

SLOVAKYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Erdener BATAR
Huriye KOLAK
Necip TOPSAKAL
Serhat BALUN

A. ERDAL SARGUTAN

SLOVAKYA SAğLIK SİSTEMİ

ÖZET	2386
I. ÜLKE TANITIMI	2389
I.1. Coğrafya	2389
I.2. Tarih	2390
I.3. Toplum Yapısı	2391
I.4. Yönetmel Yapı	2391
I.5. Ekonomi	2391
II. SAğLIK SİSTEMİ	2393
II.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	2393
II.2. Sağlık Durumu Ve Hastalık Yapısı	2395
II.3. Sağlık Hizmeti Sisteminin Örgütsel Yapısı	2396
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	2396
II.3.2. Diğer Bakanlıklar	2396
II.3.3. Yerel Sağlık İdareleri	2398
II.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2399
II.3.5. Sağlık Sigortası	2399
II.3.6. Profesyonel Örgütler	2401
II.3.7. Gönüllü Örgütler	2401
II.3.8. Halk Sağlığı Hizmetleri	2401
II.3.9. Birincil Ve İkincil Ayaakta Sağlık Hizmetleri	2402
II.3.10. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2403
II.3.11 Sosyal Hizmetler	2404
II.3.12 İlaç Hizmetleri	2405
II.4. Sağlık Eğitimi Ve İnsan Gücü	2405
II.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları	2406
II.5.1. Ana sistem: Sosyal Sağlık Sigortası	2406
II.5.2. Sağlık Sigorta Hizmetinin Kapsamı Ve Dağıtım Oranları	2407
II.5.3. Finansmanın Tamamlayıcı Kaynakları	2407
II.5.4. Sağlık Hizmeti Harcamaları	2408
II.6. Sağlık Sistemi Reformları	2409
II.6.1. Reformlar	2409
II.6.1.1. Önceki Reformlar	2410
II.6.1.2. Son Yapılan Reformlar	2411
II.7. Toplumun Sistemi Değerlendirmesi	2411
III. SLOVAKYA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2413
KAYNAKLAR	2416

ÖZET

Slovakya, 1989'da sosyalist yönetimin yıkılmasıyla beraber serbest piyasa ekonomisine geçiş yaşayan bir ülkedir. Bu tarihten beri serbest piyasa ekonomisine uyum sağlamak için önemli, kapsamlı siyasi ve sosyal reformlar yapılmıştır. 1993'te Çekoslovakya'dan ayrılıp bağımsız bir ülke haline gelmiş ve reformlar bu tarihten sonra daha da hız kazanmıştır.

Siyasal sistemde liberalizme geçiş sırasında, mali ve politik değişimlere yol açan ekonomik gerileme, bir yandan eski sistemin halka uzun yıllar boyunca benimsettiği sosyal korumacılığı sürdürmeye çalışırken, öte yandan ekonomik ve politik liberalleşme hedeflerinin nasıl gerçekleştirilebileceği çelişkisini yaşamaktadır.

Serbest piyasa ekonomisine geçiş süreci sağlık sistemini de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin elde edilmesinde kişilerin sorumluluğunun artırılması, her şeyin devletçe yerine getirilmesi sorumluluğunu azaltırken, vergi gelirleri düştüğü için kamu kaynakları da küçülmüştür. Ülkenin çoğu yerinde halk, sosyal imkânların kısıtlanması ve daha önce ücretsiz olan sağlık hizmetleri için belli bir ücret koyulması çabalarına tepki göstermiş, reformlara karşı memnuniyetsizliğini belirtmiştir. Bu da hükümette ve politikalarda birçok değişikliklere yol açmıştır.

Çekoslovakya'nın dağılmasının ardından Slovakya sağlık sisteminde yapılan değişikliklerin temeli, belli sayıda örgütün yer aldığı genel ve zorunlu sağlık sigortasına dayanır.

Sağlık sisteminde Sosyalist / Kolektivist tipi sağlık sisteminden Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine geçiş için reformlar yapılmıştır, uyum sağlamaya çalışmaktadır. Ancak halk yapılan bu reformları genel olarak olumsuz ve yetersiz bulmuştur. Bu olumsuzluğu politikacılar da kabul etmektedir.

Slovakya ekonomik gelişimini tamamlamamış, gelir seviyesi düşük ve dağılımı dengesiz bir ülke olduğu için, sürekli ve çeşitli olumsuzluklar yaygın olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri harcamalarının yapısını geliştirme sürecinde uygun olmayan ekonomik şartlar sebebiyle, sağlık hizmetleri için fert başına yapılan harcama, Avrupa'daki en düşük değerler arasındadır.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetinden asıl sorumlu olan kurumdur. Yapılan reformlarla sağlık hizmetlerinde yerelleştirme ve özelleştirme amaçlanmıştır. Yerelleştirme ile Sağlık Bakanlığının birçok yetkisi ve sağlık kuruluşlarının birçoğu yerel idarelere devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık politikasının önemli yönlerini ve önceliklerini belirlemek, sağlık hizmetlerini düzenlemek ve denetlemekten sorumlu olmuştur.

Halk sağlığı hizmetleri sağlık bakanlığından 36 adet bölgesel Halk Sağlığı Bürolarının sorumluluğuna devredilmiştir. Halk sağlığı hizmetleri bütçeye bağlı organizasyonlar tarafından ve Sağlık Hizmeti Hareketi'ne dayalı olarak yürütülür. Halk sağlığı hizmetlerinin dışında kalan diğer birincil / primer sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmeti Hareketi tarafından yönetilir. Harcamalar için, zorunlu sağlık sigorta planı tarafından geri ödeme yapılır.

Yine özelleştirme kapsamında birincil sağlık hizmetleri büyük oranda özelleştirilmiştir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Daha önce kamu görevlisi olan çalışanları devletin kurumlarındaki büroları için kira ödeyerek özel faaliyet sürdürmeye başladılar.

İkincil sağlık hizmeti yatarak ve ayakta tedavi hizmeti olarak sigorta veya kişilerce ödenir. Özel veya kamu görevlisi hekimlerin, bölgesel kamu birimlerinin polikliniklerinde kendi ofisleri vardır.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde, kısmen özelleştirmeler yapılsa da, devletin ağırlığı devam etmektedir. Bu alanda hastahanelerin yüksek borç miktarları sıkıntı yaratmaktadır. Son yapılan reformlarla bu kurumların kâr amaçlı kamu-özel ortak sermayeli şirketlere dönüştürülmesi amaçlanmaktadır.

Slovakya 1997'den beri sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yükselmeyen çok az ülkeden biridir. 2002 yılında Slovakya GSYİH'nın %5,7'sini sağlık hizmetleri için harcamıştır. Bu oran AB ülkelerinin ortalamasının altındadır. 2002'deki toplam sağlık harcamalarındaki kamu harcamalarının %89'luk payı çoğu AB ülkesindekinden daha fazladır.

Ülkede zorunlu sağlık sigortası sistemi mevcuttur. İki büyük sağlık sigortasının faaliyetleri devlet garantisindedir ve bu kurumlar nüfusun büyük kısmını kapsamaktadır (%78'ini). Toplam sağlık harcamalarının büyük kısmı bu kurumlarca karşılanmaktadır. Bu kurumlar da yüksek borçlara sahiptirler.

Sigortacılık alanında verimliliği artırmak için devlet yaptığı son reformlarla özel sigortacılığın pazar payını ve dolayısıyla etkisini artırmaya çalışmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının 2/3'ü yasal olarak yurttaşların tümünü kapsayan kamu kaynaklı sağlık sosyal güvenliği kuruluşlarınca, 1/4'ü bütçe, %10 kadarı doğrudan kişisel ödemelerle, %1 kadarı diğer kaynaklıdır.

Slovakya'da sağlık hizmetlerinin arz ve arzın finansmanı kamu-özel karışımı şeklindedir.

Slovakya'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanı sigorta primlerine dayanmaktadır ve bundan dolayı kamu kaynakları yanında hane halkı harcamaları önemlidir.

A. ERDAL SARGUTAN

SLOVAKYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Slovak Cumhuriyeti (Slovenska Republika)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 48.845 km ²
NÜFUSU	: 5.439.448 (2006 tahmini)
YÖNETİM BİÇİMİ	: Parlamenter demokrasi
BAŞKENTİ	: Bratislava
RESMİ DİLİ	: Slovakça
PARA BİRİMİ	: Slovak Kronu (SKK)
DİNİ	: Katolik 68,9%, Protestan %10,3, Ortodoks %4,1, diğer ya da belirsiz %3,2, Hiç %13 (3/2-5,11).

I.1. Coğrafya

Slovakya'nın yüzey şekillerine egemen olan Batı Karpatlar, vadi ve havzalarla ayrılmış doğu-batı doğrultulu üç dağ sisteminden oluşur. Kuzeyde Çek Cumhuriyeti ve Polonya topraklarına sokulan Dış Batı Karpatlar sistemi Küçük Karpat, Javorniky ve Beskid dağlarını kapsar. Orta Batı Karpatlar sistemi kuzeydeki Yüksek Tatra ve güneydeki Alçak Tatra kollarıyla ülkenin iç kesimini engebelenendirir. Kuzeye doğru gittikçe sarp bir yapı kazanan Yüksek Tatra, ülkenin en yüksek noktası Gerlach Doruğuna 2.655m'ye ulaşır. Daha güneye düşen iç Batı Karpatlar sisteminde ekonomik bakımından önemli olan Slovak Cevher Dağları yer alır. Güney batı ve doğudaki düzlükler İç Karpat Çöküntüleri bölgesinin Slovakya'da kalan kesimini oluşturur.

Morava (March) ve Tuna (Dunaj) ırmakları ülkenin güney sınırının bir bölümünü çizer. Dağlık bölgelerin sularını toplayan akarsuların başında güney doğru akan Vah, Hron, Hornat ve Bodrok ile kuzeye doğru akan Poprad gelir. Ülkede çok sayıda dağ gölü ve kaplıca vardır.

Karasal özellikler gösteren iklim yüksekliğe bağlı olarak değişir. Yıllık ortalama sıcaklık Yüksek Tatalar'da 4°C, Tuna düzlüklerinde ise 11°C'dir. Temmuz ayı ortalama sıcaklığı 20°C'yi geçerken, Ocak ayı ortalama sıcaklığı dağ havzalarında -5°C'ye kadar iner. Yıllık yağış miktarı Tuna düzlüklerinde 570mm'yi, rüzgâra açık dağ vadilerinde ise 1.100mm'yi bulur. Yüksek doruklar yaz aylarında da karla örtülü kalır.

Ülke topraklarının beşte ikisinden fazlası ormanlarla kaplıdır. Başlıca ağaç türleri çam, meşe, kayın ve ladindir. Yaklaşık 1500m'den geçen ağaç sınırının yukarısında tayga ve tundra bitki örtüsü başlar. Yüksek kesimlerde Alp çayırlarının ve bodur çalılıarın yerini dikenler alır (2/506).

I.2. Tarih

Bugünkü Slovakya topraklarına Hıristiyanlığın ilk dönemlerinde İlyriyalı ve Kelt kabileler, daha sonra Germen'ler, 6. ve 7. Yüzyıllarda da Doğu Slav halklarından Slovaklar yerleşti. Bölge Polonya'nın güney kesimini, Bohemya'nın tümünü ve Macaristan'ın batı kesimini kapsayan Büyük Moravya Krallığı'yla birleştiği 9. Yüzyıla değin Avarlar'ın yönetimi altında kaldı. Büyük Moravya Krallığı'nın 10. Yüzyılın başlarında yıkılmasının ardından 11. Yüzyılda Macaristan Krallığı'na bağlandı. Çek Husçuların 15. Yüzyılda bölgede büyük güç kazanmalarına ve 16. Yüzyılda Reform hareketi sırasında Lutherçiliğin ve Kalvenciliğin bölgede yaşayan Alman, Slovak ve Macar topluluklar arasında yaygınlaşmasına karşın, 1926'da Macar tahtını ele geçiren 1918'e değin Slovakya'yı yöneten Habsburglar döneminde Katoliklik eski gücün kavuştu.

18. Yüzyılın sonlarında gelişmeye başlayan Slovak milliyetçiliği, 1848–1849 Macar Devrimi'nden sonra Macar olmayan ulusları tutan Habsburgların merkezietçi yönetiminden destek gördü. 1867 Avusturya-Macaristan Uzlaşması'ndan sonra, Macar hükümeti Slovakya'yı yeniden denetimi altına aldı. Bu dönemde izlenen Macarlaştırma politikası nedeniyle, birçok Slovak başta ABD olmak üzere yabancı ülkelere göç etti.

I. Dünya Savaşı'nın sonunda Macaristan'dan ayrılan Slovaklar, Bohemya, Moravya ve Silezya'nın bir bölümünde yaşayan Çeklerle birlikte yeni Çekoslovakya'nın kuruluşuna katıldı (1918). Çeklerin oluşturduğu katı merkezietçi rejim çok geçmeden Slovaklar arasında özerklik taleplerinin güçlenmesine yol açtı. Hitler Almanyasına Çekoslovakya'nın Südetler bölgesini ilhak izni veren Münih Anlaşması'nın yürürlüğe girmesinden 4 gün önce, Slovakya federal yapı çerçevesinde özerk bir birime dönüştürüldü (6 Ekim 1938). Almanların Prag'ı işgal etmesinden sonra Slovak ulusal meclisinin aldığı kararlar da kağıt üzerinde bağımsız oldu (14 Mart 1939). II. Dünya Savaşı sırasında, özellikle de Polonya ve Sovyetler Birliği'ne karşı savaşa zorlanmalarından sonra Slovaklar arasında Almanlara karşı güçlü bir muhalefet hareketi gelişti ve ağustos 1944'te 2 ay süren büyük bir Nazi karşıtı ayaklanma baş gösterdi. Sovyet ve Çekoslovak ordularının ülke topraklarını Nazi işgalinden kurtarmaya başladıkları 1945 başlarında Slovaklar iki halkın tam eşitliği temelinde yeniden kurulacak Çekoslovakya devletine katılma konusunda Çeklerle anlaştilar. Bununla birlikte komünistlerin iktidara geldiği Şubat 1948'den sonra ülkede Çeklerin denetiminde, katı merkezietçi bir yönetim yapısı oluşturuldu. Slovakya 11 Temmuz 1960'ta yürürlüğe giren anayasa uyarınca Çek Toprakları'yla eşit haklara sahip oldu; 1 Ocak 1969'da da yasama organı Federal Meclis'te Çek Sosyalist Cumhuriyeti'yle eşit biçimde temsil edilen Slovak Sosyalist Cumhuriyeti kuruldu.

Kasım 1989'da başlayan kitle gösterileri ülkedeki sosyalist yönetimin yıkılmasıyla sonuçlandı. Haziran 1990'daki seçimler Slovakya'da muhalefet hareketinin lideri Vladimir Meciar'ın başkanlığında yeni bir hükümetin kurulmasını getirdi. Ekonomik reformlarla birlikte iki cumhuriyet arasında yeni federal anayasa konusunda derin görüş ayrılıkları ortaya çıktı. Mart 1992'de yapılan parlamento seçimlerinin ardından bölünme tartışmaları gündeme geldi.

Görüşmeler sonunda Çekoslovakya'nın barışçıl yoldan iki devlete ayrılması karara bağlandı. Buna ilişkin antlaşmanın yürürlüğe 1 Ocak 1993'te girmesiyle Slovakya bağımsız bir ülke oldu (2/507,508).

I.3. Toplum Yapısı

Ülke nüfusunun (2001) yaklaşık %86'sını Slovaklar oluşturur. Güneyde yoğunlaşmış olan Macarlar %9,7 ile en büyük azınlık grubudur. Ülkenin doğu kesiminde %1,7'lik oranı bulan Çingeneler, batı ve kuzeydoğu kesimlerinde de küçük Çek, Ukraynalı, Alman, Rus ve Polonyalı topluluklar yaşar. Slovakların büyük bölümü kendi anadillerinin yanı sıra akraba bir dil olan Çekçe'yi de bilir. Katoliklerin toplam nüfus içindeki oranı %70'e yakındır. Başlıca dinsel azınlık olan Protestanlar çeşitli mezheplere ayrılır.

Dağlık yapı nedeniyle yerleşme dokusu seyrekdir. Kentisel alanlarda oturanların oranı (2002) %57,6 gibi bir düşük düzeydedir. Bratislava dışındaki başlıca bölgesel merkezler Kosice, Presov, Nitra ve Zilina'dır. Göçlerin yanı sıra kentleşmeye bağlı olarak öteden beri düşüş içinde olan yıllık nüfus artış hızı 1997–2002 arasında sıfıra inmiştir (2/506).

Eğitim 6–16 yaşlar arasında zorunlu ve parasızdır. Temel öğrenimi bitiren öğrenciler genel liselere, mesleki ve teknik okullara ya da öğretmen okullarına devam edebilir. Ülkedeki 14 yüksek öğrenim kurumunun en eski ve en önemlisi Bratislava Comenius Üniversitesi'dir (1/467). Slovak Bilimler Akademisi de Bratislava'dadır (2/507).

I.4. Yönetel Yapı

Eylül 1992'de kabul edilen ve bağımsızlıkla birlikte yürürlüğe giren anayasa parlamenter bir demokrasi sistemi öngörür. Yasama organı Ulusal Meclis'in 150 üyesi 4 yılda bir nispi temsil esasına göre seçilir. Eylül 1998'de anayasada yapılan değişiklikle, daha önce Ulusal Meclis tarafından beşte üçlük oy çokluğuyla seçilen cumhurbaşkanının doğrudan halk tarafından seçilmesi benimsenmiştir. Görev süresi 5 yıl olan cumhurbaşkanı, Ulusal Meclis'te çoğunluğa sahip parti ya da koalisyonun liderini başbakan olarak atar ve onun hazırladığı bakanlar kurulunu onaylar. Yürütmede asıl yetkili makam başbakanlıktır. En üst yargı organlarından Anayasa Mahkemesi'nin üyeleri Ulusal Meclis'in gösterdiği adaylar arasından cumhurbaşkanı tarafından atanırken, Yüksek Mahkeme üyeleri Ulusal Meclis tarafından seçilir. Ülke yerel yönetimi açısından sekiz bölgeye (Kraj) ayrılmıştır (2/506,507).

I.5. Ekonomi

Çek Cumhuriyeti'ne göre daha geri bir sanayi temeline dayanan Slovakya, merkezi planlamadan serbest piyasa ekonomisine geçiş sürecinde düşük büyüme hızı, yüksek işsizlik ve enflasyon, ağır dış borç yükü gibi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır (2/506).

2005 yılında tahmini ülke GSYİH 85,14 milyar ABD Doları, kişi başına düşen milli gelir ise 15,700 ABD Doları'dır (3/8).

Dağlık alanlarda zengin demir cevheri, bakır, magnezit, kurşun ve çinko yatakları vardır. Ayrıca cıva, asbest, kalay, barit, siderit, perlit, gümüş ve altın yatakları işletilir. Düzluklerde sınırlı da olsa doğal gaz ve petrol yataklarının bulunmasına ve bir miktar linyit çıkarılmasına karşın, sanayinin temel enerji gereksinimi Vah, Orava, Hornad ve Slana ırmakları üzerindeki bir dizi hidroelektrik santralden karşılanır. Jaslovske Bohunice’de bir nükleer enerji santrali kurulmuştur.

İhraç edilen ürünler arasında makine, kimyasal maddeler, çelik, silan gıda ürünleri ve tütün sayılabilir. Başlıca ithalat kalemlerini petrol, doğalgaz, makine, ulaşım araçları ve mamul mallar oluşturur. Dış ticarete en önemli yeri Çek Cumhuriyeti tutar; Rusya, Almanya, Avusturya ve İtalya’yla da ticari ilişkiler geliştirilmiştir.

Ülke topraklarının ancak üçte biri tarıma ayrılmıştır. Düzluklerde buğday, arpa, mısır, şeker pancarı, çavdar ve sebze yetiştirilir, sığır ve domuz besiciliği yapılır. Dağlık bölgelerdeki vadilerde patates, yulaf ve keten, Vah ırmağı çevresinde ise tütün ve meyve yetiştirilir. Batıdaki Karpat Dağlarının yamaçları bağlarla kaplıdır.

Daha çok askeri amaçlı imalata dayanan ağır sanayi kuruluşları Vah ırmağı kıyısındaki Bratislava ve Kosice’de toplanmıştır. Büyük merkezlerin yanı sıra birçok küçük kentte de hafif sanayi tesisleri vardır. Başlıca sanayi ürünleri çelik, makine, kimyasal maddeler, petrol ürünleri, dokuma ve işlenmiş gıda ürünleridir. Tatralar’daki kış sporları ve dağcılık merkezleri, kaplıca ve ılıçılar, koruma altına alınmış tarihsel kentler ve geleneksel halk sanatı şenliklerinin düzenlendiği köyler Slovakya’ya çok sayıda turist çeker.

Bratislava’yı bölgesel merkezlere bağlayan demir yolları özellikle yük taşımacılığında önemlidir. Ülkenin başlıca otoyolu Bratislava’yı Çek kentler Brno ve Prag’a bağlar. Tuna’dan su taşımacılığında yararlanır. Bratislava, Lucenec, Zilina, Zvolen, Poprad ve Kosice’de hava alanları vardır (2/506).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

19. Yüzyılın sonu itibariyle, Avusturya-Macaristan krallığı, toplumun belli grupları için hastalık ve kaza sigortalarını kapsayan sosyal sigortalarla ilgili ilk kanunları yaptı. 1918'de Çekoslovakya Cumhuriyetinin kurulmasından sonra, sosyal sigortaya dayanan Bismark modeli sağlık hizmeti sistemi daha da geliştirildi. 221/1924 sayılı Kanun gereğince hastalık sigortası nüfusun daha geniş grupları için zorunlu olmuştur. Ancak hastalık sigortası, ayrıcalıklı hizmetlerdeki çalışanlar ve yüksek risk taşıyan mesleklerle (örneğin maden işçileri) sınırlıydı, köylüler ve işsizleri kapsamıyordu. Hastalık sigortası planı sadece tedavi edici tıp hizmetlerinin geri ödenmesini içermekteydi, fakat çeşitli sigorta fonları, farklı gruplara farklı katkı ve hizmetler sundular. Çoğunluğu profesyonel olan bazı fonlar, kendi sağlık hizmeti olanaklarına sahipti.

Çoğunluğu aile doktoru olan özel sağlık hizmeti sunucuları doğrudan ödemeler karşılığında hizmet sunarlardı. Paralel olarak halk sağlığı hizmetleri sistemi bulaşıcı hastalıklar ve diğer halk sağlığı sorunlarıyla mücadele etmek için kuruldu. Fakat halk sağlığı hizmeti sistemi, finansal ve siyasal olarak yeterince desteklenmedi. Genel olarak tıbbi hizmetlerin kalitesi ve ulaşılabilirliği ödeyebilme yeteneğine bağlıydı. 221/1926 sayılı Kanunla sakatlık ve emeklilik haklarını içerecek şekilde sosyal sigorta sistemi genişletildi.

1948'den sonra sağlık sisteminde köklü değişikliklere gidildi. Bütün sağlık hizmeti kuruluşları ulusallaştırıldı ve devlet mülkiyetine alındı. Ulusal sigorta ile ilgili 99/1948 sayılı Kanun hastalık, sakatlık ve emeklilik gibi sigorta çeşitleri birleştirildi. Bu, sağlık sistemini Sovyet tipi sağlık sistemine dönüştürmede bir başlangıçtır. 103/1951 sayılı Birleştirilmiş İyileştirici Ve Koruyucu Hizmet Kanunu'na göre, ayakta bakım ve yataklı tedavi hizmetleri poliklinikli hastahaneler bünyesine alındı. 4/1952 sayılı Hijyenik Ve Anti-epidemi Hizmeti ile ilgili Kanun hijyen istasyonları ve araştırma kurumları kurulmasına sebep oldu ve doktor-hijyenist uygulamasını başlattı. Bu, sağlık istatistikleri ve sağlık eğitim hizmetlerinin geliştirilmesi için bir öncelikti. Önemli tıp uzmanlık dallarından başuzmanlar sistemi Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık yapmaya başladı. Bu yeni öğeler daha fazla geliştirildi ve bazıları günümüze kadar varlığını korudu. Bu yeni sağlık hizmeti sistemi nüfusun %95'ini kapsamaktaydı.

1950'li yıllar boyunca bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında (özellikle, tüberküloz) önemli başarılar elde edildi. Toplum İçin Halk Sağlık Hizmeti ile ilgili 20/1966 sayılı Kanun, sosyalist tip sağlık sisteminin gelişmesinde başka önemli bir kilometre taşıdır. Sigorta sistemi genel vergilendirmeye yer değiştirildi ve sağlık hizmetinin sunumunun finansmanı ve yönetimi sorumluluğunu devlet üstlendi. İlaç ve tıbbi yardımı içeren tüm sağlık hizmetleri, tüm vatandaşlar için ücretsiz oldu. Sağlık sisteminin örgütlenmesi ve yapısı birleştirildi. Sağlık hizmeti tesisleri, hijyen istasyonları ve diğer sağlık kuruluşları bölgesel ve mahalli ulusal sağlık kuruluşlarının hiyerarşik yapısı içine bütünleştirildi. Bu, bütün sağlık hizmetlerinin yatay ve dikey biçimde birleştirilmesini sağlamaktadır.

Yerel düzeyde sağlık merkezleri, bir grup sağlık profesyoneli çalışanından oluşmaktaydı. Bunlar yetişkinler için bir bölgesel hekim ve bir hemşire, 15 yaşına kadar olan çocuklar için bir çocuk doktoru ve bir hemşire, kadınlar için jinekolog ve bir hemşire ve yardımcısıyla beraber bir dişçiydi. Yetişkinler için olan doktorlar dâhiliye veya cerrahlik uzmanlaşma sınavını geçmek zorundaydılar. Bu ekipler, oturdukları yerlere göre birincil sağlık hizmeti veren hekimlere tahsis edilen, 3.200–3.800 kişiden oluşan nüfusa hizmet verirdi. Bu sağlık merkezleri, Tip I poliklinikli hastahanelerle birlikte, 30.000–50.000 kişi için temel sağlık hizmeti sağlayan ulusal sağlık hizmeti kuruluşlarını oluşturmak için çalıştı. Tip I hastahaneleri dâhiliye, pediatri, jinekoloji ve cerrahi olmak üzere dört bölümden oluşuyordu. Diğer hizmetler, Tip II poliklinikli hastahaneler tarafından sağlanıyordu. Ulusal sağlığın yerel kuruluşlarının dörtte üçü ile beraber, bir yerel hijyen istasyonu ve diğer uzman sağlık kuruluşları, ulusal sağlığın yerel kuruluşlarını oluşturmaktaydı ve 150.000–200.000 nüfusa kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktaydı.

Ulusal sağlığın üç bölgesel kuruluşu bütünleşmiş sağlık hizmeti sunumunun hiyerarşik örgütlenmesini tamamlamaktaydı. Tip III hastahaneler, 1–1,5 milyon gibi daha fazla nüfusa yüksek seviyede uzmanlaşmış hizmetler sağlardı. Bu tip hastahaneler eğitim hastahanelerini de içerirdi. Devletçe sağlanan finansal kaynaklar ulusal sağlık kuruluşlarına yerel ve bölgesel ulusal komiteler yoluyla ödenirdi (ulusal ekonominin geliştirilmesi planına göre). Sağlık hizmeti kuruluşları için tek kaynak buydu.

Çekoslovakya federal örgütünün kurulmasını takiben 1968 yılında, Slovak Sosyalist Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı kuruldu. Görevi, sağlık hizmetlerinin birleşik sunumunu garanti etmektir. Sosyalist sağlık hizmetinin temel ilkeleri şunlardı; devlet sorumluluğu, sağlık hizmeti sisteminin devlete ait olması ve tüm toplum için sağlık hizmeti, bilim ve uygulamaya birliği, planlama, sağlık hizmeti sağlamada birleşik sistem, korumaya odaklılık, evrensel kapsam ve hizmetlere ücretsiz ulaşma, halkın sağlık hizmetlerine aktif katılımı. Hâlâ sağlık sektörüne ayrılan kıt kaynaklar sağlık hizmeti sağlayıcılarının ihtiyaçlarını karşılamakta yetersizdi. Devlet bütçesinin %5'i sağlık sektörüne ayrıldı.

1960'lerde gözlemlenen sosyalist sağlık sisteminin başarısının göstergeleri mezun olmuş hekim ve hemşire sayıları, yaygın şekilde hastahane inşasıyla beraber gelen yüksek hastahane yatak sayıları idi. Bu, sağlık personelinde arz fazlası oluşması, hastahane hizmetlerinin önem kazanması ve uzmanlaşmanın yaygınlaşması ile sonuçlandı. Hastalar, sıradan sağlık sorunları için hastahaneye yatma eğiliminde oldular ve sağlık hizmetlerinin pasif birer nesnesi haline geldiler. Devletin koruyucu hizmetleri yükümlülüğüne karşılık, birincil sağlık hizmetleri sağlayıcılarının az kullanılması, sağlık personelinin sosyal statüsünü ve moralini düşürdü ve sağlık sektörünün itibarının düşmesine neden oldu.

Sistem, tüm hizmetleri içeren ücretsiz sağlık hizmeti sunmasına rağmen, toplumun sağlık statüsü çıktılarında istenilen sonuç elde edilemedi. Kasım 1989'da Çekoslovakya'da meydana gelen radikal siyasi, sosyal ve ekonomik değişimler sağlık sektöründeki reformları da beraberinde getirdi.

1989'dan sonra Çek ve Slovak Cumhuriyetleri'nde sağlık sisteminin gelişmesinde yavaş fakat kesin farklılıklar oldu (11/9–12).

Slovak sağlık hizmeti sistemi, hizmet sunumunda devlet tekeli olan ve sosyalist merkezi planlamacı, bütünleşmiş vergi temelli sistemden çoklu sağlık sigorta kuruluşları ve devlet-özel karışimli sağlayıcıları içeren çoğulcu sosyal sağlık sigortası sistemine önemli ve kademeli bir geçiş yaptı (10/2).

1990–2006 yılları arasındaki yapısal değişimleri sonucunda oluşan yeni yapı aşağıda tanımlanmaktadır.

II.2. Sağlık Durumu Ve Hastalık Yapısı

Dünya Sağlık Örgütü'nün hesaplamalarına göre Slovakya'da 2002 yılında ortalama doğuştan beklenen yaşam süresi 73,9; kadınlar için 77,8 ve erkekler için 69,9 yıldır. Slovakya'da beklenen yaşam süresi Avrupa-B ve C ülkeleri ortalamasından yüksektir. Ancak Slovakya'da beklenen yaşam süresi, ölüm oranı düşük olan Avrupa-A ülkelerinin ortalamasının; kadınlar için 4 ve erkekler için 6 yıl altındadır.

Slovakya'da 1991'den beri, sürekli olmanınla birlikte beklenen yaşam süresi erkekler için (3 yıl) kadınlar için (2,4 yıl) artmıştır. Bu dönemde, Avrupa-B ve C ülkelerinin ortalamasında hemen hemen değişiklik yoktur ve Avrupa-A ülkelerindeki artış da aynıdır. Bundan dolayı Slovakya ve Avrupa-A ülkelerinde beklenen yaşam süresi ortalaması hemen hemen aynıdır (13/6,7).

2002'de Slovakya'da bütün ölümlerin yaklaşık %89'u bulaşıcı olmayan hastalıklardan, %6'sı dışsal nedenlerden, %1'inden azı bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmıştır. Bütün ölümlerin %54'ü dolaşım sistemi hastalıklarından ve %22'si kanserden kaynaklanmıştır (13/12).

Slovakya'da bebek ölüm hızı Avrupa-B ve C ülkelerinin ortalamasının altındadır. Ancak, bu oran Avrupa-A ülkelerinin ortalamalarının oldukça üstündedir. Bebek ölüm hızındaki bu fazlalık, Avrupa-A ülkeleri ortalamasına nazaran, 1990'lı yıllardan sonra düşmüştür. Ancak 2002'de, oran %22 artmıştır. 2002 yılında ulusal veriler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri, Slovakya'da her 1.000 canlı doğan çocukta yaklaşık 5 çocuğun 5 yaşından önce öldüğünü göstermektedir (13/9).

2002 yılında 1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 7,6'ydı ve bu da AB'ye yeni üye olan ülkelerin ortalamasının üstündeydi (10/1).

1990 yılında Slovakya anne ölüm hızı, Avrupa-B ve C ülkeleri verileri arasında en düşük orana sahipti. 1990 ve 2002 yılları arasında, bazı dalgalanmalara rağmen Slovakya anne ölüm hızı %9,4 düştü ve oranı Avrupa-A ülkeleri ortalamasına yaklaştı. 2002'de Slovakya anne ölüm hızı Avrupa-B ve C grubu içerisindeki en düşük orandı. 1999–2003 yılları arasında her 100.000 canlı doğumda 21 tane anne ölümü vardı (13/10).

Avrupa-A ülkeleri: Avusturya, Belçika, Hırvatistan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Lüksemburg, Malta, Hollanda, Norveç, Portekiz, San Marino, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre ve Britanya Krallığı'dır.

Avrupa-B ve C ülkeleri: Afganistan, Ermenistan, Azerbaycan, Beyaz Rusya, Bosna Hersek, Bulgaristan, Estonya, Gürcistan, Macaristan, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Moldova Cumhuriyeti, Romanya, Rusya Federasyonu, Sırbistan, Karadağ, Slovakya, Tacikistan, Türkiye, Türkmenistan, Ukrayna ve Özbekistan'dır (13/30).

II.3. Sağlık Hizmeti Sisteminin Örgütsel Yapısı

II.3.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti ve sağlığın korunmasından sorumlu ana yönetici devlet kurumudur. Sağlık Bakanlığı, devlet sağlık politikasının öncelikleri ve yönetim prensiplerini belirler ve kanuna uygun şekilde hazırlayıp hükümete sunar. Sağlık Hizmeti Kanununa göre, Sağlık Bakanlığı herkesin sağlık hizmetlerine eşit ulaşabilmesini için sağlık hizmeti sağlayıcılarının çalışmalarının düzenlenmesinden sorumludur. Ocak 2002'den sonra, 416/2001 sayılı devlet yönetiminden bölgesel yönetimler ve belediyelere Yetki Devri Kanunu'na dayalı olarak, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmeti sağlayıcılarına lisans verme güçlerinin büyük bir bölümü yerel bölgesel idarelere (yüksek mahalli birimler) dağıtmıştır.

1999'dan beri, Sağlık Bakanlığı Sigortalıların merkezi kayıtlarını devam ettirmekten sorumludur. Sağlık Bakanlığı aynı zamanda sağlık personelinin mezuniyet sonrası, sürekli ve ikincil eğitiminden, ek olarak yurt dışından sağlanan diploma ve sertifikaların tanınmasından sorumludur.

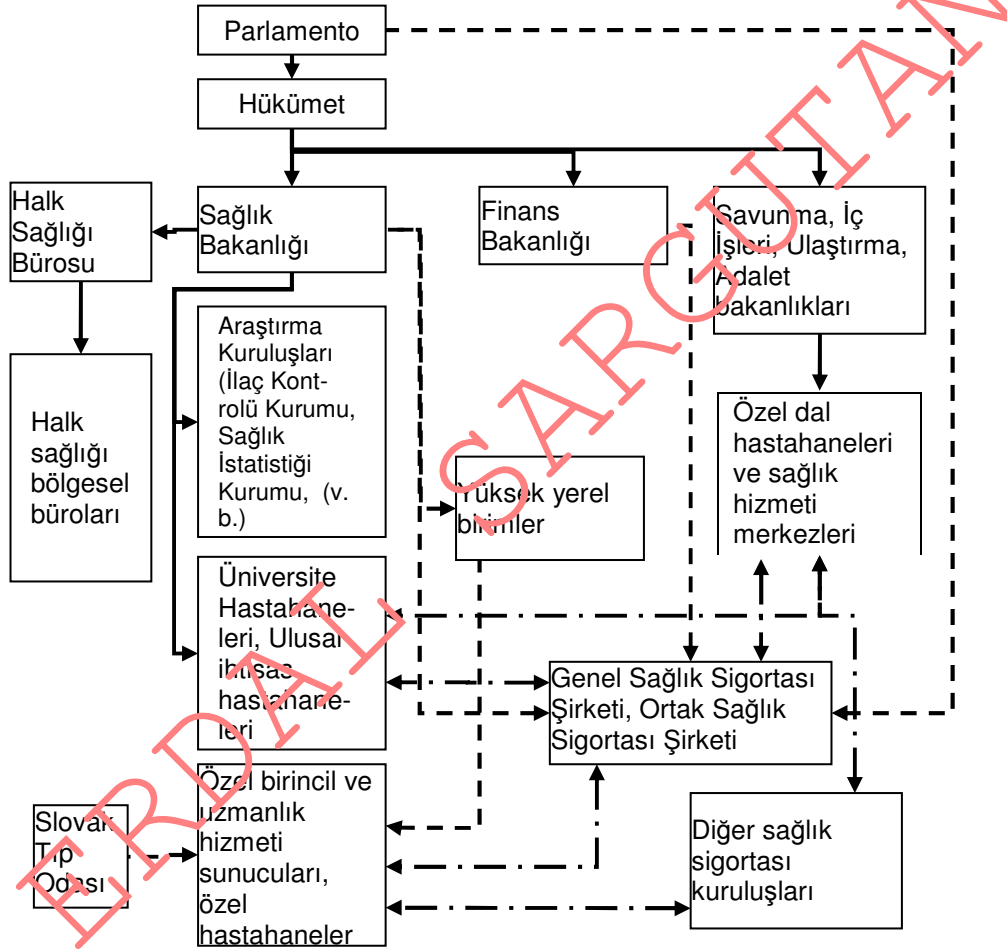
Slovak Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bürosu yoluyla, Sağlık Bakanlığı, bulaşıcı hastalıklar, gıda güvenliği, güvenli ve sağlıklı çalışma ve yaşama koşulları ve Sağlığı Koruma Kanununda düzenlenen diğer halk sağlığı faaliyetlerinin denetimi ve kontrolünü yerine getirmektedir. 2004'teki yetki devri sürecini takiben denetim ve kontrol faaliyetlerinin birçoğu 36 adet halk sağlığı bölgesel bürosu tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığının bir bölümü, Kaynaklar Ve Kaplıcalar Denetim Kurulu yoluyla, doğal iyileştirici kaplıcaların, kaynakların ve mineral sularının etkili kullanılması ve korunması için ölçüleri belirler. Son olarak Sağlık Bakanlığı Slovak Eczacılık Kuruluşu, Sağlık Bilgisi Ve İstatistik Kuruluşu ve İlaç Kontrolü Kuruluşu gibi sağlık hizmeti kuruluşlarını doğrudan yönetmektedir. Bu kuruluşların yöneticileri Sağlık Bakanlığına karşı doğrudan sorumludur (4/1).

II.3.2. Diğer Bakanlıklar

Halen Sağlık Bakanlığı ve Finans Bakanlığı, sağlık sigortası kuruluşlarının devlet tarafından kontrolünün gerçekleştirilmesi için yakın iş birliği içindedir. 2004'ün başında parlamentoya sunulan yasa, sağlık sigortası kuruluşlarının performansının kontrolünü bu bakanlıklardan Finansal Piyasa Otoritesi ve yeni kurulan Sağlık Hizmetleri Denetleme Bürosu'na kaydırmıştır.

Benzer şekilde, Ocak 2004'ten sonra sağlık hizmetleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlarla ilgili fiyat belirleme gücü, ilaç fiyatlandırma ve sınıflandırılması sürecini birleştirmek amacı ile Finans Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Şema 1: Slovak Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı, 2004



Not: —————> Doğrudan kontrol, dekonsantrasyon

- - - - -> Yetki devri, denetleme

← - - - - -> Sözleşme yapma

Kaynak: (11) WHO (2004) Health Care Systems in Transition- Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe, s:15

Sağlık ve Finans bakanlıkları devletin sağlık hizmeti harcamalarını planlama ve uygulamaya devam etmektedirler. Savunma, İç İşleri, Adalet ve Ulaştırma bakanlıkları hâlâ kendi sağlık hizmeti kuruluşlarına sahiptirler ve doğrudan yönetmektedirler. Bu bakanlıklar, kendi çalışanları ve onların ailelerini kapsayan devlet garantili Genel Sağlık Sigortası Şirketi'nin yönetim kurulunda temsil edilmektedirler (11/17).

II.3.3. Yerel Sağlık İdareleri

416/2001 sayılı Kanun birkaç yetki ve sorumluluğu devlet idaresinden özerk mahalli idarelere (belediyeler ve yüksek mahalli birimlere) aktarmıştır. Böylece Şubat 2002'den beri belediyeler;

- Sosyal hizmet tesisleri içindeki ilk yardım merkezleri ve ayakta tedavi bölümlerini içeren ayakta tedavi tesisleri kurmuşlar,
- Uzmanlaşmış ayakta tedavi tesisleri, poliklinikler, Tip I hastahaneler ve Tip I polikliniği olan hastahaneler kurmuşlar,
- Evde bakım ajansları kurmuşlar,
- Sağlığı koruma programlarının içinde yer almışlar,
- Özel sağlık hizmeti tesislerindeki günlük çalışma saatlerini onaylamışlardır.

Yüksek mahalli birimlerin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimindeki yetkileri güçlendirildi. Bu birimler,

- Poliklinik ve Tip II poliklinikli hastahaneler kurarlar,
- Sağlık hizmeti tesislerinin kayıtlarını muhafaza ederler,
- Birkaç tip özel sağlık hizmeti kuruluşunda sağlık hizmeti verilmesini lisanslarlar (evde bakım ajansı, Tip I ve Tip II poliklinikli hastahaneler, psikiyatri hastahaneleri),
- Sağlık kuruluşları yöneticilerinin kararlarına karşı yapılan başvuruları karara bağlarlar,
- Sağlık hizmeti kuruluşlarınca tüm sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlarlar,
- İkincil hemşirelik okulları kurar ve işletirler,
- Sağlığı koruma programları içinde yer alırlar.

1 Ocak 2004'te devlet bölge büroları kapatılmış ve devlet bölge hekimliği ve eczacılığı feshedilmiştir. Onların yetkileri yüksek mahalli birimlerdeki hekimler ve eczacılara geçmiştir. Bölgesel ve yerel hijyenistlerin görevleri ve faaliyetleri, halk sağlığı alanında kamu hizmeti sağlayan 36 adet halk sağlığı bürosuna devredilmiştir. Bir bölgenin bir yöresindeki bütün görevlerin yeterli performansla verilmesini garanti etmek için, Yüksek Yerel Birim Hekimlerinin pozisyonları sağlık hizmetlerinin sunumunu denetleyecek şekilde ve Yüksek Yerel Birim Eczacılarının pozisyonları da eczacılık hizmetlerinin sunumunu denetleyecek şekilde biçimlendirildi.

2004'te parlamentonun onayına sunulan yasada, yüksek yerel birim hekim ve eczacılarının mevcut yetkilerinin büyük bir kısmı Sağlık Hizmetleri Denetleme Bürosu'na aktarılmıştır (4/1,2).

II.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

2002 yılının sonunda bütün hizmet sunumu ağı, 9058 ayakta bakım hizmeti kuruluşu, 66 poliklinik, 141 evde bakım hizmeti birimi, 28 diyaliz merkezi, 92 hastahane (9'u eğitim, 6'sı psikiyatrik), 21 özel sağlık kuruluşu, 114 tıbbi cihaz satış yeri ve 1.044 eczahaneyi içeren, 11.864 sağlık kuruluşundan oluşmuştur. Hemen hemen bütün eczahaneler ve kaplıcalar özel mülkiyettedirler. 6.520 birincil sağlık hizmeti tesislerinin içerisinde yaklaşık olarak %7'si (477) devlet mülkiyetinde, %93'ü özel mülkiyette idi. Buna karşılık, uzmanlaşmış ayakta bakım tesislerinin toplam sayısının 3.179'u (%49) özel mülkiyette iken 3.309'u (%51) kamu mülkiyetindeydi.

277/1994 sayılı Sağlık Hizmeti Kanunu, sağlık hizmeti sunucularının hakları ve yükümlülüklerini, hastaların hakları ve yükümlülüklerini ve sağlık hizmeti sunumunun diğer genel durumlarını düzenlemektedir. Bu yasaya dayanarak Sağlık Bakanlığı, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunumunun kurallarını düzenlemektedir. Bakanlık, aynı zamanda sağlık sigorta kuruluşları ile sözleşme yaparak çalışan sağlık hizmeti kuruluşlarını düzenlemektedir.

Sağlık Hizmeti Kanunu'ndaki en önemli değişiklik Nisan 2003'te yapıldı. Bu değişiklik, sağlık hizmeti sunumu ile ilgili destek hizmetleri sağlık hizmeti sunumundan kesin bir şekilde ayırdı. Destek hizmetleri yataklı tedavi hizmetlerinde yiyecek hizmetleri, otel hizmetleri ve veri işleme hizmetlerini içermektedir. Ayakta tedavi hizmetlerinde ise veri işleme hizmetlerini içermektedir. İlaç hizmetlerinde "sunumla ilgili destek hizmetler" veri işleme hizmetlerini, ilaçların ve tıbbi cihazların hastalara arzını içermektedir. Ayrıca hastaların acil olmayan nakilleri "sunumla ilgili destek hizmet" olarak tanımlanmaktadır (4/2,3).

II.3.5. Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortasına katılım nüfusun tamamı için zorunludur. Sosyal sağlık sigortası primleri gelirlerle ilişkilidir. Tahakkuk eden gelirin %14'ü prim olarak ödenmektedir (%10'u işveren, %4'ü çalışan tarafından). Serbest olarak çalışanlar %14'lük oranı hepsini kendileri ödemektedirler. Devlet işsizler ve ekonomik olarak aktif olmayanlar (ekonomik olarak bağımlılar, yaşlılar, askerler ve sakatları içeren) için ödeme yapmaktadır. Bu kişiler, nüfusun yaklaşık %60'ı gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. 2001'de devlet katkısı sağlık sigortası gelirlerinin %27'sini oluşturmaktadır.

1994'te sosyal sağlık sigortası sistemine başlandığında sistemde 12 adet kâr amaçsız sigorta kuruluşu faaliyette bulunmaktaydı. Uygulamanın başlamasından birkaç yıl sonra bunların birçoğu, büyüyen borçlar ve kısıtlamalar nedeniyle kapanmak zorunda kalmıştır. 2003'te ulusal düzeyde faaliyette bulunan 5 adet sigorta kuruluşu bulunmaktadır. Bunlardan 2 tanesinin borçları devlet tarafından teminat altına alınmıştır. Devlet garantisi, bütçe lemede sınırlılıklara ve hesap vermede sorumsuzluğuna neden olmuştur. Bu yüzden bu iki kuruluş büyüyen borçlardan korunamamıştır. Bu iki sigorta kuruluşundan biri olan Genel Sağlık Sigortası Şirketi nüfusun yaklaşık olarak üçte ikisini kapsamaktadır.

1995'te sigorta gelirlerini sigortalılar arasında yeniden dağıtımı için bir mekanizma kuruldu. Böylece gelirlerin %60'ı ekonomik olarak aktif olan ve olmayanların sayısına dayalı olarak yeniden dağıtıldı. 1999'dan sonra, gelirlerin %85'inin demografik risklere (yaş ve cinsiyet) dayalı olarak yeniden dağıtıldığı bir mekanizma oluşturuldu.

Bütün sigorta kuruluşları aynı hizmet paketini sunmak ve genellikle aynı sunucular ağı ile sözleşme yapmak zorundadır. Slovak sigorta kuruluşları tüm hizmetleri kapsayan kapsamlı sağlık hizmetleri paketine ücretsiz ulaşabilmeyi temin etmektedir. Bu hizmetlerin kapsamı, Tedavi Kanun'da belirlenmiş ilaç hizmetleri, kaplıca ve tıbbi yardımlardan oluşan bir prosedür listesini içermektedir. Sigorta kuruluşların sözleşme yapabileceği sağlık hizmeti sunucuları ağı yasalara göre kurulur ve Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenir (8/8-11).

Sağlık hizmeti kişilerin zorunlu olarak sigorta primi ödediği sağlık sigortasını temel olarak sunulur. Sağlık sigortası aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır:

- Rehabilitasyon ve kronik hastalığı olan kişilerin bakımlarını içeren seyyar ve klinik sağlık hizmetleri,
- Belirli düzenlemelere uygun olarak hastalıklardan korunma,
- İlaçlar, tıbbi yardım ve tıbbi fayda sağlama,
- Sağlık durumlarına göre kaçınılmaz olarak tıbbi bakım almaları gerekli olan hasta insanların en yakın tıbbi tesise nakletme,
- Tedavinin gerekli bir parçası olarak hekim tavsiyesine dayanarak sağlanan kaplıca tedavisi ve belirli sağlık hizmetleri.

Sağlık hizmetlerinin sunumu teriminin ayrıntıları Tedaviyle İlgili Kanun'da yer alır. Tedaviyle İlgili Kanun,

- Sağlık hizmetinin ve belirli sağlık hizmetinin sunumunu,
- Uzman hekim tarafından verilen, ilaçların, tıbbi yardımların ve tıbbi hizmetlerin sunumunu içeren tedavileri,
- Çalışma yetersizliğinin tanımlanmasını,
- Hasta insanların nakli ve ulaşım ve tıbbi hizmetlerin maliyetlerinin geri ödenmesini,
- Yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin geri ödenmesi yöntemlerini,
- Tedavi sistemi ile hasta insanların uyumunun kontrolünü içermektedir.

Slovak Cumhuriyeti'nde uzun süreli ikameti durumunda, herhangi bir insan doğduğu andan itibaren sağlık sigortasına dâhil olur.

Slovak Cumhuriyeti'nde uzun süreli ikamet etmeyenler:

- Slovak cumhuriyetinde ikamet edilen yerde işe ya da bir işverenle benzer ilişkiye başlama tarihinde,
- Slovak cumhuriyetinde serbest meslek lisansı alınan tarihte,
- Slovak cumhuriyetinde kalıcı ikamet izni verildiği tarihte,
- Mülteci statüsüne kabul edildiği tarihte sağlık sigortasına dâhil olabilir.

Kaplıca tedavisi, uzman hekim tavsiyesine dayanarak sağlanan zorunlu olmayan hastalık sigortası hizmetidir (5/27,28).

2004 yılı itibariyle, Slovakya'da özel sağlık sigortası neredeyse yoktur. Bazı ticari sigorta kuruluşları bazı tip hastalık sigortalarını - kritik hastalık sigortası, geçici sakatlık sigortası, kalıcı hastalık sigortası, sakatlık gelir sigortası ve yurtdışında alınan sağlık hizmetlerinin maliyetini kapsayan seyahat sigortası yararları sağlarlar. Sadece bir tane, sosyal sigorta planınca kapsanmayan kişilere (genellikle yabancılara) ticari temelli özel sağlık sigortası sağlayan sigorta kuruluşu vardır. Bu sigorta tıbbi maliyetleri ve hastahane maliyetlerini kapsar ve toplam sigorta pazarındaki payı 2000 yılında %0,2'den azdır. Finansal Piyasa Otoritesi özel sigorta kuruluşlarının faaliyetlerini denetler ve düzenler.

Yeni Sağlık Sigortası Kanunu özel sağlık sigortasının Slovakya'da izin verilen kamu ve özel tip sağlık sigortasından biri olacağını açıklamıştır. Fakat bu sigortanın rolünün kesin çizgileri kanunda tam olarak açıklanmamıştır (8/16,17).

II.3.6. Profesyonel Örgütler

1992 yılında Slovak Tıp Odası'na Yönelik Kanun Slovakya'da ilk yasal profesyonel tıp örgütünün kurulması için imkân sağlamıştır. Bunu Slovak Dişçiler Odası, Slovak Eczacılık Odası, Slovak Para-medikal Personel Odası ve Slovak Üniversite Mezunu Sağlık Çalışanları Odası izlemiştir. İlgili odaların üyelikleri bütün hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar ve dişçiler için mecburidir. Odalar üyelerinin mesleki standartları taşıdıklarını garanti etmekle sorumludurlar. Hem devlet hem de özel sağlık hizmetleri tesislerinin, gelişen zorunlu yasal düzenlemelerin ve performans ilişkili ödeme planlarının denetimi ve kontrolünü gerçekleştirirler. Odalar aynı zamanda sağlık hizmeti görevlerine atama sürecine (seçim prosedürü açısından) ve üyelerinin devam eden eğitimi sürecine katılırlar (11/20,21).

II.3.7. Gönüllü Örgütler

Slovak Kızılağaç'ı insanların ilk yardım yapma konusunda eğitir. Kan bağışlarını toplar, toplumun sağlık eğitimini ve insani faaliyetleri yürütür (11/21).

II.3.8. Halk Sağlığı Hizmetleri

2004'e kadar Sağlık Bakanlığı, şef hijyenist aracılığıyla, bütün sağlığı koruma faaliyetlerini eşgüdümlüyordu. Bakanlık, biyolojik tanısız preparatlar ve laboratuvar testleri ve dezenfeksiyon maddelerinin üretimi, ithalatı ve kullanımına izin verilmesi konularıyla uğraşıyordu. Bazı görevler, genellikle Devlet Sağlık Kurumlarının yöneticileri olan, yerel ve bölgesel hijyenistlere devredildi. Bunlar sağlığı koruma ve sağlığın geliştirilmesi programlarının uygulanmasını eşgüdümlediler, devlet denetimini gerçekleştirdiler ve sağlığın korunması düzenlemelerinin zorunlu hale getirilmesi için, düzenlemelerin takip edilememesi durumunda ceza uygulanması gibi yetkilerle donatıldılar. 1998'de 288, 2002'de 300 tane tam zamanlı hekim destekli kamu sağlık kurumu vardı.

Sağlığın Korunması İle İlgili Kanun'da 2003'te yapılan değişiklik, kamu sağlık kurumlarını halk sağlığı bürolarına dönüştürdü ve eski yerel ve bölgesel hijyenistlerin yetkilerini bu örgütlere aktardı. Sonuç olarak Ocak 2004'ten beri halk sağlığının bütün ana faaliyetleri, 36 bölgesel büro açını yöneten, Slovak Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bürosu tarafından yürütülmektedir.

Bağışıklama hizmetleri, birincil sağlık hizmeti çocuk doktorları tarafından halk sağlığı büroları ile yakın işbirliği içinde, Ulusal Bağışıklama Programı'na uygun olarak yürütülmektedir. Devlet bu bürolara aşıları ücretsiz olarak sağlar. Halk sağlığı hizmetlerinin Sovyet dönemi altyapısı, sağlık sektörü reformları boyunca korunmuştur.

İleride, halk sağlığı büroları ve birincil sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki işbirliğini geliştirmeye daha fazla önem verilmesi düşünülmektedir. Halk sağlığına ayrılmış olan sınırlı finansal kaynağa rağmen, son yıllarda birçok başarı elde edilmiştir. Bu başarılar kısmen Dünya Sağlık Örgütü ve diğer halk sağlığı otoriteleri tarafından sağlanan teknik bilginin akıllıca kullanılmasına bağlı olarak gerçekleştirilmiştir.

Slovakya sağlık sisteminde çeşitli değişikliklere rağmen bağışıklama oranı düzeyi korundu. 2002'de bebek bağışıklama oranı poliomiyelite karşı %98'e, difteri, boğmaca, tetanos ve hepatit B'ye karşı %99'a, hemofilis influenzae ya karşı %92'ye ve kabakulak ve kızamıkçığa karşı %99'a ulaştı. Kızamığa karşı çocuk bağışıklama oranı 2002'de neredeyse %99'du. Slovakya aynı zamanda bir ulusal AIDS'ten korunma programına sahiptir (4/9).

II.3.9. Birincil Ve İkincil Ayakta Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri, ev ziyaretlerini ve hem koruyucu hem de tedavi edici bütün ilk temas ayakta sağlık hizmetlerini içermektedir. Dâhiliye uzmanı, çocuk doktoru, jinekolog-doğum uzmanı ve diş hekiminden oluşan dört tip ilk müdahale birimi sosyalist sağlık sisteminden bu zamana kadar korunmuştur. 1990'lardaki sağlık hizmeti reformlarını takiben, birincil sağlık hizmetleri halk sağlığı hizmetlerinden ayrılmıştır. Birincil sağlık hizmeti hekimleri temel muayeneleri, teşhisleri ve müdahaleleri ve tedavi hizmetlerini yürütmektedir. Ayrıca bu hekimler, ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri için uzman hekimlere sevk yapan süzgeç görevini yaparlar. Bazı durumlardaki hastalar göz doktoruna, psikiyatri uzmanına, genetsiyene, cinsel yolla bulaşan hastalıklar uzmanına doğrudan başvurabilir. Aynı zamanda, bir uzman hekim kliniğine kayıtlı kronik hastalığı olan kişiler, uygun uzman hekime doğrudan ulaşabilir. Ancak, genellikle birincil sağlık hizmetlerini atlama yönünde bir eğilim vardır.

Hemen hemen bütün birincil sağlık hizmeti sunucuları ve ikincil sağlık hizmeti sunucularının büyük bir bölümü, yalnız ve özel olarak faaliyet gösterir. Hekimler, özel faaliyete bulunmak için bölgesel devlet hekiminden lisans almak ve bir sağlık sigortası kuruluşu ile sözleşme imzalamak zorundadır (5/26).

Slovakya'nın yerleşik halkı birincil sağlık hizmeti hekimlerini altı ayda bir değiştirme hakkına sahiptir. Birincil sağlık hizmetleri hekiminin seçimi esas olarak ikamet edenin yeri ve çalışanın yeriyle ilişkilidir. Birincil sağlık hizmetlerini içeren, ayakta sağlık hizmeti tesislerinin coğrafi dağılımı eşit değildir. 1994'te küçük kasabalarda 10.000 nüfusa 8,6 ayakta sağlık hizmeti hekimi düşmesine karşılık, şehirlerde 10.000 nüfus başına 25 hekim düşmektedir. Ancak, kırsal ve kentsel bölgeler arasında bakımın ulaşılabilirliği ve kalitesi arasında bazı farklar olabilmektedir.

1998'de 6.341, 2002'de 6.452 olmasına karşı 1990'da 6.257 birincil sağlık hizmeti doktoru vardı. Özel çalışan birincil sağlık hizmeti hekimleri 2000'de %90'dan 2002'de %94'e yükselmiştir.

Birincil sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel doktorlara devlet adına çalışırken kullandıkları aynı oda ve donatımları (sağlık merkezleri ya da polikliniklerdeki) kiralamalarına izin verilmesi ile büyük ölçüde kolaylaştı. Özel birincil sağlık hizmeti hekimlerine sağlık sigorta kuruluşları ile yaptıkları sözleşme ile doğrudan ödeme yapılır. Bu geri ödeme onların esas gelir kaynağıdır. Gelirleri ise en az bir hemşire çalıştırır, muayenehane kiralar ve diğer giderleri öderler. Özelleştirmenin başlangıcında özel hekimlerin gelirleri devlet tarafından çalıştırılanlardan iki ya da üç kat daha fazlaydı, fakat son yıllarda farkın daha az olduğu görülmektedir.

Evde hemşirelik bakımı birimleri fikrinin Slovakya'da birincil sağlık hizmetleri sunumunu desteklemek amacıyla 1996'da ilk pilot uygulaması yapıldı. O zamandan beri ajansların sayıları sürekli olarak artmıştır. 1998'de %67'si özel olan, 79 tane ajans vardı. 2001'de 110, 2002'de 155 ve 2003'te 173 adet evde bakım ajansı vardı. Ancak bunlar hâlâ yasama ve finansman konularına bağlı bazı zorluklar ile karşı karşıyadırlar.

İkincil ayakta sağlık hizmetinde çalışan 1998'de 3.903, 2002'de 4.389 uzman hekim vardı. Bunların, %45'i sağlık tesislerinde çalışan ve ulusal ödeme ölçeğine göre maaş alan uzman hekim iken, yaklaşık olarak %55'i sağlık sigorta kuruluşları ile sözleşmelere dayalı olarak özel kâr amaçlı esaslarla faaliyet gösteren hekimlerdi. Hastahanelerde maaşlı olarak çalışan uzman hekimlere, çalışma saatleri dışında özel faaliyetlerde bulunmalarına izin verilir. 1990'da 52 olan poliklinik sayısı 1998'de 77'ye yükseldi. 2002'de 66 poliklinik ve 43 özel ayakta sağlık hizmeti kuruluşu vardı. Bunlar özel yatırımcılar tarafından kurulan yeni sağlık merkezleri ya da poliklinikleridir.

Genel olarak birincil ve ikincil ayakta sağlık hizmeti sağlayıcılarının özelleştirilmesinin hastalar üzerinde olumsuz bir etki yapmadığı kabul edilmektedir (11/63–68).

II.3.10. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

2002'de Slovakya'da 41.365 yatağa sahip 137 yataklı tedavi hizmeti veren tesis vardı. 1.000 nüfus başına düşen 7,6 yataktan 6,7'sinde akut sağlık hizmeti sağlanıyordu. 1995 yılında 1.000 kişi başına 7,5 olan akut hastahane yatağı sayısı, 2002'de 6,7'ye azaltılmasına rağmen, Slovakya hâlâ Avrupa Birliği'nin (AB) 25 ülkesine kıyasla en yüksek akut yatak sayısına sahipti (11/68).

Hastahaneler Sovyet döneminin üçlü hiyerarşik yapısına göre sınıflandırılmıştır:

- Tip I hastahaneleri bölgeseldir ve tıbbın dört temel uzmanlık alanını içerir.
- Tip II hastahaneler mahalli düzeyde kurulur ve bölümleri oldukça ihtisaslaşmıştır.
- Tip III hastahaneler yüksek düzeyde ihtisaslaşmış sağlık hizmeti sunan tesisleri içermekte olup, tıp okullarıyla birlik oluşturan kuruluşlardır (5/127).

2004'te 25 tane Tip I, 37 tane Tip II ve 10 tane Tip III hastahane vardı. Eğitim hastahanelerinin sayısı 13 tanedir. Bu hastahaneler en pahalı sağlık hizmetini sağlarlar. Uzmanlaşmış hastahaneler sistemde önemli bir rol oynamaktadır. 1990'da 4.607 olan hastahanelerdeki hekim sayısı, 1998'de %24'lük artışla 5.697'ye yükselirken, 1998 ile 2002 arasında %3,5 oranında azalmıştır.

2002'de kabul edilen bir mastır planla, hem yataklı hem de ayakta sağlık hizmeti sağlayıcıları yapısındaki uyarlamalar için temel sağladı. Akut yatakların toplam sayısı azaldı, 6.000 tanesi kapatıldı ya da kronik bakım yatağına dönüştürüldü. Bundan başka, üç akut bakım hastahanesi kapatıldı ve diğer birkaç tanesi neredeyse sadece kronik bakım (uzun dönemli bakım) tesisine dönüştürüldü. Bazı hastahaneler birleştirildi ve kullanılmayan binalar satıldı. Akut bakım hastahanelerindeki yataklı tedavi hizmetlerinde çalıştırılan hemşire sayısı 1998'deki çalışan sayısının %9'u oranında (1.800 kişi) azaltıldı. Bu azaltma süreci 2003 süresince hızla devam etti.

2004 başında, mevcut hastahane sınıflandırılması, genel ve uzmanlaşmış hastahaneler olarak basitleştirildi (11/69,70).

Yataklı tedavi hizmetleri, yetersiz finansmandan ve yataklı tedavi tesisleri arasındaki uygun olmayan yapıdan kaynaklanan birçok sorunla karşılaşmaktadır. Sağlık sigorta kuruluşları tarafından yapılan geri ödemelerin şekli birkaç kez değiştirildi ve geri ödeme mekanizması, maliyetler esas alınarak hazırlanan tahmini bütçeye dayalı olarak, belirli düzeydeki harcamaları kapsayacak şekilde oluşturuldu (5/127).

Halen, hastahaneler borç içindedirler ve donatımları, çok düşük ya da sıfır sermaye yatırımdan dolayı çoğunlukla eskimiş durumdadır. Bazen hastahaneler uygun hizmeti sağlamak için yeterli ilaç ve tıbbi cihazı satın almakta zorluk çekmektedir. Son yıllardaki reformların yataklı tedavi hizmetlerindeki fazlalıkların bazılarını elemesine ve sağlık hizmeti sunumundaki verimliliği oldukça artırmasına rağmen, yataklı tedavi hizmetleri hâlâ yetersiz finansman, kaynakların verimsiz kullanımı ve yığılan borçların sebep olduğu birçok sorun yaşamaktadır. Mevcut sağlık hizmeti sunumu reformları bu konuda, hastahane hizmetlerinin alternatiflerinin geniş şekilde kullanımının desteklenmesi (örneğin günlük bakım, seyyar cerrahi, evde bakım hizmetleri, v.b.) çözümüne odaklanmaktadır (11/74,75).

II.3.11 Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler, uzun dönemli yataklı tedavi hizmetini, günlük bakım merkezlerini ve yaşlılık, kronik hastalıklar ve ruhsal hastalık, zihinsel ve fiziksel yetersizlik gibi hastalığı olan diğer gruplar için sosyal hizmetleri içermektedir. 1994'te Sağlık Bakanlığı bebekler için 8 tesisi ve 12 çocuk evini işletmekteydi. Bu tesisler daha sonra Çalışma, Sosyal Yardım Ve Aile Bakanlığı'na devredildi.

Birçok sosyal hizmet kuruluşu belediyelere devredildi ve sahipliği özel ve kamunun karışımı şeklinde düzenlendi. Sosyal hizmetler evde hemşire bakımı için oluşturulan merkezlerle birlikte geliştirildi. Yaşlılar ve sakatlar için sosyal ve evde bakım hizmetleri kanunlarla desteklendi (5/127).

II.3.12 İlaç Hizmetleri

1995'ten bu yana sağlık sigorta kuruluşları, Slovakya sağlık sistemine kayıtlı tüm ilaçları otomatik olarak tam geri ödenmesini yürütmemiştir. Bunun yerine, ilaçlar üç kategoride sınıflandırılmıştır; tam olarak geri ödenen gerekli ilaçlar, kısmen geri ödenen ilaçlar ve olumsuz/ negatif listede olan ilaçlar.

1991'den beri ilaçlara yapılan harcamalar, son yıllarda büyümenin yavaşlamasına rağmen, hızla arttı. 2002'de Slovakya toplam sağlık bütçesinin %34'ünü (bütün AB ülkelerindeki en yüksek pay olan) seyyar sağlık hizmetlerindeki ilaçlara harcadı. İlaç harcamalarının beşte dördü sosyal sağlık sigorta kuruluşları ve beşte birinden azı ev halkı tarafından ödendi.

Harcamaların daha iyi kontrolü için, 2003'te ilaçlar ve tıbbi yardımlar için sabit katkı payları ve harcama üst sınırları belirlenmiştir. 2004'ten beri Sağlık Bakanlığı'nın ilaçların sınıflandırılmasındaki sorumluluğu, daha önceden Finans Bakanlığı'nın görevi olan ilaç ve tıbbi cihazların maksimum fiyatlarının belirlenmesi görevleri ile birleştirilmiştir (10/5,6).

II.4. Sağlık Eğitimi Ve İnsangücü

2002'de bütün çalışanların %6'sı, üçte ikisi kamu tesislerinde ve üçte biri özel sektörde olmak üzere, sağlık sektöründe çalışıyordu. Aynı yıl içinde faal hekim yoğunluğu (1.000 kişi başına 3,2) AB'ye yeni üye olan ülkelerin ortalamasının (1.000 kişi başına 2,7) üzerinde fakat AB ortalamasının (1.000 kişi başına 3,4) altındaydı. Karşılaştırmalı olarak, hemşire sayısı (1.000 kişi başına 7,1) AB'ye yeni üye olan ülkeler ortalamasının (1.000 kişi başına 8,1), aynı zamanda AB ülkeleri ortalamasının (1.000 kişi başına 7,7-2001 verilerine göre) altındaydı. Hekim sayısı 1990'lar boyunca biraz arttı fakat hemşire sayısı sabit kaldı. 2001 ile 2002 arasında hemşire sayısı, sağlık hizmetleri tesislerinin yerleştirilmesi / desantralizasyonu ve yurt dışına göç sebebiyle, 39.973'ten 38.066'ya düştü (10/5,6).

Hekimlerin lisans eğitimi Bratislava, Kosice ve Martin şehirlerindeki üç tıp fakültesinde sağlanmaktadır. Bağımsız kuruluşların üniversitelere bağlanmasıyla beraber, bu kuruluşlar tıp fakültelerine sağlık sektörünün ihtiyaçlarına göre öğrenci kabul edilmesini eşgüdümlediler. 1997'de tıp öğrencilerinin sayısının sürekli azaldığı, üç tıp fakültesine 3.785 kişinin başvurduğu (1994'te 4.304 idi) görülmüştür.

1991'e kadar dört farklı alanda tıp mezunu vardı; genel hekimler, diş hekimleri, pediatri ve hijyen uzmanları. Genel tıpta bir tek tıp derecesi vardı ve gözden geçirilen lisans tıp müfredatına eşlik eden bir tek diş hekimliği derecesi vardı. Ancak, aile doktorluğu kavramı, birincil sağlık hizmetleri hekimlerinin eğitimine uygulanmamıştı. 2002 yılında 487 öğrenci genel tıptan ve 47 öğrenci diş hekimliğinden mezun oldu (11/79).

2000'den bu yana hemşirelerin ve ebelerin birincil eğitimleri yalnızca üniversitelerde verilmektedir. Sağlık hizmetleri profesyonellerinin mezuniyet sonrası eğitimi, akredite olmuş üniversiteler tarafından sağlanmaktadır (10/6).

II.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları

II.5.1. Ana sistem: Sosyal Sağlık Sigortası

Bütün vatandaşlar ve ekonomik olarak faal olan göçmenler, 2002'deki toplam sağlık harcamalarının %86'sını gerçekleştiren, %49'unu işçi ve işverenlerden ve %37'sini vergi aktarımlarından sağlayan, zorunlu sağlık sigortasından yararlanabilmektedirler.

2003 yılında engellileri çalıştıran işverenler yalnızca %2,6'lık bir katkıda bulunurken, işçiler brüt kazançlarının %4'ünü, işverenler ise %10'unu ödemişlerdir. Kişisel gelirler üzerinden katılım paylarının ödendiği bir üst sınır vardır. Bu 2003 yılında aylık 32.000 Slovak Kronu olarak belirlenmiştir (778 Euro'ya eşittir). Serbest çalışanlar tahakkuk eden gelirlerinin %14'ünü öderler. Ulusal hükümet aile fertlerinin (bağımlıların), emeklilerin ve ekonomik olarak faal olmayan diğer bireylerin adına asgari ücretin %14'ünden daha az bir katkı sağlamaktadır. Ulusal hükümet, 2002'de nüfusun %78'ini kapsayan iki en büyük sağlık sigorta kuruluşunun faaliyetlerini ve borçlarının ödenmesini garanti etmiştir. Bu iki kuruluş da yıllık bütçelerini onay için Parlamento'ya sunmak zorundadır. Katkı oranları tekdüzedir ve yasa tarafından belirlenmiştir.

1995'ten sonra, her bir sağlık sigorta kuruluşu, gelirlerinin yasa ile belirlenen payını özel zorunlu bir hesaba aktarmak zorundadır. Bu hesap, sigortalı üyelerin gelirini yaş ve cinsiyetle ilgili risk farklılıklarını dengelemek için, yeniden dağıtılmaktadır. Ekim 2002'den bu yana bu pay %85 olarak belirlenmiştir.

2005'ten sonra, kâr amaçsız ilkelere göre faaliyet gösteren sağlık sigortası kuruluşları kademeli olarak kâr amaçlı anonim şirketlere dönüştürüleceklerdir (10/3,4).

Serbest piyasa ekonomisinin ilkelerinin yerine getirilmesi ve fırsat eşitliği açısından, sağlık sigorta kuruluşlarının kamu kuruluşlarından ortak sermayeli şirketlere dönüştürülmesinin birkaç üstün yanı olduğu belirtilmektedir:

□ Ortak sermayeli sigorta şirketlerinin yasal düzenlemesi daha fazla ayrıntılıdır, kamu ve kâr amaçsız kuruluşların yasalarından daha katı bir niteliktedir. Ortak sermayeli sigorta şirketlerinin yasal düzenlemesi, kamu kuruluşları yasalarında olmayan çeşitli koşulları da içermektedir. Kamu örgütlerinin yasal düzenlemeleri genellikle ihmal edilirken, Ticaret Kanunu ve ortak sermayeli şirketlerinin statüsü her yıl değiştirilmekte ve yeniden belirlenebilmektedir.

● Kamu örgütlerinin faaliyetleri bütçe kısıtlamaları altındadır. Sağlık hizmeti reformundan önce, sağlık sigorta kuruluşlarının devlet garantisinde olmasının bazı üstünlükleri vardı, bu kuruluşlar bütçe kısıtlamaları gibi görünen ortamlarda da faaliyet göstermekteydi.

□ Kamu kuruluşlarının gerçek bir sorumluluğu yoktur. Kamu kuruluşu olan sağlık sigortası kuruluşları, yönetim kurulu raporlarını, bu kuruluşların gerçek bir sahibi de olmadığından, kendi yöneticilerine sunmaktadırlar. Bu, ortak yönetimin ilkelerinin tersine bir uygulamayı göstermektedir (9/81,82).

II.5.2. Sağlık Sigorta Hizmetinin Kapsamı Ve Dağıtım Oranları

Sağlık sigortası hizmetlerinin kapsamı yasalarla belirlenmiştir ve çok geniştir. Sağlık sigortası kuruluşları, tedavi edici, hafifletici, koruyucu ve kaplıca tedavilerini de içeren rehabilitasyon hizmetleri için ücretleri ve sağlık hizmetlerini kapsayan yasal bir listesi kapsamında çalışırlar.

2004 reform paketi, zorunlu sağlık sigortası tarafından tamamen geri ödenen hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nca tanımlanan öncelikli hastalıklarla sınırlandırılacağını belirlemiştir. Diğer birkaç durum da, öncelikli olmayan durumları sınıflandıran ve istenen katkı paylarının düzeyini belirleyen Sağlık Bakanlığı Sınıflandırma Komitesi'nin kararlarını temel alarak tamamen kapsamakta ve bu hizmetler için geri ödeme yapmaktadır (10/4).

2001 yılında, sağlık sigortası kuruluşlarının harcamalarının, bütün sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %60'ını oluşturduğu hesaplanmıştır. Bu sigorta kuruluşları, sadece Tedavi İle İlgili Kanun'da yer alan sağlık hizmet ve ürünleri için ödeme yapmıştır. Hem kamu hem de özel sağlık hizmeti sunucuları, sağlık sigortası kuruluşlarından aldıkları ödemelerde eşit haklara sahiptirler. Sağlık sigorta kuruluşları ile özel sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişki sözleşmeye dayanmaktaydı (7/207).

II.5.3. Finansmanın Tamamlayıcı Kaynakları

2002 yılında, vergilerin toplam harcamaların %3'ünü oluşturduğu hesaplanmıştır (sağlık sigortası kuruluşlarına yapılan aktarımlar hariç). Çoğunlukla ulusal bütçeden karşılanan, devletin yaptığı sağlık harcamalarının çoğu sermaye yatırımlarını, devlet mülkiyetindeki tesislerin tüm faaliyetlerini ve bazı koruyucu sağlık programlarını içerir.

Neredeyse tamamen hane halkı tarafından, kapsanmayan hizmetler ve ürünler için doğrudan ödeme ve katılım paylarını içeren, yasal doğrudan ödemeler yoluyla katkı sunulan öze kaynaklar 2002'de toplam sağlık harcamalarının %11'i olarak hesaplanmıştır. Katılım payları, bütün hizmet ve ürünler için uygulanmaya başlandığı Haziran 2003'e kadar çok az hizmete uygulanmıştır (örneğin her poliklinik ziyareti için 20 SKK, her reçete ve hastahanedeki yatılan her gün için 50 SKK). Maddi sıkıntıda olan insanlar, 6 yaş altı çocuklar, kan bağışında bulunan kişiler, ruhsal sorunu olan hastalar ve uzun dönemli bir hastalık geçiren hastalar, katılım payı ödemesinden muaf tutulmuşlardır.

Sağlık hizmetlerine yapılan yasal olmayan doğrudan kişisel ödemeler tamamen fazladır, fakat kesin verilere ulaşamamaktadır ve ulusal sağlık hesaplarında hesaba dâhil edilmemişlerdir.

Gönüllü sağlık sigortası seyahat sigortasıyla sınırlandırılmıştır. 2004 reformuna göre, artması beklenen katkı payları ve kapsam dışı hizmetler genişletilecektir. Gönüllü sigorta planları, yeni kurulan kâr amaçlı sağlık sigortası kuruluşları tarafından sağlanacağı gibi kurulu olan sağlık sigortası kuruluşlarıncada sunulabilecektir (10/4).

II.5.4. Sağlık Hizmeti Harcamaları

Slovakya 2002 yılında sağlık hizmeti için toplam 62,4 milyar Slovak Kronu harcamıştır. Satın alma gücü paritesine göre kişi başına ülke 698 ABD Doları harcamıştır. Bu rakam AB'ye yeni üye ülkelerin ortalaması olan kişi başına 756 ABD Dolarının altındadır. Sağlık hizmetleri aynı zamanda AB ortalamasından (satın alma gücü paritesine göre 2128 ABD Doları) daha ucuzdur.

2002 yılında Slovakya GSYİH'nın %5,7'sini sağlık hizmetleri için harcamıştır, bu oran AB ülkelerinin (%9) ve AB'ye yeni üye olan ülkelerin ortalamasının (%6,5) altındadır.

Slovakya 1997'den bu yana sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı yükselmeyen çok az ülkeden biridir. Sağlık harcamalarını ve sağlık sigortası katılımlarını içeren politikaları takiben bu oran yavaşça düşmüştür. 2002 yılında, kamu harcamalarının payı, toplam harcamalarının %89'unu oluşturarak, diğer çoğu AB ülkesinden daha üst sıralara yerleşmiştir. 2002'deki toplam sağlık harcamalarındaki kamu harcamalarının %89'luk payı çoğu AB ülkesindekinden daha fazladır.

Ulusal hesaplar, ne sağlık sigortası kuruluşlarının yıllık zararlarını (1995'ten bu yana yıllık gelirin ortalama %10'u), ne de birikmiş borçlarını tam olarak yansıtmaktadır. Bu borçlar, hükümet tarafından kısmen ödenmesine rağmen, toplam sağlık hizmeti borçları 2003'ün sonunda 33 milyar SKK'na ulaşmıştır (16 milyar SKK iç borçlar için, 17 milyar SKK dış borçlar için) (10/4).

Sağlık sigortası kuruluşlarının toplam harcamaları 1995-2001 yılları arasında hemen hemen %50 oranında artmıştır. Ancak, sağlık harcamalarının bileşimi gerçekte sabit kalmıştır. Dönem boyunca harcamalarının iki büyük kalemi reçeteli ilaçlar ve yataklı tedavi hizmetleridir. Bu ikisinin toplam sağlık harcamalarındaki oranı %60'ın üzerinde olduğu hesaplanmıştır. Birincil sağlık hizmetleri harcamaları oldukça yavaş artmıştır, 1995'te toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %11,9'dur ve izleyen iki yıl boyunca %13 oranında yükselmiştir. 1997'den sonra, birincil sağlık hizmeti harcamaları düşmeye başladı ve 2001 yılında %10,8 oldu. İkincil sağlık hizmeti harcamaları, 1997'de %6,6'dan 2001 yılında %7,8'e yükselmiştir.

İlaçlar için yapılan harcamalar önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. 1995'te %27,9'luk payı 2001 yılında %33,2'ye yükselmiştir. 2005 yılında, ilaçlar için yapılan harcamalar, yataklı sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, toplam sağlık harcamalarının üçte birini oluşturmaktaydı. Bu artış, ilaç pazarındaki fiyat artışı nedeniyle oluşmuştur. Bundan başka, çok uluslu şirketlerin daha pahalı olan ürünleri ve eczahanelerin özelleştirilmesi de ilaç harcamalarının yükselmesine sebep olmuştur.

Sağlık sektörünün önemli bir bölümünün özelleştirilmesine geçiş dönemi sırasında, sağlık sigortası kuruluşlarının harcamalarını açık bir şekilde yansıtan temel bir değişiklik meydana gelmiştir. 2001 yılında, birincil ayakta sağlık hizmeti harcamalarının %94,6'sı özel sektör tarafından yönetilmiştir. Tüm ilaç harcamalarının %95'i, reçeteli ilaçları temel alan özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından gerçekleştirilmiştir (7/207-209).

1997'den 2002'ye kadar toplam harcamalardan birincil sağlık hizmetleri (%10) ve seyyar ikincil sağlık hizmetlerine (%5) harcanan paylar azalırken, ilaçlara (2002'de %34) ve hastahane hizmetlerine (%40) harcanan pay artmıştır (10/4).

Tablo 1: Finansman kaynakları (% olarak), 1996–2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Kamu kaynakları	94.3	92.8	92.0	89.6	89.4	89.3	89.1
– Vergiler	34.0	31.3	24.5	5.2	5.0	4.4	3.9
– Zorunlu Sağlık Sigortası	60.3	61.4	67.5	84.5	84.4	84.9	85.9
Özel kaynaklar							
– Doğrudan ödemeler	5.7	7.2	8.0	10.4	10.6	10.7	10.9

Kaynak: (11) WHO (2004) Health Care Systems in Transition- Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe, s.35

II.6. Sağlık Sistemi Reformları

II.6.1. Reformlar

Sağlık sistemi reformu halkın sağlık sisteminden beklentilerini ve kendi sağlıkları hakkındaki sorumluluklarını güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Reform, kamu finansmanı açısından, tam kapsanan, kısmen kapsanan ve hiç kapsamayan sağlık hizmetlerini içeren, üç kategorili bir sağlık sisteminden oluşmaktadır.

Reform şu varsayımlara dayanmaktadır:

□ Ahlaki tehlike. Ücretsiz sağlık hizmeti vatandaşların kendi sağlıkları için harcama yapmaktan vazgeçmelerine neden olmaktadır. Bir sağlık sistemi, nüfusun sağlık durumunu sadece dörtte bir oranında etkilemektedir. Sağlık durumunu etkileyen diğer faktörler yaşam tarzı, biyolojik etmenler (genetik) ve çevredir. Hastalar kendi sağlıklarına kendileri dikkat etmelidirler.

□ Sağlık hizmetlerinin mevcut kapsamı güçlendirilebilir nitelikte değildir. Sistemde belirgin bir finansal dengesizlik vardır (hem arz hem de talepte mevcut kaynaklardan daha fazladır). Bu durumun sonuçları, borçların birikmesi, kaliteden uzaklaşması ve bozulmanın büyümesidir.

□ Bütçe kısıtlılıkları sisteme hâkim hale gelmektedir. Devlet sağlık sigortası kuruluşlarının ve kamu sağlık hizmeti sunucularının borç ödeme yeterliliklerini garanti etmektedir. Bu durum verimsizliğe neden olmaktadır. Sağlık personelinin ihtiyaç fazlası istihdamı vardır. Sistem rekabetten yoksundur ve özel sektör aleyhine ayırım yapılmaktadır.

□ Bütün sistem hekimler tarafından yönetilmektedir. Stratejik yönetim, değişim yönetimi, finansal ve ekonomik planlama ve sağlık teknolojisinin yönetimi gibi temel yönetim araçlarından çok az yararlanılmaktadır.

□ Sistemde, yapılmak istenenlerle uygulanmakta olanlar arasında fark oluşmasına neden olan, mantıksal hatalar mevcuttur. Örneğin, bir hekim sağlık hizmeti sunmakla sorumludur, bir vatandaş ise ücretsiz sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu duruma göre sigorta kuruluşu ödeme yapmak zorunda değildir.

□ Sistem, hastalıkların değişen yapılarına cevap vermekte yetersizdir.

Reformun amaçları şunlardır:

□ Toplumun sağlık durumunu geliştirmek için teşvik mekanizmalarını destekleyen bir çevre oluşturmak, tedavi güvenliğini ve hasta güvenliğini yükseltmek.

- Devletin sağlık hizmeti üreticisi, sağlık hizmeti ağı yöneticisi, finansal kaynakların dağıtıcısı olarak üstlendiği pozisyon, düzenleyici bir pozisyon haline gelecektir.
- Bir hasta, kendi sağlık durumu için daha fazla sorumluluk alacaktır.
- Sağlık hizmeti sunucusu, sağlık hizmetinin doğru sunumu ve kaliteli olması için, daha fazla sorumluluk alacaktır.
- Sağlık sigorta kuruluşları, sistemin içindeki hastaların yönetimi ve satın alınan sağlık hizmeti için borçların ödenmesi konularında daha fazla sorumluluk alacaktır.

□ Sağlık sisteminin dengeli bir şekilde finansmanını sürdürmek.

□ Vatandaşların ihtiyaçlarına, değişen seviye, hastalık yapılarındaki ve teknolojideki değişimlere cevap verir şekilde sağlık sisteminin esnekliğini yükseltmek.

□ Sağlık hizmetinin yüksek harcamalarından kişileri korumak.

Reform, stabilizasyon ölçülerinden ve sistem ile ilgili ölçülerden oluşmaktadır:

□ Stabilizasyon ölçülerinin amacı, biriken borçları durdurmak, sağlık hizmetlerinin ve ilaçların aşırı tüketimini sınırlamaktır.

□ Sistem ile ilgili ölçülerin amacı, adil ve finansal olarak güçlendirilebilir olan, yeni bir sağlık hizmeti sunumu sistemi oluşturmaktır (14/408-410).

II.6.1.1. Önceki Reformlar

Ayakta tedavi hizmetleri 1996'dan sonra özelleştirildi. 2002 itibarıyla hemen hemen bütün eczahaneler, birincil sağlık hizmeti sunucularının %93'ü, ihtisaslaşmış ayakta tedavi hizmeti tesislerinin %49'u sağlık sigortası kuruluşları ile yaptıkları sözleşmelere dayalı olarak özel sunucular tarafından yürütülmektedir. 2002'ye kadar Sağlık Bakanlığı neredeyse bütün yataklı tedavi tesislerinin mülkiyetine sahipti ve işletmekteydi. Bu tarihten sonra, birçok ikincil sağlık hizmeti hastahaneleri kâr amaçsız kamu hizmeti sunan kuruluşlara dönüştürüldü ya da belediyelere veya bölgelere devredildi ve bazı ayakta tedavi klinikleri özel sağlık sunucularına satıldı.

Ekim 2002'den sonra yeniden seçilen koalisyon hükümeti, kişisel sunucu düzeyinde ilaçlar ve tıbbi cihazlar için yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış reçete limitlerini içeren stabilizasyon ölçülerini uygulamaya koydu. Tüm sağlık sigortası kuruluşları kişisel sunucularla bu ölçüleri müzakere etmek, yapılan sözleşmeye göre bu ölçülerin uygulanmasını ve denetlenmesini yapmak zorundaydı. Stabilizasyon ölçüleri aynı zamanda katılım paylarını da içermektedir.

Maddi ihtiyaç içinde olanlar, altı yaş altındaki çocuklar, kan donörleri, psikiyatrik hastalar ve kronik hastalığı olan hastalar katkı payı ödemekten muaftılar. Parlamento üyelerinin itirazlarını takiben Anayasa Mahkemesi Mayıs 2004'te, ödemelerin kapsamının dar olmasını ve muhtaç grupların muaf tutulmasını dikkate alarak, 2003'te uygulamaya başlanan katılım paylarının insanların anayasal sağlık hizmeti hakkını sınırlamadığı kararını verdi (6/7,8).

II.6.1.2. Son Yapılan Reformlar

21 Ekim 2004'te altı adet sağlık reformu kanun tasarısı paketi parlamentoda onaylandı. Reformlar geniş kapsamlıydı ve sorumlulukları açık hale getirmek için, hemen hemen bütün yetkileri ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkileri yeniden tanımlamaktaydı.

Bazı ana ölçüler, bütün kuruluşların yıllık ciroları üzerinden bağımsız finansal denetlenmesini, hemşire ve ebelerin bağımsız sağlık sunucuları olarak çalışmalarına izin verilmesini, koruma programlarının geliştirilmesini içermektedir. Zorunlu sağlık sigorta kuruluşları tarafından tam olarak geri ödenmekte olan hizmetlerin kapsamı, Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan öncelikli hastanelarla sınırlandırıldı. Diğer birkaç durum da, öncelikli olmayan durumları sınıflandıran ve istenen katılım paylarının düzeyini belirleyen Sağlık Bakanlığı Sınıflandırma Komitesi'nin kararlarını temel alarak tamamen geri ödenebilmektedir. Gönüllü sağlık sigortasına başlanmasının amacı zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetler için ödenen katılım paylarına kaynak sağlamaktır. Gönüllü sağlık sigortası, yeni kurulan kâr amaçlı sağlık sigortası kuruluşlarınca sunulabileceği gibi, zaten kurulu olan sağlık sigorta kuruluşları tarafından da sunulabilecektir. Kâr amaçsız olarak faaliyet gösteren sağlık sigorta kuruluşları ve devlete ait sağlık kuruluşları, kâr amaçlı ortak sermayeli şirketlere dönüştürülecektir.

Bazı reform ölçüleri üzerinde geniş fikir birliğine varılmasına rağmen parlamento üyeleri sağlık sektörü ve halk, temel hizmet paketinin yeniden tanımlanması ve sağlık sigorta kuruluşlarının kâr amaçlı ortak sermayeli şirketlere dönüştürülmesi fikrine karşı çıkmışlardır (6/8).

II.7. Toplumun Sistemi Değerlendirmesi

Reformla ilgili yasanın geçmesinden önce (Ağustos 2004) Polis Ajansı tarafından yürütülen kamuoyu araştırması:

“Sağlık Bakanı Zajac tarafından önerilen sağlık sistemi reformunu olumlu buluyor musunuz?”

Katılanlar	%24,6
Katılmayanlar	%57,8
Fikri olmayanlar	%17,6

Reformla ilgili yasanın geçmesinden hemen önce (Eylül 2004) MVK Ajansı tarafından yürütülen kamuoyu araştırması:

“Sağlık Bakanı Zajac tarafından önerilen sağlık sistemi reformunu olumlu buluyor musunuz?”

Katılanlar	%13,4
Katılmayanlar	%69,6
Yargı belirtmeyenler	%17,0

Reformla ilgili yasanın geçmesinden bir yıl sonra (Aralık 2005) İVO Ajansı tarafından yürütülen kamuoyu araştırması:

“Sağlık hizmeti reformunu nasıl değerlendiriyorsunuz?”

Katılmıyorum, bu reformun temel değişikliklere gereksinimi vardır.	%74
Prensipte katılıyorum, fakat bu reform için ayarlamalar gereklidir.	%19
Cevap vermeyenler	%5
Bu reform iyidir, değiştirilmesine gerek yoktur.	%2

Slovakların dörtte üçü sağlık hizmeti reformunu reddetmiştir.

Sağlık hizmetleri reformunun gerçek bir problemi temsil ettiği gerçeğine, halkın desteği ile sağlık hizmeti sunucuları tarafından 10 Eylül 2005'te yapılan protestoda da işaret edilmiştir (bu protesto toplantısı, 1989'da rejimin çökmesinden beri sağlık hizmeti profesyonelleri tarafından düzenlenen en büyük gösteriydi).

Böyle bir durumun arkasındaki nedeni görmek zor değildir. Tam olarak insanlar şunları anlamışlardır:

- Birincisi, “Ne sunuluyor?”.
- İkincisi, “Yeni yasa uygulamaya geçtiği zaman, ne getirir?”.
- Üçüncüsü, “İnsanlar üzerinde ekonomik etkisi ne olur?”.
- Dördüncüsü ise “Günlük hayatta asıl durum nedir?” ve benzerleri.

Reformun sunum şekli ve gerçek durum arasında belirgin bir farklılık vardır. Şu anda insanlar bu durumu zaten bilmektedirler. Bu durumu, kamuoyu araştırmalarının sonucu açıklamaktadır. Yabancı gözlemciler çoğu kez “neyin sunulduğu” hakkında bilgi sahibidirler ancak bu gözlemciler “günlük hayatta asıl durumu ne olduğu” hakkında neredeyse hiç bilgi sahibi değildirler.

Slovakya'daki reformlar analiz edildiği zaman, tek bir parça olarak değerlendirilemez. Vergi reformu genel olarak uzmanlar tarafından başarılı olarak değerlendirildiği halde, sağlık hizmeti reformu için bu durumun tersi söz konusudur. Politikacılar da bu durumu kabul etmektedirler. Bu politikacılar sadece muhalefet partilerinden değildirler. Slovakya Cumhuriyeti Başkanı reform için olumsuz bir görüş belirtmiştir:

“Reformlar sadece reform yapmak için yapılamaz. Bu reformlar insanlar için yapılacaktır. Bundan dolayı reformlarda kamuoyu göz ardı edilemez” (1/2,3).

III. SLOVAKYA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 2: Slovakya Ve Türkiye Sağlık Verileri

GÖTERGELER	SLOVAKYA	YIL	TÜRKİYE	YIL
Nüfus	5.401.000	2005	73.193.000	2005
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı (yüzde)	6	2002	7	2002
Kişi Başına Sağlık Harcaması (Uluslararası Dolar)	723	2002	420	2002
10000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	73	2003	26	2003
10000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	32	2003	14	2002
10000 Kişiyeye Düşen Hemşire/Ebe Sayısı	70	2003	30	2002
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	74	2003	70	2003
Çocuk ölüm hızı (binde)	8	2003	39	2003
Anne ölüm hızı (binde)	10	2000	70	2000

Kaynak: (12) WHO (2006) World Health Statistics, s:1,2

Slovakya ve Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine uyum sağlamaya çalışan ölkelerdir.

Slovakya'da Sağlık Bakanlığı devletin sağlık politikasının en önemli yönlerini ve önceliklerini belirler. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularını, herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişimini garanti etmek için, düzenlemekten sorumludur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın görevi, ölkede sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmaktır.

Slovakya'da sağlık hizmetlerinin arz ve arzın finansmanı kamu-özel karışımı şeklindedir. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı büyük oranda kamu ağırlıklıdır, bunun yanında özel sağlık kuruluşları da büyümekte olan bir paya sahiptir.

Slovakya'da birincil sağlık hizmetleri özel hekimler tarafından ağırlıklı olarak sunulmaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda birincil sağlık hizmetleri sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi kurumlarda sunulmakta ve özel muayenehane ve teşhis birimleri önemli boyutta hizmet vermektedir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına geçilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Slovakya'da ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumu kamu ağırlıklıdır. Türkiye'de de benzer şekilde kamu ağırlıklı, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunumu mevcuttur. Ayrıca özel hastahane düzeyinde de sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Slovakya'da tüm halk sağlığı hizmetleri devletçe, bölgesel Halk Sağlığı Büroları aracılığıyla sağlanmaktadır. Türkiye'de de devlet, Sağlık Bakanlığı'nın halk sağlığı il şube müdürlükleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, dispensarileri ve ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri faaliyetlerini yürütmektedir.

Slovakya'da sağlık insangücü birincil sağlık hizmetlerinde ağırlıklı bir şekilde özel olarak, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde kamu görevlisi ağırlıklı olarak görev yapmaktadır. Türkiye'de ise sağlık insangücünün büyük bölümü kamu görevlisi olarak çalışmaktadır. Slovakya'da sağlık insangücü hem kamuda hem özel sektörde çalışabilmektedir. Türkiye'de ise sadece hekimler, hem kamuda hem de özel sektörde aynı zamanda çalışabilmektedir.

Slovakya'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanı sigorta primlerine dayanmaktadır ve bundan dolayı kamu kaynakları yanında hane halkı harcamaları önemlidir. Türkiye'de de sağlık hizmetleri talebinin finansmanı sigorta primleri ve doğrudan kişisel ödemelerle sağlandığı için hane halkı ağırlıklıdır. Bunun yanında her iki ülkede de kamu kaynakları ve sosyal sağlık yardımları mevcuttur.

Slovakya'da zorunlu sağlık sigortası sistemi vardır. İki zorunlu sağlık sigortası kuruluşunun faaliyetleri devlet garantisindedir ve bu sigortalar nüfusun %78'ini kapsamaktadır. Özel sigortanın payı çok azdır. Türkiye'de, tek çatı altında toplanmış sağlık sigortası kuruluşunun yönetiminde devletin hâkimiyeti vardır ve nüfusun 70'ini kapsamaktadır. Özel sigorta kuruluşlarının Türkiye'de pazardaki payları, Slovakya'da olduğu gibi çok düşüktür. Ayrıca Türkiye'de genel sağlık sigortasına geçilmesi ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır.

Slovakya'da yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerindeki yetki ve sorumlulukları yapılan reformlarla artırılmıştır. Bu amaçla merkezi yönetimin birçok yetki ve sorumluluğu belediyelere ve yüksek mahalli birimlere devredilmiştir. Sağlık hizmetlerinde yerelleştirme sonucunda yerel yönetimler hastahane, poliklinik ve evde bakım birimleri kurup işletme, bölgelerindeki sağlık hizmeti sunucularına lisans verme, sağlığı koruma programları içinde yer alma gibi faaliyetlerde bulunmaya başlamışlardır. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinde merkezi bir yönetim vardır. Yerel yönetimlerin yetki ve sorumlulukları çok azdır. Yerel yönetimlerin sadece, çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bazı görevleri vardır.

Slovakya'da sağlık hizmetlerinde özelleştirme, yapılan reformlarda bir politika olarak benimsenmiştir. Bu amaçla başlangıçta birincil sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, hastahanelerin büyük bir kısmı özel sektöre satılmıştır. Devletin elinde kalan hastahanelerin ileride kâr amaçlı ve kamu-özel ortak sermayeli şirketler haline getirilmesi düşünülmektedir. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye yönelik bir niyet ve hastahanelerin destek hizmetlerinin özel sektöre ihale edilmesi uygulamaları vardır. Halen aile hekimliği için pilot uygulamalar sürdürölmektedir. Böylece birincil sağlık hizmetlerinde özelleştirme amaçlanmakta, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde ise, bu alanda faaliyet gösterecek yeni tesis kurma girişiminde bulunacak özel girişimcilere vergi indirimi söz konusu olmakta, böylece özel sektör teşvik edilmektedir. Fakat Slovakya'da olduğu gibi kamu sağlık kurumlarının özel sektöre satılması olmanıştır.

A. ERDAL

SARGUTAN

KAYNAKLAR

1. AEMH (2006) Health Care Reform in Slovakia and the Reality, European Association of Senior Hospital Physicians Brussels,
http://www.aemh.org/DOCUMENTS/NATIONAL_REPORTS/2006/06-009_Health_care_reform_in_Slovakia.pdf
2. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A. Ş. İstanbul, Cilt: 19, ss: 506, 508
3. CIA (2006) The World Factbook-Slovakia, Central Intelligence Agency,
<http://cia.gov/cia/publications/factbook/geos/lo.html>
4. European Commission (tarihsiz) Ministry of Health SR / to the Questionnaire SSGI, European Commission – Employment and Social Affairs DG,
http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/replies/sk_health_en.pdf
5. European Commission (2003) Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries- Slovak Republic Country Report, European Commission – Employment and Social Affairs DG,
http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/slovak_public_final.pdf
6. European Observatory on Health Systems and Policies (2004), An overview of cost sharing for health services in the European Union, Euro Observer T2004 Vol 6, No. 3T ,
http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver6_3.pdf
7. ILO (2005) Social Protection Expenditure and Performance Review- Slovak Republic, International Labour Office, Budapest,
<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/879sp1.pdf>
8. OECD (2004) The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges, Organisation For Economic Co-Operation And Development,
<http://www.oecd.org/dataoecd/4/3/33923102.pdf>
9. Pazitny P. (2005) Health Care- Slovakia 2005, Health Policy Institute, Bratislava, Slovak Republic,
http://www.hpi.sk/attachments/Health_Slovakia_2005.pdf
10. WHO (2004) HIT Summary- Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe,
<http://www.euro.who.int/Document/E85396sum.pdf>
11. WHO (2004) Health Care Systems in Transition- Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe,
<http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf>

- 12.WHO (2006) World Health Statistics, World Health Organization, <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1> (Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 13.WHO (2005) Highlights on Health in Slovakia 2005, World Health Organization Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/T_Document/e88407.pdf
- 14.Zajac R., Pazitni P., Marcincin A. (2005) Slovak Reform of Health Care: From Fees to Systemic Changes , Ministry of Health of the Slovak Republic, http://www.newhealthcare.sk/files/04_405-419.pdf

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN