

SIRBİSTAN KARADAĞ SAĞLIK SİSTEMİ

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

ARAŞTIRMA GRUBU

Ersin KARABULUT
Yakup ÖZDEMİR
Oktay SARIÇOBAN
Mehmet TOSUN
Selahattin SÖZEN

A. ERDAL SARGUTAN

SIRBİSTAN KARADAĞ SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2354
I. ÜLKE TANITIMI	2357
I.1 Coğrafya	2357
I.2 Nüfus	2357
I.3 Tarih	2358
I.4 İdari Ve Siyasi Yapı	2360
I.5 Ekonomi	2360
I.6 Eğitim	2362
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2363
II.1. Genel Sağlık Durumu	2363
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	2364
II.2.1 Sırbistan	2364
II.2.2 Karadağ	2365
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2366
II.3.1 Sırbistan	2366
II.3.2 Karadağ	2367
II.4. Sağlık İşgücü	2368
II.4.1 Sırbistan	2368
II.4.2 Karadağ	2369
II.5 Sağlık Sisteminin Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları	2369
II.5.1 Sırbistan	2369
II.5.2 Karadağ	2372
II.6. Reformlar	2374
II.7. Kosova Sağlık Sistemi	2375
III. SIRBİSTAN KARADAĞ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2378
KAYNAKLAR	2381

ÖZET

Sırbistan-Karadağ sağlık sistemi, 1999 savaşı sonrasında önemli derecede gerileme kaydetmiş ve büyük yaralar almıştır. Savaş sonrası mülteci nüfusun ve evsiz kalmış kişilerin sağlık maliyetlerinin de bütçeden karşılanması kişi başına düşen sağlık harcamalarını önemli ölçüde azaltmıştır. Sistemin yeniden etkili kılınmasına çalışılmaktadır.

Nüfusunun sağlık düzeyi 1999 yılından sonra kötüleşmiştir. Ortalama yaşam süresi azalırken, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kanser görülme oranında artış olmuştur. Bu hastalıkların artış sebebi alkol ve sigara tüketiminin fazlalığı, kötü beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin olmayışına bağlanmaktadır.

Sırbistan-Karadağ içindeki iki ulusal oluşumu temsil eden Sırbistan ve Karadağ pek çok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de kendi politikalarını belirleme serbestliğine sahiptirler.

Sırbistan Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili tüm faaliyetlerin sürdürülmesi ve denetiminden sorumludur. Karadağ'da da Sağlık Bakanlığı çok küçüktür ve bakan değiştiği zaman kıdemli personellerde değiştirilme eğilimi göstermektedir. Sırbistan-Karadağ Sağlık Sigorta Fonu Sağlık Bakanlığından ayrı yapıya sahiptir. Toplum Sağlığı Kurumu da temel sağlık verilerinin toplanması, planlama ve analitik hizmetlerin sunumundan sorumludur. Ancak bu kurumların arasındaki dağınık yapı sağlık sektörünün ana görevlerinin eşgüdümünde problemler yaratmaktadır ve Sağlık Bakanlığının etkisini azaltmaktadır.

Sırbistan-Karadağ'da sağlık sunum sistemi ülke çapına yayılmış "ambulantas" adı verilen sağlık merkezlerinden klinik merkezlerine, kapsamlı bir devlet tesis ağı ile sağlanmaktadır. Sırbistan'daki hastahanelerin yalnızca üçte biri sterilizasyon sistemine sahiptir. Sağlık tesislerindeki tıbbi teçhizatın %75'i on yıldan daha eski ürünlerdir. Toplum sağlığı hizmetleri Toplum Sağlığı Kurumları tarafından verilmektedir. Birincil sağlık hizmetleri bölgesel toplum sağlığı ve birincil sağlık hizmetinden sorumlu Sağlık Evleri ağı ve ambulantaslar aracılığıyla verilmektedir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri genel hastahaneler, üniversite klinik merkezleri ve ihtisas hastahaneleri tarafında verilmektedir.

Karadağ sağlık hizmetlerinin sunumu Dom Zdravlja (Sağlık Merkezleri), hastahaneler, klinikler, eczahaneler tarafından sağlanmaktadır.

Sırbistan ve Karadağ, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine uyum sağlama çabasıdadırlar. Maaşlardan kesilen sigorta primleriyle finanse edilen ve Sağlık Sigorta Fonu tarafından yürütülen zorunlu sosyal sağlık sigortaları temel finansman kaynaklarını oluşturmaktadır. Bu durum hizmet satın alma sözleşmeleri, ödeme yöntemleri ve sistemin diğer temel fonksiyonları açısından büyük avantaj sağlamıştır.

Özel sağlık hizmetleri başlatılmış fakat henüz etkili bir uygulama yaratacak kadar geliştirilememiştir. Bu hizmetler sağlık sistemi içine bütünüyle intibak edilememekle birlikte, koruyucu sağlık hizmeti ve birinci kademe tedavi hizmetlerinin tümünde hizmet vermektedirler.

Sırbistan'da sağlık hizmetlerin finansmanı kamu finansmanı ile kişisel dolaylı (prim) ve doğrudan (cepten) harcamalar yoluyla yapılmaktadır. Sırbistan'da kişisel dolaylı finansman sisteminin temelini Sırbistan Sağlık Sigortası Fonu teşkil etmektedir.

Karadağ'da sağlık sektörünün finansmanı kamu kaynakları, Sağlık Sigorta Fonu, toplam ücretlerin %15'i olarak alınan primlerle, (sigorta fonunun toplam gelirinin %67-77'si), Maliye Bakanlığında yapılan transferlerle, Emeklilik Fonundan ve işsizlik fonundan alınan tutarlarla ve çiftçilerden ve bazı yıllarda özel sektörden alınan paylarla finanse edilmektedir.

A. ERDAL

SARGUTEN

A. ERDAL SARGUTAN

SIRBİSTAN KARADAĞ SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Sırbistan Karadağ
NÜFUSU	: 10,7 milyon
YÜZÖLÇÜMÜ	: 102,173 km ²
RESMİ DİLİ	: Sırpça, Arnavutça, Macarca
BAŞKENT	: Belgrad
PARA BİRİMİ	: Dinar (11/2)

I.1. Coğrafya

Ülke, Sırbistan 88,301 km² ve Karadağ 21,506 km² olmak üzere toplam 102,173 km² yüzölçümüne ve 10,7 milyon nüfusa sahiptir. Ortalama nüfus yoğunluğu 104 kişi/km² dir.

Sırbistan Karadağ Balkan yarımadasının orta kısmında ve Pannonic ovasının güneydoğu kısmında yer alır. Kuzeyden Macaristan'la, kuzeydoğudan Romanya ile, doğudan Bulgaristan'la, güneyden Makedonya ve Arnavutluk'la ve batıdan Hırvatistan ve Bosna Hersek'le sınır komşusudur. Güneybatıda Karadağ Cumhuriyeti ile Adriyatik Denizine açılır. Uluslararası kara ve demiryolları ülkeyi Batı ve Orta Avrupa'ya, Yunanistan ve Türkiye üzerinden de Yakındoğu ve Asya'ya bağlar.

Yer şekilleri, Kuzeybatıda Voyvadinayı saran verimli ovalar, Sumadya'daki alçak tepeler ve merkezde Doğu ve Batı Sırbistan'daki yüksek dağlarla çeşitlilik gösterir. Ülkenin orta kısmında sık ormanlarla kaplı dağlar bulunur.

Sırbistan-Karadağ'ın toplam tarım arazisi 62,740 km² ile ülke yüzölçümünün %61'ini kaplamaktadır. Ormanlar 28,850 km² ile yüzölçümünün %28'ini oluşturmaktadır.

Ülke 1,395 km'si taşımacılığa elverişli toplam uzunlukları 3180 km olan pek çok nehre sahiptir. Drina Nehri Sırbistan'ın Bosna Hersek Cumhuriyeti ile sınırını teşkil etmektedir. Avrupa'nın en önemli iç su yolu olan Tuna Nehri'nin 589 km'si ve Sava Nehri'nin tamamı (206 km) Sırbistan sınırları içerisindedir (10/14). Ülkenin en büyük doğal gölü yaklaşık %60'ı Karadağ içinde kalan Shkoder Gölüdür. Ulaşımaya elverişli olan Tuna ve kolları üzerinde hidroelektrik santrallerinin kurulmasıyla oluşmuş çeşitli göletler vardır.

Step çayırları kuşağında yer alan kuzeydeki ovalarda ağaç örtüsü çok seyrek. Meşe ve kayının ağırlıkta olduğu geniş yapraklı ormanlar ülkenin yaklaşık üçte birini kaplar. Karst bölgesinde hem kıraç alanlar, hem de ormanlık alanlar bulunur. Kıyı şeridinde ormanlar yerini maki olarak bilinen Akdeniz çalı örtüsüne bırakır.

Ormanlık kesimlerde geyik, yaban domuzu, kurt, tilki, ve vaşak yaşar. Karst bölgesi ise kör çörel gibi hayvanların yaşamasına uygundur. Karadağ'da kuş, sürüngen ve balık varlığı zengindir (14/367).

Ülkenin Akdeniz'e çıkış yeri olan Karadağ Cumhuriyeti'nde Akdeniz iklimi görülürken, iç kısımlarda kısa baharlar, sıcak yazlar, uzun ve yağışlı sonbaharlar ve sert kışları ile kara iklimi hüküm sürer (10/14).

1.2. Tarih

Slav halklarının Güney Slav kolundan olan Sırp'lar Balkanlar'a 6. ve 7. yüzyıllarda geldiler. Sırp adı ilk kez 822 tarihli bir belgede geçer. Bugün Macaristan sınırları içindeki Lausitz (Lusatia) Slavları ile Sorblar olarak adlandırılır. İşgal ettikleri topraklarda yaşayan Sırp kabileleri yaklaşık 879'da, Mutimir adlı zupan'ın (siyasi ve askeri önder) yönetimi sırasında Ortodoksluğu benimsediler. Sırbistan 1331-55 arasında Stefan Dusan döneminde büyük gelişme gösterdi. 1346'da Sırp'ların ve Yunanların çarı unvanını alan Dusan, Arnavutluk, Epir, Aitolia, ve Tesalya'yı egenliği altına aldı. Onun 1355'te ölmesinden sonra başa geçen Çar Uros'un yönetiminde (1355-71) zayıflayan Sırbistan, Osmanlılarla yapılan I. Kosova Savaşı'nda (1389) ağır yenilgiye uğradı; Sırp prensi Lazar'da Osmanlılarca öldürüldü.

Sırbistan 1459'da tümüyle Osmanlı denetimine girdi. Osmanlı-Avusturya Savaşı'nı (1716-18) sona erdiren Pasarofça Antlaşması'yla Banat, Belgrad ve Sava ile Tuna ırmaklarının güneyindeki Sumadija Avusturya'nın eline geçti. Osmanlılar kaybettikleri toprakları 1739'da geri aldılar.

Sırbistan'ın bağımsızlık hareketi Karayorgi (1804-13) ve Milos Obrenovic (1815-17) önderliğindeki ayaklanmalarla gelişmeye başladı. Sırbistan'a 1828-29 Osmanlı-Rus Savaşı'ndan sonra Osmanlı egemenliğinde, Rus koruması altında özerk prenslik statüsü verildi.

1877-78 Osmanlı-Rus Savaşı sırasında Rusya'yı destekleyen Sırbistan, savaşın ardından Berlin Antlaşması'yla bağımsızlığını kazandı ve sınırlarını genişletti. 6 Mart 1882'de Sırbistan Krallığı kuruldu. Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun Ekim 1908'de Bosna-Hersek'i ilhak etmesi üzerine bir Balkan ittifakı oluşturmaya yönelik Sırbistan, Ekim 1912'de Bulgaristan, Karadağ, ve Yunanistan'la birlikte Osmanlı Devleti'ne savaş açtı. Sonuçta Makedonya'nın kuzey kesimini de ele geçiren topraklarını önemli ölçüde genişletti.

Sırp milliyetçisi Gavrilo Princip'in Avusturya arşidükü Fraz Ferdinand'ı Sarayevoda öldürmesi I. Dünya Savaşı'nın başlamasına yol açtı.

Sırbistan 1918'de Sırp, Hırvat ve Sloven Krallığı'nın bir parçası oldu; krallık 1929'da Yugoslavya adını aldı. 1946'da kabul edilen Yugoslavya anayasası uyarınca Sırbistan'ın yanı sıra önceden Sırbistan'ın parçası olan Karadağ ile Yugoslav Makedonyası da ayrı bir federe cumhuriyete dönüştürüldü (14/366).

Başkan Tito sonrasında Yugoslavya, 1991 yılında Slovenya, Hırvatistan ve Makedonya'nın, 1992 yılında Bosna-Hersek'in bağımsızlıklarını ilan etmeleriyle çözülme sürecine girmiş ve 1992 yılında Sırbistan ve Karadağ'dan oluşan bir Federal Cumhuriyet halini almıştır.

1999 yılında Yugoslavya Federal Cumhuriyeti güçlerinin ve Sırp milislerinin Kosova'da yaşayan etnik Arnavutları toplu göçe zorlamaları sonucu oluşan uluslararası tepki, NATO'nun Sırbistan'ı havadan bombalaması ve NATO, Rusya Federasyonu ve diğer ülke barış güçlerinin Kosova'da konuşlandırılmasıyla sonuçlanmıştır. 2000 yılı Ekim ayında Federal seçimlerin sonucunda seçilen Miloseviç devrilererek, yerine Vojislav Kostunica Devlet Başkanı olarak seçilmiştir.

Yugoslavya Federal Cumhuriyeti, 4 Şubat 2003 tarihinde Federal Parlamento'da kabul edilen Anayasal Şart çerçevesinde "Sırbistan ve Karadağ" adını almış ve iki eşit üye devletin ortaklığına dayanan bir Devlet Birliği kurarak yeniden yapılanma sürecine girmiştir.

Sırbistan ve Karadağ'ın arasında, Avrupa Birliği (AB) gözetiminde gerçekleşen bu anlaşmanın ayrı iki devlet olma konusunda yaşanan gerginlikleri azaltacağı ve 3 yılın sonunda düzenlenecek referandumuna kadar politik istikrarın sağlanmasına katkıda bulunacağı beklenmektedir (20/1).

I.3. Nüfus

Ülkenin nüfusu resmi hesaplamalara göre, 1991 sayımlarına katılmayı reddeden Kosova Arnavutları dahil olmak üzere, 1998 ortalarında 10,62 milyon'dur. Yerleşik ve göçmenleri kapsayan sayımlar, göçmen sayısının güvenilirliği ve son sayımın 10 yıl önce yapılmış olması sebebiyle toplam nüfus ile ilgili ciddi bir belirsizlik vardır. 1998 yılında genel bir nüfus tahmini yapılmakla beraber, 1997 yılı Kosova Savaşı sebebiyle sağlıklı verilerin alınabildiği son yıldır.

Sırbistan Karadağ İstatistik uygulamalarında rakamlar yurtdışında çalışan vatandaşları kapsarken sayıları 2000 yılında 1 milyon olarak tahmin edilen, pek çoğu en az 4-5 yıldır Sırbistan Karadağ'da yaşayan ve doğdukları ülkelere dönmemeleri muhtemel olan Bosna, Hırvatistan ve Kosova'dan gelen mülteciler bu rakamlara dahil edilmemektedir.

Ülke nüfusu bölgesel temelde ele alındığında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Sırbistan ve Voyvodina nüfusu Avrupa ortalamasından yaşlıyken, Kosova Avrupa'da en genç nüfusa sahiptir.

1991 sayımına göre Sırp'lar toplam nüfusun %69'unu oluşturmaktadır. Karadağlılar toplam nüfusun %5'ini, Karadağ nüfusunun %62'sini oluşturmaktadır. Slav olmayan Arnavut azınlık ülkedeki 2. büyük gruptur ve resmi tahminlere göre toplam nüfusa oranları %17'dir.

Arnavutlar çoğunlukla Kosova'da yaşamaktadırlar. 1998 yılında uluslararası kuruluşların tahminlerine göre bölge nüfusunun %95'ini oluşturmaktadırlar. Diğer Slav olmayan büyük topluluk Macar azınlıktır.

Müslüman Slavlar çoğunlukla Sırbistan-Karadağ sınırı üzerindeki Sancak bölgesinde ve Kuzey Kosova'da yaşamakta ve nüfusun %3'ünü oluşturmaktadırlar. Diğer azınlıklar Çingeneler, Bulgarlar, Çekler, Slovaklar ve Ukraynalılardır.

1965'ten sonra Sırbistan ve Karadağ'dan gelişmiş Avrupa ülkelerine ve Kuzey Amerika'ya sürekli göç yaşanmıştır. Eski Yugoslavya'nın dağılmasını ve Hırvatistan ile Bosna Hersek'teki savaşı takip eden yıllarda göç Sırbistan ve Karadağ'a yönelmiştir. Mülteci sayımı sonucunda 1996 yılı ortalarında 566,200'ü mülteci statüsünde olan 646,000 kişi tespit edilmiştir. 79,700 kişi ise diğer cumhuriyetlerde yaşayan Sırp ve Karadağlılar ya da Yugoslavya'ya mülteci olarak gelip Yugoslav vatandaşlığına geçmiş kişilerdir.

BM Mülteciler Yüksek Komisyonu'na göre Mart-Mayıs 1999 tarihleri arasındaki NATO bombardımanları ve Sırbistan'a uygulanan ambargodan dolayı 900,000'den fazla Arnavut mülteci durumuna gelmiştir. Bunların çoğu savaşın bitiminden itibaren Kosova'ya dönmüşlerdir (10/12).

1.4. İdari Ve Siyasi Yapı

Sırbistan Karadağ'ın yönetim yapısı Sırbistan ve Karadağ cumhuriyetleri ile Kosova ve Vojvodina özerk bölgelerini kapsayan geniş bir federal cumhuriyettir. 2003'te yürürlüğe giren yeni anayasaya göre her cumhuriyetin kendi yasama, yürütme ve yargı organları vardır. Federal yönetim dış politika, savunma ve güvenlik, yurttaşlık hakları gibi konulardan sorumludur; ekonomik ve sosyal konular büyük ölçüde cumhuriyetlerin yetki alanına girer.

Yasama organı 126 üyeli Federal Meclis'tir. Üyelerin 91'i Sırbistan'ı, 35'i Karadağ'ı temsil eder. Yürütmenin başı olan cumhurbaşkanı Federal Meclis tarafından dört yıl için seçilir. Başbakanı ise cumhurbaşkanı atar. Yeni anayasada cumhuriyetlerin yetkileri çok artırılmış olduğu için cumhurbaşkanının yetkileri sınırlıdır. Yeni anayasa ile cumhuriyetlere üç yıl sonra, bir halkoylamasının ardından tek yanlı bağımsızlık ilan etme hakkı da tanınmıştır. Görev süreleri dokuz yıl olan Federal Yüksek Mahkeme ve Anayasa Mahkemesi yargıçları Federal Meclis tarafından seçilir (14/369).

1.5. Ekonomi

Sırbistan Karadağ'ın geleneksel milli gelir hesaplama yöntemi olan Sosyal Üretim (SÜ), kâr amacı gütmeyen devlet hizmetlerini de kapsamı ile GSYİH'den farklıdır. Bu faaliyetler fiziki malların üretimi, dağıtımı ve taşımacılığı ile ilgili değildir. Daha önceki yıllarda OECD ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar Sırbistan Karadağ GSYİH'sini resmi olmayan hesaplamalarla ifade ediyorlardı. Sırbistan Karadağ'lı istatistik yetkilileri bazı yıllar GSYİH hesaplamaları yayınlasalar da resmi SÜ tahminleri yapmaya devam etmektedirler.

1980'lere kadar devam eden hızlı büyümenin ardından Yugoslavya'nın dış fon kaynakları kesilmiş ve ülke petrol krizinin etkilerine adapte olmakta yavaş kalmıştır.

* 2006 yılında yapılan halk oylaması sonunda Karadağ Sırbistan'dan ayrılma yoluna girmiştir.

Sosyalist sistemin giderek artan verimsizliğinin de bir sonucu olarak SÜ büyüme oranı hızla düşmüştür. Eski Yugoslavya Federasyonu içinde Sırbistan ve Karadağ ekonomik refah ve performans bakımından ortalama düzeydeydiler. Her iki ekonomi de 1991'de eski Yugoslavya Federal Cumhuriyetleri arasındaki bağların kopmasından ve Bosna Hersek ve Hırvatistan'dan gelen binlerce mülteciye kadar komşu ülkelerdeki Sırp'ların desteklenmesinin maliyetinden dolayı büyük hasar görmüştür. BM yaptırımları kadar kötü ekonomi yönetimi de çok yıkıcı olmuş ve 1993 yılı enflasyon artış hızı 1920'ler Almanya'sınınkinden bile yüksek olmuştur. Sosyal Üretim 1990'da %7 civarında düşmüş ve 1991 ortalarında savaşın patlak vermesi %14'lük bir azalmaya sebep olmuştur. BM yaptırımlarını takiben Mayıs 1992'de SÜ önceki seviyesinin daha da altına düşmüştür. 1992'de hesaplanan düşüş %28 ve 1993'te %31'dir. 1994'te düzelme başlamış ve 1998'e kadar yıllık ortalama %4,9'luk bir büyüme hızı gerçekleşmiştir. Ekonomide 1994'te başlayan mütevazı iyileşme SÜ'deki büyüme %2,5 olarak devam etmesine rağmen 1998 yılı boyunca yavaşlamıştır. 1999 NATO bombardımanının ticaret ve endüstri üzerinde yaptığı yıkım SÜ'nün 1999 yılında reel olarak %23,2'ye düşmesine sebep olmuştur. Tarımsal üretim %3 artmasına rağmen endüstriyel üretimde %23,1 düşüş olmuştur. 1999 rakamları çok düşük olduğu için 2000 yılında pozitif SÜ artışı kaydedilmiştir (11/5).

Tarım Sektörü: Sırbistan Karadağ iyi işlenebilir araziye ve küçük işletmelere dayanan güçlü bir tarım sektörüne sahiptir. Ülkenin sahip olduğu tarımsal arazinin %60'ı ekilebilir alan, %4,3'ü meyve bahçesi, %1,4'ü üzüm bağı ve %34'ü doğal otlaklardan oluşur. 1955 ve 1980 yılları arasında üretim %100'den fazla artmıştır. Sırbistan'ın birçok temel üründe ihraç edilebilir üretim fazlasının bulunması 1990'lı yıllar boyunca ülkenin tarımsal potansiyelini yansıtmaktadır (10/7).

Hayvancılık: Tarım sektörünün diğer önemli problemlerinden biri de hayvancılıkta yaşanmıştır. 1991'den beri kriz durumunda olan sektörde çiftlik hayvanlarının sayısı 1995-1997 yılları arasında düşmüş ve 1998-1999 yıllarında istikrara kavuşmuştur. Uzun dönemdeki eğilim özellikle devlet çiftliklerinde hayvan sayısının azalmaya devam edeceği yönündedir (10/9).

Madencilik: Sırbistan Karadağ, yalnızca temel mineral kaynaklarına sahip olmakla birlikte, Birleşmiş Maden İşleme Endüstrileri tarafından işletilen kömür, demir ve ametaller bakımından zengindir. Ülke kömür üretimi kendi kendine yeterlidir. Kuşova'da bulunan Trepca tesisi Sırbistan Karadağ'ın ana çinko ve kurşun madeni yataklarıdır. Bu tesisin işletilmesinin bölge halkının sağlığına ve çevreye zarar vermesinden dolayı tesise 2000 yılı ortalarında BM yönetimi tarafından el konulmuştur. Bu uygulama Hükümetin BM'in hukuk dışı hareket ettiği ve ülke varlıklarına el koyduğu suçlamalarına ve yoğun protestolarına sebep olmuştur (10/9).

Sanayi Sektörü: Düzensiz bir ağır sanayi dağılımına sahip diğer eski Doğu Avrupa ülkelerinin aksine Sırbistan Karadağ, sosyalist döneminde çok çeşitli bir endüstriyel yapı oluşturmuştur. Ülkenin parçalanmasından önce 1991 yılında başarılı bir kimya sanayii, tekstil, otomobil üretimi, mobilya ve gıda işleme sektörleri mevcut bulunmaktaydı.

Eski Yugoslav Cumhuriyetleri ile bağların kopması ve uluslararası izolasyon, kilit konumdaki endüstrilerin zor durumda kalmasına yol açmıştır. Savaşın ilk yılı olan 1991'de üretim %15,9 düşmüş, yaptırımların etkisini göstermeye başlamasından sonra 1992 ve 1993 yıllarında üretimde %21,4 ve %37,3 oranlarında düşme yaşanmıştır. 1994 yılında %1,3 ve 1995'te %3,8 oranında mütevazı bir düzelme kaydedilmiştir.

1995'te yaptırımlar askıya alındıktan sonra, endüstriyel üretim 1996'da %7,5 ve 1997'de %9,6 oranında artmış, 1998'de %3,4 oranıyla büyüme yavaşlamıştır. 1999 yılında NATO bombardımanının birçok endüstriyel merkezi hedef almasıyla üretimde %23,1'lik ani bir düşüş meydana gelmiştir.

Sanayi üretimi yılsonundaki olumlu gelişmelere rağmen 2002 yılının ilk altı ayında da düşük kalmıştır. İç talep yetersizliğinin yanı sıra, yatırım eksikliği, firmaların uluslararası standartları sağlayamaması ve enerji darboğazı üretimi olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Uzun vadede Sırbistan Karadağ'ın endüstriyel performansında iyileşme sağlanabilmesi için hükümetin alacağı tedbirlerin yanı sıra, büyük ölçekte dış yatırım ve yurtdışından teknoloji transferi gerekeceği değerlendirilmektedir (10/10).

1.6. Eğitim

Tüm vatandaşların eşit şekilde yararlanabildiği eğitim ücretsiz olup, devlet tarafından finanse edilmektedir. Orta öğretimi mecburi olduğu ülkede, azınlıklara kendi dillerinde eğitim hakkı verilmiştir. 1998-99 eğitim yılı bilgilerine göre ilk, orta ve yüksek öğretimde kayıtlı 1,4 milyon öğrenci mevcuttur ve 81,900 öğretim elemanı çalışmaktadır.

Ülkede Belgrad, Novi Sad, Niş, Kragujevac, Podgorica ve Priştina'da kurulmuş 6 üniversite, 144 kolej ve diğer yüksek öğretim kurumları bulunmaktadır. 1990'ların sonları boyunca eğitime yapılan yıllık harcama Sosyal Üretimin %5'i ve toplam kamu harcamalarının da 1/3'ü tutarındadır. Eski Yugoslavya'nın dağılmasından beri eğitim kalitesi düşmüştür. 1990'larda uygulanan uluslararası yaptırımlar bilimsel ve teknolojik gelişmeyi uluslararası tecrübelerin kullanımını, bilim adamı değişimini engellemiştir.

Bilimsel çalışmalara ayrılan tüm yerel kaynaklar düşmüş ve birçok bilim adamı ve araştırmacı yurt dışına gitmiştir. 1998 yılında üniversitelerin özerkliğini kaldırarak ve Devlet Başkanına bağlılık yemini zorunluluğu getiren yeni üniversite kanunu öğrencilerin ve öğretmenlerin yoğun protestolarına sebep olmuştur (10/13).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Birçok etken Sırbistan Karadağ hakkında güvenilir sağlık verilerin elde edilmesini engellemektedir. Nüfusun büyük bir kısmının Yugoslavya Savaşı ve Kosova Krizini izleyen dönemde göç etmesi nedeniyle 1990'lı yıllardaki nüfus rakamları bir hayli spekülatif olmuştur. Diğer bir problem ise birçok verinin Sırbistan'ı ve Karadağ'ı içermesi, Kosova'yı bunun dışında bırakmasıdır. 1999 yılında bu yana Sırbistan Karadağ ile ilgili raporların çoğunda Kosova dışlanmıştır ve kayıt altına alınmamıştır. Ayrıca resmi istatistiklere de gecikmeli olarak ulaşılabilmektedir.

Var olan verilere göre Sırbistan Karadağ nüfusunun sağlık düzeyi 1999 yılından bu yana kötüleşmiştir. Ortalama yaşam süresi azalırken, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kanser hastalıkları görülme oranında artış olmuştur. Bu hastalıkların artış sebebi alkol ve sigara tüketiminin fazlalığı, kötü beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin olmayışına bağlanmaktadır. Ortalama yaşam süresi 2001 yılı verileri ile erkekler için 69,7 yıl ve kadınlar için 74,8 yıldır.

1989'dan bu yana beş yaş altı çocukların ölüm oranı yarı yarıya azalmıştır ve 2001 yılında oran 1,000 canlı doğumda 15,3 ölüm olarak gerçekleşmiştir. Çocuk doğurma çağındaki kadınlarda anemi hastalığı görülme düzeyinin yüksekliği önemli problemlerden birisidir.

Sırbistan Karadağ'da çocukların yetersiz beslenmesi artarak devam eden bir sorundur. 2001 yılı verileri ile yeni doğan ölüm oranı 1,000 doğumda 13,1'dir. Dört ölümden üçü doğum ilk ayında meydana gelmektedir. Solunum yolu hastalıkları tüm yaş grupları için sorun teşkil etmektedir. Solunum yolu hastalıkları ayakta tedavi merkezlerinin yaptığı vizitelerin %73,7'sini oluşturmaktadır.

Sırbistan Karadağ'da yaygın ve süreklilik arz eden bir tütün piyasası vardır ve genellikle hedef kitleyi gençler oluşturmaktadır. Sigara ucuzdur ve bölgesel olarak üretilen sigaralarda tütün oranı çok yüksektir. Önemli miktarda sigara kontrol dışı olarak karaborsa piyasada satılmaktadır. Çocukların %23'ünün sigara kullandığı hesap edilmektedir. 2000 yılında Toplum Sağlığı Kurumu tarafından yapılan bir araştırmaya göre yetişkin nüfusun %60'ı sigara kullanmaktadır. Sigara alışkanlığı doğrudan ya da dolaylı olarak toplam ölümlerin %30'unda rol oynamaktadır. 2003 yılında Sırbistan'da sigara satın alabilme yaşı 18'e çıkarılmıştır. Kamusal alanlarda sigara içimi kanunen yasaklanmıştır; ancak kanunun zorlayıcılığı yoktur.

Rakamlar güvenilir olmamakla beraber 2003 yılı verileri ile yıllık tüberküloz görülme oranının 100,000 kişide 39 kişidir. Yerel ve uluslar arası sağlık personelinin endişesi, mülteciler ve tehcir edilmiş kişiler gibi risk grupları içerisinde tüberküloz görülme oranının artmasıdır (7/2,3).

Sırbistan'da 1984 yılından 2004 yılına kadar 1,912 HIV vakası rapor edilmiştir. Hastalığın erkeler ve kadınlar arasında görülme oranı 5:1'dir. 2003 yılı itibari ile bu oran 3:1 idi (4/116).

Karadağ'da ilk HIV vakası 1989 yılında rapor edilmiştir. Söz konusu tarihten 2004 yılı aralık ayına kadar 55 HIV vakası rapor edilmiştir. AIDS vakalarında erkek kadın oranı 3:1'dir ve hastaların %90'ı 25-49 yaş aralığındadır. HIV vakalarının görülme oranı rapor edilen rakamlardan on kat daha fazladır. Bu rakamın 500 ile 800 vaka arasında olduğu tahmin edilmektedir (4/142).

Kosova sağlık durumu hakkında güvenilir verilere ulaşmak mümkün olmamakla beraber 2000 yılından bu yana uluslararası kurumların ülkedeki çalışmaları ile birlikte daha sağlam verilere ulaşma imkânı doğmuştur.

Ulusal Toplum Sağlığı Kurumu bölgesel toplum sağlığı örgütleri ile beraber veri toplama ve yıllık raporlar hazırlamakla sorumludur. Ancak 2002 yılı itibari ile henüz her hangi bir rapor hazırlamış değildir. Kosova'daki özel sağlık hizmetleri henüz yasal olarak düzenlenmiş değildir. Bu nedenle özellikle sağlık finansmanı ve özel sağlık hizmeti faaliyetleri konusunda güvenilir veriler mevcut değildir.

Kosova'da ortalama yaşam süresi 71.45 yıldır. 1999 yılı verileri ile anne ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 509'dur ve yeni doğan ölüm oranı 1000 doğumda 35'tir. Kosova Avrupa'daki yeni doğan ölüm oranı en yüksek ülkelerden birisidir. Söz konusu oran Güneydoğu Avrupa ülkelerinin iki-üç kat daha fazladır. Kötü doğum şartları yeni doğan ve anne ölüm oranlarının yüksekliğinin nedeni olarak gösterilebilir.

Kosova'da çocuk aşılama konusunda henüz genel bir kapsam sağlanamamıştır. Toplum Sağlığı Kurumundan sağlanan 2002 yılına ait verilere göre çocukların %88'i çocuk felci, difteri, boğmaca ve tetanosa karşı, %89'u ise kızamığa karşı aşılanmışlardır. Çocuklarda yetersiz beslenme problemlerinden biridir. UNICEF tarafından yapılan araştırmaya göre çocuklar arasında gelişme bozuklukları oranı %10 ve 5 ile 59 ay arası çocuklarda şiddetli olmayan anemi oranı %16'dır. 6 ile 12 yaş arası çocukların %50'den fazlası iyot eksikliği semptomları göstermektedir (8/2,3).

Mevcut veriler altında Kosova HIV/AIDS vakalarının en az görüldüğü bölgeler içerisinde yer almaktadır. 1986 ve 2004 yılı arasında sadece 61 HIV/AIDS vakası rapor edilmiş ve 25'i ölmüştür. Ancak savaş sonrası rapor edilen vakaların sayısında artış gözlenmiştir. 2001 yılında 12 vaka rapor edilmiştir ve bunların 5'i yabancılara aittir. AIDS hastalarının çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (1999-2004 yılları arasında %53). Söz konusu hastaların yaş grubu 30-39 yaş aralığındadır (4/161).

Kosova'daki sigara kullanımı da Sırbistan Karadağ ile benzer özellikler göstermektedir (8/3).

II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

II.2.1. Sırbistan

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet sisteminin iyileştirilmesi ve sürdürülmesi ile, toplumun sağlık ihtiyacının izlenmesiyle görevlidir. Sağlık hizmeti örgütünün durumu ve sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin izlenmesiyle de sorumludur. Ayrıca sağlık kurumlarının, gıda ve sağlık koşullarının teftişini de yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı örgütü Bakanın altında bulunan Bakan Yardımcıları, Bakanlık Sekreteryası ve bölümlerden oluşmaktadır. Bölümler Sağlık Hizmetleri Bölümü, Sağlık Sigortası Ve Finansman Bölümü, Dış İlişkiler Ve Proje Koordinasyon Bölümü, Sağlık Politikası Ve Planlama Bölümü ile Toplum Sağlığı Ve Sağlık Teftiş Bölümünden oluşmaktadır (9/1).

Bakanlık Sekreteryası:

Bakanlık Sekreteryasının görevleri şunlardır:

- Parlamento tarafından belirlenen kanun tasarıları ve diğer düzenlemeleri geliştirmek,
- Bakanlık çalışma programlarını geliştirmek,
- Kanun tasarıları önerilerinde bulunmak, bakanlık adına yıllık raporlar hazırlamak,
- Merkez teşkilatı çalışmalarında eşgüdümü sağlamak ve içtüzük oluşturmak,
- Diğer bakanlık ve örgütlerle işbirliği yapmak olarak sayılabilir (9/3).

Sağlık Hizmetleri Bölümü: Toplumun sağlığını ve sağlık hizmetlerinin durumunu incelemekte ve sağlık hizmetlerini sürdürmektedir. Bölüm sağlık kurum ve kuruluşlarına bilgi sağlamak ve önerilerde bulunmak yetkisine de sahiptir (9/6).

Sağlık Sigortası Ve Finansman Bölümü: Bakanlığın finansman ve sigorta ile ilgili işlerinden sorumludur. Cumhuriyet Sağlık Sigorta Fonu ve sağlık kuruluşları ile işbirliği yapmakta ve bu kuruluşlara tavsiyelerde bulunmakta ve bilgi sağlamaktadır. Ayrıca söz konusu birim Cumhuriyet Sağlık Sigorta Fonunun çalışmalarının yasalık bakımında gözetmektedir. Bölüm sosyal güvenlik ödemeleri ile ilgili kanun çalışmalarına da katılmaktadır (9/7).

Dış İlişkiler Ve Proje Koordinasyon Bölümü: Uluslararası örgütler ile temas halindedir. Toplum sağlığı ile ilgili uluslararası ve yurt içindeki projeler üzerinde çalışmalar yapmaktadır. Bölüm ayrıca insani yardımların dağıtımını, düzenlenmesi ve kontrolünü yapmaktadır (9/9).

Sağlık Politika Ve Planlama Bölümü: Uluslararası sağlık hizmet sistemleri, sağlık sigortası sistemleri ve sistem değişikliklerini izlemekte ve araştırmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti ve sigortasının finansmanı ve örgütlenmesi hakkında analiz ve çalışmalarında bulunmaktadır. Tüm düzeylerdeki sağlık kurumları arasında eşgüdüm sağlayacak politikalar üretmektedir (9/11).

Toplum Sağlığı Ve Sağlık Teftiş Bölümü: Bölüm toplum sağlığının gözetilmesi, sağlık ve hastalık durumunun incelenmesi, vatandaşların sağlık haklarının sağlanması ile şikayetlerini çözmeye sorumludur (9/13).

II.2.2. Karadağ

Karadağ sağlık sistemi tek bir sağlık hizmet bölgesi olarak örgütlenmiştir ve devlet sektörü tarafından hizmetler sağlanmaktadır. Kamu sağlık örgütleri birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti ağına göre örgütlenmiştir. Yedi genel hastahane, onsekiz tıp merkezi, üç ihtisas hastahanesi, Karadağ Klinik Merkezi, Karadağ Sağlık Enstitüsü ve Karadağ Eczacılık Enstitüsü bünyesindeki sağlık hizmeti kurumlarıdır.

Özel sektör tıp merkezleri, diş merkezleri, ilaç toptancılarını içermektedir. Ancak henüz kamu sağlık sistemi ile bütünleşememiştir (5/3,4).

Karadağ politika, planlama, strateji ve yönetim olarak kurumsal yapısını oluşturma konusunda zorluklarla karşı karşıyadır. Eski Yugoslavya Federal Cumhuriyeti tarafından oluşturulan yapının değiştirilmesi için yeni yapısal ve yasal çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca genel yapı olarak Karadağ kamu sektörü yönetiminin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Kamu sağlık sisteminin bütün düzeylerinde yönetim, içsel kontrol ve dışsal sorumluluk konusunda zayıflıklar mevcuttur. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sigorta Fonu, Toplum Sağlığı Kurumları daha güçlü yönetim ve toplum sağlığı hizmetleri ağına ihtiyaç duymaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı kanun, düzenleme, strateji ve kamu sağlık sunucularının gözetilmesini içeren sağlık sisteminin yöneticiliğini yapmakla sorumludur. Bakanlık hizmetleri genel bütçe gelirleri aracılığıyla finanse edilmektedir. Diğer eski Yugoslavya ülkelerinde olduğu gibi Karadağ'da da Sağlık Bakanlığı çok küçüktür ve bakan değiştiği zaman kıdemli personellerde değiştirilme eğilimi göstermektedir.

Sağlık Sigorta Fonu Sağlık Bakanlığından ayrı yapıya sahiptir. Sosyal sağlık sigortası ile ilgili olarak Avrupa standartlarına benzer bir kurumsal yapısı vardır. Toplum Sağlığı Kurumu da temel sağlık verilerinin toplanması, planlama ve analitik hizmetlerin sunumundan sorumludur ve sağlık sistemi içerisinde önemli bir role sahiptir. Ancak bu kurumların arasındaki ayrık yapı sağlık sektörünün ana görevlerinin eşgüdümünde problemler yaratmaktadır ve Sağlık Bakanlığının etkisini azaltmaktadır (1/24).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.3.1. Sırbistan

Var olan Sırbistan sağlık altyapısı bakımsızlık içerisinde. Temel bakıma ve sağlık kuruluşlarındaki teçhizatların yenilenmesine ihtiyaç vardır. Sağlık sunum sistemi ülke çapına yayılmış "ambulantas" adı verilen sağlık merkezlerinden klinik merkezlerine, kapsamlı bir devlet tesis ağı ile sağlanmaktadır. Ülke genel toplamda 58,500 yatağa sahiptir. Hizmet girdisi düzeyinde (personel, altyapı) sistemin yapısı 1990 yılında işletilen yapı ile hemen hemen aynıdır. Ancak sağlık sektörüne ayrılan finansal kaynaklarda önemli ölçüde azalma olmuştur. Sırbistan'daki hastahanelerin yalnızca üçte biri sterilizasyon sistemine sahiptir. Sağlık tesislerindeki tıbbi teçhizatın %75'i on yıldan daha eski ürünlerdir. Üçüncül (Tersiyer) düzeydeki üniversite hastahaneleri Belgrad, Niş ve Novi Sad şehirlerinde bulunmaktadır (6/7).

Toplum sağlığı hizmetleri Toplum Sağlığı kurumları tarafından verilmektedir. Birincil sağlık hizmetleri bölgesel toplum sağlığı ve birincil sağlık hizmetinden sorumlu Sağlık Evleri ağı ve ambulantaslar aracılığıyla verilmektedir.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri genel hastahaneler, üniversite klinik merkezleri ve ihtisas hastahaneleri tarafından verilmektedir (7/4).

II.3.2. Karadağ

Karadağ sağlık hizmetlerinin sunumu Dom Zdravlja (Sağlık Merkezleri), hastahaneler, klinikler, eczahaneler tarafından sağlanmaktadır (2/23).

Birincil Sağlık Hizmetleri

Mevcut sağlık sistemi alt yapısında Dom Zdravlja'lar (Sağlık Merkezleri), birincil sağlık hizmeti ve uzmanlaşmış sağlık hizmeti vermektedir. Dom Zdravlja'ların birincil ve üçüncül sağlık hizmeti sağlayan karma yapısı, oransız kapasite ve farklı düzeylerde sağlık hizmeti vermesi sağlık sunum sistemi içerisindeki rollerini belirsizleştirmektedir (2/24).

Dom Zdravlja'lar birincil sağlık hizmeti sunucusu olarak sağlık sistemine girişteki temel birim olmaktadır. Dom Zdravlja'lar ruh sağlığı, tüberküloz, cinsel sağlık gibi konularda destek merkezleri olarak hizmet vermektedir. Teşhis merkezi, çocuk ve yaşlı bakımı, sağlık seviyenin yükseltilmesi konularında da hizmet sunmaktadır (2/25).

Ülkenin toplum sağlığı kuruluşları 18 Dom Zdravlja, 3 sağlık merkezinden oluşmaktadır. Sağlık merkezleri Pluzine, Savnik ve Zabljak'da bulunmaktadır ve Dom Zdravlja'larla ilişkilidirler. Mojkovac, Plav, Pluzine, Rozaje ve Savnik'de bulunan Dom Zdravlja'ların yataklı tedavi birimleri mevcuttur (2/24).

Tablo1: 2003 yılı Karadağ Dom Zdravlja Ve Sağlık Merkezleri Örgütsel Birimlerinin Ve Personelinin Sayısı

Örgütsel Birimler	Birimlerin Sayısı	Doktor Sayısı	Yardımcı Sağlık Personeli
Genel Hekimlik	114	180	473
Okul Öncesi Çocuk Bakımı	26	82	143
Okul Çağı Çocuklar Ve Gençliğin Korunması	26	51	81
Anne Sağlığı	24	33	47
Uzman Tıp Hizmetleri	27	56	91
Diş Sağlığı Ve Korunması	111	264	366
Fizik Tedavi	8	14	70
Toplam	336	680	1 271

Kaynak: (2) Republic of Montenegro Ministry of Health (2005) Development of Health Care System in Montenegro for The Period 2005-2010, s:25

İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri bölgesel olarak örgütlenmiş 7 genel hastahane, Karadağ Cumhuriyeti ihtiyaçlarını sağlayan 3 ihtisas hastahanesi ve klinik merkezler tarafından karşılanmaktadır (2/24).

Tablo 2: 2003 Yılı Hastahane Yatak Sayıları Ve Dolu Yatak Başına Düşen Personel Sayısı

	Yatak Sayısı	Günlük Yatak İşgal Sayısı	Günlük Boş Yatak Sayısı	Dolu Yatak Başına Düşen Personel Sayısı		
				Doktor	Diğer Sağlık Personeli	Bütün Çalışanlar
Genel Hastahane	1166	760	406	0,28	1,45	1,99
İhtisas Hastahanesi	622	418	204	0,14	0,62	0,85
Klinik Merkezleri	740	508	232	0,52	2,53	3,99
Toplam	2528	1686	842	0,33	1,57	2,50

Kaynak: (2 Republic of Montenegro Ministry of Health (2005) Development of Health Care System in Montenegro for The Period 2005-2010, s:26

Karadağ ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti düzeyinde 2528 yatak ve 70 yatak Dom Zdravlja tesisleri düzeyinde olmak üzere toplam 2,598 yatağa sahiptir. 1,000 kişi başına 4.2 yatak düşmektedir. Bu orana mülteciler de eklendiğinde 1,000 kişi başına düşen yatak sayısı 4 olmaktadır.

Hastahane kapasiteleri bakımından genel hastahaneler yatakların %44,9'unu, ihtisas hastahaneleri %28.8'ini ve klinik merkezleri ise %25.5'ini oluşturmaktadır (2/26).

II.4. Sağlık İnsangücü

II.4.1. Sırbistan

Sırbistan'da yaklaşık 115,000 kişi sağlık sektöründe çalışmaktadır. Söz konusu rakam Kosova'da çalışan sağlık personelini içermemektedir. Sağlık insangücü ve bölümler bakımında büyük dengesizlikler vardır. Hekimler sisteme egemendirler. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının etkisi çok daha azdır. Günümüzde Sırbistan'da 1,400 doktor kamuda görevli değildir ve her sene 1,000 yeni mezun bu sayıya eklenmektedir. Ancak tıp okullarına yapılan kayıtlar kesmek gibi bir plan mevcut değildir. Geçici kısıtlamalar uzmanlık dallarındaki pozisyonlar için yapılmıştır. Ortalama aylık gelirler (özel uygulamalar ve yasal olmayan ödemeler hariç) doktorlar için 130 Avro ve hemşireler içinse 90 Avrodur. Ulusal ortalama brüt gelirin 176 Avro olduğu göz önüne alındığında fark daha iyi görülebilmektedir. Ücretler reel olarak azalırken temel sağlık hizmetlerinin sunumu kötüleşmiştir.

Ülkede 3,000 adet kayıtlı özel sağlık işletmesi bulunmaktadır. Bu işletmelerde 6,000'i aşkın tam gün ve 12,000 yarım gün çalışan sağlık personeli istihdam edilmektedir (6/8).

II.4.2. Karadağ

Sağlık Enstitüsü verilerine göre 2003 yılında Karadağ sağlık sektöründe çalışan kişi sayısı 7,521'dir. Bu sayının 5,465'ini sağlık sınıfı çalışanları ve 1,787'sini sağlık sınıfı dışındaki çalışanlardan oluşmaktadır. Sağlık Sigorta Fonu kapsamında aynı yıl 8,420 çalışan mevcuttur ve bunların 6,156'sı sağlık sınıfı çalışanı, 2,264'ü de sağlık sınıfı haricinde olanlardır (2/33).

1991 ve 2003 yılları arasında Karadağ kamu kurumlarındaki doktor sayısı %24 artarken, diş hekimi ve eczacı sayısında %3,7'lik azalma olmuştur. Ancak kamu sektöründe diş hekimi sayısının azalması bu hizmetlerin özel sektör tarafında karşılanmaya başlanması nedeniyle olmuştur.

Ülkede 544 kişiye bir doktor ve 113 kişiye bir yardımcı sağlık personeli düşmektedir (2/34).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları

II.5.1. Sırbistan

Kamu Kurumları ve Harcamaları Dergisine (Public Expenditure and Institutions Review (PER, 23689-YU)) göre, 2001 yılında Sırbistan'daki kamu sağlık harcamaları milli gelirin %6'sı seviyesinde gerçekleşmiş olup, son yıllarda azalma trendi içerisinde olduğu görülmektedir. Özel sağlık harcamalarına ilişkin tahminler de eklendiğinde toplam sağlık harcamalarının milli gelirin %11'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu oran, bölgedeki en yüksek oranlar arasında ve yüksek geliri ülkelerin sağlık harcamalarının milli gelire oranlarına yaklaşık bir orandır. Oranın yüksekliği milli gelirin düşüklüğünden de kaynaklanmaktadır. Yine de Sırbistan'ın kişi başına sağlık harcaması 2001 yılında yaklaşık 62 ABD Doları olarak kaydedilmiş olup, bu rakam bölgesindeki en düşük rakamlardan biridir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu finansmanı ve kişisel doğrudan (cepten) harcamalar kombinasyonu aracılığıyla yapılmaktadır. Kamu finansman sisteminin temelini Sırbistan Sağlık Sigortası Fonu teşkil etmektedir. Eski Yugoslav sağlık sistemi, bütçe transferleriyle değil, zorunlu sigorta primleriyle finanse edile gelmiş olduğu için, Doğu Avrupa Bölgesinde benzersiz bir nitelik taşımaktaydı. Bu durum hizmet satın alma sözleşmeleri, ödeme yöntemleri ve sistemin diğer temel fonksiyonları açısından Sırbistan'a büyük üstünlük sağlamıştır. Bölgedeki diğer ülkeler bu uygulamayı öğrenmek için çaba sarf etmişlerdir. Diğer taraftan, gelir toplama sorumluluklarının ve ilgili kanunların ayrı ayrı katkıları, yönetsel etkinsizlik ve karışıklıkların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Sağlık Sigorta Fonu, merkezi fonun önemli fonksiyonlarını icra etmekle birlikte, yönetsel olarak bağımsız birimleri bulunmamaktadır. Geçmişte, sistem daha ademimerkeziyetçi bir yapıda idi. Silahlı kuvvetler mensupları ve aileleri için de ayrı sigorta fonları bulunmaktadır (3/4).

Sırbistan Sağlık Sigorta Fonu işçilerden, işverenlerden, serbest çalışanlardan, çiftçilerden, emeklilik ve işgücü piyasası fonlarından katkılar almaktadır. Sırbistan bütçesinden yapılan transferler, yatırımları, hassas grupların giderlerini (mülteciler, yaşlılar, işsizler gibi) ve sağlık sigorta fonunun bütçesindeki açıkların giderilmesi için kullanılmaktadır (3/5).

Tablo 3: Sırbistan Kamu Sağlık Harcamaları

Sırp Dinarı Milyon	1998	1999	2000	2001
Sağlık Sigorta Fonu	9,727.1	11,757.9	20,473.7	40,968.2
SSF Bütçesinin GSYİH'ye Oranı (%)	%6.6	%6.1	%5.7	%5.7
Sırbistan Sağlık Bakanlığı	82.1	77.0	60.1	210.3
Cumhuriyet Sağlık Tesisleri	24.3	32.1	59.6	120.4
Federal Savunma Bakanlığı Sağlık Harcamaları	202.0	266.4	454.5	1,000
Federal Sağlık Harcamaları	-	-	-	0.1
Sağlık Kurumları Tamamlayıcı Kamu Gelirleri	361.2	436.6	760.3	1,521.3
Toplam Kamu Sağlık Harcamaları	10,396.8	12,570.0	21,848.2	43,820.3
Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)	%7.1	%6.5	%6.1	%6.1
Nominal GSYİH, Sırp Dinarı Milyar	146.3	192.9	358.1	724.1

Kaynak: (6) The World Bank (2003) Serbia and Montenegro Health, s:3

Özel kesimin sağlık harcamalarının tutarı bilinmemekte ise de, UNICEF anketine göre %40 olarak tahmin edilmiştir. Kişisel doğrudan (cepten) harcamalar hükümet için ana hususlardan birini teşkil etmektedir. Ödemeler sisteminde geniş muafiyet alanları mevcuttur. Sağlık Bakanlığının tahminlerine göre, sağlık hizmeti kullanıcılarının yaklaşık %30'u ödeme yapmak zorundadır. 2002 yoksulluk anketi, kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleri için halkın resmi ödeme yükümlülüklerinden daha fazla ödeme yaptıklarını ortaya koymaktadır.

Sağlık Sigorta Fonunun son beş yıldaki finansal performansı çok düşük olmuştur. Bunun yanında, güçlü bir mali yapıya ulaşılması hususu ana problemlerden biri olarak ifade edilmektedir.

2001 yılı sonu itibariyle sağlık sigorta fonunun net toplam ödenmemiş borçları 6,7 Milyar Dinar tutarındadır. Sağlık sigorta fonu geçmişinde, ticari krediler olarak, sağlık hizmeti sunucularına ve diğer alacaklılarına yapılacak ödemeleri geciktirerek ve ödeme listelerindeki sağlık hizmetlerinin ücretlerini düşük tutarak açıklarını kapatmaya çabalamıştır.

Fonun gelirleri ve giderleri arasındaki bu açık, gelirlerinin artırılmasını ve giderlerin kısılmasını gerektirmektedir.

Bu açığı kapatmak için kişisel doğrudan (cepten) harcamaların artırılması suretiyle maliyetlerin hastalar tarafına kaydırılması da önem arz etmektedir.

Çiftçilerin ve serbest çalışan grubun fona katkıları toplam katkıların %3 ve %1'i düzeyindedir. Ancak özel sektörün ve özel tarım sektörünün milli gelir içerisindeki payı %40 ve %20 seviyesindedir. Sigorta fonu gelirlerinin %81'ini çalışanların gelirlerinden alınan katkılar oluşturmaktadır. Katılım ödemelerinde çalışanlara tanınan muafiyetler son zamanlarda kaldırılmaya başlanmıştır. Aynı şekilde, sosyal fonlar katkılarını düzenli şekilde ödemeye başlamışlar ve Maliye Bakanlığı'nın bütçeden yaptığı transferler de Sağlık Sigorta Fonunun açıklarının kapatılmasını da desteklemektedir. Sağlık Sigorta Fonunun gelirlerinin artırılması ile ilgili gelecekteki çabalar iki önemli kriteri içermektedir:

- Kendi katkılarını ödemekte olan çiftçilerin ve serbest çalışanların katkı oranlarının artırılması,
- Katkı payı (prim vb.) ödeyenlerin bu katkıları ödenen güçlerine göre yapıp yapmadıklarının kontrolü,

Gelir gider denkleğini sağlamanın bir diğer yolu da gider kısıtlamaları ve maliyet düşürücü tedbirlerdir. Sırbistan sağlık sistemindeki etkinsizlikleri tam olarak anlaşılabilmesi için yeterli veri bulunmamaktadır. Ayrıca, tekelci bir yapıdaki piyasaya göre hastahane sektöründe aşırı kapasite bulunmakta olup, ilaç sektöründeki arz zinciri çok zayıf bir şekilde kontrol edilmektedir.

Sırbistan'da yatak işgal oranı (%68,7) ve doktor başına düşen muayene sayısı (133) uluslararası bir karşılaştırma yapıldığında düşük bir düzeydedir. Her 1000 kişiye de 5,9 yatak düşmekte olup, bu rakam geçiş ekonomileri ve bazı yüksek gelirli ekonomiler için düşük bir rakamdır. Bazı master plan çalışmalarına göre 17,000 ilave yatak gereksinimi söz konusudur. Bu %30'luk bir kapasite artışı anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetine erişim ve hastahane kullanımı göstergeleri, benzer nüfus yapısına sahip Avrupa ülkelerine oranla zayıf görünmektedir. Hizmet planlamasında, yoksullara, yaşlılara, muhtaçlara ve akıl hastalarına birçok hastahane tarafından sağlanmakta olan sosyal korumayı dikkate almayı gerektirmektedir. Gelecekteki herhangi bir yapılandırma programı bu yatakların nüfusun ihtiyaçlarına göre kullanımını özellikle göz önüne alacaktır. Yeniden yapılandırma çalışmaları aynı zamanda kapasitenin ve sağlık personelinin tekrar dağılımını da zorunlu kılacaktır. Krajevoda yürütülen bir proje hazırlığının ön bulguları Sırbistan ölçeğinde hastahane kapasitesinin düştüğünü doğrulamıştır. 700 yatak kapasitesinden 400 yatağa düşürülerek hastahane aktiviteleri düzeyinin korunması, bazı binaları alternatif faaliyetler için ayırarak daha az sayıdaki binalarda hastahane fonksiyonlarının birleştirilmesi mümkün görülmektedir. Çalışma, yatakta bakım hizmetlerinden, yatakta bakım hizmetlerine geçiş fırsatlarını, klinik deneyimlerde vaka temelli değişikliklerle hastahane yatılan gün sayısının düşürülmesi fırsatlarını göstermektedir. Çalışma aynı zamanda, işgücünün yoğunlaştığı bölgeleri de ortaya çıkarmaktadır.

Sırbistan'da kamu ilaç alımları, tarihsel olarak sıkı kontrol edilen bir piyasada gerçekleşmektedir. Bu piyasada, ana kamu alıcıları ile sağlık sigorta fonu ve ilaç üreticileri endüstrisi lobisi ile 15 üye kartel tarafından temsil edilen üreticiler arasındaki aşırı yakın ilişkiler ile tipik bir özelliktedir.

15 bölgesel firmanın 5'i "iyi üretim standartlarına" uymakta olup, bölgesel firmalar birlikte piyasanın yaklaşık %70'ini paylaşmaktadırlar. Son zamanlarda, mevcut deneyimlerin eksik yönlerini ayrıntılı bir şekilde belirleyen satın alma değerlendirmeleri raporunun (CPAR) bir parçası olarak ilaç alımları çalışması yapılmıştır. Temmuz 2002 tarihli CPAR'a göre sağlık sektörü, ülkede alımlarla ilgili bozulmanın merkezi olarak görülmektedir. CPAR, farklı veri kaynaklarından aldığı verilerle iki çeşit simülasyon gerçekleştirmiş ve eğer rekabetçi bir ortamda satın alınmış olsaydı, bu ilaçların %25 daha ucuza alınabileceğini tespit etmiştir.

Sağlık Sigorta Fonu harcamalarının bir parçası olarak ilaç harcamalarının tahminleri %17 ile %11 arasında değişmektedir.

İlaç alımlarındaki etkinsizliğin diğer bir kaynağı da kamu sağlık sisteminde tekrarlayan bir yanlış uygulamadır. Kamu eczahanelerinde bulunamayan bir reçete, özel eczahanelerden temin edilebilmekte ve finansmanı da Sağlık Sigorta Fonundan karşılanmaktadır. Bu uygulama, 2002 yılında yapılan bir çalışmaya göre, Sağlık Sigorta Fonuna her ay ilave olarak 15 milyon ABD \$ yük getirmektedir. 2001 yılında, bu problemleri hafifletmek için ödenebilir ilaçların listesine kısıtlamaya gidilmiştir.

Harcamaları kısmanın en son ve en açık yolu yetki düzeylerinin aşağı çekilmesidir. Mevcut yardım paketi teorik olarak çok genel bir çerçevede olup, yurtdışı tedavilerini, askeri hastahanelerdeki tedavileri ve hatta cenaze masrafları gibi sağlıkla ilgisi olmayan hizmetleri de kapsamaktadır. Bu harcamalar 2000 yılında sağlık sigorta fonunun toplam harcamalarının % 4'ünü oluşturmuştur.

Yetkilerin kısıtlanması zor olduğu için, Sağlık Sigorta Fonu harcamaları kısma yoluna başvurmuş, sağlık hizmeti sunucuları ile yeni sözleşmeler geliştirmiştir. Yine de, mevcut sistemdeki sözleşmeler sağlık hizmetinin sunumunda etkinliği artırıcı teşvikler içermemektedir.

Sağlık Sigorta Fonu sağlık hizmeti sunucularının reçete örneklerini, çerçeveleri belirleyerek izlemeye başlamıştır. Projenin ana amacı, bu aktivitelerin geliştirilmesi için Sağlık Sigorta Fonu ile ve sağlık hizmeti sunucularının performansının artırılmasına yönelik teşviklerin sözleşmeler, izleme ve değerlendirme yollarıyla geliştirilmesidir (3/5,7).

II.5.2. Karadağ

Eski Yugoslavya'dan ayrılan diğer ülkeler gibi, Karadağ sağlık harcamaları, milli gelirin bir bileşeni olarak düşük ve orta gelirli benzer ülkelerin oranlarından daha yüksek orana sahiptir. 2002 yılı tahmini kamu harcamaları 6.7-7.6 aralığında yer almakta olup, 2001 yılı toplam sağlık harcamaları milli gelirin %9.8-9.9'unu oluşturmuştur. Bu oran bölgedeki en yüksek oranlardan biridir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2002 yılında 150 ABD \$ olsa da, orta gelirli ülkeler ortalamasına yakın bir rakamdır.

Ancak Sırbistan, Bosna ve Makedonya'dan yüksektir. Avrupa Birliği standartlarına göre Karadağ'da fazla sayıda doktor ve hasta yatağı bulunmamaktadır.

Geçiş dönemiyle ilgili olarak milli gelirden azalmalar yaşandığı için sağlık harcamalarının milli gelire oranı artış göstermiş, harcamalar oransal olarak yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. Karadağ sağlık sistemi reel gelirdeki kayıplara uyum sağlayamamıştır. Hizmetlerin örgütlenmesi ile ilgili olarak yeniden yapılandırma çalışmalarına yer verilmemiştir. Kamu sağlık sisteminde kamu kaynakları etkili kullanılmamış olup, topluma uygun hizmet paketleri sunulamamıştır.

Harcamalardaki geçici ayarlamalar yatırım harcamalarında çok olumsuz etkilere ve sağlık personelinin reel ücretlerinde düşümlere neden olmuştur.

Kamu sektörü fonlarındaki kısıntılara karşın özel sağlık sektörünün harcamaları artış göstermiştir. Kamu sektöründeki informal ödemeler, kamu sektöründen temin edilemeyen ilaçlar ve medikal ürünler için yapılan ödemeler ile, henüz bir düzenleme yapılmamakla birlikte gelişme trendi içerisindeki özel sağlık sektörüne yapılan ödemeler de bunun paralelinde artış göstermiştir.

Bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru epidemiolojik bir dönüşüm süreci, nüfusun yaşlanması ve tüketici beklentilerindeki ve taleplerindeki muhtemel artışlar nedeniyle, sağlık hizmet maliyetlerinin önümüzdeki on yılda artış trendi göstermesi beklenmektedir.

Diğer ekonomik ve sosyal sektörlerin talepleri dikkate alınır, sağlık hizmetlerinin kamu bütçesi yoluyla finansmanında bir artış beklenmemektedir. Kamu sağlık harcamalarında en önemli problem, son üç yılda ikiye katlanan ve sağlık sigorta fonu harcamalarının 2002 yılında hemen hemen %30'unu oluşturan ilaç sektörü ve medikal aletler sektöründe yaşanacak gibi görünmektedir.

İlaç sektörü ile ilgili kamu alımları, depolanması ve dağıtılması, kamuya ait bir tekel tarafından (Montepharma) yönetilmektedir. Bu kuruluş, özerk bir kuruluştur.

Sağlık sektörünün finansmanı, diğer eski Yugoslav ülkelerinde olduğu gibi prime dayalı Bismarckçı bir yapıda örgütlenmektedir. Sağlık Sigorta Fonu, toplam ücretlerin %15'i olarak alınan katkılarla, (sigorta fonunun toplam gelirinin %67-77'si) Maliye Bakanlığından yapılan transferlerle, Emeklilik Fonundan ve işsizlik fonundan alınan tutarlarla ve çiftçilerden ve bazı yıllarda özel sektörden alınan paylarla finanse edilmektedir.

Sağlık Sigorta Fonu, kamu sağlık harcamalarının %90'ının tahsisinden sorumludur. Sağlık Sigorta Fonu son yıllarda, devamlı bir ödeme açığı ile karşılaşmıştır. Bu açıklar 2002 yılında harcamaların %10'una ulaşmıştır. Sağlık Sigorta Fonunun, sağlık kuruluşları ile birlikte, tedarikçilere ve kredi kuruluşlarına birikmiş borcu 2001 yılı sonu itibarıyla 15 Milyon Euro olarak gerçekleşmiştir.

Gelir tarafına göz atılacak olursa, Sağlık Sigorta Fonunun gelirlerin toplanması ile ilgili özel bir dairesi olduğu görülmektedir. Bu daire gelirlerin toplanmasını yönetmekle birlikte, gelirlerin zamanında ve düzenli bir şekilde tahsil edilmesi ile ilgili planlama ve kontrol çalışmalarını da yürütmektedir.

Gelirlerin birleşiminde, sigorta kapsamında alınan katkılar, emeklilik ve işsizlik fonlarının katkıları, sigortasız kesimin harcamaları için bütçeden yapılan transferler bulunmaktadır.

Özel sektörün sağlık harcamaları, 2002 yılı anket verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının %25'ini oluşturmaktadır. Bu oran, Sırbistan, Bosna ve Makedonya'nın oranlarına göre düşük bir seviyededir. Hane halkı harcamalarının %6'sı sağlık ve hijyen harcamalarına gitmektedir. Yoksul kesim için, bu yüksek harcama düzeyleri, sağlık hizmetlerine erişimde bir engel olarak karşılına çıkabilmektedir.

Katılım payı ödemeleri sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu esnasında gayri resmi olarak informal ödemeler talep edilmektedir. Hastalara iki seçenek sunulmaktadır: ödeme yap ya da bekle. Hastalar, sağlık sigorta fonu tarafından teorik olarak finanse edilen, ancak pratikte tersine uygulamalar olan ilaç ve medikal alet bedellerini kendileri ödemek zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca hastalar, sağlık hizmeti almak için gittikleri, sisteme kayıtlı ya da kayıtsız hekimlere kişisel doğrudan (cepten) ödemeler yapmaktadırlar. Özel sağlık kuruluşları, kamu kuruluşlarına göre daha kaliteli ve etkili hizmet vermektedirler (1/23,24).

II.6. Reformlar

Sağlık sektörü reformları, temel düzeydeki hizmetlerin iyileştirilmesi ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından zorunlu görülmektedir.

Sırbistan hükümeti 2002 yılının Şubat ayında "Sırbistan Sağlık Politikasını" kabul etmiştir. Sağlık Politikası yedi amaç belirlemiştir:

- Sırbistan toplumunun sağlık düzeyini iyileştirmek ve koruyuculuğunu yapmak,
- Sırbistan'daki bütün vatandaşlara sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitlik sağlamak ve risk gruplarının sağlık seviyelerini iyileştirmek,
- Hasta odaklı bir sağlık hizmet sistemi kurmak,
- Sağlık hizmet sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak için kaynakların ve finansman metodlarının çeşitlendirilmesi ile kaynak yönetiminde şeffaflık ve ademi merkezîyet sağlanması,
- İnsan kaynakları, kurumsal hizmet ağı, teknoloji ve tıbbi teçhizat ihtiyaçlarına cevap verecek ulusal programlar geliştirerek sağlık hizmet sisteminin kalitesini ve verimliliğini artırmak,
- Sağlık Hizmetlerinin sağlanmasında özel sektörün rolünü belirlemek,
- Sağlık sistemi içerisindeki insan kaynaklarını geliştirmek.

Söz konusu politika amaçlarına ulaşmak için hükümet şu öncelikleri belirlemiştir:

- İlaç hizmetlerine ulaşımı iyileştirmek,
- Seçili sağlık kurumlarının rehabilitasyonunu sağlamak,
- İnsan ve fiziki kaynaklarının optimal kullanımı sağlamak amacıyla bir Sağlık Master Planı geliştirmek,
- Özel sektör katılımını içeren sağlık finansman reformu oluşturmak.

2003 yılının Şubat ayında Sırbistan Sağlık Bakanlığı 2003 ve 2015 yıllarını kapsayacak sağlık stratejisi taslağı oluşturmuştur. Taslak kısa, orta ve uzun dönem sağlık reformu amaçlarını içermekte ve sağlık sisteminin finansmanında değişiklikler öngörmektedir.

Karadağ Hükümeti 2001 yılı Ocak ayında "2020 Yılında Sağlık Hizmeti Politikası" adlı politika raporunu benimsemiştir. Söz konusu politika taslağı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tavsiyeleri doğrultusunda hazırlanmıştır (7/5).

II.7. Kosova Sağlık Sistemi

Kosova, Sırbistan Karadağ devleti sınırları içerisinde kalan ve 1999 yılından bu yana Birleşmiş Milletlerin idaresinde olan bölgedir (8/1).

Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Kosova Sağlık Bakanlığı 2002 yılı Şubat ayında kurulmuştur. Sorumlulukları arasında sağlık politikalarının geliştirilmesi, stratejik planlama, lisanslama, sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ve bütçeleme görevleri bulunmaktadır. Öncelikli görevi, hastahanelerin ve temel sağlık hizmetlerinin izlenmesi, yönetimi ve desteklenmesidir. Kosova Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısında aşağıdaki kuruluşlar bulunmaktadır:

- Kosova İlaç Düzenleme Ajansı,
- Kosova Gıda Güvenliği Ajansı,
- Priştina Üniversite Hastahanesi,
- Kamu Sağlığı Kurumu,
- Kosova Tıbbi Bakım Ajansı,
- Birincil ve ikincil sağlık hizmetleri arasındaki eşgüdümün geliştirilmesine yönelik faaliyet gösteren bölgesel sağlık otoriteleri.

Kosova'da sağlık hizmetleri, aşağıda sayılan üç faktörden önemli bir şekilde etkilenmektedir:

- 1990'lı yıllarda ihmal edilen, 1999 karmaşasında da bozulan ve yok olan sosyalist sağlık sisteminin kalıntıları,
- Özellikle yeni kurulan Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık sektöründe kilit konumdaki kuruluşların kapasite eksiklikleri,
- Sosyalist sağlık sisteminden kalan mirasın getirdiği sorunlar.

Birincil sağlık hizmetleri 30'dan fazla sağlık evi (halen Aile Sağlığı Merkezleri olarak değerlendirilmektedir.) ve kırsal bölgelerde çok temel düzeyde sağlık hizmeti veren sağlık noktaları tarafından sağlanmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri pratisyen hekimler ve yeterli düzeyde eğitimi olmayan hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Takım çalışması örneklerine rastlanamamış olup, standart bir protokol sistemi de mevcut değildir. Tıbbi kayıtlar sistematik olarak kullanılmamaktadır. Hastalıkları önleme çalışmaları ile ilgili ne profesyonel bir eğitim, ne de kayda değer bir aktivite mevcuttur.

İkincil sağlık hizmetleri 5 adet bölge hastahanesi ile birlikte Prishtina Üniversite Hastahanesinde verilmektedir. Hastahanelerde sunulan hizmetler yetersiz bir ortamda, gerekli düzeyde eğitim almamış personelle sunulmakta ve bu durum Kosova sağlık sisteminin kalitesini ve performansını düşürmektedir.

Genel olarak, birincil sağlık hizmetlerinden ikincil sağlık hizmetlerine başvuru ile ilgili bir sistem olmaması nedeniyle, hastahanelere ayakta tedavi ile ilgili aşırı bir talep yüklenmesi oluşmaktadır. Toplam yatak sayıları göz önüne alındığında, Kosova'da hastahane kapasitesi, bölgenin ve Avrupa ortalamasının altında kalmaktadır. Yine de, ortalama hastahane yatış süresi 12 gün olup, yatak işgal oranı ortalaması %69.5 oranı ile düşük bir düzeyde seyretmektedir. Bu oran kaynakların etkin kullanılmadığını göstermektedir. Bu durum, diğer Güney Doğu Avrupa bölgesi sağlık sistemleri ile benzerlik göstermektedir.

Kosova, sağlık sisteminde insangücü yönetimi zayıf bir niteliktedir. Birçok sağlık personeli, kendilerine gelir sağlamak için sektör tarafından istihdam edilmiştir. Sağlık insangücü planlaması da yetersiz ve başarısızdır. Kentsel bölgelerde birçok uzmanlık alandaki sağlık profesyonelleri aşırı sayıda olmasına rağmen, kırsal bölgelerde genel pratisyen doktorların sayısı bile yetersizdir. Buna ilaveten, yüksek düzeyde, istihdam edilmemiş doktor, diş hekimi ve hemşire mevcuttur. Kosova sağlık sisteminde kamu sağlık sektörünün idari kadrolarındaki personelin oranı %30 seviyelerinde olup, bu oran bölgedeki diğer ülkeler ile benzerlik göstermektedir.

İlkesel olarak, tüm Kosovalılar sağlık hizmetlerine erişebilmektedir; Ancak, uygulamada bu durum söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerine erişimde en yaygın görülen engel, hizmet maliyetleridir. Hastaların harcamalarındaki en yüksek fiyatlı unsur, hastahane bakımı sırasında kullanılan ilaçlar da dahil olmak üzere ilaç harcamalarıdır. Sağlık hizmetine erişimi sağlamak için hastalar tarafından personele yapılan gayri resmi (informal) ödemeler de büyük bir miktardadır. İformal ödemelerin büyük kısmı sağlık personelinin düşük maaşlarından kaynaklanmaktadır.

Azınlık grupları sağlık hizmetlerine erişimde, yaşlılar, yoksullar ve kırsal kesimlerde yaşayanlar kadar zorluklara karşılaşılabilmektedirler (8/3,4).

Sağlık Sisteminin Finansmanı

Kosova sağlık sistemi esas olarak konsolide devlet bütçesinden, uluslararası toplum kuruluşları yardımlarından ve küçük bir oranda da resmi ve sivil toplum kuruluşlarının katılmalarından finanse edilmektedir.

Finansmanda kullanılan konsolide bütçe payları (2002 yılında) 47,5 milyon Avro, dış yardımlar ise 14,3 milyon Avrodur. Vatandaşların sağlık hizmeti alırken ödedikleri katılın paylarının miktarı 1 milyon Avroyu bulmaktadır. Sağlık hizmetleri için yapılan toplam kamu fonlarından sağlanan fonlar 63,3 milyon Avro ve özel sektör fonları ise 62,6 milyon Avrodur.

Kosova'nın Milli Geliri, revize edilmiş IMF tahminlerine göre 2001 yılında 1.946 Milyar Euro düzeyindeydi. 2001 yılı Kamu sağlık harcamaları 48,52 Milyon Euro tutarında gerçekleşmiştir. Bu, 2001 yılında tahmin edilen milli gelirin %6,37'sinin sağlık harcamaları olduğunu göstermektedir. Bu tutarın %3,22'si özel, %2,41'i kamu kaynaklarından, %0,74'ü ise uluslararası yardımlardan finanse edilmiştir.

Aşağıda belirtilen sağlık harcaması tahminleri, Hayat Standardı Ölçütleri anketi verilerinden alınmıştır.

- Nüfusun %3'ü ayda bir pratisyen hekimleri ziyaret etmekte olup, yılda toplam 756.000 doktor ziyareti yapılmaktadır. Kişi başına düşen ortalama vizite harcaması yaklaşık 16 Euro'dur.
- Nüfusun %15'i her ay sağlık kurumlarına uğramaktadır. Yıllık toplam 3.780.000 poliklinik yapılmaktadır. Her poliklinik için ortalama harcama tutarı yaklaşık 12 Euro civarındadır.
- Her yıl nüfusun %5'i hastahanelere kabul edilmektedir. Hastahanelere her yıl toplam 105.000 hasta kabulü yapılmaktadır. Kabul edilen her hasta için yapılan ortalama ilaç harcaması yaklaşık 39.9 Euro tutarındadır (8/5).

A. ERDAL

SARGUTAN

III. SIRBİSTAN KARADAĞ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Sırbistan Karadağ Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Sırbistan Karadağ*	Türkiye**
Toplam Nüfus , 2003	10,527,000	71,225,000
1993'den 2003 kadar Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%)	0,1	1,6
Bağımlı Nüfus Oranı (%), 2003	49	56
60 Yaş Üzeri Nüfus (%), 2003	18,4	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2002	1,6	2,4
Ortalama Yaşam Süresi (yıl),2003	75	70
5 Yaş Altı Erkek Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	16	40
5 Yaş Altı Kız Çocuk Ölüm Hızı (‰) (2003)	12	38
15-59 Yaş Arası Erkek Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	186	176
15-59 Yaş Arası Kadın Kaba Ölüm Hızı (‰) (2003)	99	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	62,7	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	64,9	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH, (2002)	3,777	6,448
Gayri Milli Millî Hasıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	8,1	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamaları Payı (%) (2002)	62,8	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamaları Payı (%) (2002)	37,2	34,2

Kaynak: *(12) World Health Organization (2006) Country Health Indicators Serbia and Montenegro, s:1-3

** (13) World Health Organization (2006) Country Health Indicators Turkey, s:1-3

Sırbistan ve Karadağ'da Türkiye gibi sağlık hizmeti talebinde Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi modelini benimsemektedirler. Kamu sağlık sektörü, maaşlardan kesilen primlerle finanse edilen ve Sağlık Sigorta Fonu tarafından yürütülen zorunlu bir sosyal sağlık sigortasına dayanır. Özel sağlık hizmetleri on yıl önce başlatılmış fakat etkili bir uygulama yaratacak kadar geliştirilememiştir. Özel sağlık hizmetleri sağlık sistemi içine bütünüyle intibak edilememekle birlikte, koruyucu sağlık hizmeti ve birincil tedavi hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Türkiye'de zorunlu ve primli olan kamu ağırlıklı sigortacılık sistemi vardır.

Sırbistan Karadağ içindeki iki ulusal oluşumu teşkil eden Sırbistan ve Karadağ pek çok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de kendi politikalarını belirleme serbestliğine sahiptirler. Her iki oluşumun birbirinden ayrı Sağlık Bakanlıkları vardır ve bu bakanlıklar sadece kendi bölgesine hizmet vermektedir. Türkiye'de böyle oluşumlar olmadığı için Sağlık Bakanlığı tüm ülke genelinde sağlık hizmeti vermektedir.

Sırbistan Karadağ'ın sağlık hizmeti sunumunda, birincil sağlık hizmetleri Türkiye'deki sağlık ocağına benzer sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Bu kuruluşlarda birincil sağlık hizmetlerinin yanı sıra yataklı tedavi hizmetleri de sunulmaktadır. Bu kurumların birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sağlayan karma yapısı, oransız kapasiteleri ve farklı düzeylerde sağlık hizmeti vermesi, sağlık sunum sistemi içerisindeki rollerini belirsizleştirmektedir. Türkiye'de sağlık ocakları koruyucu sağlık hizmetleri ve ayakta tedavi hizmetleri sunmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri, daha geniş imkânlarla sahip olan hastahaneler tarafından verilmektedir. Sırbistan'daki hastahanelerin yalnızca üçte biri sterilizasyon sistemine sahiptir. Sağlık tesislerindeki tıbbi teçhizatın %75'i on yıldan daha eski ürünlerdir. Türkiye'deki sağlık tesisleri ise iyi sterilizasyon sistemi ve sağlık teknolojisine sahiptirler.

Sırbistan Karadağ'da sağlık hizmetlerin finansmanı, genellikle, Türkiye'de olduğu gibi kamu finansmanı ve kişisel doğrudan (cepten) harcamaları birleşimi ile yapılmaktadır.

Sırbistan Karadağ'da sağlık insangücü ve bölgeler bakımından büyük dengesizlikler vardır. Hekimler sisteme egemendirler. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının etkisi çok daha azdır. Türkiye'de de benzer sorunlar mevcuttur, sağlık insangücü daha çok büyük şehirlerde yoğunlaşmışken kırsal kesimlerde sağlık insangücü ihayacı vardır.

Sırbistan Karadağ'da Türkiye'de olduğu gibi ilaç tüketimi sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda ilaç üretimi ve alımındaki etkisizlik maliyetleri olumsuz etkilemektedir.

Sırbistan Karadağ'ın yakın geçmişte savaştan çıkmış bir ülke olması sebebi ile sağlık göstergelerine bakıldığı zaman ülkenin sağlık seviyesinin Avrupa standartlarının altında olduğu görülmektedir. Fakat ortalama yaşam süresi, GSMH'daki sağlık harcamalarının yüzdesi ve toplam sağlık harcamalarındaki özel sektör harcamaları oranlarına bakıldığı zaman Türkiye'ye yakın oranlarda olduğu görülmektedir.

Toplam sağlık harcamaları içerisindeki devlet harcamalarının payı Türkiye'de %65,8 iken bu oran Sırbistan-Karadağ'da %62,8 dir. Sırbistan'da toplam sağlık harcamalarının milli gelirin %11'ini, Karadağ'da ise toplam sağlık harcamaları milli gelirin %9,8-9,9'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu oran, bölgedeki en yüksek oranlar arasında ve yüksek gelirli ülkelerin sağlık harcamalarının milli gelire oranlarına yaklaşık bir orandır. Oranın yüksekliği milli gelirin düşüklüğünden de kaynaklanmaktadır.

A. ERDAL SARGUTAN

KAYNAKLAR

1. WB.(2004) Montenegro Health System Improvement Project, The World Bank, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP>
2. ROMMOH (2005) Development of Health Care System in Montenegro for The Period 2005- 2010, Republic of Montenegro Ministry of Health, Podgorica <http://www.vlada.cg.yu/eng/minzdr/vijesti.php?akcija=rubrika&rubrika=51>
3. WB.(2003) Serbia Health Project, The World Bank <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDS/>
4. WB.(2005) HIV/AIDS in the Western Balkans, The World Bank, <http://siteresources.worldbank.org/INTTSR/Resources/462613-1135099994537/3401810HIV0AIDS0in0the0Western0Balkans.pdf>
5. ROMMOH (2003) Strategy for Health Care Development in Montenegro, Republic of Montenegro Ministry of Health <http://www.vlada.cg.yu/eng/minzdr/vijesti.php?akcija=rubrika&rubrika=98>
6. WB.(2003) Serbia and Montenegro Health, The World Bank, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB>
7. UNİCEF (2003) Serbia and Montenegro Health Profile http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/Country_health/europe/SerbiaMontenegro.pdf
8. UNİCEF (2003) Kosovo Health Profile http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/Country_health/europe/Kosovo.
9. Ministry of Health of the Republic of Serbia (2006) <http://www.zdravlje.sr.gov.yu>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
10. DTM (2004) Sırbistan Karadağ Ülke Raporu, Başbakanlık Dış Ticaret Müteşarlığı, <http://www.dtm.gov.tr/ihr/fuar/tanitim/3.%20SIRBISTAN%20-%20KARADAG%20ULKE%20RAPORU.doc>
11. Somuncuođlu, T. (2005) Sırbistan ve Karadağ Ülke Profili, İhracatı Geliřtirme Etüde Merkezi, Ankara <http://www.igeme.org.tr/>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2006) Country Health Indicators Serbia and Montenegro, World Health Organization, <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>

13. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, World Health Organization, <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
14. Ana Yayıncılık (1993) AnaBritannica Temel Eğitim ve Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş. İstanbul

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN