özel sektör tamamen ortadan kaldırılmamıştı ve bazı özel tıp kuruluşları ve özel dış sağlık hizmetleri halen mevcuttu. İlk sağlık reformları ücretsiz ve temel kamu sağlığı hizmetlerini geliştirmeyi amaçlıyordu. Bu hizmetler tüm devlet çalışanlarına sunuldu ve 1950’li yıllarda işyerlerinde mesleki sağlık klinikleri açıldı. Sağlık hizmetleri 1972 yılında tarım işçilerini de kapsayacak biçimde genişledi (4/28).

II.2. Sağlık Sistemi Reformları

1990’ların başındaki ekonomik ve politik değişimler diğer sektörler kadar sağlık sektörünü etkilemedi. Sağlık sistemindeki reform hızı daha düşük oldu ve sağlık hizmetleri kamu hizmetlerindeki ilk sırasını korudu.

Tam bağımsızlıktan sonra sağlık sektörüdeki kanunların temel parçası olan 1991 Sağlık Kurumları Kanunu reform için temel ilkeler içermekteydi. Bu Kanun idari yapıda çeşitlilik sağlıyordu ve sağlık kurumlarının mülkiyeti özel ve yardım kuruluşlarına, kooperatiflere, yerel yönetimlere (il) ve merkezi hükümet organlarına bırakılıyordu. Ayrıca bu Kanunla kaliteli hizmet, hastayı bilgilendirme ve ölümcül vakalarda güvenilirlik sağlanması hedefleniyordu.

Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının gelişmesinden, ulusal sağlık programından ve diğer ulusal koruyucu programlardan insan gücü eğitiminden ve araştırmasından, yüksek derecede özelleşmiş tanıtıl ve tedavi edici imkânlardan sorumlu hale geliyordu. Bölgeler tıp kuruluşları tarafından desteklenen üçüncül kuruluşların organize ve finanse edilmesinden, bağımsız iller de il hastahanelerindeki ikincil önlemlerden sorumluydu.

Birincil önlemler köylere transfer edilmiş ve mahalli hastahaneler bu beldelerin kurumu olmuştur. Gelecek dönem sağlık sistemi sağlık sigorta fonu tarafından artarak finanse edilmeye başlandı. Sağlık sektöründeki gerçek yapısal değişiklikler bundan sonra meydana geldi. Sağlık kurumları giderek kendi bütçe ve servislerini yöneten birer bağımsız birim haline gelmeye başladılar.

1990’ların başından beri Polonya, sağlık sistemini pazar ekonomisine dönüştürmenin yollarını arayan politikalar içindedir.

Polonya sağlık sistemindeki reformlar birçok alanı kapsamaktadır. Finanssal kaynaklar oldukça kısıtlıdır. Zayıf ekonomik koşullar yaşlı nüfusta sağlık problemlerinin oluşmasına neden olmuştur. Sağlık sisteminde çalışan yöneticiler ve diğer yetkililer sorunlardan haberdardır. Yeni ulusal sağlık sigortasının uygulamaya geçmesiyle çözüm için yeni beklentiler oluşmuştur.

Şubat 1997'de iki yıllık oluşturma periyoduyla birlikte ulusal sağlık sigortası kurulma kararı Meclisten geçti. Bu sigorta yasalarının en önemli kısmı haklarla ilgilidir. Eğer haklarla ilgili kısım yanlış oluşturulursa, sistemi ne kadar yenilenirseniz yenileyin sağlık koşulları kötüleşecek, toplumun beklentileri karşılanacağı bilinmektedir.

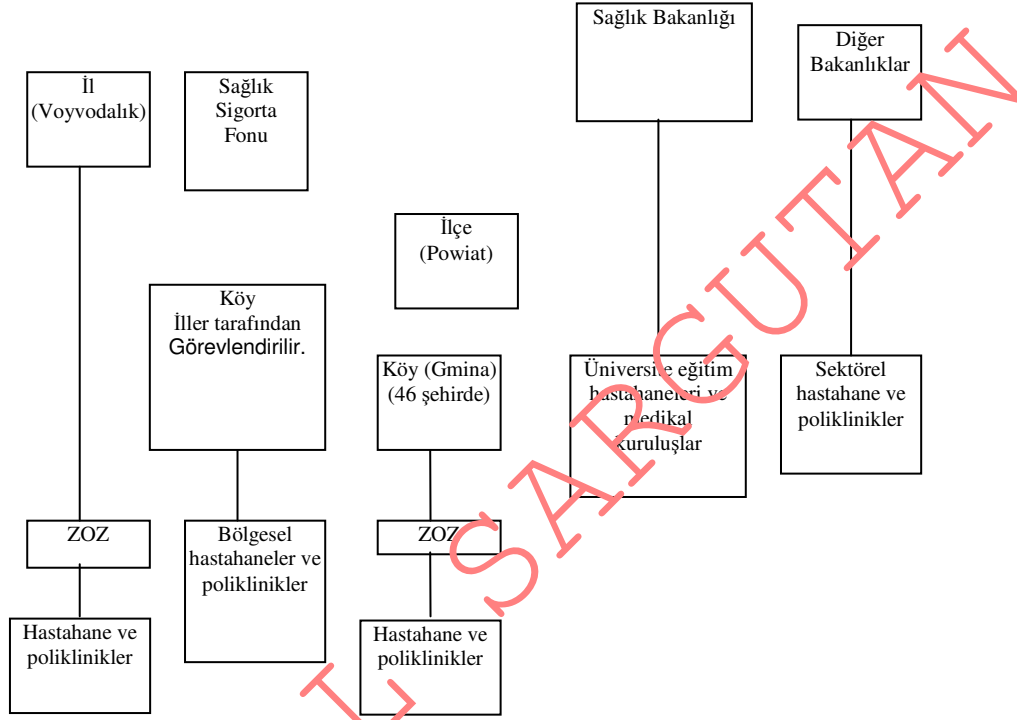
Diğer önemli kısım, sağlık finansmanı reformundaki başarıdır. Başarılı bir sistemin içeriğindeki 4 esas nokta olan finans, ödemeler, sağlık sisteminin dağılımı ve sağlık sisteminden yararlananların hak ve davranışları konuları planlanmaktadır.

- *Finans*: Sağlık sistemi için kaynak toplama, organize etme ve dağıtım kapasitesi,
- *Ödeme*: Finanssal kaynakların niteliğini ve etkililiğini artırarak şekilde kullanılması,
- *Sağlık Sistemi Dağılımı*: Kaynakları etkili bir şekilde kullanabilecek, istenilen nitelik ve özverileri başarabilecek, hizmet ettiği bölgenin halkını şu anda ve gelecekte sağlık hizmetlerini karşılayabilecek şekilde ünitelerin kurulması ve dağılımı,
- *Hak ve davranışlar*: Yeni bir kamu sorumluluğu oluşturulmasını içerir (8/1).

1997 Genel Sağlık Sigorta Yasası ve 1998 değişiklikleri 1 Haziran 1999'dan sonra işlerlik kazandı. Sigorta sistemi şu i kelere dayanıyordu:

- *Tam katılım*: Aynı şartlar altında tüm halkın sigortalanaacağı ve hiçbir sınıfın dışlanmayacağıdır (evrensel katılım).
- *Zorunluluk ilkesi*: Herkesin sigorta primi ödeyerek sisteme katılması zorunluluğudur.
- *Sosyal Dayanışma*: Sağlık sigortası maliyetlerinin sigortalı insanlar tarafından paylaşarak karşılanacağı ve bu karşılıktan sigortalı insanların yararlanacağıdır.
- *Gizlilik*: Devlet sigorta sistemi bilgilerinin gizliliğini garanti edecekti (4/49-50).

Özet olarak, 1990'lı yıllarda büyük bir oranda devlet tarafından finanse edilmekte olan sistem yavaş yavaş topluma yönelik bir ilerleme göstermekteydi. 1990'lı yıllardaki hiyerarşik yapıdaki değişimle merkezîyetçi yönetimden uzaklaşarak bölgesel yönetimlerin (illerin) yetkisini artırdıktan sonra, çoğu sağlık hizmetinin yönetimi 1991 yılında Ulusal Sağlık Bakanlığında alınarak illere ve alt seviyedeki yerel yönetimlere (köylere) verilmiş; ikinci adım olarak 1993 yılından sonra çoğu toplum sağlığı hizmeti veren kurumlar (binalar) eyaletlere ve yerel yönetimlere devredilmişti; üçüncü büyük değişim olarak 16 adet bölgesel sağlık sigorta bütçesi kurulmuş, demiryolu işçileri, askerler gibi üniformalı çalışanlar da dâhil olmak üzere, bütçeler bir ayrıma tabi tutulmuş; Şubat 1997'de Sağlık Sigorta Yasası yürürlüğe girmiş; Ağustos 1998'te yeni hükümet tarafından tekrar düzenlenen bu sigorta fonları sağlık sistemi ve bütçelerin ayarlanması üzerinde önemli derecede etki yapmıştır (8/1).

Şema 1: Polonya Sağlık Sistemi Organizasyon Şeması

Kaynak: (4) Healty Care Systems in Transition- Poland, s:8

II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı**II.3.1. Sağlık Bakanlığı**

Sağlık Bakanlığının, sağlık sistemine maddi kaynak sağlanması, politika oluşturma ve düzenleme rolleri değişmektedir. Bu bakanlık, genel ve ulusal sağlık politikası, büyük yatırımlar ve özel sağlık hizmetlerinden sorumludur. Bakanlığın yönetsel sorumluluğu sağlık hizmeti veren kuruluşların bazılarının doğrudan finansman edilmesidir. Bunlara ulusal yüksek lisans eğitimi için merkezler, ulusal çocuk sağlığı merkezleri, plastik cerrahi ve kardiyoloji dahil edilebilir. Tıp akademileri, üniversite hastahaneleri ve araştırma kuruluşları yarı otonomdu, fakat son olarak Sağlık Bakanlığına karşı sorumlu hale getirildi. Bakanlık sağlık programlarının hazırlanması, sağlık personelinin eğitimi, medikal araçların temini, sağlık hizmetinin düzenlenmesi ve denetlenmesinden de sorumludur (4/8).

II.3.2. Maliye Bakanlığı

1992 yılında sağlık sisteminin finansmanını Maliye Bakanlığı üstlenmiştir. Maliye Bakanlığı, sağlık bütçesini Sağlık Bakanlığı kuruluşları ile iller arasında paylaşmaktadır (4/8,9).

II.3.3. Diğer Bakanlıklar

Bu kapsamda Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığının, Savunma Bakanlığının, Ulaştırma Ve Deniz Ekonomisi Bakanlığının, Adalet Bakanlığının ve İçişleri Bakanlığının görevleri vardır. Bu bakanlıklar sağlık hizmetleri konusunda değişik görevler üstlenmektedir. Bu hizmetler genel sağlık hizmetlerinin %10'nu oluşturmaktadır. 1999'dan itibaren bu hizmetlerin harcamaları ulusal düzeydeki sağlık sigortası fonlarından karşılanmıştır (4/9).

II.3.4. İller (Voyvodalık)

Ülke 49 il'e ayrılmıştır. Bu sayı Ocak 1999'da 16'ya indirilmiştir. Daha önceki komünist rejim döneminde iller merkezi hükümet yönetimindeydiler. 1992'den itibaren illerin bütçeleri doğrudan Maliye Bakanlığı tarafından temin edilmektedir. İllerin daha da özerkleşmesi uygulaması, sağlık hizmetlerini, sağlık kurumlarını da organize etti ve bütçelerini ayırdı. Bu kuruluşlar ilincil hatta üçüncül ve özel sağlık hizmeti veren hastahanelere dönüştüler. Her il çok sayıda Sağlık Koruma Örgütü (ZOZ) yönetiyordu. İllerin politik ve mali özerkliği, potansiyel olarak ülke genelinde sağlıkta ve sosyal hizmetlerde önemli ölçüde farklılıklar göstermeye müsaitti. İller 1990'lı yıllarda, kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerinin tamamlanmasına ve geliştirilmesine teşvik edildiler (4/9).

II.3.5. İlçeler (Powiat)

Devletin bu geleneksel bölgeleri 1975 yılında kaldırıldı, 1998 yılındaki ara seçimden önce tekrar kuruldu. İlçeler büyük iller ve küçük köyler arasında orta seviyededir. İlçeler, o bölgede sağlık hizmeti veren kuruluşların yönetimini elinde bulunduracaktır. Bunlara bölgesel hastahaneler (cerrahi, pediatri, anestezi gibi) de dâhil edildi (4/10).

II.3.6. Köyler (Gmina)

2.121 köy yönetimi, kendi konseylerini seçebilir, merkezi yönetiminden yetkilidirler ve kendi vergi oranlarını ayarlayabilirler. Beldeler sağlık hizmetleri alanında yenidirler ve 1991'den sonra merkeziyetçilikten uzaklaşma politikalarının doğurduğu zorunlulukla oluşmuşlardır. Bazı köyler, Maliye Bakanlığı ve illerden ayrılarak birincil ve ikincil sağlık hizmetleri vermekteler.

1995'ten itibaren 50 köye yasamayla verilen imkânlarla çoğu kendi yerleşim bölgesindeki illerden önceki sağlık hizmetlerini verir duruma gelmiştir. Toplamda 1.700'den fazla, genel sağlık merkezi gibi, çoğunlukla birincil sağlık hizmeti veren ve beldeler tarafından yönetilen sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Henüz ZOZ'ları eski seviyesine ulaştırmak ya da ZOZ'ları ve köylerden azaltarak ilçelere öncelik verilmesi konusu tam olarak netleşmemiştir (4/10).

II.3.7. Sağlık Koruma Örgütü (ZOZ)

Sağlık Koruma Örgütü (Zespol Opieki Zdrowotnej-ZOZ), 1990'lı yılların başlarından beri birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin verildiği genel bir merkez durumundadır. ZOZ sağlık ve sosyal hizmetlerin birleşiminden oluşmuştur. ZOZ çoğu zaman eleştirilmekte ve sistem değişimlerin odağında bulunmaktadır.

Sayısı 500'ün üzerinde olan ZOZ'lar kendi bölgelerini kapsayan nüfusa yönelik olarak birincil ve ikincil sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunlara emir-sor düzenlemeye göre bir hastahane, poliklinik hizmeti veren ve genel personeli bulunan bir kuruluş ve bazı özel sağlık hizmeti veren sağlık profesyonelleri, birincil sağlık hizmeti veren doktor ve hemşirelerden oluşan ayakta tedavi merkezi, okul gibi özel hizmet veren binalar ve sosyal hizmet veren sınırlı sayıda kuruluşlar buna dahil edilebilir. Aynı bütçeden yararlanan sağlık hizmeti ve sosyal hizmet veren grupların yönetimi birleşmeye yöneltilmişlerdir. ZOZ bütçesi hizmet verdiği nüfusa göre değişen oranlarda ortalama olarak 100.000 civarında kişidir ve illerden destek almaktadır (4/10,11).

II.3.8. Planlama, Düzenleme Ve Yönetim

Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı dâhil hiçbir organ tek başına planlama, düzenleme ve yönetme yetkisine sahip değildir. Yeni siyasi yapıya geçişin amacı sosyalist bürokrasinin kalıntılarını yok etmeye yöneliktir. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründeki "emir-komuta" rolünü üstlenmiştir.

Bugünkü ulusal sağlık programı 1996–2005 yıllarına yöneliktir. Uygulamada yeni yasaları yürürlüğe sokmak ve sektör içi koordinasyonu başarmak ve ispatlamak zor olmaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları kendi bölgelerinde planlama, düzenleme ve yönetim konusunda daha fazla özerkliğe sahiptir. Bu sağlık hizmeti sunucularına iller, köyler diğer bakanlıklar ve ilçeler dâhil edilebilir. 1995 yılındaki düzenlemelerle birlikte, sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlar kendi bütçelerini yönetmek, eleman kadrosu oluşturmak, hizmet kararı almak konusunda etkili duruma getirilmiştir. Bu yeni kuruluşlar ve yöneticiler daha önceki temel deneyimlerinden faydalanarak yönetim üzerindeki deneyimlerini geliştirmektedir.

Finansman ve hizmetler üzerindeki güç dengesi sigortalara doğru değişim içindedir.

Profesyonel dernekler, yasal yapılar ve eğitim kuruluşları gelişmekte, planlama ve düzenleme üzerine etkileri artmaktadır. Profesyonel dernekler ve meslek birlikleri şimdilerde sağlık politikalarının şekillendirilmesinde aktif rol oynamaktadır. Bu kurumlar daha mücadeleci duruma gelmektedirler. 1989'da Tabipler Birliği kuruldu ve doktorların kayıt yaptırması yasalarla zorunlu hale getirilerek onların sağlık politikası ve eğitim alanlarında oynadıkları rol artırıldı. Hemşireler Birliği ve Ebeler Birliği de benzer fonksiyonları kendi meslek alanlarında uygulamaktadır. Polonya Genel Ve Toplum Hekimliği Kuruluşu (Derneği) gibi çeşitli meslek kuruluşları kendi üyeleriyle ilgilenmek için kurulmuşlardır.

1991 yılında Sağlık Kuruluşları Kanunu ile hasta hakları, hastaları bilgilendirme, hastalarla ilgili kayıtlara ulaşım ve hastaların mahremiyeti garanti altına alınmıştır. Bu gereksinim kültürel bir değişim ile oluşmuştur (4/11,12).

II.3.9. Sağlık Sisteminin Yerelleştirilmesi

Polonya sağlık hizmetleri merkezileşmeden uzaklaşarak, yerel yönetimlere bu konuda sorumluluk vermeye yönelik bir eğilim içindedir. İllerin sağlık hizmeti yönetimindeki rolü artmış ve bu artış yönetimde sorumluluğa dönüşmüş ve bu sorumluluk çalışma sınırlarının belirlenmesini sağlamıştır.

1990'lı yıllarda sağlık hizmetleri önemli derecede yerleştirildi. Köyler, birincil sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumlu hale geldi ve bazı büyük şehirlerde ZOZ'dan önce ikincil sağlık hizmetlerini sunar hale geldi.

Son zamanlarda yeniden kurulan ve seçilen değişik düzeydeki bölgelerde ilçelerin, nakitlerin finansmanında oynadıkları rol artmıştır.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, özerk veya bağımsız hale gelmektedir ve kendi hizmetlerinden sorumlu, kendi kararlarını verebilecek, kendi bütçelerini oluşturacak yapıya kavuşmaktadır. Bu kuruluşlar, sivil yasalara bağlı olacaklar ve verdikleri hizmetler için sözleşme yapabileceklerdir. Bu bağımsız kuruluşlar kendi gelirlerini elde edecek çeşitli kaynaklar elde etmişlerdir. Bunların arasında sağlık sigorta fonları, Sağlık Bakanlığı yoluyla devlet desteği, özel kuruluşlar ve bazı kişiler bulunmaktadır.

Özelleştirme eczacılık, dişçilik uygulamaları ve özel tıbbi uygulamalarda ilerleme gösterdi. Bu meslek çalışanları özel olarak çalışabildikleri gibi kamu sektöründe de çalışabilmektedir. Özel olarak çalışan bu kişilerin çoğu kamu sektörü çalışanlarıdır ve sayıları 16.000 dişçi (yaklaşık olarak bütün dişçilerin %90'ı), 60.000 doktor (yaklaşık olarak bütün doktorların %66'sı), ve 6.000 eczacıdır. Hastahaneler kamu kuruluşu olarak kaldılar ve bunlardan sadece birkaçı gönüllü (ücretsiz) hizmet vermeye devam ettiler.

1997-1999 yılları arasında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunu, tekrarlayan fonlar ve yönetimleri bölgesel fonlara taşınmasını sağladı (4/12,13).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin verilmesi üç aşamalı bir yapıda gerçekleşmektedir. Sağlık Bakanlığı üçüncül sağlık hizmeti veren hastahaneler ve klinikler açarak hizmet verdiği toplum kesimini genişletmektedir.

İller birincil ve ikincil sağlık hizmetinin verilmesinden sorumludur. Sağlık Koruma Örgütü ZOZ, illerin bir alt dalını oluşturmaktadır ve çoğu birincil sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmeti ve hastahane hizmeti sağlamaktadır. Kırsal bölgelerde ZOZ'lar çoğu sağlık hizmetinin verilmesinden sorumludur. Geniş çapta şehirleşmiş bölgelerde ise ZOZ'lar uzmanlaşmışlardır. Örnek olarak pediatrik hizmetleri verilebilir.

Bölgesel yönetimler ve bazı büyük köyler birincil ve ikincil sağlık hizmetini vermektedir. Daha küçük köylerde doktor ve hemşirelerin çalıştığı birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlar bulunmaktadır (4/25).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmeti

Son 40 yıldır Polonya'da birincil sağlık hizmeti veren birimler insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları bölgelerde hizmet vermektedir. 1998 yılında 3.300 birincil sağlık hizmeti veren merkezin yarısından çoğu bölgesel iller tarafından idare edilmektedir. Kalan üçte birlik kısım ise (artan oranlarla) bölgesel yönetim birimi olan köyler tarafından idare edilir. Köyler, birincil sağlık hizmetlerini yürüten bir kurula sahiptir.

Polonya'da yaşayan insanlar 1988'de ortalama yılda 5 kez ayakta tedavi kurumuna gitmişlerdir. Orta Avrupa ülkelerinde, Batı Avrupa ülkelerine nazaran doktora giden kişi sayısı yüzde olarak daha yüksektir. Ancak son zamanlarda Polonya'da yapılan çoğu istatistik bunu göstermemektedir.

Son zamanlara kadar, aile hekimliği ve genel pratisyenlik yaklaşımı mevcut değildi. Birincil sağlık hizmeti veren hekimler esas olarak iç hastalıkları, doğum-jinekoloji veya pediatri alanlarında uzmanlaşmışlardır.

Birincil sağlık hizmeti veren doktorlar sağlık hizmeti için ilk başvuru noktasıdır ve sağlık hizmetlerine giriş rolünü üstlenmektedir. Kırsal bölgelerde birincil sağlık hizmeti, iç hastalıkları uzmanı, doğum ve kadın hastalıkları uzmanı, pediatrist, diş doktoru, ebe, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin bulunduğu poliklinik ve ayakta tedavi hizmeti veren kurumlar tarafından yürütülmektedir. Daha küçük köylerde ise, birincil sağlık hizmeti merkezlerinde hemşire ve doktordan oluşan personel tarafından yürütülmektedir. Kent bölgelerinde ise birincil sağlık hizmeti, bazı uzman dallarını ve teşhis binalarının bulunduğu büyük poliklinikler tarafından yürütülmektedir. Acil sağlık hizmetleri ise, bölgesel ambulanslar ve acil servis birimleri tarafından verilmektedir.

Birincil sağlık hizmetleri coğrafi özelliklere göre örgütlenmektedir. Örneğin; 1.200–2.500 insanın yaşadığı bölgede bir iç hastalıklar uzmanı bulunmaktadır. Her pediatrist 300–1.000 çocuğa bakmakla sorumludur. Bazı bölgelerde birincil sağlık hizmeti il veya köy ile bağlantılı olarak çalışan pratisyen hekimler ve aile hekimleri tarafından oluşturulan bir grupça verilmektedir. Aile hekimleri de bölgelere ve polikliniklere göre ayrılmaktadır.

● Birincil sağlık hizmetlerinde geçmişte gereken önem verilmemiştir. Sınırlı alanlarda uzmanlaşmış, eğitimi birinci basamak sağlık hizmeti içermeyen bazı uzmanlar, kendilerini sağlık hizmetlerine adanmışlardır.

Birincil sağlık hizmeti veren doktorlar bazı özel durumlarda hastaları bir üst sağlık hizmetine sevk etmektedirler. Birincil sağlık hizmetlerinden geçen hastalar daha iyi bir sağlık kaynağına, örneğin uzmanların bulunduğu bir sağlık kuruluşuna yönelmektedir. Birincil sağlık hizmeti veren doktorların eğitimi daha zayıftır ve muayenehanelerinde teşhis için gerekli donanım bulunmamaktadır. Bugünkü strateji, birincil sağlık hizmetlerinin durumunu ve kalitesini geliştirmektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen bazı reformlar 1994 yılında Polonya'da Birincil Sağlık Hizmetlerinin Değişimi adı altında yayınlanmıştır. Asıl yapısal reform ise, birincil sağlık hizmetlerinin, kendi fonlarını yöneten, organize eden ve denetleyen bölgesel yönetimlerin (köy) sorumluluğuna devredilmesi ile oluşmuştur. Bölgesel kuruluşlar, sağlık hizmetlerinde kendi temsilcilerinin daha çok söz sahibi olmasını sağlamışlardır.

Aile hekimliği modeli bireysel veya pratisyen hekimler topluluğu çerçevesinde organize edilmektedir. Bu yeni modeli desteklemek için 1992 yılında Varşova'da Aile Hekimliği Koleji açıldı. Aile hekimliği, verilen bu uzman eğitimle başlamıştır. Aile hekimleri bölgedeki illerle (veya köyler) sözleşme yapıp, o bölgede yaşayan nüfusa sağlık hizmeti vermektedir. Ülke genlinde pilot çalışmalar başarılı oldu, standartlar yükseldi ve şimdilerde bu kuruluşlar daha donanımlı hale getirildi. Fakat hala çoğu hizmet için gerekli tedavi donanımına sahip değillerdir.

1997 yılındaki Genel Sağlık Sigortası Yasası, hekimleri sigorta fonlarıyla doğrudan ilgili hale getirdi, hekimlerin hizmet kalitesini arttırdı ve onlara daha fazla özerklik kazandırdı.

1998'de yeni hükümetin Sağlık Bakanlığı da aile hekimliğine olan desteğini devam ettirdi ve ulusal düzeyde çeşitli danışmanlar atadı (4/25-28).

II.4.2. Toplum Sağlığı Hizmetleri

1950'li ve 1960'lı yıllar arasında geliştirilen bu sistem ile bulaşıcı hastalıklara karşı önemli bir başarı elde edilmiştir. Her ilin sağlıkla ilgili müfettişi vardır ve bu müfettişler çalışma alanlarını denetlemektedir. Bu müfettişler son olarak Sağlık Bakanlığında bulunan başmüfettişe karşı sorumludur. Buna ek olarak, Ulusal Hijyen Enstitüsü, hastalıklardan korunma sorumluluğunu üstlenmiştir.

Aşılama, çocukların sağlık hizmeti ve doğum hizmetleri ZOZ'un pediatrik bölümü tarafından yapılmaktadır. İller ve ZOZ da yetişkinlerin korunmasından sorumludur. Çevresel ve mesleki hastalıkların bakımı için Lodz ve yukarı Silesia'da, kırsal bölgelerde hizmet vermek için sağlık hizmeti veren kuruluşlar bulunmaktadır.

Polonya'da, Orta Avrupa'da sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için yapılmakta olan çalışmalar tartışılmaktadır. Ulusal Sağlık Programı, sağlık eğitiminin ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik çalışmaları içermektedir. Polonya'da sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, sağlık hizmetlerinin yönetimi için bir bölüm oluşturulmasıyla başlamıştır. Son yapılan çalışmalara, sağlıklı şehirler ağı (29 şehirdeki 6 milyon insanı kapsayan) sağlıklı okullar, sağlıklı işyeri ağı, sağlıklı ev projeleri dâhil edilmektedir. Son zamanlarda Polonya'da sağlık kalitesini artırmaya yönelik ilk kitap yayımlanmıştır. Şimdilerde ise Sağlık Kalitesini Artırma Ünitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, Meslek Hastalıkları Enstitüsü, Onkoloji Enstitüsü, Gıda ve Beslenme Enstitüsü gibi merkezler Tıbbi Araştırma Merkezine bağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı 1998 yılında ulusal HIV-AIDS programına başladığını duyurdu.

Önceleri toplum sağlığı çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken, şimdilerde iller ve bölgesel yönetimler tarafından finanse ve organize edilmektedir. Ulusal Sağlık Programı, kazalardan ve yaralanmalardan korunmak, sağlık kalitesini artırmak ve sağlık eğitimi için ulusal merkezler kurmayı tasarlamaktadır (4/28–30).

II.4.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri ilk seviyede yerel yönetime ait sağlık hizmeti veren kuruluşlar (ZOZ veya il) veya büyük belediyeler tarafından (köyler) verilmektedir.

Reformda hastahaneler, akut hastahaneler, kronik bakım hastahaneleri, hemşirelik evleri ve bakımhaneler olarak sınıflandırılmıştır. Her biri kendi bölgesinde hizmet veren bu sağlık kuruluşları, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ölçütler doğrultusunda akredite olmak zorundadırlar. Her birinin kendine ait bir kapsama alanı vardır ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ölçütleri karşılamak zorundadırlar. Günlük ve evde bakım hizmetlerinin de uzun süreli, hastahane dışında verilen sağlık hizmetleri gibi gelişme göstermesi beklenmektedir. Burada bir özelleşme programı yoktur. Bazı kiliselere ait veya kamuya ait olmayan hastahaneler, sahipleri tarafından restore edilmiştir. Sadece birkaç tane kar amaçlı özel hastahane bulunmaktadır.

Hastahane sistemi birkaç yönden eleştirilmektedir. Bu eleştirilme sebepleri, merkezi bir kaynak planlaması yapılmaması, uzun bekleme süreleri, el altında ödeme yapma (rüşvetin) oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Hastahanelerde finansal kontrolün zayıfladığı söylenilmektedir.

1985'ten beri, birçok referans ülkede, yatak sayısında azalmalar meydana gelirken, en az düşüşlerden birisi Polonya'da meydana gelmiştir (-6%). 1997 göstergelerinde (622/100.000), referans ülkeler arasında Slovenya'dan sonra Avrupa Birliği ortalaması (687/100.000) altında olan en düşük ikinci ülke konumundadır ve 1998'de bu ortalama (736/100.000) olmuştur.

Çeşitli referans ülkeler arasında, hastahanelerde yatarak tedavi gören hasta sayısı 1998'de %13,5–24,2 arasındadır. Polonya'da bu oran son 10 yıldır yükselerek 1998'de %13,8'dir ve Avrupa ortalamasının (%18,1, 1998) oldukça altındadır.

1950'li yıllarda bütün referans ülkelerde, hastahane kalma süresinde düşüş meydana gelmiştir. 1985'te referans ülkelerde bu süre ortalama 13,4'tür fakat Avrupa Birliği ortalamasından (15,1), 1,5 gün daha düşüktür. 1997'de Avrupa Birliği ülkelerinde yatarak tedavi görme süresi 11,1'dir, bu süre referans ülkelerde 10,9 Polonya'da ise 10,4'tür. 1999'da ise düşüş devam ederek 9,3 olmuştur.

1998 yılında referans ülkeler arasında, ayakta tedavi gören kişi sayısında yüzde 4,6 ile 16,4 gibi oldukça büyük farklılıklar olduğu rapor edilmiştir. Son 12 yıldır Polonya'da bu oran %16 gibi bir düşüşle 5,2 olmuştur ve referans ülkelerin altında (8,1 1998) kalmıştır (5/31,32).

II.4.4 Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler Sovyet 'Semansko' modeli adı altında zayıf bir gelişme göstermiş ve hastahanelerde çoğunlukla tıbbi olmayan hizmetler de verilmiştir. Sosyal hizmetler insanları korumak için verilen tıbbi hizmetler yerine daha çok, çok yaşlı veya sakat insanlara, bakımevlerinde ve diğer merkezlerde hemşirelik ve diğer bakım hizmetlerinin verilmesidir. Sağlık sektörü politikasının genel amacı, akut olmayan sağlık hizmetlerinin hastahanelerden önce verilmesine yönelik bir değişimi gerçekleştirmektir. Bu politikanın amacı, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, uygun olan yerlerde sosyal hizmetlerin veya sağlık hizmetlerinin birini yerine verilmesidir.

1990'lı yıllar boyunca gönüllü ve kamuya ait olmayan sektörler önemli gelişme göstermiştir. Bu kamusal olmayan kuruluşlar, hemşirelik evlerinde hizmet verilmesi, bakımevi hizmetleri, rehabilitasyon hizmeti ve uzun süre bakım gerektiren hizmetlerin verilmesinde çok büyük rol oynamıştır.

Yeterli derecede yatak sayısı olmayan bu hemşirelik ve bakım evleri 1997'de, gelecekte de yardıma muhtaç insanlara gıda yardımını ve yaşlı ve yardıma muhtaçlar evi sayısını 938'e çıkarmayı hedeflemektedir. Var olan bazı sağlık hizmeti veren kuruluşlar, bu gereksinimleri sağlayan yapıya dönüştürülmektedir.

Sosyal hizmetler ve bakımevleri tam gelişmediğinden, çoğu hastaya bu hizmetler hastahanelerde verilmektedir. Hastalar hemşirelik evlerini kötü bakımevi koşullarından veya sosyal hizmetlerin olmamasında dolayı boşaltmaktaydılar. Çoğu aile, yardıma muhtaç olan kendi yaşlılarına bakmaktaydı. Sosyal hizmetler servisi iller ve ZOZ'ların sorumluluğundadır. Bazı bölgelerde hemşirelik hizmetleri insanlara kendi evlerinde verilmektedir. Gönüllü organizasyonlar ve hasta bakımevleri hastabakıcılık ve yardımı gibi sosyal hizmetleri vermeye gelişmeye başlamışlardır. Fakat bu hizmetler hala oldukça zordur.

Özürlü veya sakat çocukların bakımından Eğitim Bakanlığı sorumludur.

Uzun süreli mental hastalıklar Psikiyatri ve Nöroloji kuruluşlarının denetiminde olan bölgesel psikiyatri hastahanelerinde tedavi edilmekteydiler. Bugünkü yaşaya göre, akut psikiyatrik hizmetlerin, hastaları yaşadığı yerden uzaktaki bir psikiyatri hastahanesi yerine il hastahanelerinde bulunan yeni bölümlere transfer edilmelidir. Bunun amacı, toplum destekli uzun dönemli psikiyatrik sağlık ve sosyal hizmetlerin, illerin sorumluluğunda verilmesini sağlamaktır (4/33-35).

II.4.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Polonya'daki kişi başına düşen doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli sayısı, Batı Avrupa ülkeleriyle aynı seviyededir. 1996 yılında Polonya'da 1.000 kişiye düşen doktor sayısı %2,4'tür. Bu oran Batı Avrupa ülkelerinin oranına Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinden daha yakındır.

1970'den beri 1.000 kişiye düşen doktor sayısı yavaş bir şekilde artmaktadır, buna eczacı, nitelikli hemşire, ebe ve diş doktorları da dahil edilebilir. Sağlık hizmeti veren personel kaynağı yeterli olmasına rağmen, bu meslek grupları acil durumlarda tekrar eğitilmektedir.

Polonya'da ücret seviyesi, çalışma koşulları ve moral unsurları, sağlık personeli arasında problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. 1992'de hükümetin yaşadığı bütçe krizi, sağlık personelinin işlerini kaybetmelerine neden olmuştur ve daha sonra personel alımına standartlar getirilmiştir. Önceki sosyalist yapıdaki devlette sağlık sektöründeki ücret, ortalamadan düşüktü ve bu durum Polonya'da aynı kalmıştır. Enflasyonun kontrol altına alınmasıyla kamu sektöründeki maaş 1990'lı yıllar boyunca fazla bir artış göstermemiştir.

Örneğin 1993 yılında sağlık sektöründeki aylık ortalama maaş, ortalama ücretin %86'sı kadardı. Aylık maaşların gerçek değeri (1989 yılı 100 alınmıştır) 1993 yılında %71,2'ye düşmüş, fakat 1996 yılında %77,9'a yükselmiştir. Doktorlar düşük olan ücretlerini yasal olmayan yollarla aldıkları ücretlerle dengelemeye çalışmaktadırlar. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ücretlerinin, Batı Avrupa'daki seviyeye gelmesini istemektedir.

Sağlık hizmeti profesyonelleri, çoğu ülkede olduğu gibi kentsel bölgelere yönelmektedir. Polonya nüfusunun üçte ikisinde az bir kısmı kentsel bölgelerde yaşamasına rağmen, sağlık profesyonellerinin neredeyse dörtte üçlük bir kısmı kentlerde çalışmaktadır. Sağlık reformu bu nedenle sağlık profesyonellerini birincil sağlık hizmetleri için kırsal bölgelerde çalışmak üzere teşvik etmektedirler (4/35,36).

II.4.5.1. Doktorlar

Polonya'da 11 adet tıp fakültesi bulunmaktadır. Üniversite öğrencisi ilk 6 yıldan sonra bir yıl interönlük yapar, ilk uzmanlığı almak için 2-3 yıl, ikinci uzmanlık için ise 3-7 yıllık bir eğitim gerekmektedir. 1990'lı yıllar boyunca tıp fakültelerinden mezun olan öğrenci sayısında az bir artma olmuştur. 1996 yılında 3.392 öğrenci mezun olmuştur, bu sayı bir önceki yıla göre daha düşüktür ve 100.000 kişiye 8,76'lık bir doktor mezuniyet oranı bulunmaktadır. Bu tıp öğrencilerinin nüfusa oranı Orta Avrupa oranına yakın bir değerdir.

Doktorlar hekimliğe başlamadan önce bölgelerindeki Tabipler Odasına kayıt yaptırmak zorundadırlar.

Lisansüstü eğitim, tıp merkezleri tarafından düzenlenmektedir ve bu eğitim kendi hastahane ve klinikleriyle, diğer yüksek okul hastahanelerinde verilmektedir. Bugünlerde yapılmakta olan bir planla eskiden olduğu gibi, uzmanlık için 2 yıllık bir eğitim ve isteğe bağlı ek beceriler kazanmak için bir yıllık bir eğitim uygulanmak istenmektedir. Tabipler Odası'nın eğitim ve akreditasyon üzerine olan etkisi artmaktadır.

Aile hekimliği eğitim programı, lisansüstü eğitim merkezlerinin önerisi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiştir.

Aile hekimliğinde uzmanlaşmak için iki yıllık bir süre gerekmektedir. İlk 300 aile hekimi eğitimini 1994 yılında tamamlamıştır.

1994 yılında doktorlar ulusal düzeyde genel ortalamanın altında ücret almaktaydılar. Bu nedenle çoğu doktor özel çalışarak gelirini artırmaktadır. Bunun için bazen kamuya ait sağlık hizmeti veren kuruluşlarını kullanarak ve (zarf ödemeleri) maaşlarını iki katına çıkarmaktaydılar. Sağlık sigortası fonunun oluşmasıyla doktorların gelirlerinde artışlar meydana gelmiş, ancak "özel zarf" ödemeleri devam etmiştir. Fakat hastalar daha az rıza ve memnuniyetle bu ödemeyi yapmaktadırlar (4/37).

II.4.5.2. Hemşireler

Hemşireler, 5 yıl mesleki eğitimden geçmektedir. 1991 yılında, bu hemşirelik eğitimi 2,5 yıl olarak yeniden düzenlendi (daha sonrasında 3 yıl). Hemşire ve ebeler, 200 adet hemşire ve 60 adet olan ebelik okullarında, ayrı eğitimlerden geçmektedirler. Hemşirelik fakülteleri 5 tıp fakültesinde açılmıştır ve bu eğitime ek olarak iki yıllık lisansüstü eğitimlerini ebelik, pediatrik hemşirelik, psikiyatrik hemşirelik ve diğer uzmanlık dallarında yapabilmekteydiler. Nitelikli hemşirelerin eğitimlerini üniversitelerde mastır ve doktora seviyesinde devam ettirme hakları bulunmaktadır.

Polonya'da Hemşireler Derneği 1925 yılında kurulmuştur ve komünist devlet döneminde kaldırılmıştır, 1980'li yılların sonunda yeniden kurulmuştur. Hemşirelik günümüzde, kayıtlı ve düzenlenmiş bir meslek dalıdır. 1991 yılında hemşire ve ebeler, kırsal bölgelerde yasalarla belirlenmiş bir şekilde, değişik dallarda konseyler kurmuşlardır. Konsey üyeliği zorunlu tutulmuştur (4/39).

II.5. İlaç Endüstrisi

Polonya'da ilaç endüstrisi ekonominin en modern dallardan birisi olup ilk 10 endüstri sektörü arasında yer almaktadır. Yaklaşık 459 milyon US \$ dır. Bu ilaç endüstrisi 17 POLFA'dan (eski işletme mirası) oluşmaktadır. POLFA'lar yaklaşık olarak 2.000 çeşit ürün üretmektedir ve bunlar birçok tedavi ihtiyacını karşılamaktadır. POLFA'larda üretilen ilaçların fiyatları, kendilerine denk olan önemli ilaçlardan düşük olduğu için, sağlık bütçesi giderlerini düşürmüştür. Sağlık Bakanlığı'ndan geri ödemeler, ilacın türüne ve hastaya bağlı olarak değişmektedir. Hastalar temel listedeki ilaçlar için %0,05, destek listelerdeki ilaçlar için ise ilacın fiyatının %30-50'sini ödemektedirler. Eczacılar en ucuz ilacı vermek zorundadırlar ve hükümet sadece en ucuz ilacı geri ödemesinden sorumludur. Eğer hasta farklı bir ilaç tercih ederse, aradaki fiyat farkı hastaya aittir.

Ülkede yaklaşık 150 üretici bulunmaktadır. Önceleri devlete bağlı olan ve pazarın %90'nına hâkim olan POLFA, özelleştirilerek devlet elinden çıkmıştır. Hükümet şimdi ulusal sermaye ile Polonya'daki üreticilerden bir holding oluşturmalarını istemektedir.

Bu genel holdingleşme süreci ile şu andaki tam sayıları 450 olan ilaç şirketlerinin sayısının birkaç yıl içerisinde 10'a kadar düşürülmesi beklenmektedir.

1999 verilerine göre ithal bir ilacın fiyatı 3,2 US \$ iken eşdeğerli yerli ilacın fiyatı 0,9 US \$'dir.

Son birkaç yıldır Polonya'da 12.000 yeni ilaç tescil edilmiştir. Yıllık yaklaşık yeni ilaç tescil raporu ise 2.000 dolaylarındadır. Fiyatta düşük, üretim hacminde büyük bir ilaç pazarına sahiptir. Polonya son yıllarda birçok Avrupa ülkesinin de yüz yüze kaldığı ve ithal ilaçların artmasından dolayı oluşan fon problemleriyle boğuşmaktadır.

POLFA'ların ikisi şu anda kamu limitet şirketi haline getirilmiştir. 4'ü ise hala devlete aittir. Bu iki şirketin isimleri Polfa Tarchomin ve Starogard'dır (12/7-9).

II.5.1. İlaç Toptancıları

Bu sektör 300 şirketten ve 600 daldan oluşmaktadır. Esas pazarda ilk 30'u görülmektedir. Aralarındaki fark küçük olduğu için rekabet büyüktür. Özel şirketler 1990'ların başlarında kurulmuştur ve ilk 10'u pazarın %60'ine hâkimdir. 1995'ten 2000 yılına kadar toptancılar geri ödeme listesindedir, bu unan gerek ithal gerekse yerel üretim ilaçlarını kullanmaktadır. Maliye Bakanlığı gerek ithal gerekse ithal olmayan üretim ilaçlarına %11 vergi kesmektedir (Mayıs 2000) (12/10).

II.5.2. Eczahaneler

Eczahanelerde tam bir düzenleme mevcut değildir. Yeni eczahanelerin açılmasında herhangi bir kısıtlama yoktur ve birden fazla mal sahibine izin verilmiştir. 1995'ten önce ilaç üretim sınırları yerel üretim için %33, ithal ürünler için ise %25 olarak belirlenmişti. 1995 sınırlar geriye çekilmiştir. Toptancılık pazarındaki yüksek rekabet sonucunda eczacılar uzun ödeme dönemlerinden, yüksek indirimlerden ve geri ödemelerden yararlanmaktadır. Polonya'da 8.500 eczahane bulunur. Her biri ortalama 4.500 insana hizmet vermektedir. Birçoğunun sahipleri şahıslardır (12/10).

II.5.3. Hastahane Eczahaneleri

750 hastahanesinin her birinin kendi eczahanesi bulunmaktadır. Hastahaneler daha büyük indirimlerden ve ilaç geri ödemelerinden yararlanmaktadır. Fakat hastahane sektörünün düşük ödeme kapasiteleri olduğu için toptancılardan ilaç almak oldukça zordur. Ayrıca birçok ilaç özel toptancıdan sağlanmaktadır (12/10).

II.5.4. İlaç Düzenlemeleri

● Haziran 1990'daki düzenlemelerle birlikte geri ödemelerin fiyatlandırılmasında şeffaflık sağlanmıştır. Yerel ürünlerin fiyatları Maliye Bakanlığınca belirlenmekte ve böylelikle geri ödemeler için fiyat limit referansı olarak iş görmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı yılda en az bir defa geri ödeme listesini gözden geçirmektedir. Son iki yıldır temel ve destek ilaç listesine sadece yerel ve üretilen jenerik ürünleri eklenmiştir.

Fiyatlandırma genel olarak Maliye Bakanlığınca yapılmakta, sıkı kontrol ise Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilmektedir. Polonya üretim ve geri ödeme statülerine göre, ürünler üç temel fiyatlandırma sistemine göre düzenlenmektedir.

Geri Ödemeli Yerli Üretim İlaçlar: Fiyatlar Maliye Bakanlığınca kontrol edilir. Ortalama fiyatlar Avrupa Birliği'ndeki eşdeğerlerinin %20-50'sidir. Fiyat oluşturmadaki metot "maliyet artı"dır.

Geri Ödemeli İthal İlaçlar: Fiyatlar Sağlık Bakanlığının müzakereleri sonucunda belirlenir. Ortalama fiyatlar, üretildiği ülkedeki fiyatlardan %20-30 daha azdır.

Geri Ödemesiz İlaçlar: Bu ilaçların fiyatlandırılması serbeslik göstermektedir.

Gözden geçirmeler de fiyatlandırmada olduğu gibi Maliye Bakanlığınca belirlenir. Genellikle bu gözden geçirmeler her yıl olmaktadır ve fiyat artış oranları enflasyon oranının altında tutulmaktadır.

Hükümetin kişi başına ilaç için ödediği para yaklaşık olarak 30\$'dır (1998 verilerine göre). Kişi başına ilaç için harcanan para ise 50\$'dır. Bunun anlamı da ilaç giderlerinin %50'si kadarını hastalar kendi cepierinden ödedikleri oluşturmaktadır.

Ulusal geri ödeme sistemi Sağlık Bakanlığınca kontrol edilmektedir. Bu sistem ilacın tipine, tedavi sınıfına ve hastalığın statüsüne bağlıdır. Ek olarak, ilaçlar, yeni sağlık sigorta sisteminde, doktorlar tarafından reçetelendirilirse geri ödenirler.

Üç temel liste oluşturulmuştur. A listesi temel ilaç listesidir. Destek ilaç listesi ise liste B ve C'de toplanmıştır.

- A listesi: %100'ü geri ödemelidir.
- B listesi : %70'geri ödemelidir
- C listesi: %50 geri ödemelidir.

Yukarıdaki listeler 220 aktif maddeli 1.044 ürünü içermektedir. Bunlar doktorların iyi bilgisi ve etkililiği kanıtlanmış ilaçlardır. Ayrıca bu ilaçlar %50-70 dengelenmiş ödemeleriye satılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve yoksullara yardım fonundan yapılan geri ödemeler ilacın tipine (hangi listede bulunduğu) ya da hastanın türüne (kronik hastalıklı hastalar, savaş gazileri gibi) dayanmaktadır. Esas listedeki ilaçlar (liste A) hastalara %0.05'lik çok düşük bir katılım ücretiyle satılmaktadır. Hastalar destekleyici listedeki ilaçlara %30-50 oranında ücret ödemektedir.

● azarın büyümesinde diğer bir faktörse doktorlara yapılan promosyonlardaki artıştır.

Maliye Bakanlığı yerli ürünler için referans fiyatını oluşturmaktadır. Bunları yaparken üreticinin tahmini giderini ve dağıtımını göz önünde bulundurmaktadır. İthal ilaçların fiyatları ise Polonya Hükümeti ve üretici arasındaki anlaşmalarla oluşturulmakta ve temeli şirketlerin yaptığı tekliflere dayanmaktadır. Hükümet Avrupa'nın herhangi bir yerinde şirketin sattığı en ucuz fiyatı kabul etmektedir. Yerli ürünlerin fiyatlandırılma prosedürü ise birçok yabancı ürün gibi, Bakanlık için oldukça zordur.

Çünkü birçok yabancı yatırımcı Polonya fabrikalarını satın almış ve kendi ürünlerini burada üretmeye başlamışlardır. Bu yüzden de gerçek yerli ürünün hangisi olduğuna karar vermek oldukça zor bir hale gelmiştir.

Mayıs 2000'de Polonya Maliye Bakanlığı toptancıların ithal ilaç ürünlerini almayı %14,3'ten %11'e düşürmüştür. 1 Mayıs'tan önce ithal edilen ilaçlar bazı koşullar altında eski oranda satışa sunulabilmektedir. Hükümet ayrıca toptancılık pazar payını, yerel üretilen ilaçlar için de %11'e indirmeyi teklif etmiştir.

Bu yüzdelik düşürmeler, geri ödeme masraflarını azaltmak isteyen ve sağlık sigorta sisteminde reformlar planlayan hükümet için bir birikim oluşturmuştur. 1 Haziran 1999'dan itibaren birinci kademe ve hastahane sağlık hizmeti veren doktorların ihtiyaçlarını karşılayan 16 bölgesel fon oluşturulmuştur. Sigorta fonları yeniden kaynaklandırılmıştır. Sonuç olarak hükümet sigorta fonları için ek birikimler elde etmenin yollarını aramaktadır (12/12-14).

II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Polonya sağlık kurumları tarafından uzun zamandır tartışılan kişilerin sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı 1952 Anayasasında garanti altına alınmıştır. Aynı şekilde, tarihsel açıdan bakıldığında kamu bütçesi sağlık finansmanının ana kaynağı olmuştur. Polonya'daki toplam kamu ve özel sağlık harcamaları, gayri safi milli hâsılanın %4-5'ini oluşturmaktadır. Bu değer pek çok Doğu Avrupa ülkelerinkine benzer. Bununla beraber OECD ülkelerindeki sağlık harcamaları ile kıyaslandığında, Polonya'daki sağlık hizmeti harcamalarının daha düşük olduğu görülür. Örneğin, Yugoslavya, Romanya ve Macaristan bütçelerinin %5'ini sağlık harcamalarına ayırırken, Avusturya, Almanya ve İsveç gibi Batı Avrupa ülkeleri bütçelerinin %8 ila %10'unu harcamaktadır.

Bununla beraber, bu karşılaştırmaları yaparken, Polonya'daki ulusal gelir hesaplaması diğer sosyalist ülkelerde olduğu gibi, 1991 öncesi "materyal bütçe tahminlerine" dayanmaktadır. Yani materyal-olmayan giderler bütçe hesaplamaları dışında tutulmuştur. Böylelikle Polonya'nın ulusal geliri gerçek tutarın altında kalmıştır. Bu da uluslar arası karşılaştırmaları zorlaştırmıştır.

Sağlık harcamalarının gerçek boyutlarını hesaplamak, Polonya'nın gerçekleştirmeyi düşündüğü sağlık sistemi reformları, özellikle de sigorta kanunları açısından oldukça önemlidir. Stabil bir finansman sistemi ve sağlık sektörü için geniş bir destek hiç şüphesiz reformların yerleştirilmesi konusunda önemli bir faktör olacaktır.

Polonya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı hem kamu hem de özel sektör fonları tarafından karşılanmaktadır. Kamu fonları, merkezi bütçe ve bölgesel bütçe fonlarından oluşurken, özel harcamalar, sağlık hizmeti alan tüketicilerin doğrudan yaptıkları ödemelerden oluşur. Sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu sektörü tarafından karşılanması, özel harcamaların tipik olarak ilaç satın alımı, konaklama ve diğer çeşitli harcamalar şeklinde oluşmasını sağlamaktadır. Kamu sektöründeki fon akışlarının kayıtları oldukça iyi tutulurken, özel sektöre ait kayıtlar hemen hemen yok gibidir.

Bütçe fonları kamu finansmanının ana kaynağıdır. Sağlık bütçesi Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bütçesi ile yönetsel birimler olan 49 adet ilin bütçelerinin bileşiminden oluşmaktadır. Merkezi bütçe başlıca ilaçların satın alınması (yaklaşık bütçenin %32'si) ve hastahane hizmetlerinin sağlanmasında (yaklaşık bütçenin %29'u) kullanılır. Tıp okullarına ve tıp akademilerine yapılan harcamalar bütçenin %12'lik kısmını kapsarken, kalan kısım merkezi olarak desteklenen sanatoryumlara (%9), sosyal refah, AIDS'i önleme gibi özel programlara (%2,5) ve yönetime (%0,3'ten az) harcanmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayan diğer bakanlıklar Savunma, İçişleri, Ulaştırma ve Deniz Ekonomisi ile Sanayi Bakanlıklarıdır.

Merkezi bütçe, sağlık bütçesinin sadece %15'ini oluşturmaktadır. Önemli sağlık programlarının büyük bir kısmı bölgesel bütçeler tarafından finanse edilir ki bu bölgesel bütçeler iller ve köylere aittir. Bunlar bütçelerini doğrudan, Sağlık Bakanlığı'ndan değil, Maliye Bakanlığı'ndan alırlar. Bölgesel bütçeler geniş bir hastahane ve klinik ağını destekler. Bu ağ, yaklaşık 400 adet Sağlık Koruma Örgütü de (ZOZ) içerir. İl düzeyindeki harcamaların en önemli harcama programlarını ZOZ'ların ilaçları, il hastahaneleri, sanatoryumlar, kan bankaları, hemşirelik ile ilk yardım ve kurtarma hizmetleri oluşturmaktadır.

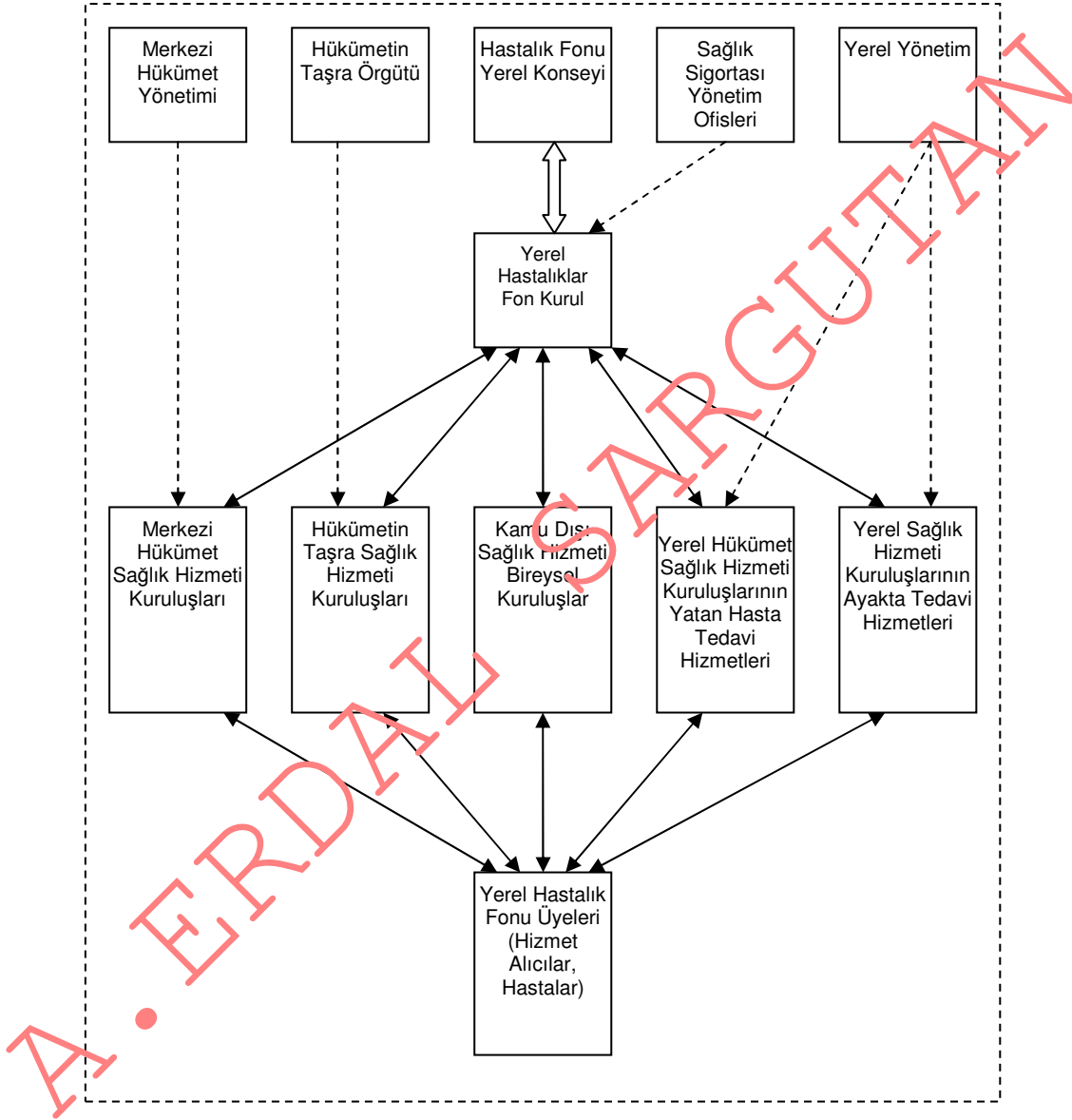
Merkezi ve il bütçeleri birlikte sağlık hizmetleri harcamalarının %90-95'lik kısmını oluşturur. Kalan %5'e karşılık gelen diğer finans kaynakları merkezi bütçeden yapılan bağışları içermektedir.

Doğrudan yapılan ödemelerin büyük bir kısmı (%92) hastahane dışı sağlık hizmetleridir. Bunun yanında hekim viziteleri, ilaç alımları, rehabilitasyon ve diğer harcamalar (okuma gözlükleri, işitme cihazları vs.) da bunlara dahildir.

Ayrıca 1970'lerde baş gösteren gayri resmi ödeme uygulaması da vardır. Sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulurken, hastalar daha hızlı ve daha kişisel hizmetler alabilmek için hekimlere gayri resmi ödemelerde bulunmaktadırlar. 1980'lerin sonuna doğru bu "zarf ödemeleri" büyük oranda yaygınlaşmıştır. Ortalama olarak bir hastanın hastahane de kaldığı süre içinde yaptığı harcamanın yaklaşık %46,2'sini "zarf ödemeleri" oluşturmaktadır. Bu ödemelerin %81'i hekimlere giderken, kalan kısım ise yardımcı sağlık personeli tarafından alınmaktadır. Bu, hekimler için ortalama yıllık kazançlarının iki katı kadar bir gelir daha elde etmelerini sağlayacak kadar büyük bir orandadır (9/1-6).

II.6.1. Ulusal Sağlık Sigortası

- Ulusal Sağlık Sigortası'nın (USS) başlıca sorunları şunlardır;
 - Çok sayıdaki sigorta fonu ile düzenleme yapmanın zorlukları ve yüksek masrafların riskleri,
 - Teknik çözümlerin yetersizliğinden dolayı, birçok fonun kayıtlarında görülen sorunlardan doğan adaletsizlik ve finansal zorluklar,
 - Artan talep ve ihtiyaçları karşılamaya yönelik yeni sigorta fonlarının oluşturulması,
 - Politik olarak kabul edilebilir yararlanma paketlerinin oluşturulmasındaki zorluklar.

Şema 2: Bölgesel Sağlık Fonları: Reform Sonrası Kurumsal Düzenleme

Kaynak: (11) The Health Care System in Poland , s:9

Polonya'da sistemi oluşturanlar tüm bunları bilmekte ve her birini olumlu ve olumsuz boyutlarını, çözüm için değerlendirmektedirler. İyileştirmeye ihtiyaç duyulan diğer olaylar şunlardır:

- Ödemelerdeki aksaklıklar,
- Sağlık sisteminin yapısal ve fonksiyonel geleceğinin düzenlenmesi,
- Tüketici beklenti ve davranışlarının değerlendirilmesi,

Bu konular ne daha önceki sistemde ne de mevcut sistemde ele alınmamıştır. Sistem içerisinde finansman daha çok, sağlık sisteminin giderlerinin düzenlenmesi daha önemli yer teşkil etmektedir. Ödeme metotları her bölgenin kendi fonuna bırakılmıştır. Yeni sağlık sistemi özel müteşebbisin bağımsız bölgesel fonlarla kontrat yapabilmesine olanak sağlamakta, fakat tüketici konularıyla fazla ilgilenmemektedir.

Yeni sistemin sağlık sistemi için mevcut finans sisteminden daha fazla para toplayacağı, kaynaklar daha açık bir şekilde tanımlanabileceği ve hükümetin de hala katkısının olacağı bir finans sistemi oluşturmayı amaçlamaktadır.

1990'ların ortalarına doğru yapılan sağlık harcama analizi, USS sistemi bulunan diğer doğu Avrupa ülkelerinde de kaynakların çeşitlendirilmesi ve artırılmasına rağmen, harcamalardaki artışın durmadığını göstermiştir. Bu artış, hükümete ve ekonomiye yük olmaya devam edecek ve hükümetin sağlık sigortalarını ne kadar destekleyebileceğini gösterecektir. Sonuç olarak sağlık harcamalarındaki büyümenin, doğrudan ekonomik büyümeye bağlı olarak gelişmesi önerilmektedir. Finans reformunun içeriğinde yeni ödeme düzenlemeleri mevcuttur. Bunlar:

- Organizasyon, personel ve kaynakların kullanımında verimlilik sağlayacak değişikliklerin artırılması,
- Fazla maliyetli hizmetlerin aşırı kullanımının azaltılması,
- Hastalara hizmet imkanlarının artırılması (8/1).

Sağlık Sigortasının finansman kaynağı yaşlı, özürlü, hastalık ve iş kazası fonlarından oluşmaktadır. 2001 yılında sigorta prim ödemeleri toplam Sosyal Sigorta Fonu'nun %76,1'ini oluşturmuştur.

Sosyal sigorta primleri hem çalışan hem de işveren tarafından ödenmektedir. İşveren tarafından Çalışma Fonu primleri ödenirken, çalışan tarafından sadece sağlık sigortası primi ödenir.

Çalışanların ödedikleri prim miktarı ile işverenlerin ödedikleri prim oranları hemen hemen eşittir.

Sigorta fonunun prim dışı gelirleri ise, devlet bütçesinden aktarılan fonlar, yaşlılar için yapılan aktarımlar, sosyal sigorta fonunun akışını sağlamak için hükümet tarafından yapılacak destekler ve sigorta fonundaki açıkları kapatmak için hükümetin yaptığı destekler şeklindedir (16/22).

1 Ocak 1999 tarihinde yürürlüğe giren reformlarla Sosyal Sigorta Kurumu (ZUS) tüm idari sağlık kurumları arasında bağlantıyı sağlayan bir rol üstlenmiştir. Bu reformlarla 65 yıllık tarihinde kurum ilk kez bu kadar büyük sorumluluk almıştır.

13 Ekim 1998'de yürürlüğe giren kanunla Sosyal Sigorta Kurumunun başlıca görevleri şöyle belirlenmiştir:

- Emeklilik ile ilgili tüm işlemlerin yürütülmesi (emekli maaşlarının belirlenmesi ödenmesi vs.)
- Sağlık karnelerinin verilmesi
- Doktorların kapasite denetimlerinin yapılması
- Sosyal Sigorta Fonu için sağlık sigortası ve emeklilik primlerinin toplanması,
- Fonda toplanan paraların 16 bölgesel hastalık fonu ve 1 mesleki hastalık fonu arasında paylaşılması (16/11-13).

A. ERDAL SARGUTIAN

III. POLONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Türkiye Ve Polonya İle İlgili Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	POLONYA	TÜRKİYE
Yıl Ortası Nüfusu (2001)	38.641.046**	67.632.000***
Nüfus Artış Hızı (1992–2002)	0,1	1,6*
Yaşam Beklentisi (Erkek) (2002)	70,6	67,9*
Yaşam Beklentisi (Kadın) (2002)	78,7	72,2*
Canlı Doğum Sayısı (2001)	368.205**	1.486.000***
Toplam Ölüm Hızı (2001)	1,29**	2,52***
Her 1.000 Doğumdaki Bebek Ölüm Oranı (2001)	7,67**	36***
5 Yaş Altı çocuk Ölüm Oranı (1.000 Erkek) (2002)	9	44*
5 Yaş Altı çocuk Ölüm Oranı (1.000 Kız) (2002)	8	42*
GSMH'dan Sağlığa Ayrılan Toplam Pay (2002)	6,1	5*
Hastahane Sayısı (2001)	829**	1.198***
Hastahane Oranı (100.000 kişiye) (2001)	2,15**	1,77***
Toplam Hasta Yatağı Sayısı (2001)	212,312**	159,29***
Hasta Yatağı Oranı (100.000 kişiye) (2001)	549,45**	235,52***
Doktor Oranı (100.000 kişiye) (2001)	224,13**	127,16***
Diş Hekimi Oranı (100.000 kişiye) (2001)	26,2**	23,46***
Eczacı Oranı (100.000 kişiye) (2001)	61,53**	33,89***
Ebe Oranı (100.000 kişiye) (2001)	56,53**	60,86***

Kaynak: ** (2) Healty Care System in Translation – Turkey, s:1,5

** (3) Healty Care System in Translation- Poland, s:1,5

(14) World Healty Organization Regional Office for Europe- Poland, s:1,2

* (15) World Healty Organization Regional Office for Europe- Turkey, s:1,2

Polonya Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine geçme çabalarını sürdürmektedir. Türkiye sağlık sistemi de genel yapı itibarıyla Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi grubuna girmektedir.

Polonya sağlık sistemi yönetim bakımından merkeziyetçi yapıdan uzaklaşarak yerel yönetimlerin ağırlık kazandığı bir yapıya bürünmeye başlamıştır. Buna karşılık Türkiye sağlık sistemi merkeziyetçi nitelikli bir yönetim yapısına sahiptir.

Polonya'da hiçbir kurum ülkenin sağlık sisteminde tek başına söz sahibi değildir. Sağlık sisteminin düzenlenmesinde 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 Türk Silahlı Kuvvetleri, bakanlıklar, kamu kuruluşları, üniversiteler, sosyal sigorta kuruluşları, özel sektör ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır.

Polonya sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumu açısından koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektedir. Birincil sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış ve yerel yönetimlere verilen yetkilerle etkinliği artırılmaya çalışılmaktadır. Türkiye sağlık sisteminde tedavi edici hizmetler ön plandadır. Birincil sağlık hizmetleri gerektiği gibi yapılandırılmamış olup, bu açık tedavi edici hizmetlere verilen ağırlıkla kapatılmaya çalışılmaktadır.

Her iki ülkenin de personel dağılımı konusunda sıkıntıları vardır. Sağlık personeli dağılımı itibarıyla şehirlerde yığılma göstermektedir. Polonya sağlık sisteminde aile hekimliği gelişmiştir ve 1994 yılında Tıp Fakültelerinde aile hekimliği bölümü açılmıştır. Türkiye'de aile hekimliğine yönelik çalışmalara yeni başlanmıştır.

Polonya'da hastahanelere akreditasyon zorunluluğu getirilmiş, Türkiye'de bir akreditasyon kurumu kurulmuştur ancak akreditasyon henüz zorunlu değildir.

Polonya'da eczacılık sektörü ve ilaç sanayisi iyi gelişmiştir. Türk sağlık sisteminde ilaç sanayisi gelişmiştir ancak ilaç ham maddeleri ve patent konusunda ciddi ölçüde dışa bağımlıdır.

Polonya'da sosyal sigorta sisteminin finansmanı işçi ve işveren tarafından hemen hemen eşit düzeyde ödenen primlerden oluşur. Benzer şekilde Türkiye'de de işçi ve işveren primleri ve serbest çalışanların tümünü kendilerinin ödediği primlerle oluşturulan bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Bunun yanında her iki ülkede de sağlık finansmanının açıklarının kapatılmasında kamudan aktarılan kaynaklar yer almaktadır.

Polonya'nın sağlık harcamaları GSMH içindeki payı yaklaşık %6'dır Türkiye'de sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yaklaşık olarak %5 civarında gerçekleşmektedir. Bu harcamaların dağılımı Polonya'da %4,2 kamu harcaması şeklinde %1,8'lik kısmı ise özel sektör harcamaları şeklinde gerçekleşirken Türkiye'de %3,6 oranında kamu harcamaları geri kalan %1,4 oranında özel sektör harcamalarından oluşmaktadır.

Sonuç olarak her iki ülkede sağlık sistemi sağlıkta beklenen hedefleri tam olarak gerçekleştirilememiş olmasına rağmen, Polonya sağlık sisteminin çıktıları Türkiye sağlık sistemi çıktılarına nazaran biraz daha iyi durumdadır.

KAYNAKLAR

1. Büyük Larousse Sözlük Ve Ansiklopedisi (1996) İmpress Yayın A.Ş. , İstanbul, cilt:18.
2. WHO (1998) Healty Care System in Translation – Turkey, World Health Organization Regional Office for Europe,
www.euro.who.int/eprise/main/countryinformation/Country?AreaCode=TUR
3. WHO (1998) Healty Care System in Translation- Poland, World Healty Organization Regional Office for Europe,
www.euro.who.int/eprise/main/countryinformations/Country?AreaCode=Pol
4. WHO (1999) World Health Organization Regional Office for Europe, Health Care Systems İn Transition Poland,
www.euro.who.int/document/e67136.pdf
5. WHO (2001) World Health Organization Regional Office for Europe, Highlights on Healty in Poland,
www.euro.who.int/document/E74338.pdf
6. T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı (2004) Siyasî, İdari ve Coğrafi Durum, Polonya'nın Tarihi Geçmişi,
www.foreigntrade.gov.tr/DUNYA/RAPOR/POLONYA/ak1.htm
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, cilt:18.
8. Harvard School of Public Health (2003) Notes on Healty Sector Reform in Poland,
www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/no-62.PDF
9. Harvard School of Public Health (2003) Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures,
www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/no-65.PDF
10. Polonya Cumhuriyeti Ankara Büyükelçiliği (2001) Lehistan'dan Bugünkü Polonya'ya,
11. Girouard, N. İmai, Y. (2000) Organisation for Economic and Development, the Health Care System in Poland Economics Department Working Papers no.257,
www.oecd.org/dataoecd/15/37/1885643.pdf
12. Healty Care, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement, (2000)
www.pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/tse/poland.pdf,
13. RODER (2004) Ülke Hakkında Genel Bilgiler,
www.roder.org.tr/TR/COUNTRIES/DOWNLOAD/cau_macro_poland.doc
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. World Health Organization (2001–2002)
www.who.int/whosis/countryindicators.cfm?country=Poland
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
15. World Health Organization (2001-2002)
www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=Turkey
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
16. ZUS (2002) Social Insurance Institution, Social İnsurance İn Poland İnfornation, Facts,
www.zus.pl/english/english.pdf

A. ERDAL SARGUTAN