

PORTEKİZ SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Seda KOCABACAK

Suzan ZEHİR

Gülşen DİZLEK

Dilek N.KIYGI

Fatih DURAN

A. ERDAL SARGUTAN

PORTEKİZ SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2236
I. ÜLKE TANITIMI	2239
I.1. Coğrafi özellikler	2239
I.2. Tarih	2240
I.3. Nüfus Yapısı Ve Yerleşim	2241
I.4. Siyasi Rejim	2241
I.5. Ekonomik Durum	2241
I.6. Eğitim	2242
I.7. Toplumsal Ve Kültürel Yaşam	2243
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2244
I.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	2244
II.2. Sağlık Yapısı	2246
II.3 Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi	2247
II.3.1 Sağlık Bakanlığı	2247
II.3.2 Diğer Bakanlıklar	2248
II.3.3 Ulusal Sağlık Hizmeti	2248
II.3.4 Bölgesel Sağlık İdareleri	2249
II.3.5 Misericordialar	2229
II.3.6 Mesleki Kuruluşlar	2250
II.3.7 Özel Sektör	2250
II.4 Sağlık Sisteminin Desantralizasyonu	2251
II.5 Sağlık Hizmetleri Sunumu	2251
II.5.1 Birincil Sağlık Hizmetleri	2251
II.5.2 Halk Sağlığı Hizmetleri	2251
II.5.3 Sosyal Sağlık Hizmetleri	2251
II.5.3.1 Okul Sağlığı Hizmetleri	2251
II.5.3.2 Ağız Sağlığı Hizmetleri	2251
II.5.3.3 Aile Hekimliği Ve Genel Pratisyenlik	2252
II.5.4 İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2252
II.5.5 Uzun Dönem Bakım Hizmetleri	2253
II.5.6 Akıl Sağlığı Hizmetleri	2254
II.6 Sağlık İnsangücü	2256
II.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları	2257
II.7.1 Sağlık Hizmetleri Finansmanı	2257
● II.7.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı	2257
I.7.1.2 Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı	2258
II.7.2 Sağlık Hizmeti Harcamaları	2259
II.8 Sosyal Güvenliğin Finansmanı	2259
II.9 İlaç Kullanımı	2260
II.10 Sağlık Teknolojisi	2261
II.11 Sağlık Reformları Ve Devam Eden Projeler	2261
III. PORTEKİZ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2263
KAYNAKLAR	2266

ÖZET

Portekiz sağlık sistemi birbirini tamamlayan üç sistemden oluşmaktadır; Ulusal Sağlık Hizmeti örgütü, belli meslek grupları için özel sigortalar ve özel gönüllü sağlık sigortaları. Nüfusun tamamına primli sağlık güvencesi sağlamaktadır.

USH'nin yönetiminden başta Sağlık Bakanı olmak üzere, bir merkezi yönetici ve beş bölgesel yönetici sorumludur. Portekiz'de beş bölgesel sağlık teşkilatı vardır.

Sağlık hizmetleri sunum sorumluluğu birinci derecede Sağlık Bakanlığı'na aittir. Portekiz'de sağlık sistemi Sağlık Bakanı tarafından yönetilmekte olup, Sağlık Bakanı yetkilerini bölgelere (İllere ve ilçelere) devretmiştir. Her bölgede siyasi olarak atanmış bir Başkanı bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü Ulusal Sağlık Hizmeti örgütü yürütmekte olup üç tür sağlık hizmeti sunucusundan oluşmaktadır. Bunlar; birincil sağlık hizmeti merkezleri, hastahaneler ve uzun dönem bakım birimleridir.

Ulusal Sağlık Hizmeti örgütüne bağlı ve ülke çapında yaygın olan sağlık merkezlerinde sunulan birincil sağlık hizmetleri ayakta hasta bakımı şeklinde yürütülmektedir.

Birincil sağlık hizmetlerinin çoğu sağlık merkezi görünümünde genel pratisyenler tarafından verilir. Hastaların bağlı buldukları bölgede kayıtlı olmak zorunda oldukları sağlık merkezinde diledikleri pratisyen hekimi veya aile hekimini seçmekte özgürdürler. Bu hekimler ihtiyaç duyulduğunda hastalarını kamu hastahanelerine veya Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından onaylanan özel sektördeki uzman doktorlara yönlendirirler.

Ülkede bölgeler arasındaki farklılıklar ve farklı yaşam tarzı alışkanlıkları mevcut olup nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde önemli eşitsizlikler söz konusudur.

Portekiz sağlık sisteminde Ulusal Sağlık Hizmeti modeli benimsendiğinden, hastahane hizmetleri kamusal ağırlıktadır.

Ulusal Sağlık Hizmeti sistemi içinde reçete edilen ve özel sağlık hizmeti alınmasıyla reçete edilen ilaçlara hastalar tarafından yapılan ödemelerin geri ödemesi yapılmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki oranı %8'dir.

Ulusal Sağlık Hizmeti ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilir. Sağlık finansman kaynağı devlet de dâhil olmak üzere işveren ve çalışanlardan kesilen katkı payları, doğrudan ödemeler ve gönüllü sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır.

Ülkede özel sektör sağlık hizmetleri çoğunlukla teşhise yönelik olarak yürütülmekte olup, bu hizmetler patoloji, kan testleri, radyolojik tetkiklerdir. Bunun yanında fizyoterapi, diş sağlığı, ve diyaliz hizmetleri de çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır.

Özel sektör gelişmiştir. Toplam hastahanelerin %42'si özel sektöre aittir. USH özel sektörle anlaşma yaparak hizmet satın almaktadır.

“Portekiz'de kâr amacı gütmeyen, yardım amaçlı bağımsız sağlık kuruluşları olarak Misericordiasis” ismiyle sağlık hizmeti veren dini kuruluşlar vardır. Bunlar hastahanelerde ortopedi, plastik cerrahi, dahiliye ve tamamlayıcı tedavi hizmetleri sunulmakta olup, akut ve acil servis hizmetleri vermemektedir.

Portekiz kamu ve kişisel harcamaların da yüksek olduğu, ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürütmektedir

A. ERDAL SARGUTIMAN

A. ERDAL SARGUTAN

PORTEKİZ SAğLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Portekiz Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 92.391 km ²
NÜFUSU	: 10.605.870
YÖNETİM BİÇİMİ	: Parlamenter Demokrasi
BAŞKENTİ	: Lizbon
DİLİ	: Portekizce, İspanyolca
PARA BİRİMİ	: Euro (EUR); Portuguese Escudo (PTE)
DİNİ	: Katolik %97, Protestan %1 diğer %2
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Lizbon, Porto (1/123)

I.1 Coğrafi Özellikler

Avrupa'nın güneybatısında kıyı ülkesi olan Portekiz, İber Yarımadası'nın batısında yer alır. Atlas Okyanusundaki Asor Adaları ve Madeira Adaları ile birlikte 92.389 kilometrekarelik bir alanı kaplar. Kuzey ve doğuda İspanya, güney ve batıda Atlas Okyanusuyla çevrilidir.

Okyanus ve Akdeniz iklim kuşakları arasında bulunan Portekiz'de kışlar yumuşak ve nemli, yazlar ise sıcak ve kurak geçer. Ocak ayı ortalama sıcaklığı güneybatıda 11°C, kuzeydoğuda 7°C'dir. Dağlık bölgenin yüksek kesimlerinde sıcaklık bazen 0°C'nin altına iner. Ağustos ayı ortalama sıcaklığı genelde 20°C dolayındadır. Kıyı şeridinde yazın serin akşam meltemleri eser. Kuzeybatıda yıllık yağış miktarı 1.000 mm'yi geçer ve dağ yamaçlarında 2.000 mm'ye ulaşır. Kuzeydoğu ve güneye doğru gidildikçe yağışlar azalır.

Ülke topraklarının yaklaşık beşte ikisini kaplayan orman ve koruların çoğu kuzeydeki dağlık bölgede yer alır. Güney kesimin bozkır görünümlü egemen bitki örtüsü çalı ve otlardan oluşur. Portekiz'in bitki örtüsünün önemli bir özelliği de ülkenin her yanına yayılmış olan zeytinliklerdir.

Portekiz, doğu sınırının orta kesiminde ülkeye girerek güneybatı yönünde akan Tejo (Tajo) Irmağı tarafından kabaca ikiye ayrılır. Genellikle Tejo'nun kuzeyinde yer alan dağlar kuzeydoğu yönünde uzanarak İspanya topraklarına sokulur. Dağlık bölgenin kuzeybatısında derin vadilerle parçalanmış bir plato alanı başlar. Tejo'nun güneyinde kalan bölge genellikle ovaları, düz platoları, geniş ırmak havzalarını ve hafif dalgalı tepeleri kapsar. Portekiz'in bütün büyük akarsuları İspanya'dan doğarsa da, dar geçitler ve boğazlar iki ülke arasında su yolu ulaşımına olanak vermez.

Genelde düz olan Portekiz kıyılarındaki az sayıda doğal limanın çoğu ırmak ağızlarında yer alır. Portekiz kıyıları açıklarında uzanan ve büyük ölçüde deniz altında kalmış olan Azor-Cebelitarık Sırtı sismik hareketlerin sürdüğü tek bölgedir (1/123).

I.2 Tarih

Portekiz bir zamanlar Lusitania adıyla bir Roma eyaletiydi. Roma İmparatorluğu'nun çöküşünden sonra çok uzun yıllar Portekiz tarihi de İspanya'ninkine benzedi. 12. yüzyılda Portekiz bağımsız bir krallık oldu ve I. Joao'nun hükümdarlığı sırasında (1385-1433) büyük bir deniz aşırı imparatorluğunun temelleri atıldı. Kâşiflerin eğitimine ve gezilerinin planlanmasına yardım eden I. Joao'nun oğlu Prens Henrique bu uğurda en çok çalışanlardan biriydi. Bartolomeu Dias ve Vasco da Gama gibi kâşiflerin yardımıyla Portekiz güney ve doğu denizlerine egemen oldu.

Bu dönemi Portekiz'in gücünün sürekli düşüşü izledi. Kuzey Afrika'ya düzenlenen seferlerin başarısızlıkla sonuçlanması ve aşırı harcamalar sonucu zayıflayan ülke 1580'de İspanya Kralı II. Felipe'nin eline geçti ve Portekiz İmparatorluğu İspanya'nın düşmanları olan Hollanda ve İngiltere'nin yoğun saldırılarına uğradı. Portekiz 1640'ta Kral IV. Joao'nun önderliğinde yeniden bağımsızlığını kazandı; fakat doğudaki topraklarında güçlü bir yönetim kurulamadı. En önemli sömürgesi olan Brezilya da 1822'de bağımsızlığına kavuştu.

1910'da Kral II. Manuel düşürüldü ve Portekiz bir cumhuriyet oldu. 15 yıldan uzun bir süre ülkenin yoksulluğu ve sorunları giderilemedi; sürekli hükümet değişiklikleri ve siyasal anlaşmazlıklar sürdü. 1926'da bir grup subay hükümeti devirerek yönetimi ele geçirdi. Coimbra Üniversitesi'nde profesör olan Antonio de Oliveira Salazar 1932'de başbakanlığa getirildi. Salazar halkın seçtiği bir ulusal meclisi öngören bir anayasa hazırladı. Meclise karşın ülkeyi bir diktatör gibi yöneten Salazar 1968'e kadar başbakanlıkta kaldı. 1970'de ölen Salazar'ın yönetimini Marcello Caetano'nun başkanlığındaki hükümet izledi. 1974'te ordu hükümeti devirdi. Salazar yönetiminin karşıtlarının da yer aldığı yeni bir koalisyon kuruldu ve siyasal hükümlüler affedildi. Yeni hükümetin ilk eylemlerinden biri Afrika'daki Portekiz sömürgelerinde milliyetçi güçlere karşı savaşan Portekiz birliklerini geri çekmek oldu. Portekiz'in sömürgeleri olan Angola, Mozambik, Portekiz Ginesi (bugün Gine-Bissau) ve Cabo Verde Adaları bağımsızlıklarını kazandılar. Bu ülkelerde yaşayan birçok Portekizli ülkeye geri döndü.

Portekiz'de demokrasiye dönüş kolay olmadı. 25 Nisan 1975'te yapılan Kurucu Meclis seçimlerinin yeni rejimin zayıf bir desteğe sahip olduğunu göstermesine karşın, Gonçalves hükümeti sosyalist bir programı uygulamaya koydu. Nisan 1976'da yürürlüğe giren yeni anayasada da sosyalizme geçiş hedefi açık bir biçimde ortaya kondu. Ardından geçici bir hükümetle yapılan genel seçimlerde hiçbir partinin çoğunluğu elde edemediği bir siyasal tablo ortaya çıktı. 1980 seçimleri sonunda büyük bir çoğunlukla iktidara gelen merkez sağ eğilimli Demokratik İttifak, anayasada önemli değişiklikler yaparak sivil yönetime geçişin yolunu açtı. Portekiz birçok sorunla yüz yüze geldi. Ticaretini geliştirmek ve Avrupa'da daha etkin bir yer edinmek isteyen Portekiz 1986'da Avrupa Toplulukları'na (AT) tam üye oldu (1/125-128).

I.3 Nüfus Yapısı Ve Yerleşim

Avrupa'nın en batı ucundaki konumuyla tarih boyunca karadan gelen istilacı halkların üst üste yığıldığı bir yer olan Portekiz, uzun kıyı şeridinden dolayı çeşitli denizci halklar için de çekici bir yerleşim merkezi olmuştur. Nüfus dağılımı çarpıcı karşıtlıklar gösterir. Güney bölgesi genelde kuzeye göre daha seyrek nüfusludur. Lizbon ve Porto'yu çevreleyen sanayi bölgeleri nüfus yoğunluğunun en yüksek olduğu yerlerdir. Portekiz nüfusu Avrupa ölçütlerine göre kırsal bir yapı gösterir ve Avrupa'da dışarıya göç oranının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (1/123).

I.4 Siyasi Rejim

Portekiz parlamenter yönetim biçimine dayalı bir cumhuriyettir. Yasama yetkisini kullanan Cumhuriyet Meclisi'nin 250 üyesi nispi temsil sistemine göre dört yılda bir seçilir. Yasaları veto etme ve Meclisi dağıtma gibi yetkileri bulunan ve beş yıllık bir dönem için doğrudan halk tarafından seçilen Cumhurbaşkanı, Mecliste gerekli çoğunluğa dayanan parti liderini Başbakan olarak atar. Yasaların Anayasaya uygunluğunu denetleme görevi siyasi parti temsilcilerinden oluşan Cumhuriyet Konseyi'ne aittir. Cumhuriyet Konseyi hem bir anayasa mahkemesi, hem de yüksek askeri savunma kurulu işlevi görür. Temel yönetim birimi olan illerin başında hükümetçe atanan valiler bulunur. İller belediyelere ve ilçelere bölünür. Belediye ve ilçelerin kendi yerel yönetim organları vardır (1/125).

I.5 Ekonomik Durum

Portekiz'de büyük kentler çok azdır. İki büyük kent başkent Lizbon ile Douro Irmağı ağzında yer alan, şarapları ve balıkçılığıyla ünlü Porto'dur.

Ülkenin toplam nüfusunun üçte biri tarımla uğraşır. Başlıca ürünler, güneyde yetişen buğday, kuzeyde yetişen mısır ve patates, ırmak vadilerinde yetişen pirinçtir. Portekiz'de meyve çok boldur. Setubal portakalları, Elvas erikleriyle ünlüdür. Hemen her bölgede zeytin, güneyde ise portakal, limon, incir, keçiboynuzu ve badem yetişir. Ülkenin iç kesimlerinde, porto adı verilen kırmızı şarabın elde edildiği üzüm bağları bulunur. Bu şarabın adı Porto kentinden gelir. Başka bir önemli ürün de mantar meşesi ağacından elde edilen mantardır. Kıyı balıkçıları sardalye ve orkinos avlar. Her yaz Newfoundland açıklarındaki Grand Sığılığı'na morina balığı avına çıkılır.

Mantar, sardalye ve orkinos konserveleri yapan fabrikaların yanı sıra, yünü ve pamuklu giysiler, çimento ve kâğıt sanayileri vardır.

Akor ve Madeira adalarının dışında, Portekiz'in bir başka denizaşırı bölgesi de Çin'deki Kanton ile Honk Kong arasında yer alan Makao'dur (1/128,129).

Portekiz'de büyük ölçüde sanayiye dayanan bir karma ekonomi yürürlüktedir. 1974 darbesinden sonra önemli sanayi dalları devletleştirilmiş ve geniş çaplı bir toprak reformu uygulanmış. 1980'lerin sonlarında ise sanayi kuruluşlarının çoğu yeniden sektöre devredilmeye ve toprakları ellerinden alınan toprak sahiplerinin kayıpları karşılanmaya başlamıştır.

Ekime elverişli alanların üçte birinden fazlası başta buğday, arpa ve mısır olmak üzere tahıl ürünlerine ayrılmıştır. Bununla birlikte tahıl üretimi iç gereksinimini karşılayacak düzeyde değildir. Bunun başlıca nedeni gübre kullanımı, makineleşme ve sulamanın yetersiz olmasıdır. Portekiz Avrupa'da tarımsal verimliliğin en düşük olduğu ülkedir. 1975'te yapılan toprak reformunun ardından tarım gelirleri hızlı düşmüş, 1980'ler boyunca ülke yiyeceğinin büyük bölümünü ithal etmek zorunda kalmıştır. İhraç edilen başlıca tarım ürünlerini şarap, salça, incir ve mantar oluşturur. Sınırlı otlaklar nedeniyle hayvancılık pek gelişmemiştir. Balıkçılık ve ormancılık önemli gelir kaynaklarıdır.

Yeraltı kaynakları çok kısıtlı Portekiz'in işlenebilir düzeydeki en önemli madeni tungstendir. Portekiz dünyadaki toplam tungsten üretiminin %4'ünü azını karşılamaktadır. Ülkede az miktarda kömür çıkarılır ama petrol ve doğal gaz ithal edilir. Moncorvo'da saptanan demir cevheri yatakları henüz bütünüyle işletmeye açılmamıştır. Enerji kaynakları sınırlı miktarda antrasit ve uranyum rezervlerini kapsar.

Portekiz'de nitelikli kömür azdır, ama kalay, tungsten, bakır, demir ve manganez gibi madenler bulunur. Esliden bu madenler enerji yetersizliği yüzünden çok fazla çıkarılmıyordu. En önemlileri Douro, Zezere ve Cavado ırmakları üzerinde kurulan hidroelektrik santralleriyle enerji sıkıntısı büyük ölçüde giderilmiştir.

Turizm ülkeye büyük miktarda döviz kazandırır. Portekiz'e her yıl 16 milyondan fazla turist gelir.

Çok gelişmiş olan karayolu ağı bütün kent kasabaları birbirine bağlar. Lizbon ile Porto arasındaki başlıca demir yolu hattında elektrikli trenler çalışır (1/124,125).

I.6 Eğitim

Portekiz Anayasası Portekiz vatandaşlarının en temel haklarından birinin eğitim ve eğitimde fırsat eşitliği olduğuna işaret etmekte ve bu çerçevede devletin bu alandaki sorumluluklarını açıkça sıralamaktadır. Bununla birlikte Portekiz'in bugün için en önemli sorunlarından birini eğitim sisteminin yetersizliği ve çağdaş gereksinimlerin gerisinde kalması teşkil etmektedir. Portekiz eğitim konusunda AB'nin de en geri ülkelerinden biri konumundadır. Ülkede okuma-yazma bilmeyenlerin oranı çok yüksektir. Portekiz eğitim alma süresi bakımından da OECD ortalamasının gerisinde kalmaktadır.

Portekiz eğitim sistemi okul öncesi, okul ve okul ilerisi dönem olarak üç aşamalı şekilde ele alınmaktadır. Temel ve zorunlu okul eğitimi 6 yaşında başlamakta ve 15 yaşına kadar sürmektedir. Eğitim ücretsizdir. 9 yıllık bu dönem 3 aşamalı (4+2 ve 3 yıl) olarak gerçekleştirilmektedir. Temel ve zorunlu eğitimi tamamlamış öğrenciler 3 yıl süren lise öğrenimine başlama hakkını kazanmaktadırlar. Bu dönemde öğrenciler tercih ve eğilimlerine göre belirli bir eğitim farklılaşmasına gidebilmekte, üniversiteye veya çalışma/iş hayatına hazırlanabilmektedirler. Portekiz'de özel ihtisas kurumları ise fiziksel engellilerin eğitimi, mesleki eğitim, açık öğretim ve yurt dışında Portekiz dili eğitimi gibi alanları kapsamaktadır (5/2,3).

I.7 Toplumsal Ve Kültürel Yaşam

Tarih ncesi mağara resimleri, Roma tapınak ve kalıntıları, Magrip etkisini taşıyan mimarlık yapıları zengin bir kültürel mirası yansıtır. Portekiz sanatları Flaman, Fransız ve İtalyan etkisinin yanı sıra doğudan ve Latin Amerika'dan gelen izleri de taşır. Halk geleneklerinin en canlı örnekleri arasında genellikle dinsel şenliklerle birleştirilmiş olan panayırlar, samarra ve cife gibi ilginç giysiler sayılabilir. Eski katedral ve manastırlar el üsluplarının yetkin örneklerini sunar. Özellikle 16. ve 17. Yüzyıl yapılarında kullanılan azulejo inileri süsleme sanatlarında önemli bir yer tutar. Portekiz halk müziğinin günümüzde de canlılığını koruyan türlerinin başında, Portekizlilerin geleneksel romantik ve hüzünlü mizacını yansıtan fado gelir.

Portekiz'in en önemli kültür kurumları arasında Glbenkya Vaki ve Müzesi, Ulusal Sanat Müzesi, Süsleme Sanatları Mze Okulu ve Ulusal Kütüphanesi sayılabilir (1/125).

Portekizliler çok balık yer, özellikle kurutulmuş morina balığını çok severler. Piriņ, mısır, fasulye ve meyve özellikle üzüm öteki önemli yiyecekleridir.

Portekiz'de futbolun yanı sıra tekerlekli patenle oynanan hokey maçları da çok sevilir. İspanya ve Meksika'da olduğu gibi Portekiz'de arı boğa güreşi geleneksel bir spordur. Ama Portekiz'de yapılan boğa greşlerinde boğa öldürülmez..

Portekiz'in ulusal ve resmi dili Portekizce'dir. İspanyolca gibi Latince kökenli olan Portekizce, Brezilya'nın da ulusal ve resmi dilidir. İspanyollar ve Brezilyalıları çoğunlukla birbirlerini anlarlar, ama bu iki dil birbirinden oldukça farklıdır. nl Portekizli yazarlar arasında, 16. yüzyılın en iyi şairlerinden biri olan Luis de Camoes (1524-1580) sayılabilir. Os Lusitadas (1572; "Lusitaniyalılar") adlı yapıtıyla tanınan de Camoes bir askerdi; uzak denizlere açılan Portekizli kâşiflerle dünyanın birçok yerini gezdi, büyük şiiri Os Lusitadas'ı da bu geziler sırasında yazdı. Portekiz'de 10'dan fazla niversite bulunur; bunların en büyükleri Lizbon ve Coimbra kentlerindedir. Portekiz halkının büyük bln Katolik'tir.

Portekiz'de çok sayıda güzel tarihsel yapı bulunur. İspanya'daki Elhamra Sarayı'ndan sonra İber Yarımadası'nın en güzel yapısı olduğu söylenen Batalha'daki Santa Maria da Vitoria Manastırı ile Lizbon'un banliyösü Belem'deki manastır ve kilise bu tür yapılardandır. Evora ve Sintra'daki şatolar Magrip mimarlığının güzel örnekleri arasındadır. Braga yakınında, her dindar Portekizli'nin yaşamı boyunca en az bir kez görmeye gittiği bir türbe vardır. 1917'de Hz. Meryem'in çocuklara göründüğü ileri sürülen nl Fatima da çok tutulan bir hac merkezidir (1/127,128).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1 Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Portekiz'in karmaşık yapıdaki sağlık sistemini anlayabilmek için öncelikle gelişimini etkileyen önemli tarihi faktörlerin incelenmesinde fayda vardır. 18. Yüzyıl öncesinde sağlık hizmetleri, hayırseverlerin Misericordias adı verilen hastahaneleri tarafından yalnızca fakirlere verildi.

18. Yüzyıl boyunca devlet, bu hayırsever hastahanelerine ek olarak sınırlı sayıda eğitim ve kamu hastahanesi kurdu. 1860'da fakirlere tedavi hizmetleri veren belediyeye bağlı doktorların atanmasıyla sağlık hizmetleri yaygınlaştırıldı.

1901 yılına kadar halk sağlığı hizmetlerinde bir gelişim olmamıştır. 1901 yılında halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu bir sağlık personeli ağı oluşturulması amacıyla ilk Halk Sağlığı Yasası çıkarıldı. 1945 yılında ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin oluşturulması için bir başka halk sağlığı yasaı uygulanmaya başlandı. Tüberküloz, lepra ve akıl sağlığı alanlarındaki ulusal programlar da bu yasa altında düzenlendi.

1946 yılında ilk Sosyal Güvenlik Yasası'nın çıkarılmasıyla sağlık hizmetlerindeki gelişim devam etmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde çalışanları ve onlara bağımlı olan kişileri kapsamına alan Alman Bismark Modeli'ne geçilmiştir. Bu sosyal refah sistemi, çalışanlardan ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla finanse edilmiştir ve hastahane dışı tedavi hizmetleri ücretsiz olarak sunulmuştur. Sistemin kapsamı ilk dönemlerde endüstri işçileriyle sınırlı tutulmuş, 1959, 1965, 1971 ve 1978 yıllarında diğer sektörler ve çalışanları ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler yavaş yavaş sisteme dahil edilmiştir.

1960'lara kadar birincil sağlık hizmetlerine devlet müdahalesi olmamıştır (6/11).

1970'lerin başlarında Portekiz birincil sağlık hizmetlerini geliştiren ilk Avrupa ülkelerinden biridir. Bu uygulama 1960'lardan sonra bebek ölümlerinde önemli bir düşüş sağlamıştır (8/10).

1979'da Ulusal Sağlık Hizmeti'nin kurulmasıyla, Portekiz sağlık sistemi "Beveridge Modeli"ne dayalı olarak örgütlenmiştir. Bunun öncesinde sosyal güvence, işveren birlikleri ve işçi örgütleri arasındaki anlaşmalara göre yürütülmekteydi. 1979'da çıkarılan yasaya göre nüfusun tamamı Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamına alınmasına rağmen, aslında nüfusun yaklaşık %25'i kapsam dışıdır.

1979'da çıkarılan yasaya göre Ulusal Sağlık Hizmeti finansal ve yönetsel açıdan bağımsızdır. Ancak uygulamada Maliye Bakanlığı USH yönetimine önemli derecede müdahale etmektedir. 1989'dan beri bütün sektörleri etkileyen özelleştirme uygulamaları sağlık sektörünü de etkilemiştir. Kamu ve özelde çalışan tüm doktorlar için seçenekler artmıştır. Gelişen özel sektör, nüfusun giderek artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya başlamıştır. Buna paralel olarak sağlık sigortası da gelişmiştir (15/7).

1974'te ordunun yönetime el koymasından önce, devlet özel teşebbüsün açıklarını kapatmak ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermek suretiyle sağlık hizmetleri sunumunda ikincil bir rol oynamaktaydı. 1970 yılı itibariyle sağlık sektörünün en büyük sorunları şunlardı:

- Düşük sağlık standartları,
- Sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımı,
- Sağlık hizmeti sunucularının eşgüdümlü çalışmaması,
- Çok kaynaklı finansman,
- Bazı hizmetlerde aşırı merkezîyetçilik.

Bu sorunların çözümlenmesi ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi amacıyla 1971 yılında yeni bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasa ile kaynakların daha akılcı dağıtılması ve tüm topluma geniş çaptaki sağlık hizmetlerine erişim olanağının sağlanması için özel sektöre öncelik verilmiştir. Söz konusu yasayla ayrıca, Ulusal Sağlık Hizmeti'nin gerçekleştirilmesinde çok önemli bir yere sahip olan "Sağlık Merkezleri"nin kurulması da öngörülmüştür.

1974 Devriminden sonra Misericordias adındaki hastahanelere, tıp merkezlerine ve küçük sağlık birimlerine el koyulmuş, bölge hastahaneleri de yeniden inşa edilmiş veya tadilatından geçirilmiştir.

1979 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti'ne geçilmesiyle, sosyal ve ekonomik durumuna bakılmaksızın tüm vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Ulusal Sağlık Hizmeti'nin tamamına yakını vergilerle finanse edilmekteydi. Sağlık Hizmetlerinin iki ana sunucusu olan sosyal güvence, tıbbi hizmetler ve halk sağlığı hizmetleri yasaya bağlı olarak bir araya getirildi ve yönetim yerelleştirildi.

Ulusal Sağlık Hizmeti tüm ülke nüfusunu kapsamaya rağmen, bazı sigorta programlarına dokunulmadı ve bu programların uygulanmasına devam edildi. Devlet memurlarına yönelik olan bu programların büyük bölümü devlet tarafından ve küçük bir kısmı da (yaklaşık %1) çalışanların maaşlarından kesilen primlerle finanse edilmekteydi.

1980 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı %13,7 olmuştur ve 1970 yılına göre %3,78'lik bir artış kaydedilmiştir. Böylelikle toplam sağlık harcamalarının içindeki kamu harcamaları oranı 1970 yılında %59, 1980 yılında %64,3 olmuştur. Bu durum 1971 yılından sonra halk sağlığına devlet müdahalesinin artmasının bir sonucudur.

1982 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti'nin etkililiğinin artırılması amacıyla Bölgesel Sağlık İdareleri (BSİ) kuruldu ve 18 bölge oluşturuldu. Sağlık Bakanlığı oluşturulan bu 18 Bölgesel Sağlık İdaresi, 5 Genel Yönetim Birimi ve 7 Kurum arasında eşgüdüm gücülüğüyle karşı karşıya kaldı. 1993 yılında çıkarılan bir yasa ile 18 Sağlık Alt Bölgesi'ne ayrılan 5 Bölgesel Sağlık İdaresi oluşturuldu.

1990 yılında çıkarılan bir yasayla, sağlık hizmetleri sistemi daha geniş bir çerçevede ele alındı ve Ulusal Sağlık Hizmeti'nin misyonu yeniden tanımlandı. Bu amaçla sağlık hizmetleri içerisinde özel sektörün yoğunluğu artırılmaya çalışıldı ve özel sağlık hizmeti kuruluşları devlet tarafından denetlenerek lisans verildi. Ayrıca

sağlık kuruluşları yönetiminin özelleştirilmesine çalışıldı ve devlet insan kaynaklarını Ulusal Sağlık Hizmeti'nden özel sektöre doğru kaydırma yoluna gitti (13/4-9).

21. Yüzyılın başlarında Portekiz sağlık sistemi bazı sağlık problemleriyle yüzleşmeye devam etmiştir. Bunlar:

- Ambülatör hizmetlerinin yetersizliği ve buna bağlı olarak hastahanelerin acil servislerinin kullanımının artması,
- Cerrahi işlem gerektiren sağlık hizmetlerindeki uzun bekleme listeleri,
- Kamu hizmetlerinin çalışanları ve hizmet alanları hoşnut etmemesi
- Sağlık harcamalarındaki büyük artışlar ve maliyetlerin kontrol edilmesindeki güçlükler,
- Güçsüz ve tehlikelere açık olan nüfusun sağlık hizmetlerine olan talebinin artması,
- Trafik kazaları, yaşam tarzı ve hastalıklara bağlı ölümlerin azaltılmasında yaşanan zorluklar (6/13).

II.2 Sağlık Yapısı

Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Sağlık Raporu'ndaki sağlık göstergelerine göre; 2003 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi toplam nüfus için 77.0, erkekler için 74.0, kadınlar için 81.0'dır. Çocuk ölüm oranı (5 yaş altı) erkeklerde %0.7, kadınlarda %0.5'dir. 2002 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi toplam nüfus için 69.2, erkeklerde 66.7, kadınlarda 71.7'dir (17/4).

Portekiz 2001 yılı itibariyle, sağlık göstergeleri yönünden diğer Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında ortalama bir noktadadır. Bu yıllarda Portekiz nüfusunun ana ölüm sebeplerinin başında dolaşım sistemi hastalıkları ve malign tümörler gelmektedir. Dışsal ölüm nedenlerine (kaza, cinayet vb) genç yaş gruplarında daha sık rastlanmaktadır.

Dolaşım sistemi hastalıkları, özellikle serebrovasküler hastalıklar ve iskemik kalp hastalıkları Portekiz'de sağlığın bozulmasının ve ölümlerin ana sebebidir. Bu hastalıklar aynı zamanda potansiyel yaşam yılı kaybının üçüncü ve dördüncü ana nedenleridir ve hızlı bir çözüm bekleyen ciddi halk sağlığı problemleri arasındadır.

Ülkede kansere bağlı ölümler sabitlenmiş olup, genel ölümler arasında, kansere bağlı ölümlerde erkeklerin oranı, kadınlara göre daha yüksektir. Avrupa Birliği'ne üye ülkeler içinde Portekiz, kansere bağlı erkek ölümlerinin düşüş eğilimi gösterdiği birkaç ülke arasında yer almaktadır. Kazalar ve buna bağlı yaralanmalar çocuklar ve adölesanlar arasındaki en yaygın ölüm sebebidir ve bu durum potansiyel yaşam yılı kaybını da yükseltmektedir.

Portekiz'de bölgeler arasındaki farklılıklar ve farklı yaşam tarzı alışkanlıkları mevcut olup, nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde önemli eşitsizlikler söz konusudur (9/3,4).

Son 30 yılda Portekiz'in sosyal ve ekonomik koşullarında önemli derecede gelişme görüldü. Aşılama, birincil sağlık hizmetleri, diyabetik tedavi hizmetleri gibi bazı sağlık alanlarında önemli başarılar sağlandı.

Aynı zamanda Portekiz sağlık sistemi sağlık alanındaki eşitsizlikler, özel harcama oranının fazla olması, birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinde eşgüdümün yetersizliği gibi sorunlarla mücadele etmektedir (20/1).

Hastahane ve ileri teknoloji ekipmanları gibi unsurlar Lisbon, Porto ve Coimbra olmak üzere üç bölgede yoğunlaşmıştır. Özellikle düşük gelirli bölgelerde sağlık hizmetleri yetersizdir (10/9).

II.3 Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Portekiz sağlık sistemi eşgüdümlü olarak çalışan 3 sistemden oluşmaktadır. Bunlar;

- Ulusal Sağlık Hizmeti,
- Belli mesleklerle yönelik Sosyal Sağlık Sigortası (sağlık alt sistemleri),
- Gönüllü Özel Sağlık Sigortası'dır.

Ulusal Sağlık Hizmeti tüm nüfusu kapsamaktadır. Ayrıca nüfusun %25'i belli mesleklerle yönelik özel sağlık sigortası kapsamında olup %10'u gönüllü özel sigorta kapsamında ve %7'si de ortak fon kapsamındadır (8/4,5).

II.3.1 Sağlık Bakanlığı

Portekiz sağlık sistemi Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilir. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının oluşturulmasından ve uygulanmasının takip edilmesinden sorumludur. Ayrıca Sosyal Hizmetler, Eğitim, Çalışma, Spor, Çevre, Ekonomi, Barınma Ve Şehir Planlaması gibi diğer bakanlıkların sağlıkla ilgili faaliyetlerinin eşgüdümünden de sorumludur. Sağlık Bakanlığı'nın temel görevi Ulusal Sağlık Hizmeti'nin düzenlenmesi, planlanması ve yönetimidir.

Planlama, düzenleme ve yönetim fonksiyonlarının birçoğu Sağlık Bakanı'nin elindedir. Sağlık hizmetlerini yeniden düzenleme çalışmalarının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı'nda 2001 yılında, Bölgesel Sağlık İdareleri'nin kontrol, koordinasyon ve rehberliği görevlerini yerine getirmek üzere ikinci düzey bir koordinasyon birimi olarak Sağlık Yüksek Komisyonu kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı dört yönetim birimi ve altı kurumdan oluşmaktadır. Yönetim birimleri; Sağlık Modernizasyonu Ve Kaynakları Birimi, Genel Sağlık Yönetimi Birimi, Genel Sağlık Kontrolü Birimi, Sağlık Alt Yapıları Ve Ekipmanı Genel Yönetim Birimidir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili kurumlar: Ulusal Kimyasallar Ve İlaç Kurumu, Ulusal Acil Tıp Kurumu, Portekiz Kan Kurumu, Finansal Yönetim Ve Bilişim Kurumu, Sağlık Çalışanları İçin Sosyal Hizmetler Kurumu, Dr.Ricordo Jorge Ulusal Sağlık Kurumu, Ulusal İlaç Bağımlılığı Kurumu'dur (6/17,18).

Sağlık Bakanlığı bazı yetkilerini bölgelere (şehirlere ve kasabalara) devretmiştir. Her bölgede siyasi olarak atanmış sağlık hizmetlerinden sorumlu bir Başkan bulunmaktadır. Başkan çoğunlukla bir avukattır, ancak bazen bir hekim veya diş hekimi de olabilir. Bu düzeyde bir komite veya kurul bulunmamaktadır.

Bunun yerine yalnızca birincil sağlık hizmeti sunan kliniklerden, birincil ve ikincil sağlık hizmeti sunan sağlık merkezleri ve hastahanelerden sorumlu bir Bölgesel Sağlık İdaresi bulunmaktadır.

Fakirler ve işsizler için her türlü tedavi ücretsizdir. Çalışan nüfustan Hastalık Fonuna, kazançlarının %11'i oranında kesinti yapılmaktadır. Ülkede çeşitli meslek gruplarına yönelik başka fonlar da bulunmaktadır ve her fonun kendine özgü bir yönetim yapısı olup, sağlık hizmetleri maliyetlerine farklı oranlarda katılım kesintisi yapılmaktadır (3/2).

II.3.2 Diğer Bakanlıklar

Maliye Bakanlığı

Ulusal Sağlık Hizmeti içinde yeni kuruluşlarının oluşturulması Maliye Bakanlığı'nın onayını gerektirir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak Ulusal Sağlık Hizmeti bütçesini tespit eder (6/19).

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Bu bakanlık emeklilik, işsizlik ve güçsüzlük gibi hallerde sosyal güvence hizmetlerinden sorumludur. 1995 yılında Gayri Safi Milli Hâsıla'nın (GSMH) %9,5'i sosyal güvence hizmetlerine tahsis edilmiş olup bu oran 2000 yılında %12'ye yükselmiştir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı ile daha fazla işbirliği içine girmiş, sağlık ve sosyal hizmetler arasındaki eşgüdümü geliştirmek, yaşlılar ve sakatlara yönelik olarak sunulan uzun dönemli sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak amacıyla yürütülen ortak projelere katılmıştır (6/19).

Bilim Ve Yüksek Eğitim Bakanlığı

Bu bakanlık tıbbi eğitim ve akademik programlarının yürütülmesinden sorumludur. Nisan 2002'de kurulan yeni hükümet önceden Eğitim Bakanlığı'na ait olan bir kısım görevleri Bilim Ve Yüksek Eğitim Bakanlığı'na aktarmıştır. Ancak tıpta uzmanlık eğitimi Tıp Birliği ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak sorumluluğundadır (6/19).

II.3.3 Ulusal Sağlık Hizmeti

Sağlık Bakanlığı sağlık politikasının oluşturulmasının yanında Ulusal Sağlık Hizmeti'nin yönetiminden sorumludur. Ulusal sağlık politikalarının uygulanması, rehberler ve protokoller geliştirilmesi ve sağlık hizmeti sunumunun kontrol edilmesi görevleri 5 Bölgesel Sağlık İdaresi tarafından yürütülmektedir. Finansal ve yönetsel sorumlulukların bölgesel düzeye aktarılması amacıyla desantralizasyon çalışmaları yapılmaktadır (8/4,5).

Beş Bölgesel Sağlık İdaresi, Ulusal Sağlık Hizmeti politikalarının amaçlarının uygulanmasıyla görevlendirilmiştir. Desantralizasyon ile finansal ve yönetsel sorumlulukların bölgesel idarelere paylaştırılması hedeflenmiştir. Ancak uygulamada Bölgesel Sağlık İdareleri'nin yetki alanı, birincil sağlık hizmetlerinin harcama ve bütçe hesaplamalarıyla sınırlı kalmıştır (16/4).

Ulusal Sağlık Hizmeti ülkedeki en büyük sağlık hizmeti sunucusudur ve Portekiz'de verilen tıbbi hizmetlerin %70'i Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sunulmaktadır. Özel sektör sağlık hizmetleri de Ulusal Sağlık Hizmeti'ni desteklemek bakımından önemli bir rol oynamakta ve teşhis, tedavi, diş hizmetleri, ayakta hasta bakımı, rehabilitasyon ve psikiyatrik bakım hizmetleri sağlamaktadır.

Portekiz'de birincil sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı ve ülke çapında yaygın olan sağlık merkezlerinde sunulmaktadır. Bu hizmetler pratisyen ve uzman hekimler tarafından ayakta hasta bakımı şeklinde yürütülmektedir. Her sağlık merkezi ortalama olarak 28.000 nüfusa hizmet vermekte olup, her bir sağlık merkezindeki görevli sağlık personeli sayısı 1 ile 200 arasında değişmektedir. 2000 yılında, ülkedeki sağlık merkezlerinde görevli 30.000 sağlık personelinin %25'ini doktorlar oluşturmaktaydı. Özel bakım gerektiren bazı ayakta tedavi hizmetleri limitli sayıdaki sağlık merkezleri tarafından verilirken, farklılaştırılmış (ikincil sağlık hizmetleri) sağlık hizmetleri hastahanelerde sunulmaktadır (14/13).

Ulusal Sağlık Hizmeti ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilmektedir. İşveren ve işçi katkıları sağlık alt sistemlerinin ana finansman kaynağını oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların yaptığı doğrudan ödemeler ve gönüllü sağlık sigortası primleri de önemli finansman kaynaklarıdır (3/4,5).

II.3.4 Bölgesel Sağlık İdareleri

Ulusal Sağlık Hizmeti üç tür sağlık hizmeti sunucusundan oluşmakta olup bunlar; birincil sağlık hizmeti merkezleri, hastahaneler ve uzun dönemli bakım birimleridir. 1993 yılında desantralize edilen Ulusal Sağlık Hizmeti beş sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bu bölgenin yönetiminden ve idaresinden sorumlu olan Ulusal Sağlık İdareleri, toplumun sağlık statüsünün takip edilmesi, üç düzeydeki sağlık hizmeti sunucusunun kontrol edilmesi ve finansal kaynakların bölgelerindeki sağlık hizmeti sunucularına tahsis edilmesi görevlerini yürütmektedir (9/6).

Bölgesel yönetim düzeyinde demokratik bir yapı bulunmamaktadır. Sağlıkla ilgili temel düzenlemeler ve karar merkezi yönetim tarafından belirlenmekte olup, ambulatör hizmetler, hastahane hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık İdaresi Bölgelerinin sorumluluğundadır. Ayrıca bölgesel düzeyde sağlık bilgi sistemleri kurulmuştur ve sağlıkla ve yürütülmekte olan özel sağlık programlarıyla ilgili raporlar bölgesel düzeyde hazırlanmaktadır (15/8).

Ülkede bulunan beş adet Sağlık İdaresi Bölgesi şunlardır: Kuzey, Merkez, Lizbon Vale do Tejo, Alentejo ve Algarve. Her bir bölgede Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu bir Sağlık İdaresi Kurulu bulunmaktadır.

1998'den beri her Bölgesel Sağlık İdaresi'nde hastahanelerle, sağlık merkezleri ile ve kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sağlık kuruluşlarıyla sözleşmeler yapmak üzere fonksiyonel olarak özerk (otonom) bir sözleşme birimi kurulmuştur. Bu birimin iki ana amacı sağlık kararlarına vatandaşların daha fazla katılmasını sağlamak ve Ulusal Sağlık Hizmeti içerisindeki satın alma ve sağlık hizmeti sunumu işlevlerini birbirinden ayırmaktır (6/20).

II.3.5 Misericordialar

Misericordialar kâr amacı gütmeyen, yardım amaçlı bağımsız sağlık kuruluşlarıdır. Ancak bir kamu kuruluşu olan ve seçimle gelen üyeler tarafından değil, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir kurul tarafından yönetilen Lizbon Misericordia bunlara dahil değildir. Geçmişte ülkedeki sağlık hizmetlerinin ana sunucuları olan bu kuruluşlar günümüzde çok az sayıda hastahane ile hizmet sunmaktadırlar. Bu hastahanelerde ortopedi, plastik cerrahi dahiliye ve tamamlayıcı tedavi hizmetleri sunulmakta olup, akut ve acil hizmetleri sunulmamaktadır (6/24).

II.3.6 Mesleki Kuruluşlar

Doktorların bağlı olduğu üç mesleki kuruluş bulunmaktadır. Bunlar; Tıp Birliği ve iki tıp meslek birliğidir. Tıp Birliği'ne üyelik zorunlu olup, görevleri şunlardır:

- Uygulama lisansının akreditasyonu ve onaylanması,
- Uzmanlık eğitiminin sertifikalandırılması ve akreditasyonu,
- Hekimlere yönelik kınama ve diğer disiplin cezalarının uygulanması.

Eczacılar ve diş hekimleri için de benzer düzenleme ve disiplin gücüne sahip kuruluşlar vardır. Bu kuruluşlara 1998 yılında kurulan Ulusal Hemşireler Birliği de katılmıştır. Ulusal Eczacılar Birliği'ne üyelik zorunlu olmamakla birlikte ülkedeki eczacıların %95'i üyedir (6/25).

II.3.7 Özel Sektör

1999 yılında Portekiz'deki hastahanelerin %41'i özel sektöre aitti. Bu hastahanelerin yarısına yakını kâr amacı güden kuruluşlardı (6/25).

Özel sektör, Ulusal Sağlık Hizmeti'nin bir alternatifi olmaktan çok onu bütünleyen bir yapıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından teşhis, tedavi, diş sağlığı, rehabilitasyon ve psikiyatri hizmetleri sunulmasının yanında özel sağlık kuruluşları da bu faaliyetleri başarıyla sürdürmektedir (14/13).

Tablo 1: Sağlık Başvurularının Kamu Ve Özel Sektör İçindeki Yuzdeleri

	Genel		Uzmanlık		Toplam	
	1995/96	1998/99	1995/96	1998/99	1995/96	1998/99
Kamu	58,5	55,8	11,1	12,3	69,6	68,1
Özel	14,1	13,2	16,3	18,7	30,4	31,9
Kâr Amaçlı	-	12,3	-	18,1	-	30,4
Kâr Amaçlı Olmayan	-	0,9	-	0,6	-	1,5
Toplam	72,6	69,0	27,4	31,0	11,0	100,0

Kaynak: (6) WHO (2004) Health Care System in Rtansition, Portugal, s:24

Özel sektör sağlık hizmetleri çoğunlukla teşhise yönelik olarak yürütülmekte olup, bu hizmetler patoloji, kan testleri, radyolojik tetkiklerdir. Bunun yanında fizyoterapi, diş sağlığı ve diyaliz hizmetleri de çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır. 2001 yılında toplam Ulusal Sağlık Hizmeti içindeki diyaliz harcamalarının %80'i özel sektöre aktarılmıştır ve bu miktar son beş yıl için %10'luk bir artış göstermiştir.

Sağlık hizmetleri finansmanında, özel sektör sağlık harcamalarının ana kaynağı gönüllü özel sağlık sigortası kuruluşlarıdır. Ülkede gönüllü özel sağlık sigortası uygulaması 1978 yılında başlamıştır. Önceleri gruplara yönelik bir politika yürütülmeğe yken 1982 yılından bu yana gönüllü özel sağlık sigortasına kişisel katılımlar da mümkündür. 1998 yılında ülke nüfusunun yaklaşık %10'u gönüllü özel sigorta kapsamına girmiştir (6/25).

II.4 Sağlık Sisteminin Desantralizasyonu

Sağlığın Temel Prensipleri Yasasına göre Ulusal Sağlık Hizmeti uygulamalarının yönetimi beş bölgesel Sağlık İdaresi sorumluluğunda olmasına rağmen, planlama ve kaynak tahsisi sorumluluğu büyük oranda merkezi yapıdadır. Teoride, Bölgesel Sağlık İdareleri'ne finansal sorumluluk verilmiştir. Her Bölgesel Sağlık İdaresi'ne bölgesindeki nüfusa sağlık hizmetlerini sunabilmesi için bir bütçe tahsis edilir. Ancak uygulamada Bölgesel Sağlık İdareleri sorumluluk alanı, birincil sağlık hizmeti harcamaları ve bütçe tespiti ile sınırlandırılmıştır. Hastahane bütçeleri merkezi idare tarafından tahsis edilmekte ve sınırlandırılmaktadır. Desantralizasyonu diğer bir uygulaması "Bölgesel Sözleşme Birimleri" oluşturulmasıdır (20/3).

II.5 Sağlık Hizmetleri Sunumu

II.5.1 Birincil Sağlık Hizmetleri

Portekiz'de birincil sağlık hizmetleri, birincil sağlık merkezleri şeklinde örgütlenmiştir. İnsanlar bağlı buldukları bölgede kayıtlı olmak zorunda oldukları sağlık merkezinde diledikleri pratisyen hekimi veya aile hekimini seçmekte özgürdürler. Bu hekimler ihtiyaç duyulduğunda hastalarını kamu hastahanelerine veya Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından onaylanan özel sektördeki uzman doktorlara yönlendirirler. Sağlık Merkezleri, Bölgesel Sağlık İdarelerine bağlı 18 bölgeden birine bağlı olup finansal veya yönetsel özerkliğe sahip değildir (10/19).

2001 yılında birincil sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı 363 sağlık merkezi ve 1797 bağlı kuruluş tarafından sunulmuştur. Aynı yıl birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında 6.961 tıp doktoru, 6.850 hemşire ve 875 teşhis ve tedavi uzmanı görevlendirilmiştir.

2003 yılında birincil sağlık hizmetleri yeniden ele alınmıştır. Günümüzde Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı sağlık merkezleri, Ulusal Sağlık Hizmetleri ile yaptığı sözleşmeye bağlı olarak hizmet sunan kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sektör sağlık kuruluşları ve diğer bağımsız uzmanlar ve uzman grupları tarafından sunulmaktadır. Diğer sağlık hizmetleri ağını da kapsayan bu birincil sağlık hizmetleri modeli henüz başarılı bir yönetim modeli oluşturamamıştır (9/6).

II.5.2 Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı hizmetlerinin ulusal düzeyde örgütlenmesi Sağlık Genel Yöneticiliği'nin sorumluluğundadır. Halk sağlığı hizmetleri nüfusun sağlık durumunun izlenmesinden sorumludur. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi de sorumlulukları arasındadır.

Sağlık Bakanlığı içinde birkaç bölümle birlikte dikey programlar olarak yürütülen bazı eğitim uygulamaları, Sigara Tüketimine Karşı Ulusal Koruma Komisyonu, AIDS'le Ulusal Mücadele Komisyonu çalışmalarıdır. Genellikle alkol ve ilaç bağımlılığı ile ilgili araştırmalar yapan Ulusal İlaç Bağımlılığı Kurulu, Sağlık Bakanlığı'ndaki İlaç ve Alkol Bağımlıları Tedavi Ve Koruma Merkezi'ne birleştirildi.

2001 yılında kızamık aşılama oranı %87'dir. Diğer hastalıklarda aşılama oranı, tüberküloz için %88, difteri için %97, çocuk felci için %96'dır (20/0).

Bölgesel ve yerel düzeyde yer alan temel birimler şunlardır:

- Yerel sağlık yönetimi: Bir sağlık merkezinde görev yapan bir halk sağlığı hekimi tarafından yürütülmektedir,
- Halk sağlığı doktorları ve sağlıkla ilgili teknik personel,
- Bölgesel Sağlık Yönetimi: Bölgeler ve alt bölgelerdeki halk sağlığı hizmetlerini desteklemektedir.
- Genel pratisyen hekim veya aile hekimleri: Çalışmalarının bir parçası olarak sağlığın korunmasından ve geliştirilmesinden sorumludur. Ayrıca aile planlaması, antenatal hizmetler ve tarama programlarını yürütür.

Halk sağlığı hekimlerinin sorumlulukları şunlardır:

- Bulaşıcı hastalıkların takibi ve kontrolü,
- Su kalitesinin kontrol edilmesi,
- Çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi (belediyelerle birlikte),
- Bölgesel hizmetlerin sağlık ve güvenlik standartlarına uygunluğunun sağlanması,
- İşyerlerinin ve çalışma şartlarının gözlemlenmesi,
- Güvenlik ve barınma şartlarının kontrolü (belediyelerle birlikte) (6/53,54).

II.5.3 Sosyal Sağlık Hizmetleri

II.5.3.1 Okul Sağlığı Hizmetleri

2002 / 2003 öğretim yılında Portekiz'de bulunan 357 sağlık merkezinin %96'sı okul sağlığı programları yürütmüştür. Bu programlara 4.398 adet okul öncesi eğitim kuruluşlarının %89'u, 8.265 ilk ve orta dereceli okulun %89'u ve 41 teknik okulun %36'sı dahil edilmiştir. Okulların, öğrencilerin, öğretmenlerin ve eğitim asistanlarının büyük bölümünün Okul Sağlığı Programına dahil edilmesine rağmen, öğrencilerin sağlık statülerinin takip edilmesi gibi bazı çalışmalarda başarı düzeyi düşük olup, son birkaç yıl için bir miktar gelişme kaydedilmiştir (9/11).

II.5.3.2 Ağız Sağlığı Hizmetleri

Coimbra, Porto ve Lisbon'da dış eğitimi veren üç devlet okulu vardır. 6 yıl süren dış eğitimi teorik ve uygulama eğitiminden oluşmaktadır (3/4).

Diğer bazı Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi, Avrupa Birliği üyesi olana kadar (1986) Portekiz'de de diş hekimleri bağımsız bir meslek grubu olarak var olmamıştır. Bu döneme kadar ağız sağlığı hizmetleri stomatolojistler tarafından sunulmuştur. Stomatolojistler, tıbbi eğitimlerini tamamladıktan sonra 3 yıl diş eğitimi alan diş hekimleri olup hastahanelerde ve özel muayenehanelerinde hizmet sunarlar. 2003 yılında, bazılarında diş cerrahisi bölümü bulunmasına rağmen, ülkedeki sağlık merkezlerinin hiçbirinde diş hekimi görevlendirilmemiştir. Hastahanelerde yalnızca stomatolojistlerin çalışmasına izin verilmektedir (3/3,7).

Diş teknisyenleri de diş hekimlerinin yönetimi altında ağız sağlığı hizmeti sunarlar. Diş eğitimi veren okullarda eğitilen diş teknisyenleri bir sertifikaya sahip olurlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından kayıt altına alınırlar. Ayrıca diş teknisyenlerinin kayıt olmak zorunda olmadıkları bir Diş Teknisyenleri Birliği vardır (3/6).

II.5.3.3 Aile Hekimliği Ve Genel Pratisyenlik

6 yıllık tıp fakültesi eğitimini takiben 18 aylık asistanlık öncesi eğitim alan hekim ulusal bir sınava girer ve bir uzmanlık alanı seçer. Aile hekimliği (AH) / genel pratisyenlik (GP) uzmanlık eğitimi 3 yıldır. AH/GP'ler hükümet ve Portekiz Tıp Birliği'nin ortak komitesi tarafından sertifikalandırılmakta ve kredilendirilmektedir.

Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında hekimler büyük şehirlerde ve hastahanelerde toplanmışlardı. 1975-1982 yılları arasında hekimlere bir yıllık zorunlu hizmet uygulandı. 1982'de AH uygulamasına başlandı ve 5.500 hekim herhangi bir eğitimden geçmeden AH olarak görev aldı. Daha sonra hizmet içi eğitim programları ile bilgi ve becerileri geliştirildi. 1982'de Portekiz Tıp Birliği, AH uzmanları için board sistemi kurdu. 1983'de Portekiz Aile Hekimleri Derneği ve 1987'de Lizbon Tıp Fakültesinde aile hekimliği bölümü kuruldu. 1987'den sonra AH olmak isteyenler zorunlu eğitime tabi oldular.

Portekiz'de 1979 yılından beri Ulusal Sağlık Hizmeti yürürlüktedir. Doktorların çoğunluğu bu sisteme bağlıdır ve Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı olarak çalışan doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak çalışmaktadır.

Nüfusun %50'i AH/GP'lere kayıtlıdır. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır ve bir GP en az 1500 kişiden sorumludur. AH/GP'ler maaş ile çalışırlar.

İkincil sağlık hizmetlerine ulaşım AH/GP'lerin sevki ile mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastahaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genellikle sağlık merkezlerinde laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmetleri verilmektedir. Bu hizmetler için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir (12/6).

II.5.4 İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri hastahanelerde verilmektedir. Bununla birlikte bazı sağlık merkezleri de uzmanlaşmış düzeyde ayakta tedavi hizmetlerini sunmaktadır (16/5).

Hastahane sayılarındaki eğilim diğer Avrupa ülkeleriyle benzerlik gösterir. Hastahane sayılarında son 30 yılda önemli bir düşüş vardır. 1970'de 634 olan hastahane sayısı %67'lik bir azalma ile 1999'da 205'e düşmüştür.

Bölgeler arasındaki kaynak dağılımı dengesizdir. Alentejo ve Algarve dezavantajı en fazla olan bölgelerdir. Algarve en düşük hastahane yatağına sahip olmakla birlikte nüfusa düşen hastahane yatağı oranında da en düşük orana sahiptir. Lisbon ve Vole do Tejo bölgeleri toplam hastahane yatağındaki en yüksek orana sahiptir (20/6).

Portekiz, sağlık sisteminde Ulusal Sağlık Hizmeti modelini benimsemiş olması sebebiyle hastahane hizmetleri kamusal ağırlıklıdır ve hastahanelerin çoğu Ulusal Sağlık Hizmeti'ne aittir. Desantralizasyona yönelik olarak yürütülen bütün çabalara rağmen hastahaneler merkezi yönetimin kontrolünde kalmıştır ve sağlık hizmetlerinde hastahaneler baskın rol oynamaya devam etmektedir (7/4).

1998'de Portekiz'de 1000 kişilik nüfusa 3,3 hastahane yatağı düşmekteydi. Bu yatakların %70'i kamu sektörü tarafından sağlanıyordu. 205 hastahane'nin 84'ü kâr amaçlı ve özeldi. Genellikle özel sektör klinik olmayan servisler için kaynak ayırmaz. Daha çok teşhis ve psikolojik tedavi hizmetleri özel sektör tarafından sunulmaktadır (16/5).

2001 yılında ülkede bulunan 38.452 hastahane yatağının %74'ü Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı olarak kamu hastahanelerine, %3'ü resmi kamusal olmayan kuruluşlara (askeri ve hapisane kuruluşları) ve %23'ü diğer kuruluşlara aittir. Sonuncu %23'lük bölümün %78'i sosyal sektöre, %22'si kâr amacı güden özel sektör sağlık kuruluşlarına aittir.

2001 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti hastahane ağına dahil olan 88 hastahane'nin 13'ü merkezi hastahane, 40'ı bölge hastahanesi, 22'si 1. düzey hastahane ve 13'ü özel bakım hastahanesidir. Bu hastahanelerin yatak sayıları 50 ile 1.500 arasında değişmektedir (3/6,7).

Kurumların ve yöneticilerin performanslarını izleyen standart bir bilgi sistemi yoktur.

Ulusal Sağlık Sistemi içinde acil olmayan cerrahi müdahale için bekleme süresi gittikçe uzamaktadır. Temmuz 2002 verileri 123.000 insanın acil olmayan bir cerrahi işlem için yaklaşık 6 ay beklediğini göstermektedir (10/25).

Hastahanelerde klinik hizmetler dışında kalan koruma, güvenlik, tedarik, çamaşırhane gibi hizmetler özel sektörle anlaşarak yürütülmektedir (10/28).

Portekiz kamu hastahaneleri, verimlilik, muhasebe ve maliyet belirleme gibi unsurlar açısından başarılı değildir. Kamu harcamalarını kıstak zorunda kalan hükümet, yeni bir reform uyguladı ve 2002'de hastahane yönetimi konulu yeni bir kanun çıkarıldı (7/3).

II.5.5 Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri

Portekiz'de uzun dönemli bakım hizmetleri yeterince gelişmemiştir ve ihmal edilmektedir. Bu hizmetlerin kapsamına öncelikle yaşlılar girmektedir, fakat kaza geçiren kişiler ve kronik veya dejeneratif hastalıklarla diğer fiziksel ve psikolojik hastalıkları olanlar da buna dâhildir.

Bu tür hizmetlerin yeterince gelişmemesinde, diğer Güney Avrupa Ülkeleri'nde olduğu gibi Portekiz'de de bu tür hizmetlerin geleneksel olarak aileler tarafından verilmesinin büyük rolü vardır. Ailevi alışkanlıklar artık değişmiş, ancak uzun dönemli bakım hizmetlerindeki durum aynen devam etmektedir. Kamu sektöründeki alt yapısal yetersizliğe bağlı olarak yaşlılar, destek hizmetleri almak için hastahane yataklarını kullanma eğilimindedir. Hükümet yaşlı bakım hizmetlerinde ulusal kalite standardı olarak ISO 9001:2000 normlarını onaylamış, uzun dönemli bakım kuruluşlarının akreditasyonu için ulusal bir plan hazırlamış ve bu kuruluşlarda alt yapının geliştirilmesi ve sağlık personelinin eğitilmesi için bir Özel Ve Sosyal Destek Planı oluşturulmuştur (10/29).

2003 yılında çıkarılan bir yasayla Devamlı Bakım Hizmetleri Ağı'nın kurulması kararlaştırılmıştır. Yasada "Yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesi, kronik veya dejeneratif bir hastalığa bağlı olarak yardıma ihtiyaç duyan kişilere gerekli destek hizmetlerinin sunulması, fonksiyonel kısıtlılığa veya başlıklarına bağımlı olarak yaşamaya neden olan ve yaşamın son döneminde insana yakışır biçimde yaşamanın sağlanması için gerekli tüm teknik ve insan kaynaklarından yararlanılarak, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri tüm kamu, sosyal ve özel kuruluşlar tarafından sunulabilir." denilmektedir (9/7).

II.5.6 Akıl Sağlığı Hizmetleri

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında yer alan akıl sağlığı hizmetleri 2003 yılında 36 psikiyatrik sağlık kuruluşu ve 3 bölgesel alkül merkezi tarafından sunulmuştur. Bu kuruluşların toplam yatak kapasitesi 2.640'tır. Kuruluşlarda psikiyatrisler, psikologlar, paedopsikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, çalışma terapistleri, hemşireler, psikometri uzmanları, konuşma terapistleri, okul öncesi öğretmenleri, eğitim uzmanları, özel ihtiyaç öğretmenleri ve genel pratisyenler görev yapmaktadır.

İlaç bağımlılarına destek vermek amacıyla, tedavi olmak isteyen ilaç bağımlılarına, 45 ilaç bağımlıları destek merkezinde hizmet sunulmaktadır. Uyuşturucu bağımlıları için 5 adet uyuşturucu ünitesi bulunmakta olup toplam 45 hasta yatağıyla kısa dönemli (7gün) yataklı tedavi hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca bir sözleşmeye bağlı olarak hizmet veren 7 özel uyuşturucu kliniği bulunmakta olup bu tür hizmetlerin sunulmasına 77 hasta yatağı daha tahsis edilmektedir (9/7).

Tablo 2: Sınıflarına Göre Hastahaneler

	1970	1980	1990	1996	1999
Kamusal	171	394	145	122	110
Diğer Kamusal	19	2	17	10	11
Misericordias	284	8	-	-	-
Diğer Özel	160	89	95	89	84
Kâr Amaçlı	-	-	44	40	40
Kâr Amaçlı Olmayan	-	-	51	49	44
Toplam	634	493	257	221	205

Kaynak: (6) WHO (2004) Health Care System in Rtransition, Portugal, s:57

II.6 Sağlık İnsangücü

USH kapsamındaki sağlık insangücünde son 30 yıl içinde önemli bir artış oldu. 1970 ile 2000 yılları arasında sağlık insangücü sayısında %127'lik bir artış gerçekleşti. 1990 ile 2000 yılları arasındaki 10 yıllık sürede halk sağlığı çalışanlarının sayısı sabit kalmıştır (14/13,14).

Portekiz'de aktif olarak çalışan doktor sayısında 1990 yılından bu yana belirgin bir artış vardır. 2000 yılında ülkede 1.000 kişilik nüfusa 3,2 hekim düşmektedir ve bu oran 3,9 olan Avrupa Birliği ortalamasının altındadır (6/67).

Portekiz sağlık sistemindeki hemşirelerin bölgeler arası dağılımı dengesizdir ve birincil sağlık hizmetlerinde sayıları azdır. 1998 kayıtlarına göre her 1000 kişilik nüfusa 3,6 hemşire düşmektedir ve bu oran diğer Avrupa ülkelerine göre azdır.

Son 10 yılda uzmanlaşmış sağlık insangücü sayısındaki artışa rağmen, uzmanlaşmamış sağlık insangücü ihtiyacı karşılayacak düzeyde değildir. Araştırmalar hemşire sayısının yetersiz olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte doktorların büyük bir kısmının emekli olmasıyla birlikte önemli bir sorun oluşacaktır. Hemşirelerin ve doktorların sayısındaki bu azalmanın nedeni, 1979'dan beri yönetimlerin sağlık alanındaki eğitim politikalarının sınırlayıcı uygulamaları olarak gösterilebilir.

1979'dan sonra kamu tıp okullarına kabul edilen öğrencilerin sayısında önemli bir azalış vardır.

Hemşirelerin bölgeler arası dengesiz dağılımı yeterli sağlık bakımının sunulmasını engellemektedir. Sağlık insangücünün %50'sinden fazlası Lisbon, Porto ve Coimbra'dadır. Ayrıca sağlık insangücünün sağlık bakım hizmetlerindeki dağılımı da dengesizdir ve büyük bir kısmı (%71) ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih etmektedir (14/14,15).

Ülkedeki hemşirelerin %74'ü merkezde ve bölge hastahanelerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin yalnızca %20'si birincil sağlık hizmetlerinde ve %3'ü psikiyatrik hizmetlerde çalışmaktadır (6/67).

2001 yılında sağlık sektöründe toplam 174.963 kişi çalışmıştır ve bu sayı, ülkedeki toplam işgücünün %3,4'ünü oluşturmaktadır. 2001 yılında bağlı buldukları mesleki kuruluşlara kayıtlı 33,2 bin hekim, 3,7 bin diş hekimi, 8,4 bin eczacı ve 39,3 bin hemşire bulunmaktadır (9/7).

2003 yılında Portekiz'deki kayıtlı diş hekimi sayısı 4.500'dür ve her yıl eklenen 350 yeni mezun diş hekimi ile bu sayı artmaktadır. Brezilya ile yapılan bir anlaşmaya göre 1990'ların sonlarına kadar Brezilya'da eğitim gören diş hekimleri Portekiz'de çalışabilmekteydi. Ancak Avrupa Birliği direktiflerinin uygulanmaya başlanmasıyla Avrupa Birliği dışından bir ülkeden gelen diş hekimlerinin ülkede çalışabilmesi için kamu üniversiteleri aracılığıyla diplomalarının onaylanması gerekmektedir. Ülkede 2003 yılında toplam 635 stomatojist ve 550 odontolojist bulunmakta olup, ortodontist ve ağız cerrahisi uzmanlarının 2002 yılındaki sayısı sırasıyla 36 ve 4'tür (3/5).

Portekiz'de bulunan 7 tıp fakültesinin 2'si Lizbon'da, 1'i Coimbra'da, 2'si Porto, 1'i Braga ve 1'i Covilha'dadır. Tıp eğitimi 6 yıldır, fakat reform çalışmaları çerçevesinde 5 yıla düşürülmesi planlanmaktadır. Mezuniyet sonrasında 18 aylık bir intörnlik dönemi olup, bunun ilk 6 ayı genel pratisyenlik ve halk sağlığı eğitimine ve 1 yılı hastahane eğitimine ayrılmıştır.

Hemşire olabilmek için en az 12 yıllık bir temel eğitim almak gerekmektedir. Sonrasında 3 yıllık bir hemşirelik eğitiminden sonra hemşirelik unvanı alınır. Hemşirelik eğitiminden sonra ebelik, pediatrik hemşirelik, psikiyatri hemşireliği ve toplum hemşireliği alanlarında uzmanlık eğitimi alınabilir (6/71).

Tablo 3'de 1970-2000 yılları arasında çeşitli sağlık meslek gruplarının 1.000 kişilik nüfusa oranları verilmektedir (6/70).

Tablo 3: Bin Kişilik Nüfusa Düşen Sağlık Personeli, 1970-2000

	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1995	1999	2000
Doktor	0,95	1,96	2,83	2,87	2,90	2,31	2,96	3,18	3,18
Dişçi	0,007	0,11	0,17	0,17	0,18	0,21	0,26	0,38	0,43
Hemşire	0,97	2,24	2,79	2,86	3,00	3,14	3,38	3,76	3,67
Eczacı	0,31	0,48	0,55	0,60	0,60	0,61	0,65	0,78	0,79

Kaynak: (6) WHO (2004) Health Care System in Rtansition, Portugal, s:70

II.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları

II.7.1 Sağlık Hizmetleri Finansmanı

II.7.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı

Portekiz sağlık sistemi eşgüdümlü olarak çalışan ve birbirini tamamlayan üç sistemden oluşmaktadır:

- Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH),
- Belli mesleklerle yönelik Sosyal Sağlık Sigortası (sağlık alt sistemleri),
- Gönüllü özel sağlık sigortası sistemi (20/2).

Ülke de Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin kurulmasından yaklaşık 20 yıl sonra, daha önceden var olan sosyal refah sistemi bir tür sağlık sigortası sistemine dönüştü ve bu sigorta sistemine üyelik, belli meslek gruplarının mensubu olma esasına dayandırıldı. Sağlık sistemini oluşturan üç sistemden biri olan özel bir yapıdaki kamu ve özel sigorta sistemi "sağlık alt sistemleri" olarak anılmaktadır. USH kapsamına ek olarak, nüfusun yaklaşık %25'i aynı zamanda sağlık alt sistemlerinin kapsamında bulunmaktadır (6/21).

Nüfusun yaklaşık %25'ine kısmi veya tam kapsamlı sağlık hizmeti sunan sağlık alt sistemlerinin finansman kaynağı işveren (devlet de dâhil olmak üzere) ve çalışanlardan kesilen katkılardır (16/4).

Bu katkıların büyük bir bölümü işverenlerden alınmaktadır. Sağlık alt sistemi kullanıcılarından (üyelerinden) maaşlarının %10'i oranında bir katkı payı kesilir (6/37).

Nüfusun yaklaşık %10'u gönüllü sağlık sigortası kapsamındadır. Bu sağlık sigortası çoğunlukla işverenler tarafından sağlanır.

Nüfusun %7'ye yakın kısmı birleşik fon kapsamındadır. Gönüllü katkılarla finanse edilen birleşik fonlar, kâr amacı gütmeyen örgütlerdir ve kısıtlı konsültasyon kapsamı, ilaç ve nadiren yataklı tedavi imkanı sunarlar.

Son yıllarda, ülkede, sağlık hizmeti kullanımında, ek olarak yapılan kişisel doğrudan ödemelerde bir artış olmuştur. Doğrudan kişisel ödemeler son 10 yılda toplam sağlık harcamalarının %30'una ulaşmıştır (20/4).

II.7.1.2 Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı

Ulusal Sağlık Hizmeti tüm nüfusu kapsamaktadır. Ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir (8/5).

Ulusal Sağlık Hizmeti bütçesi yıllık olarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan planlar ve geçmiş yıl bütçelerine göre Maliye Bakanlığı tarafından belirlenir (8/6).

Yıl içinde yapılan harcamalar çoğunlukla bu bütçeyi aşar ve ek bir bütçe tahsis edilmesini gerektirir. USH, hastahane hizmetleri karşılığında da bir miktar gelir elde etmektedir. Hastalardan özel hizmetler (örneğin özel oda) karşılığı alınan ödemeler, sağlık hizmeti ödemeleri ve bina ve ekipman kiralardan oluşan bu gelirler USH bütçesinin %8'ini, hastahanelere ayrılan bütçenin %20'sini oluşturmaktadır (10/34).

Kamu hastahaneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yıllık bütçeden karma vaka (case-mix) odaklı olarak finanse edilir. 1997 yılından beri bütçenin bir kısmı da giderek artan bir oranda teşhis odaklı (diagnosis related groups-DRG) olarak belirlenmektedir (8/7).

Hastahane bütçeleri global bütçeden finanse edilir. Devlet bütçesinden (global bütçe) gerçekleştirilen doğrudan transferler yanında hastahaneler kendi gelirlerini de elde etmektedir. Bu gelirler sağlık alt sistemleri üyelerinin faydalandığı sağlık hizmetleri karşılığında alınan ödemeler, özel hizmet gelirleri ve ayakta tedavi ve teşhis hizmetlerinde kullanıcıların yaptığı ek ödemelerdir (6/81).

Sağlık merkezlerinin finansmanı finansal ve yönetsel açıdan özerk olmayan Bölgesel Sağlık İdareleri tarafından sağlanmaktadır (8/6,7).

Portekiz'de sağlık hizmetleri yatırım programlarına Avrupa Birliği tarafından 1994'ten beri, önemli kaynak aktarımları söz konusudur. Her projede Portekiz'in toplam yatırıma %25 oranında katılması gerekmektedir. Bu dış yardım finansmanı, Sağlık Bakanlığı harcamalarını tamamlamaktadır (6/38).

II.7.2 Sağlık Hizmeti Harcamaları

Maliye Bakanlığı, geçmiş yıllarda yapılan harcamaları ve planları dikkate alarak yıllık Ulusal Sağlık Hizmeti bütçesini hazırlar ve Sağlık Bakanlığı'na gönderir. Sağlık Bakanlığı, belirli bir nüfusa birincil sağlık hizmetlerinin sunumuyla görevli olan bölgesel sağlık idarelerine kaynak tahsis eder. Bölgesel sağlık idareleri tarafından finanse edilen sağlık merkezlerinin finansal ve yönetsel otoriteleri yoktur. Kamu hastahaneleri karma vaka (case-mix) düzenlemesine göre Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan genel bütçeden finanse edilir (16/5).

2001 yılında GSMH'nin yaklaşık %9,3'ü sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Aynı yıl Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne ayrılan miktar toplam kamu harcamalarının %13,1'i ve GSMH'nin %6,1'idir. GSMH'dan sağlık hizmetlerine ayrılan oran, 1995'ten bu yana %24,49 oranında artmış olup, bu artış OECD ülkeleri içindeki en yüksek artış oranıdır (9/6).

2002 yılında Portekiz'de yapılan sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %9,3'tür. Avrupa Birliği ülkeleri içinde Portekiz, 2004 yılında ilaçlara en çok kamu harcaması yapan ülkedir. 2002 yılında yapılan özel sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %29'una ulaşmıştır (8/5).

OECD 2004 Sağlık Verileri'ne göre Portekiz'in kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 6,3'tür. Özel sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı ise 2,9'dur.

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında çalışan doktorlar maaşlı devlet memurlarıdır. Özel uygulamalar ve fazla mesai ödemeleri doktorlar için ek gelir kaynaklarıdır (8/6).

Portekiz'de sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı son 20 yılda çok hızlı bir biçimde artmıştır. Özellikle hastahane hizmetleri ve ilaçlara yapılan kamu harcamalarındaki bu artış diğer Avrupa Ülkelerine göre daha hızlı olmuştur. 1993-2002 yılları arasında, yapılan sağlık harcamaları hazırlanan bütçeyi ortalama %7,5 oranında aşmıştır (10/6).

Hastahane giderleri Ulusal Sağlık Hizmeti harcamalarının yarısını oluşturmaktadır (10/22).

II.8 Sosyal Güvenliğin Finansmanı

Hastalık ve analık sigortaları vergilerle karşılanmaktadır (19/6).

Hastalık ve analık sigortaları kapsamında sağlık yardımları ve para yardımları bulunmaktadır. Sağlık yardımları vergilerle finanse edilip para yardımları da sağlık yardımları primlerine dâhil edilmektedir (19/16,17).

Meslek hastalıklarında bir tavan söz konusu olmaksızın işverenin sorumluluğunda %0,5 oranında prim verilmektedir (19/23).

Hastalık ve analık sigortaları için özel bir prim yoktur (19/29).

Hastalık ve analık sigortaları kapsamında bulunan sağlık yardımlarını devlet finanse etmekte, para yardımlarında ise devlet katkısı söz konusu olmamaktadır (19/33,34)

II.9 İlaç Kullanımı

1990'dan sonra Avrupa Birliği uygulamalarından dolayı ilaç güvenliği ve kalite garantisi için birkaç yasal değişiklik yapıldı. 1993'te kurulan Ulusal İlaç Kurumu (INFARMED) bütün ilaçların onaylanmasından sorumludur (20/7).

Portekiz'de ilaç sektörü hastahanelerde kullanılanlar ve eczahanelerde satılanlar olmak üzere iki açıdan incelenebilir. Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı hastahanelerde kullanılan ilaçlar doğrudan hastahane bütçesinden temin edilir. Bu amaçla hastahane bütçesinden yapılan harcamalar, Ulusal Sağlık Hizmeti'nin ilaçlara yaptığı toplam harcamaların %40'ına yakındır. Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından, Ulusal Sağlık Hizmeti sistemi içinde reçete edilen ve özel sağlık hizmeti alınmasıyla reçete edilen ilaçlara hastalar tarafından yapılan ödemelerin geri ödemesi yapılmaktadır. Bu harcamalarda doğrudan kişisel (çepden) harcamaların payı da önemli miktarlardadır (10/29).

Hayatta kalmak için kullanımı zorunlu olan ve kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar için %100 oranında geri ödeme yapılmaktadır. Uzun dönemli tedavi gerektiren ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlarda normal koşullarda %70, emekliler için %85, jenerik ilaç için %80 oranında bir geri ödeme yapılır. Tıbbi açıdan önceliği olmayan, ruhsal tedavi açısından değeri onaylanmış ilaçlarda normal koşullarda %40, emekliler için %55, jenerik ilaçlar için %50 oranında geri ödeme yapılmaktadır (10/30).

Portekiz'de ilaç sektörü doktorların reçete yazma özgürlüğü, ilaç fiyatlarının düzensizliği ve eczacıların ilaç satışı üzerindeki monopolistik gücü ile karakterizedir. İlaç sektörünün bir diğer özelliği de 1995'lere kadar jenerik ilaç pazarının çok genişlemesi ve yasaların hastaları ve ilaç markalarını korumamasıdır. 1995 yılında yasa değişmiş ancak, bu tarihten önce piyasada bulunan jenerik ilaçların piyasada kalmaya devam etmesine izin verilmiştir. Buna rağmen Portekiz'de jenerik ilaç tüketimi, diğer OECD ülkelerine kıyasla daha düşüktür.

Ülkede hızla artan ilaç harcamalarının önüne geçebilmek amacıyla ilaçların rasyonel kullanımı, ilaç fiyatlarında ve geri ödeme politikalarında değişiklikler ve ilaç endüstrisiyle yapılan anlaşmalar gibi çeşitli programlar uygulanmıştır fakat bu çalışmalar ilaç harcamalarındaki hızlı artışı yavaşlatamamıştır (10/30,31).

Portekiz kimyasal pazarının değeri 2005 yılında, perakende satış fiyatı üzerinden 4.8 milyar ABD Dolarıdır (US \$). Kimyasallar içinde ilaç sektörü bu miktarın %82,1'ini oluşturmaktadır. 2004 yılında ilaç ithalatı önceki yıllara göre %20,1 oranında artmış ve 1.9 milyar ABD Dolarına ulaşmıştır.

Reçete edilen ilaçlar, ilaç sektörünün %91,6'sını oluşturur. Jenerik ilaç kullanımı, ilaç sektörü içinde 2004 yılında %7,9'luk bir orana sahipken, 2005 yılında bu oran %12,5'e yükselmiştir (4/2).

II.10 Sağlık Teknolojisi

Portekiz'de geleneksel bir teknoloji değerlendirme sistemi yoktur. 1995'te çıkarılan yeni bir yasa ile CT ve MRI taramaları üzerine bazı kısıtlamalar getirilmiştir. 1998'de Ulusal Sağlık Ekipmanları Listesi hazırlanmış ve yayımlanmıştır (20/7).

1988'de çıkarılan bir yasa ile kamu ve özel sektöre bazı ekipmanların temin edilmesi Sağlık Bakanlığı yönetimine verilmiştir. Günümüzde özel sektördeki sağlık donatılarının dağılımını düzenleyen etkili bir yöntem bulunmamaktadır. Daha esnek ve yüksek teknolojiye sahip ağır tıbbi donatımın büyük kısmı (%67) özel sektörün elindedir. Hastahaneler, bu donatımların kullanımı için özel klinikler ile anlaşmalar yapmaktadır. Teknolojinin bölgeler arasındaki dağılımı da dengesizdir. Kıyı bölgelerinde yaşayan insanlar, bazı tedavi ve test imkanlarına ulaşmak için diğer bölgelere seyahat etmek zorunda kalmaktadır (6/72).

II.11 Sağlık Reformları Ve Devam Eden Projeler

1970'lerin başlarında Portekiz, geniş kapsamlı bir sağlık merkezi ağı oluşturmak suretiyle birincil sağlık hizmetlerinde entegre bir yaklaşımı benimsemeye çalışan ilk Avrupa ülkelerinden biridir. Bu çalışmalar sonucunda toplumun sağlık statüsünde belirgin ilerlemeler kaydedilmiş, örneğin bebek ölüm oranlarında 1960'lardan beri önemli bir düşüş gerçekleşmiştir. 2002 yılından beri yapılmakta olan reform çalışmalarında öncelikle cerrahi bekleme listelerinin azaltılması, hastahane ve birincil sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinin yönetiminin iyileştirilmesi, ilaç politikasında değişiklikler yapılması ve özel sektörün rolünün güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık politikasında önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen Portekiz sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu bazı sorunlar devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinde verimliliğin düşük olması, özel sağlık harcamalarının oranının yüksek olması, yüksek seviyelerdeki ilaç harcamaları ve sağlık sektöründeki eşitsizlikler bunlardan bazılarıdır ve Ulusal Sağlık Hizmeti'nin örgütsel yapısının ve yönetiminin modernize edilmesine ihtiyaç vardır (16/5,6).

Portekiz'de sağlık sisteminin etkililiğinin artırılması amacıyla 2002 yılında başlanan kapsamlı reform çalışmalarının iki ana amacı, kamu sağlık hizmetlerini daha düşük maliyetle ve daha yüksek kalitede sunmak ve orta vadede kamu sağlık hizmetleri harcamalarının oranını azaltmaktır. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, talebi ve sunumunu birbirinden ayırmaya, sağlık hizmeti sunucuları için yeni finansman modelleri uygulamaya, hem birincil sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinde, hem de hastahanelerde kalitenin, yönetimin ve üretkenliğin geliştirilmesine, sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün rolünün güçlendirilmesine ve jenerik ilaçların kullanımının desteklenmesine yönelik yeni yasalar çıkarılmıştır. Daha önceki dönemlerde gerçekleştirilen ve asla tam anlamıyla uygulanamayan atılımlar ve küçük çaplı reformların aksine, 2002 yılında başlanan reform çalışmaları neticesinde sağlık sektöründe geniş çaplı ve kalıcı kazanımlar elde edilmektedir (11/4,5)

2002 yılında başlatılan reform çalışmaları kapsamında hükümetin ana değişim alanları şu başlıklar altında toplanabilir:

-Kamu ve özel sektör arasında işbirliğinin kurulması: Ulusal Sağlık Hizmeti'nin yenilenmesi ve etkililiğinin artırılması amacını taşımaktadır. Bu uygulama kamu sektörü üzerindeki riskin özel sektöre ve özel sektördeki etkinliğin kamu sektörüne taşınmasına dayanmaktadır.

-Konsültasyon ve cerrahi işlem bekleme listelerinin ortadan kaldırılması: Uzun bekleme listeleri her zaman büyük bir sorun olmuştur ve bu uygulama ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi amaçlanmaktadır.

-Tüm vatandaşlara bir aile hekimi sağlanması.

-Hastahanelerin şirketlere dönüştürülmesi, bu dönüşümün yönetim modellerinin geliştirilmesi.

-Devamlı bakım hizmetleri ağının geliştirilmesi.

-Bilgi sistemleri ağının geliştirilmesi ve "arama merkezlerinin" oluşturulması.

-İlaç politikalarının geliştirilmesi.

-İnsan kaynakları politikalarında değişiklikler.

-Acil servis hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi (13/10,15).

A. ERDAL

SARGUTAN

III. PORTEKİZ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Portekiz Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	YILLAR	PORTEKİZ	TÜRKİYE
Toplam Nüfus (%)	2006	10.605.870**	70.413.580
Nüfus Artış Hızı (%)	2006	0,36**	1,06
Doğum Oranı (‰)	2006	10,72**	16,62
Ölüm Oranı (‰)	2006	10,9**	5,97
Toplam Bebek Ölüm Oranı (‰)	2006	4,98*	39,69
Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	77,7**	72,62
Erkekler İçin Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	74,43**	70,18
Kadınlar İçin Ortalama Yaşam Beklentisi	2006	81,2**	75,18
GSMH (Milyon ABD Doları)	2005	196,3**	552,7
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (%)	2002	9,3*	6,5
Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	70,5*	65,8
Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	29,3*	34,2
Sosyal Güvenlik Harcamalarının Toplam Kamu Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	2002	6,5*	49,6

Kaynak: *(18) WHO (2005) World Health Report 2005 İstatistical Annex, s:1-3

** (2) CIA (2006) The World Factbook, Portugal s:3,6

Portekiz Sağlık Sistemi'nde planlama, düzenleme ve yönetim fonksiyonlarının birçoğu Sağlık Bakanlığı'nın elindedir. Ayrıca Bölgesel Sağlık İdareleri'nin kontrol, koordinasyon ve rehberliği görevlerini yerine getirmek üzere Sağlık Yüksek Komisyonu kurulmuştur.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunmak için planlama, koordinasyon, kontrol ve sağlık kurumları geliştirme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve diğer bazı bakanlıklar arasında paylaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetleri illerde, valiye karşı sorumlu olan İl Sağlık Müdürlükleri tarafından sağlanır. Ancak yerel düzeyde karar verme yetkisi teşvik edilmemektedir.

Türkiye ve Portekiz'de birincil sağlık hizmetleri ayakta hasta bakımı şeklinde yürütülmektedir. Bu hizmetler Portekiz'de Ulusal Sağlık Hizmeti örgütüne bağlı ve ülke çapında yaygın olan Sağlık Merkezleri'nde sunulmaktadır. Türkiye'de Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri vb. tarafından sunulmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması, Portekiz'de birincil sağlık hizmetleri içinde yer alırken Türkiye'de kurma çalışmaları sürmektedir.

Portekiz'de insanlar bağlı buldukları bölgede kayıtlı olmak zorunda oldukları sağlık merkezinde diledikleri pratisyen hekimi veya aile hekimini seçmekte özgürdürler. Bu hekimler ihtiyaç duyulduğunda hastalarını kamu hastahanelerine veya Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından onaylanan özel sektördeki uzman doktorlara yönlendirirler.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastahanelerinden hizmet almak için sevke ihtiyaç duyulmamaktadır. Hastaların tamamına yakın hastahanelere daha öncesinde bir birincil sağlık kurumuna veya birincil sağlık hizmeti veren doktora danışmaksızın gelirler.

Her iki ülkede de devlet kurumları için çalışan uzman hekimlerin kendi özel muayenehanelerinde çalışmalarını son derece yaygındır.

Portekiz'de Ulusal Sağlık Hizmeti sistemi içinde reçete edilen ve özel sağlık hizmeti alınmasıyla reçete edilen ilaçlara hastalar tarafından yapılan ödemelerin geri ödemesi yapılmaktadır.

Türkiye'de ilaç harcamalarının belirli bir oranı kişilere sağlık güvencesi sunan kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır.

Her iki ülkede sağlık teknolojisinin bölgeler arası dağılımı dengesizdir. İnsanlar, bazı test ve tedavi imkânlarına ulaşmak için başka bölgelere seyahat etmek zorunda kalmaktadır.

Portekiz'de Ulusal Sağlık Hizmeti ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilir. Sağlık finansman kaynağı kamu gelirleri ile devlet de dahil olmak üzere işveren ve çalışanlardan kesilen katkılar, doğrudan ödemeler ve gönüllü sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının ana finansman kaynağı kişilerin doğrudan ve dolaylı ödemeleri, devlet bütçesine aktarılan vergi gelirleridir. İkincil kaynak sosyal güvence kuruluşlarıdır. Diğer bir önemli kaynak dolaylı vergilerden sağlanmaktadır.

Portekiz'de özel sektör sağlık hizmetleri çoğunlukla teğhise yönelik olarak yürütölmekte olup, bu hizmetler patoloji, kan testleri, radyolojik tetkiklerdir. Bunun yanında fizyoterapi, diğ sağlığı, ve diyaliz hizmetleri de çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır.

Türkiye'de özel hastahane sektörü gelişmektedir. Diğer bir tip özel sağlık hizmeti ise özel poliklinikler ve tanı merkezleridir. Bunun yanında uzmanlaşmış bazı hekimler mikrobiyoloji, biyokimya, radyoloji ve patoloji gibi alanlarda kendi laboratuvarlarını ve tanı merkezlerini kurmuşlardır.

Portekiz'de kâr amacı gütmeyen, yardım amaçlı bağımsız sağlık kuruluşları olarak Misericordialar vardır. Bu hastahanelerde ortopedi, plastik cerrahi, dâhîye ve tamamlayıcı tedavi hizmetleri sunulmakta olup, akut ve acil servis hizmetleri sunulmamaktadır.

Türkiye'de de doğal afetlerde ve savaşlarda sağlık hizmeti sunan Türk Kızılay Cemiyeti ve benzeri dernekler ile özel hastalıklar üzerine çalışan Vakıflar vardır.

Portekiz ve kamu ve kişisel harcamaların da yüksek olduğu, ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürütmektedir. Türkiye de ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürütmektedirler.

A. ERDAL

SİRCÜMEN

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi Ana Yayıncılık A.Ş. Ve Encyclopedia Britannica, Inc. Cilt:17
2. CIA (2006) The World Factbook-Portugal
www.cia.gov/cia/publications/factbook_old/geos/po.html
3. EU (2004) Manual of Dental Practice
www.eudental.org/library/104/files/portugal-20051027-1451.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. Espicom (2006) The Outlook for Pharmaceuticals: Portugal, Espicom Business Intelligence Ltd
www.researchandmarkets.com/reportinfo.asp?report_id=238996&t=e&cat_id=16
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. Milli Eğitim Bakanlığı (2003) Portekiz'de Eğitim
www.meb.gov.tr/haberler7html_hberler/PortekizdeEgitim.html
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. WHO (2004) Health Care systems in Transition-Portugal, Regional Office for European Observatory on Health Systems and Policies
7. WHO (2002) Newsletter of the European Obsevatory on Health Care System, Euro Observer, Volume 4, Number 4
www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserverWinter2002.pdf
8. Observatory (2004) Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies
www.euro.who.int/document/e85400.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Observatory (2004) Directorate-General of Health Ministry of Health, National Health Plan 2004-2010 Volume I-Priorities, European Observatory on Health Systems and Policies
www.euro.who.int/observatory/ctryinfo/CtryInfoRes?COUNTRY=POR&CtryInputSubmit
10. Guillard, S. (2004) The Reform of The Health Care System in Portugal
[www.oilis.oecd.org/oilis/2004doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/d74128d2c3009d51c1256f2a0079dee4/\\$FILE/JT00170911.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2004doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/d74128d2c3009d51c1256f2a0079dee4/$FILE/JT00170911.PDF)
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

11. OECD (2004) Economic Survey-Portugal 2004: The On-going Reform of the Health Care System, Organization for Economic Co-operation and Development
www.oecd.org/document/4/0,2340,en_33873108_33873764_33701508_1_1_1_1,00.html
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. Paycı, S. Ö. Ünlüoğlu, İ. (2005) Webmaster, Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları, Türkiye Aile Hekimleri Derneği
www.tahud.org.tr/search.php
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. Catarina Diogo, (2003) The Reform of the NHS in Portugal,
www.york.ac.uk/management/research/working_paper_series/working%20paper%205.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Vasconcelos, J.(2004) Resource Project Refugees contribution to Europe Country Report:Portugal
www.uaf.nl/assets/uaf/Resource/Portugal.pdf
15. WHO (2001) Health Indicators in the European Regions, ISARE Project Final Report, World Health Organization Regional Office for Europe
http://isare.org/fichiers_isare/pdf/ISAREEn.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
16. WHO (2004) Total Expenditure on Health, World Health Organization Regional Office for Europe
www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhpor/system/20050131_1
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
17. WHO (2003) Statistical Information System (WHOSIS), Country Health Indicators
www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=prt&language=en#economic
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
18. WHO (2005) World Health Report 2005 Statistical Annex Explanatory Notes, World Health Organization
www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_p-z.pdf
19. Ekdemir, ř. (2004) BAĞ-KUR, Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Tüzükleri Yaygınlaştırma Uygulaması
www.bagkur.gov.tr/indexGenel.shtml
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
20. WHO (2004) European Obsevatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems İn Transition
www.euro.who.int/document/e82937sum.pdf

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN