

SLOVENYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Murat DEMİRCİ
A. Aziz ANĖİN

A. ERDAL SARGUTAN

SLOVENYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2422
I. ÜLKE TANITIMI	2425
I.1. Coğrafi Yapı	2425
I.2. Tarihçe	2425
I.3. Nüfus.	2426
I.4. Ulaşım ve Haberleşme.	2426
I.5. Eğitim.	2427
I.6. Ekonomi	2428
I.7. Politik Yapı	2428
I.8. Slovenya ve Dünya	2429
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2430
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	2430
II.2. Reformlar Ve Bugünkü Sağlık Durumu	2430
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	2432
II.3.1. Hükümet	2434
II.3.2. Sağlık Bakanlığı	2434
II.3.3. Diğer Bakanlıklar	2435
II.3.4. Ulusal Etik Komitesi	2435
II.3.5. Meclis Sağlık Komisyonları	2435
II.3.6. Sağlık Konseyi	2435
II.3.7. Diğer Milli Kuruluşlar	2436
II.3.8. Yerel Yönetimler	2437
II.4. Sağlık Hizmetlerin Sunumu	2437
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	2438
II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri	2439
II.4.3. İkincil Sağlık Hizmetleri	2440
II.4.4. Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2440
II.4.5. Sosyal Hizmetler	2440
II.4.6. İlaç Sektörü	2441
II.4.7. Sağlık İnsangücü	2441
II.4.8. Sağlık Teknolojisi	2442
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamalar	2443
II.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	2443
II.5.2. Sağlık Harcamaları	2444
II.5.3. Anlaşmalı Hizmet Ödemeleri	2445
II.5.4. Hastahane Ödemeleri	2445
II.5.5. Sağlık Merkezleri ve Doktorların Ödemeleri	2445
II.5.6. Özel Sektör	2447
II.6. Sağlık Sisteminde Devam Eden Projeler	2447
III. SLOVENYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2449
KAYNAKLAR	2451

ÖZET

Slovenya sağlık sistemi, kamu hizmetleri ve kaynakları sistem içerisinde ağırlıklı olmakla beraber, zorunlu sosyal sigorta sistemini yerleştirerek, Refah Yönelimli / Sigorta tipi yapıya geçmeye çalışmaktadır.

Slovenya sağlık hizmetleri nispeten merkeze bağlıdır ve yerel yönetimler bu alanda sınırlı sorumluluklara sahiptir. Sistemde çoğunlukla yönetim ve denetim faaliyetleri devlet seviyesinde hayata geçirilmekte, sağlık hizmetleri tek elden Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bakanlığın faaliyetleri, birincil sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler aracılığıyla eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi ile ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin planlanmasını, yürütülmesini ve finansmanını kapsamaktadır.

Alt kamu birimlerinde daha çok uygulamalar yer alır. Üst yönetim tarafından kabul edilen faaliyet ve görevlerin uygulanması yerel yönetimlere bırakılmıştır. Yerel yönetimler sağlık hizmetleri planlamasında birincil sağlık hizmetleri için sınırlı özerkliğe sahiptir. Birincil sağlık hizmetlerinin alt yapısını hazırlamak ve finansal destek sağlamak yerel yönetimlerin görevleri arasındadır. Ayrıca ikincil sağlık hizmeti ağı ile ilgili kararlarda danışmanlık yaparlar.

Birincil sağlık hizmetleri hem özel sektör hem de kamu sektörü tarafından sunulmaktadır.

Birincil sağlık hizmetleri belediyelerin merkezlerine kurulan sağlık merkezleri ile kasaba ve köylerin dağılımına bağlı olarak kurulan sağlık birimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimliği uygulaması mevcuttur. Sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası aile hekimliğidir. Aile hekimleri, daha ileri tetkik ve tedaviler gerekirse, hastayı ikincil ve üçüncül sağlık kurumlarına sevk etmektedir. Sağlık merkezleri ve sağlık birimleri kamuya aittir. Kamu sektöründeki çalışanların bir genel sözleşme ve diğer sağlık çalışanları da özel anlaşmalar doğrultusunda ücret almaktadır. İkincil sağlık hizmetleri hastahanelerde, polikliniklerde ve kaplıcalarda verilmektedir.

Ülkede tüm bireyler zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Zorunlu sağlık sigortası merkezden yönetilmekte ve uygulanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alan insanların % 95'i isteğe bağlı sigorta sistemi içerisinde de yer almaktadır.

1991- 2001 yılları arasında özel sağlık hizmetleri sunan programlar ve kuruluşlar bulunmaz iken, bu durum önemli ölçüde değişmeye başlamış olup, hükümet özel sağlık hizmetleri sunumunu artırma çabası içerisine girmiştir. 1999 yılında toplam sağlık harcamasının %86'sı kamu tarafından karşılanmış olup, bu oran özel sigortanın yaygınlaşması ve Slovenya bütçesinin hızlı artışıyla beraber azalmakta, yıldan yıla özel sektöre ait kaynaklar artmaktadır.

En geniş finansman kaynağı isteğe bağlı sigortalardır.

Ülkedeki bütün vatandaşlara verilmiş olan bir elektronik sigorta kartı mevcuttur. Bireyler sağlıkla ilgili tüm işlemlerini bu elektronik kart vasıtasıyla yürütmektedir.

Kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında insangücü kaynaklarında yaşanan yetersizlikler kamu sağlığı faaliyetlerini yürütmekte zorluklar çıkarmaktadır. Bu sıkıntılar en çok yönetim, stratejik planlama, sağlık hizmetlerinin denetlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde görülmektedir.

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

SLOVENYA SAĞLIK SİSTEMİ

I.ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Slovenya Cumhuriyeti
YÖNETİM ŞEKLİ	: Parlamenter Demokratik Cumhuriyet
NÜFUSU	: 1.935.677 (2003)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 20.273 Kilometre kare
BAŞKENTİ	: Ljubljana
ÖNEMLİ ŞEHİRLER	: Ptaj, Sobota, Kraj, Velenje, Maribor, Novo, Mesto
KULLANILAN DİLLER	: %91 Slovence, %6 Hırvatça, %3 diğer
DİNSEL DAĞILIM	: %70.8 Katolik, %1 Luterian, %1 Müslüman %4.3 Ateist, %22.9 diğer dinlere inananlar (1/1-3).

I.1. Coğrafi Yapı

Slovenya eski Yugoslavya'nın kuzeybatı kesiminde yer alırken 26 Temmuz 1991'de bağımsızlığını ilan eden bir ülkedir. Konum olarak bir Balkan ülkesi olmaktan ziyade Merkez Avrupa ülkesi olarak değerlendirilebilir. Güneydoğusunda Hırvatistan (546km'lik sınır) ile komşu olan ülkenin doğusunda Macaristan (102 km'lik sınır), batısında İtalya (206 km'lik sınır), kuzeyinde Avusturya (324 km'lik sınır) yer almakta olup güneybatısında Adriyatik Denizi ile 47 km boyunca dar bir sınırı bulunmaktadır (2/13).

Ülkenin yarıdan fazlası ormanlarla kaplı olup yüzey şekilleri açısından da farklı özellikler göstermektedir. Batıdan İtalya üzerinden gelen Alp Dağları ve güneyde Adriyatik'e paralel olarak Hırvatistan'a uzanan Dinar Dağları gibi yüksekliği yer yer 2.000 metre'yi aşan çok sayıda dağın yanında, yine çok sayıda nehir, 200'ün üzerinde göl ve vadini varlığı söz konusudur.

En yüksek tepe 2.864 m ile Alp sıradağları içerisinde yer alan Triglav iken en uzun nehir ülke içindeki uzunluğu 221 km'ye ulaşan (toplam uzunluğu 947 km) Sava'dır. Bu nehir Slovenya'da suladığı 10838 km² alan ile ülke tarımında büyük önemi vardır. Uzunluğu 1.000 km'yi aşan diğer nehirler Drava, Kalpa ve Savinja'dır. En büyük göl ise 2.400 hektar bir alanı kaplayan Cerknica'dır.

Slovenya iklim açısından da yüzey şekilleri gibi büyük değişiklikler gösterir. Dar bir alana sıkışan sahil kesimi sıcak ve kuru yazları buna ilaveten ılıman kışları ile tipik Akdeniz iklimi öğeleri taşıırken, iç kesimlere doğru ve dağlık kesimlerde karasal iklim özellikleri ile kendini belirgin olarak hissettirir (2/13).

I.2. Tarihçe

Güney Slav ırkına mensup olan Slovenler I. Dünya Savaşı'nın sonunda yıkılana kadar Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'na bağlı olarak yaşamışlar. Savaş sonrasında Sırp Karadjordjevic hanedanı önderliğinde 24 Kasım 1918 tarihinde Sırp, Hırvat ve Sloven Krallığı adı altında kurulan ve 1928 yılında Yugoslavya Krallığı adını alan devlet içerisinde yer almışlardır. Nisan 1941'de bu Krallığın Alman Nazi birlikleri tarafından işgal edilmesi üzerine ülke Almanya ve İtalya arasında pay edilmiş, bir bölümü de Macaristan tarafından ilhak edilmiştir.

Ancak Nazilerin işgali uzun sürmemiş Mareşal Tito önderliğindeki Komünizm yanlısı direniş hareketi 1943'te Yugoslavya Federal Cumhuriyeti'ni kurarak İkinci Dünya Savaşı sonrası kontrolü eline geçirmiştir. Moskova'dan bağımsız bir politika izleyerek 1948'de Bağlantısızlar hareketine önderlik eden Tito döneminde Yugoslavya Sosyalist dünyada en liberal ekonomik anlayışa, en özgürlükçü siyasal yapıya ve en üst düzeyde etnik ve dinsel hoşgörüye sahip olmuştur.

Karizmatik bir kişiliğe sahip olan ve etnik farklılıkları iyi dengeleyen Tito'nun ölümü ile birlikte özellikle Mart 1985'te Sovyetler Birliğinde Gorbaçov'un iktidarı ile başlayan açıklık politikaları ve Sırp milliyetçiliğini ön plana çıkaran Miloseviç'in iş başına gelmesi, 1981 Nisanındaki Kosova olaylarının ardından Yugoslavya Federal Cumhuriyeti'nin sonunu hazırlayan gelişmelerin esasını oluşturmuştur.

1989 yılı Slovenya açısından bağımsızlık yolundaki gelişmelerin hızlandığı bir yıl olmuştur. Şubat ayında Slovenya'nın Sırp yönetimini Kosova'daki uygulamaları nedeniyle kınamasının ardından, Sırp tarafı Sloven mallarını boykot eden bir karar almıştır. Sloven Parlamentosunun buna cevabı Eylül ayında Slovenya'nın Federasyondan ayrılma hakkı olduğunu teyit etmek olmuş, Aralık ayında da Slovenya Komünist Partisi 11. kongresinde çok partili yaşama geçileceğini ilan ederek, Yugoslav Komünist Partisi ile bağlarını koparmış, yapılan halk oylaması ile halkın çok büyük bir kısmı (%83) bağımsızlık yönünde oy kullanmıştır. 1990 yılında komünist olmayan bir hükümete sahip olan ülke yönetimi, 1991 yılında diğer cumhuriyetlerle birlikte Yugoslavya'nın dağılmasını önlemek amacıyla yapılan bir dizi toplantının başarısızlığının ardından, 26 Haziran 1991 tarihinde Hırvatistan ile birlikte bağımsızlığını ilan etmiştir. Ertesi gün Yugoslav ordusunun saldırısına uğrayan ülke 10 gün süren ve genelde kansız geçen çatışmaların ardından saldırıyı püskürtmüştür. Ekim 1991'de milli para birimi Tolar tedavüle çıkarılmış ve ekonomik açıdan da bağımsızlığını ilan eden ülke, Ocak 1992'de başta Avrupa Birliği olmak üzere uluslar arası toplum tarafından tanınmış, Mayıs 1992'de ise Birleşmiş Milletlere üye olmuştur (2/15,16).

I.3. Nüfus

Ülke, 2003 yılı sayımlarına göre, 1.935.677 kişilik bir nüfusa sahiptir (1/2).

Slovenya'nın temel demografik özellikleri düşük doğum hızı, düşük doğurganlık hızı ve dolayısıyla da düşük bir nüfus artışıdır. Gittikçe yaşlanan bir nüfus yapısı vardır (3/1).

1991 yılı verilerine göre toplam nüfusun %88'i Sloven, %3'ü, Hırvat, %2'si Sırp, %1'i Boşnak ve %6'sı diğer etnik gruplardan oluşmaktadır (1/3).

I.4. Ulaşım Ve Haberleşme

Merkezi ve Doğu Avrupa'nın geçiş noktaları üzerinde yer alan Slovenya ulaşım imkânları açısından oldukça gelişmiş durumdadır. Eski doğu bloğu ülkelerinin tümünde görüldüğü gibi Slovenya'da da ülkenin tümünü saran 499 km'si elektrikli, 1201 km demiryolu ağı mevcuttur.

En büyüğü başkent Ljubljana'da bulunan (Brnik) ve nadiren uçuşa açılan Maribor ve Portoroz'da olmak üzere üç uluslar arası havaalanı mevcuttur.

Adriyatik sahillerinde yer alan Koper-Capodistria limanı Avusturya, Macaristan ve Slovakya gibi komşu ülkelere de dış ticaret işlemlerinde çok yoğun olarak hizmet veren, modern teknolojik liman ekipmanları ile donatılmıştır.

Ülke üç hava, üç deniz gümrüğü dışında İtalya ile 61, Avusturya ile 47, Macaristan ile 4 ve Hırvatistan ile 34 uluslar arası veya yerel kara gümrüğüne sahiptir.

Sloven evlerinin %90'ından fazlasında telefon mevcuttur. Her 1.000 kişiye 478 telefon düşer. Haberleşme imkânlarının da oldukça iyi durumda olduğu söylenebilir. Devlet kontrolündeki Telekom tarafından 55.000 yeni hat ve eski santrallerin dijital sistemle değiştirilebilmesi amacıyla yeni yatırımlar yapılmaktadır (2/29).

I.5. Eğitim

Anaokulundan liseye kadar olan ders programlarında yapılan reformlar tamamlanmıştır. 1999'da 446 bağımsız ilkokuldan (toplam 809 ilkokul olmakla birlikte 446 bağımsız okulun dışındakiler, bu okullara yönetsel anlamda bağlı olan köy okullarıdır) 42'sinde, dokuz yıllık zorunlu eğitim programına başlanmıştır. 2002'de okulların %60'ı yeni sisteme dâhil edilmiş ve 2003'te de tüm okullar bu programa katılmıştır.

Tablo 1: 2002–2003 Öğretim Yılına İlişkin Veriler

İlkokul sayısı	809
İlkokula devam eden çocuk sayısı	176.25
Öğretmen başına düşen öğrenci sayısı	8
Ortaokul/lise sayısı	12
Ortaokul/lisedeki öğrenci sayısı	143
Doktora için kaydolun öğrenci sayısı	103.17
Yüksek eğitim kurumlarının sayısı	7
Yüksek eğitim kurumlarındaki öğrenci sayısı	2.272
Yüksek eğitim kurumlarının sayısı	69
Yüksek eğitim kurumlarındaki öğrenci sayısı	62.878

Kaynak: (4) Republic of Slovenia (2003), Education, İçinden: General Information about Slovenia, s:1.

1992'de eğitime ayrılan pay, gayri safi milli hâsılanın %4,76'sı iken, 1998'de bu oran %6'ya ulaşmıştır. Toplam kamu harcamalarının %12-13'ünü eğitime ayıran Slovenya, OECD ülkeleri ortalamasına eşit bir harcama yapmaktadır. Doksanlı yılların ilk yarısında devlet üniversitelerinde öğrenim gören öğrencilerin kişi başına düşen harcamaları 4.300–4.900 USD arasında değişmektedir. Slovenya'daki eğitim sisteminin tamamı devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Finansmanın ufak bir bölümü de belediye bütçelerinden yapılmaktadır (4/1).

I.6. Ekonomi

Eski Yugoslavya cumhuriyetlerinden biri olan Slovenya'nın sosyo-ekonomik gelişimini diğer cumhuriyetlerden ve geçiş dönemi sancılarını en ağır şekilde yaşayan Doğu Bloku üyesi ülkelere ayırmak gerekmektedir.

Bir bütün olarak bakıldığında eski Doğu Bloku ülkeleri içinde en liberal ekonomiye sahip olan Yugoslavya Federal Cumhuriyeti'nin sağladığı ekonomik kalkınmaya uygun ekonomik ortam içerisinde, gelişmiş Avrupa ülkeleri Avusturya, İtalya ve bu arada Macaristan ile sınır komşusu olma avantajını ve eğitim altyapısını iyi kullanan Slovenya, geçiş dönemini en az hasarla atlattığı demektir (2/19).

Slovenya'nın ticari açıdan başta Almanya, Avusturya, İtalya ve Fransa olmak üzere Avrupa ülkeleriyle sürekli bir etkileşim halinde. Bunun yanı sıra, son yıllarda Amerika, Eski Yugoslavya ve SSCB ülkeleriyle de ilişkilerini geliştirme yolunda adımlar atmıştır. 2002 yılı verileri itibarıyla Slovenya 10.357 milyon USD ihracat ve 10.929 milyon USD ithalat yapmıştır (6/2).

Para birimi Tolar (SIT) dir (1/7). 2001 verilerine göre GSYİH'nın %3,2'sini tarım, %36,3'ünü endüstri ve %60,5'ini hizmet sektörü oluşturmaktadır. 2002 yılı itibarıyla işsizlik oranı ülkede %11'dir (1/5).

Slovenya'da yetiştirilen tarımsal ürünler arasında mısır, buğday, şekerpancarı ve üzüm başta yer almaktadır. Ayrıca, koyun, sığır ve kümes hayvancılığı da yapılmaktadır (1/6).

I.7. Politik Yapı

Slovenya Hükümeti Başbakan ve 16 Bakandan (2 tanesi yedek) oluşan bir organizasyon yapısı içindedir. Cumhurbaşkanı devletin olduğu gibi ordunun da başkanıdır, genel seçimlerle başa gelir ve 5 yıllık sürelerle en fazla iki dönem görev yapabilir.

Millet Meclisi: Slovenya'daki en büyük ulusal otoritedir. Halk tarafından seçilir. Meclis 90 milletvekilinden oluşur.

Meclis, yasaların onaylanması, kararların alınması ve yasa çıkartılması konularında temel yetkilerle donatılmıştır. Bunun dışında, uluslararası anlaşmaların kabulü ve onayında yine birinci derecede yetki ve sorumluluğa sahiptir. Ayrıca, savaş ve olağanüstü hal ilanına karar vermekle de sorumludur.

Ulusal Konsey: Daha çok sosyoekonomik ve yerel ihtiyaçların karşılanmasına dair bir "Danışma Kurulu" niteliği taşımaktadır. Ulusal Konsey, belirli konularda Millet Meclisine görüşlerini bildirmekte ve önerilerde bulunmaktadır. Üyeleri, çeşitli organizasyon ve yerel kuruluşlar tarafından 5 yılda bir, işveren, işçi, çiftçi, tüccar ve serbest meslek grupları arasından seçilmiş 40 kişiden oluşmaktadır.

Yerel Yönetimler: Bölgesel idari birimlerdir. Köylerde, kasabalarda ve şehirlerde örgütlenmiştir. 2002 verilerine göre, ülkede toplam 193 belediye teşkilatlanması vardır.

Yargı sistemi bağımsızdır. Sistem içinde 44 il, 11 bölge, 4 yüksek ve 1 adet Slovenya Cumhuriyeti Anayasa Mahkemesi yer almaktadır. Bunların dışında 4 iş mahkemesi ve 1 sosyal mahkeme de vardır (7/1-3).

I.8. Slovenya Ve Dünya

Slovenya; Birleşmiş Milletler, Avrupa Güvenlik Ve İşbirliği Teşkilatı, Avrupa Konseyi, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası, Batı Avrupa Birliği, BM Güvenlik Konseyi, NATO (2/52), Güneydoğu Avrupa Denge Anlaşması ve Gıda Ve Tarım Örgütü'nün üyesi durumundadır (8/1).

Mart 2003'te yapılan referandumda halkın %66'sı NATO'ya, %90'ı AB'ye katılım için evet demiştir. 1 Mayıs 2004'te Avrupa Birliği'ne girmiştir (1/1).

A. ERDAL

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Birinci Dünya Savaşı öncesinde Slovenya, Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun bir parçasıydı. Sağlık hizmetlerinin sunum ve salgın hastalıklarla mücadele konusunda imparatorluğun diğer kısımlarından farklılık göstermemekteydi. Sağlık hizmetleri özel hekimlik esasına dayanıyordu. Bir sağlık sigorta sistemine geçiş 1854 yılında yürürlüğe giren Madenciler Kanunu ile olmuştur. Maden işçilerine yönelik bu zorunlu sigorta sistemi hastalıkların tedavisini kapsıyordu. Sistem 1858 yılında demir yolu işçilerini de içine alacak biçimde genişletildi ve 1869 yılında yaralanmalar da sigorta kapsamına alındı.

Bu yaralanmalara karşı zorunlu sigorta Habsburg monarşisinin Avusturya kısmında 1869 yılında kanunlaştı, ardından da Bismarck Modeli uygulanmaya başlandı. 1888 yılında sigorta sistemi sağlık sigortası şekline dönüştü. Sigorta primlerinin üçte ikisi işçi, üçte biri işveren tarafından ödeniyordu.

Gerçek anlamda zorunlu sağlık sigortası için hastalık fonu 1889 yılında Ljubljana'da kuruldu. Ljubljana'da kurulan ve Alman sosyal sigorta modeli ile paralellik gösteren il düzeyindeki fonu, Slovenya'daki diğer kasabalarda kurulan fonlar takip etti. Bu fonlar Birinci Dünya Savaşı sonunda Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun çöküşüne kadar devam etti. İşçiler için sosyal sigorta sistemi 1918 yılında Slovenya toprakları içindeki sağlık sigorta fonları bir birlik oluşturdu.

1918'den 1945 yılına değin Slovenya, Yugoslavya krallığının bir üyesi olarak kaldı. Bu süreçte, sosyal tıp konusunda gelişmelerle birlikte koruma amaçlı bölgesel sosyal hijyen kurumları, birincil sağlık merkezleri ile bir hijyen ve tıp merkez kuruluşu oluşturuldu. 1937 yılında, emeklilik ve özürü sigorta programları yapılandırıldı.

1945'te Slovenya Yugoslavya Sosyalist Federal Cumhuriyeti'nin bir parçası haline geldi. 1954 yılına değin sosyal sigorta modeli sağlık sisteminin ana finansman kaynağı olarak varlığını korudu. Sosyal sağlık sigorta sisteminde tüm işçiler ve emekliler, aile üyeleri ile birlikte zorunlu sigorta sistemi içinde yer alıyordu. Bu süreçte çiftçiler, serbest meslek sahipleri, zanaatkârlar ve diğer meslek grupları kapsam dışıydı (3/7,8).

II.2. Reformlar Ve Bugünkü Sağlık Durumu

Slovenya 1991 yılında bağımsızlığını kazanıp pazar ekonomisine geçtiğinde sağlık sektöründe bir dizi acil önlemler almak gerekiyordu. Sağlık hizmetleri sistemi çeşitli nedenlerden ötürü tatmin edici olmaktan uzaktı.

1992 yılında yürürlüğe giren kanun en belirgin problemlere yönelikti. Bu kanunda en önemli öge finansmandı. Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi doğrudan devlet bütçesinden tahsis edilen payla finanse edilmeyecek, bunun yerine çalışanların finansmana katılımı ile işleyen yeni bir devlet kuruluşu olan Slovenya Sağlık Sigorta Kuruluşu tarafından finanse edilecekti. Kanun hem zorunlu hem de özel sigorta sistemlerinin rollerini de tanımlıyordu.

Arz yönünden, en önemli değişiklikler devlet sağlık ağının birçok kısmının özelleştirilmesi ve birincil sağlık hizmetlerinin sağlık sistemine başvuru alan ilk yer olmasıdır.

Slovenya'da reformlar, benzer geçiş sürecini yaşayan birçok ülkeye göre çok daha başarılı olmuştur. Tutarlı bir finansman sistemi yerleştirilmiş, ülkedeki sosyal ekonomik çalkantılara rağmen nüfusun sağlık düzeyi yükselmeye devam etmiştir (3/67,68).

Ancak, tüm bu reformlara rağmen, Slovenya'nın sağlık sisteminde çözülme bekleyen önemli sorunlar, gelecekte ülkeyi büyük sıkıntılara beklediğini göstermektedir. Bu sorunları kısaca şöyle özetleyebiliriz:

- Nüfus hızla yaşlanmakta ve daha uzun yaşamaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinde kaynak ve yatırım konusunda arz-talep dengesini bozmaktadır.
- Modernleşme sonucunda salgın hastalıkların yerini yaşam tarzı ile ilişkili hastalıklar (kanser, kardiyovasküler rahatsızlıklar, sakatlanmalar gibi) almakta olup, bu da uzun dönemli bakım ve tedavi hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.
- Avrupa Birliği ile ilgili olarak standartların yükseltilmesi çalışmaları finansal açıdan büyük bir yük oluşturmaktadır.
- İlaç ve tıbbi ekipman fiyatları AB ülkelerinin altındadır, ancak uyum süreci içinde ilaç fiyatları AB düzeyine getirilecek ve bu da mali dengelerin bozulmasına yol açacaktır (15/1,2).

Beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerde 72,8 kadınlarda 80,5'tir. Çocuk ölüm hızı erkek çocuklarda %5, kız çocuklarda %4'tür. Yetişkin ölüm hızları erkeklerde %163, kadınlarda %71'dir (2002) (14/1). Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %8,4'tür (2001) (14/2).

Slovenya'daki ölümlerin en yaygın sebebi kardiyovasküler hastalıklardır ve bu tüm ölümlerin yarısını teşkil eder. Bunu kanser, yaralanmalar, zehirlenme, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve diğerleri izler. Bu durum birçok Avrupa ülkesinin tablosuyla benzerdir (12/1).

En sık görülen hastalıklar solunum sistemi hastalıklarıdır. Bunları ruhsal hastalıklar, kas-iskelet bozuklukları ve sindirim sistemi bozuklukları izlemektedir. Erkeklerde en sık rastlanan kanser türü akciğer kanseridir. Bunu kolon, rektum, cilt, gırtlak, yutak ve ağız kanserleri izlemektedir. Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir.

Bulaşıcı hastalıklar Slovenya'da önemli bir ölüm nedeni değildir. Son yıllarda Slovenya'da 50 yaş altı nüfusta difteri, akut poliyomyelit, neonatal tetanos, tetanos veya konjenital rubella vakası kaydedilmemiştir. Aşılama yüzdesi geleneksel olarak iyi olduğu için, kızıl, kızamık ve boğmaca gibi aşıyla önlenemeyen hastalık vakası düşük olmuştur ve son yıllarda daha da düşmüştür. Sıtma, Slovenya'da ortadan kaldırılmış ve sadece Afrika veya Asya ülkelerinden gelen izole sıtma vakaları kaydedilmiştir (1999'da 9 vaka).

Frengi vakası 1975 yılından başlayarak, 1994 yılı istisna olarak görülmüş, 1998'e kadar azalmıştır (1992'de 10.000'de 0,9 iken 1995'te 2,7).

1986 ila 1999 yılları arasında AIDS görülme oranı yıllık 100.000 kişide 0,5 - 0,7 arasında değişmiştir. AIDS vakalarına ek olarak, 31 Aralık 1999 yılı itibariyle, 551 erkek, 16'sı kadın olmak üzere toplam 71 kişide AIDS gelişmeksizin HIV enfeksiyonu vakası bildirilmiştir.

Slovenya'daki intihar oranı 20 yıl boyunca dünyada ilk sıralarda yer almıştır (yılda yaklaşık 100.000 kişide 30 vaka). Ulusal veriler, yıllarca intiharın toplumun uç kesimlerinde daha sık görüldüğünü göstermiştir. İlkokul mezunu işçiler, varı vasıflı işçiler, işsiz insanlar ve alkolikler gibi belirli toplum kategorilerinde intihar oranları dikkat çekicidir. Bu, intihar eğiliminin toplumun yoksulluk içinde yaşayan kısmında en fazla risk taşıdığını göstermektedir.

Kazaların ve zehirlenmelerin dış nedenleri de Slovenya'da önemli bir kamu sağlığı sorunudur. Kaza ve zehirlenme, bir ila kırk beş yaş arasında en sık rastlanan ölüm nedeni olarak gözlenmektedir (3/6,7).

Evans ve meslektaşlarının sağlık kaynaklarının kullanım verimliliğine göre yaptığı sıralamada Slovenya 62. sıradadır. Bu sıralamadan anlaşılacağı gibi, Slovenya'da sağlık için ayrılan kaynakların yeterince rasyonel kullanılmadığı açıktır. Sağlık kaynaklarının verimli kullanılabilmesinin en iyi yolu daha etkili ama daha ucuz sağlık uygulamalarının yerleştirilmesidir. Hükümet, reformların başından beri bazı problemlerin farkındadır. Toplumdaki tüm sosyal değişimlere rağmen, hastalar hala Slovenya'daki sisteme güvenirlere ve aile hekimliği uygulamasından çoğu memnundur (9/23,24).

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

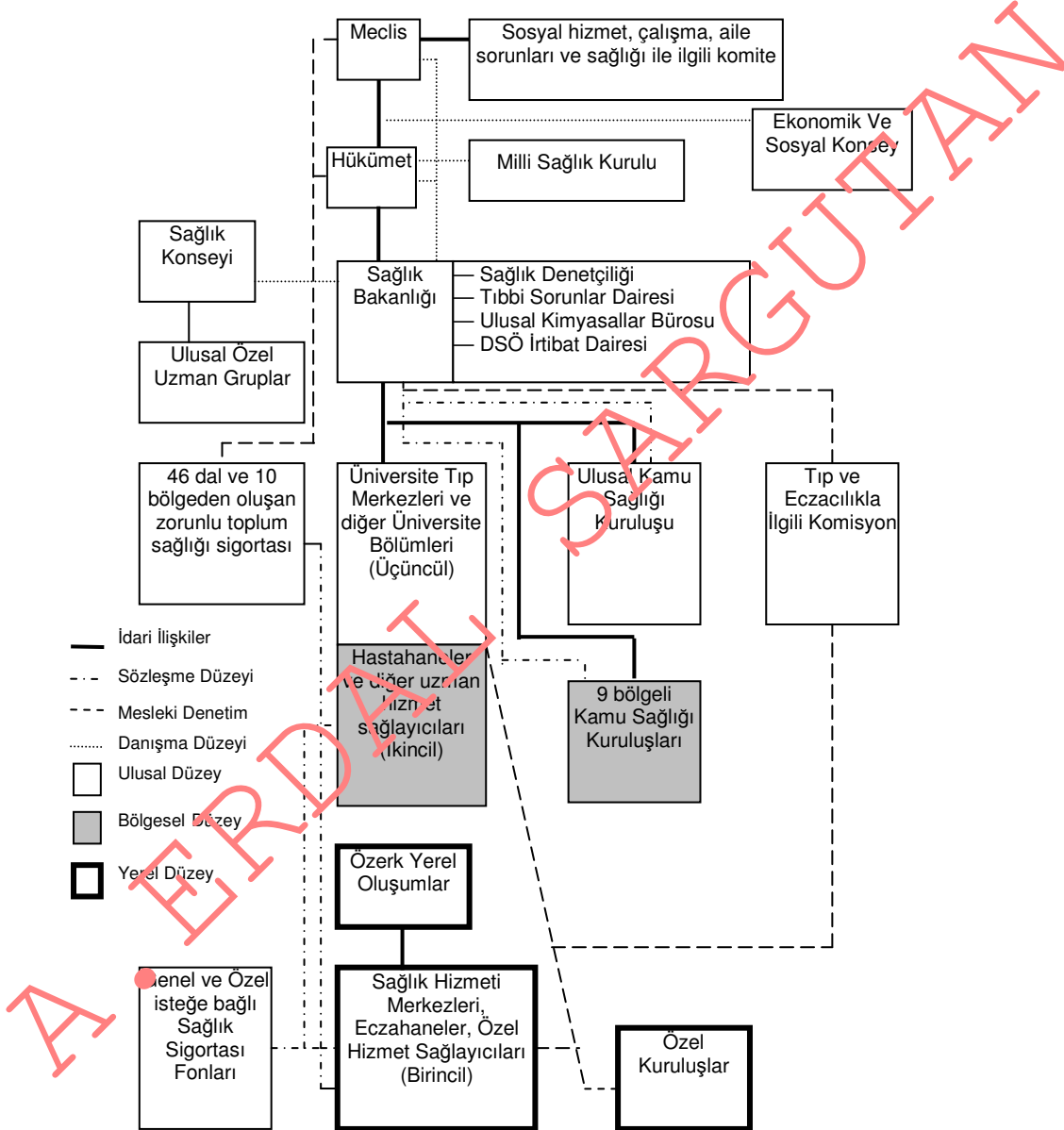
Sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının ve hastahane yataklarının belirlenmesi için 1980'lerin sonlarına doğru geliştirilen sağlık hizmetleri planları, Slovenya kamu sağlık sistemindeki hastahane yatağı sayısı, doktor, diş hekimi, hemşire ve diğer sağlık personeli ihtiyacı göz önüne alınarak yapılmıştır. Slovenya Cumhuriyeti'nin Ulusal Hizmet Programı "2004'te Herkese Sağlık", D.S.Ö. (WHO)'nun Herkese Sağlık politikasına dayanmaktadır. Program stratejik amaçlar, sağlık sistemi gelişimi için stratejik hedef ve öncelikler belirlemiştir.

Programın amacı, sağlıklı toplum politikası oluşturmak, sağlıkta eşitsizlikleri durdurmak, sağlığa zararlı yaşam biçimlerini değiştirmek, fiziksel çevre kalitesini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, halk sağlığı alanında yapılan araştırmaları desteklemektir. Ayrıca program, ruhsal sağlık, alkol, sigara, beslenme, sağlık hizmetleri kalitesi ve çevre sağlığının korunması alanlarında faaliyet kollarını kapsamaktadır (3/18).

Slovenya sağlık hizmetleri sistemi, nispeten merkeze bağlıdır ve yerel yönetimler bu alanda sınırlı sorumluluklara sahiptir. Sistemde çoğunlukla yönetim ve denetim faaliyetleri devlet seviyesinde hayata geçirilmekte, alt seviyelerde daha çok uygulayıcı görevler yapılmaktadır.

Sağlık sisteminin idari yapısı Şema 1'de ana hatlarıyla gösterilmiştir.

Şema 1: Sağlık Sisteminin İdari Yapısı



Kaynak: (3) Health Care Systems in Transition, Slovenia (2002), s:12.

Zorunlu sağlık sigortası merkezden yönetilmekte ve uygulanmaktadır. Sadece, üst seviyede kabul edilmiş olan faaliyet ve görevlerin uygulanması aşaması yerel seviyelere bırakılmıştır. Mesleki odalar ve kuruluşlar ülke kapsamında veya bölgesel uzantılarıyla faaliyet göstermektedirler. Yerel yönetimler, sağlık hizmetleri planlamasında, birincil sağlık hizmetleri için elde ettikleri özerkliği kısıtlı olarak kullanmaktadırlar (3/20,21).

II.3.1. Hükümet

Slovenya Hükümeti sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve bunun sürdürülmesinden sorumludur (9/11). Sağlık sisteminin yeterliliği, ulaşılabilirliği, eşitliği ve niteliği hükümetin sorumluluğundadır. Hükümet sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden de sorumludur ve gerekli çalışmalar yaparak sağlık hizmetlerinin dağılımını ve gelişimini sağlamak görevleri arasında yer almaktadır (9/8).

II.3.2. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığının görevleri, sağlık hizmetleri ile ilgili yasaları hazırlamak, yasaların uygulanmasını denetlemek ve rehberlik etmektir. Bakanlığın faaliyetleri, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini ve bu hizmetlerin finansmanını da kapsamaktadır. Ayrıca halk sağlığını denetlemek, sağlık programlarını hazırlamak, uygulamak ve insanların sağlıklı bir ortamda yaşamaları için gerekli eğitimi almalarını sağlamak Sağlık Bakanlığının görevleri kapsamındadır. Diğer sorumlulukları ise ilaçların ve tıbbi ürünlerin üretimi ve ticaretiyle ilgili yasal çerçeveler içindeki faaliyetleri düzenlemektir. Bakanlık, sosyal güvenlikle ilgili olarak uluslararası anlaşmaları uygulamak, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sigortası primleri, kalite güvencesi ve halk sağlığı hizmeti kurumlarını planlamakla ilgili ulusal sağlık politikalarını geliştirmekle de yükümlüdür. Ayrıca, ulusal seviyede hastahanelerin, halk sağlığı kurumlarının oluşturulması ve örgütlenmesi, toplumun sağlık statüsünün izlenmesi ve sağlığı geliştirici programların hazırlanması ve uygulanmasından sorumludur.

Bakanlık ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin planlamasından ve hastahanelerin sermaye yatırımlarından sorumludur. Birincil sağlık hizmetleri kurumlarının sermaye yatırım planlaması yerel yönetimlere verilmiştir. Yerel yönetimlerin bu hizmetleri ne derecede yaptıkları farklılık göstermektedir.

Sağlık Bakanlığının 4 idari bölümü vardır. Bunlar; Sağlık Denetçiliği, Dünya Sağlık Örgütü İrtibat Dairesi, Tıbbi Ürünler Dairesi ve Ulusal Kimyevi Maddeler Bürosudur.

Sağlık Denetçiliği (müfettişlik), yasaların uygulamasının kontrol etmektedir. Bunun dışında, sanitasyon ve hijyeni denetlemekle de görevlidir. Denetçilik çevre sağlığını araştırır ve halk sağlığının ekolojik korunmasına rehberlik eder. Tıbbi ürünler dairesi, ilaçlar ve tıbbi malzemelere ilişkin ulusal politikaları uygular ve tıbbi ürünler ile tıbbi aletlerin üretiminin ve satış onayının verilmesiyle ilgilenir. 1999 yılında kurulan Ulusal Kimyasallar Bürosu, kimyasallarla ilgili yasaları uygulayıp, gerekli denetlemeleri yapar (9/13).

II.3.3. Diğer Bakanlıklar

Diğer bakanlıklar sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi ile doğrudan ilgilidirler:

Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı bütçesini inceleyip onay verir. Maliye Bakanlığı ve Meclis her yıl bütçe görüşmelerinde devlet bütçesini, yerel yönetimlerin bütçesinin temel prensiplerini ve dağılımını, zorunlu sağlık sigortası, zorunlu emeklilik ve engellilik sigortasını onaylar.

Eğitim, Bilim Ve Spor Bakanlığı, tıbbi ve sağlık meslekleri mensuplarının eğitimi ile, bazı sağlık programlarına ilişkin faaliyetlere rehberlik eder. Ayrıca temel araştırma ve teknolojik gelişmelerden, araştırmacıların üniversite ve mezuniyet sonrası eğitiminden de sorumludur.

İş, Aile Ve Sosyal İş Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ile birlikte yaşlı ve engelli insanlar için bakım evleri temin edilmesini koordine eder.

Çevre Bakanlığı, çevre ve sağlık alanında Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapar.

İçişleri, Savunma ve Adalet Bakanlıkları, aktif halde görevinde bulunan polis ve askeri personele sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ayrıca mahkumlara yönelik verilen sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlenmektedir (3/14,15).

II.3.4. Ulusal Etik Komitesi

Bu komite, Sağlık Bakanlığının bir organıdır. Günlük sağlık kararları ve biyomedikal araştırmalar ile ilgili etik kararların alınmasından sorumludur (9/12).

II.3.5. Meclis Sağlık Komisyonları

Milli Meclisinde Milli Sağlık Kurulu birimi oluşturulmuştur. Kurulun esas görevi, meclis oturumlarında yapılan müzakere süreçlerinde farklı çıkar grupları arasında düzenleyicilik yapmaktır (9/11).

Ayrıca hükümetin danışman kuruldur. Hükümetin ve meclisin gündemindeki sağlık konularını izlemekle sorumludur (3/11).

Mecliste ayrıca sosyal konular, iş, aile sorunları ve sağlıklı yaşamın sağlanmasına yönelik çalışmalar içinde olan Meclis Komisyonu, bu çalışmalar doğrultusunda meclis oturumlarında yasa önerileri hazırlar (3/13).

II.3.6. Sağlık Konseyi

Sağlık Konseyi sağlık hizmetlerinin en üst düzeyindeki uzman koordinasyon birimidir. Bakana tavsiyelerde bulunarak hizmet kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlar. Konsey tüm tıp uzmanlarının düzenli mesleki gelişimi ve sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliği ve bu hizmetlere ulaşılabilirlik açısından gerekli sağlık programlarının içeriğini hazırlamakla görevlidir. Ulusal özel uzman gruplarla işbirliği yapar. Ulusal özel uzman gruplar, her tıbbi uzmanlık dalında oluşturulan en yüksek profesyonel gruplardır ve mesleki konularda tam özerkliğe sahiptirler. Ayrıca ulusal politikaların uygulanmasında da etkilidirler. Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısı içerisinde yer almaktadır.

Ayrıca Sağlık Konseyi, sağlıkla ilgili mesleklerde çalışanlar, akademisyenler, sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi ve sağlık hizmetleri sistemi örgütlenmesi ile ilgili diğer uzmanların temsilcilerinden oluşur (3/14).

II.3.7. Diğer Milli Kuruluşlar

Milli Meclisteki ve Hükümetteki organların yanı sıra, yetkili milli kuruluşlar da ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesinden sorumludurlar:

İlaç Yönetim Kuruluşu: Bu acente ilaçların ve tıbbi cihazların üretimini ve ticareti ile ilgili denetimlerden sorumludur. Sloven pazarında ilaç satmak isteyen kişi, gerekli belgelerle bu kuruma başvurur. Kurum ilacın ülkede kullanılıp kullanılmayacağı konusunda karar verir. İlacın kalitesini ve dağıtım şeklini denetler. Gerekli tıbbi testler eczacılık ve ilaç testleri bu kuruluşlar tarafından yapılır. Bir ilacın pazarlanmasında kanunlara uygunluğunu denetlemek ise Sağlık Denetçiliği'nin sorumluluğundadır.

Meslek Birlikleri Ve Sağlık Kuruluşları Birliği: Meslek Birlikleri Ve Sağlık Kuruluşları Birliği, üyelerinin temsilinden ve kanunla ilgili diğer düzenlemelerde belirtilen görevlerden sorumludur. Bu birliklere örnek olarak Tabipler Birliği, Hemşireler Birliği vb. örnek verilebilir. Birliklere üyelik zorunludur. Birliklerin esas görevleri denetimlerde bulunmaktır (9/13)

Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması Kanunu ve Tıp Hizmetleri Kanunu, doktorları sağlık hizmetleri çalışanlarının sorumlu üyesi olarak tanımlar ve şu sertifikasyon prosedürlerini öngörür: Diploma ve ruhsat yenilemenin her 7 yılda bir tekrarlanması gerekmektedir. Tabipler Birliği bu işlemde sorumludur. Bir tıbbi hata olması durumunda, Tabipler Birliği tarafından verilecek en ağır ceza, muhtemelen kişinin doktorluk yapmasına izin veren lisansının ömür boyu askıya alınması olacaktır (9/4).

Tıbbi denetimin yanı sıra, Tabipler Birliği, hekimlerin mesleki uygulama eğitimlerinden sorumludur. Bunun için müfredat geliştirir. Eğitim sürecini yönetir ve hekimlerin kayıtlarını tutar.

Sağlık Kuruluşları Birliği, Slovenya'da sağlık çalışanlarının kendi istekleriyle oluşturulmuş birlikleridir. Üyelerin sorumlulukları, sağlık kuruluşlarını geliştirmek, sağlık sistemi içerisindeki diğer partnerlerle birlikte ortak çıkarları savunmak, Tabipler Birliği ile birlikte yıllık genel ve özel sağlık hizmetleri müzakerelerine katılmaktır.

Kamu Sağlığı Kurumu ve Bölgesel Kamu Sağlığı Kurumları: Kamu Sağlığı Kurumu, halk sağlığı alanındaki araştırma ve eğitimden sorumludur. Milli Sağlık Kurulu ve Sağlık Denetçiliği için orta ve uzun vadeli sağlık politikası kararlarının geliştirilmesine yönelik materyal hazırlar. Kamu Sağlığı Kurumu sosyal tıp, hijyen ve salgın hastalıklar alanında halk sağlığı faaliyetlerinin hazırlanmasıyla ilgili faaliyetleri de yürütür.

Slovenya Sağlık Sigortası Kurumu: Kar amaçlı olmayan bir kurum olup, zorunlu sağlık sigorta sisteminin sunulmasından sorumludur. Kurumun bölgesel birimleri ve şubeleri vardır, böylece herkese yakından hizmet sunabilme imkanına kavuşur (9/13,14).

II.3.8. Yerel Yönetimler

Yerel yönetimler, birincil sağlık hizmetlerinin alt yapısından sorumludur. Ayrıca ikincil sağlık hizmeti ağı ile ilgili kararlarda da danışmanlık yaparlar. Yerel yönetimler, kurumların kurullarında temsil edildiklerinden, sağlık kuruluşlarının politikaları üzerinde doğrudan etkileri vardır. Yerel yönetimlerin başlıca görevleri şunlardır:

- Sağlığın ve koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesi için finansal destek sağlamak,
- Ulusal politikada öngörülen hijyen, epidemiyolojik sağlık istatistiği ve sosyal tıp aktivitelerini yerine getirmek,
- Ulusal politikanın parçası olmayan koruyucu çevre sağlığını geliştirmek ve faaliyette bulunmak,
- Ulusal kurtarma ekipleri, sivil savunma ve diğer ortak çıkar hizmetleri için gerekli sağlık hizmetlerini sunmak,
- Birincil sağlık hizmetleri yatırımları için kaynak bulmak.
- Ölüm belgesi ile ilgili hizmetleri düzenlemek

Slovenya'da yerel yönetimler, kendi toplumlarındaki prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerini ödemekle sorumludur. Böylece Slovenya'daki her vatandaş için sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eşitlik sağlanmakta olup, tüm vatandaşları kapsayan (evrensel kapsam) hizmet amacına ulaşılmıştır (9/14,15).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Slovenya'da 2001 yılında 64 sağlık merkezi, 66 sağlık birimi bulunmaktadır. Bunlar kendileri merkez olmak üzere 20 km yarıçapındaki bir alana hizmet vermektedirler. En önemli görevleri birincil sağlık hizmetlerini sunmaktır.

Slovenya'da 26 hastahane bulunmaktadır. Bunların 9'u bölgesel nitelikli genel hastahane 3'ü yerel nitelikli genel hastahane, 2'si sanatoryum hastahanesi ve 12 tanesi de özel dal hastahanesidir. Gelişmiş tedavi yöntemleri uygulayan eğitim ve araştırma hastahaneleri ile tıbbın belli bir dalında branşlaşmış olan sanatoryum ve özel dal hastahaneleri üçüncül sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bunların dışında kalan, bölgesel ve yerel genel hastahaneler ikincil sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarıdır. Ayrıca yetişkinler için 15, çocuklar için 2 tane uzmanlaşmış acil hizmetle beraber koruyucu sağlık hizmeti içeren kurumları bulunmaktadır.

Slovenya'da kamu sistemi dışında çok az sayıda ve toplam kapasitesi 50 yatağı geçmeyen özel, kâr amaçlı hastahane bulunmaktadır (örneğin, plastik cerrahi kliniği).

Slovenya sağlık sistemi, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olmak üzere üç düzeyde uygulanmaktadır (10/65).

Tablo 2: Slovenya Kamu Sağlık Kuruluşları

Kuruluşlar	Sayı	Toplam Çalışan Sayısı	Bir Kurumda Azami Çalışan Sayısı	Bir Kurumda Asgari Çalışan Sayısı
Sağlık Merkezi	59	8409	1283	5
Hastahaneler	24	11693	2617	34
Kliniklerle Onkoloji Hastahanesi, Rehabilitasyon Hastahanesi	3	7511	6346	460
Diğer Kamu Sağlık Kuruluşları	12	1005	236	3
Toplam	98	28618		

Kaynak: (10) Annual Account of the Agency for Payment, s.65.

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri hem özel sektör hem de kamu sektörü tarafından sunulmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri toplum tarafından desteklenmektedir. Çocuklar, yetişkinler ve kadınlar için sağlık hizmetleri, evde bakım-hemşirelik hizmetleri, psikoterapi hizmetleri, dental hizmetler, ambulans hizmetleri sunumu, birincil sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (10/65).

Sağlık merkezleri belediyelerin merkezlerinde kurulurken, sağlık birimleri kasaba ve köylerin dağılımına bağlı olarak kurulmuşlardır. Günümüzde sağlık merkezleri, hem yasal olanak, hem de pratikte, halk sağlığı açısından yüksek risk altında olan çeşitli hedef gruplarına koruyucu ve tedavi edici birincil sağlık hizmeti sağlayan bir kurumdur (3/37).

Aile hekimliği sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktasıdır. Eğer daha ileri aşamalarda tedaviler gerekirse, aile hekimleri hastaları ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinden yararlanabilecekleri birimlere sevk ederler (10/65).

Birincil sağlık hizmetleri personeli genel pratisyen, aile hekimi, diş hekimi, hemşire, eczacı, fizik tedavici, konuşma bozukluğu tedavisi, iş hekimleri, psikologlar veya psikiyatristler, ebeler ve sağlık merkezinde işi yürütmek için gerekli olan diğer yardımcı sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Sağlık merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları bulunmamaktadır. Toplum hemşireleri bağımsızdırlar. Uzmanlar genelde sağlık merkeziyle anlaşmaya bağlı olarak belli zaman aralığında çalışmaktadırlar. Gerekli olduğunda tam mesai çalışabilmektedirler.

Kırsal kesimlerde, pratisyen doktorun çalışma oranı aile hekimlerinden daha fazladır ve pratisyen başına 3.000 kişi düşebilmektedir. Merkezi yerleşimlerde örneğin başkent Ljubljana'da bir doktorun 750 kişi gibi az hastası olabilmektedir. Genel pratisyen hekim başına düşen ortalama hasta sayısı 1.800 kişi kadardır. Bunun sadece %10 kadarı çocuklardan oluşmaktadır. Çünkü çocukların bakımını genelde birincil sağlık hizmetlerindeki çocuk hekimleri tarafından üstlenilmektedir.

Sağlık merkezleri kamuya aittir. Tüm çalışanları da kamu sektöründeki çalışanların genel sözleşmesi ve sağlık hizmeti özel anlaşması doğrultusunda ücret almaktadırlar (3/38).

Zorunlu sağlık sigortasına göre hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini alırken, sağlık merkezlerinde kamu sektöründe çalışan ya da Slovenya Sağlık Sigortası Kuruluşu (SSSK) ile anlaşmalı olarak özel sektörde çalışan doktorlardan istediğini seçme şansı bulunmaktadır (3/40). Özel çalışan doktorlar ise SSSK ile bir anlaşmaya tabi değilse, hasta tüm hizmet giderlerini kendisi karşılamak durumundadır (11/29).

Aile hekimi prensip olarak genel pratisyendir. Fakat kırsal kesimlerde ve bazı küçük şehirlerde çocukların kişisel doktorunun pediatrist veya okul hekimi olması gerekmektedir. Bu seçim en az 1 yıllık dönem için yapılmaktadır. 2000 yılında sigortalı kişilerin yaklaşık %95'i kişisel doktorlarını seçmiştir. 1992 yasası ayrıca kadınlara kendi jinekoloğunu da seçme hakkı tanımaktadır (3/41).

II.4.2. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Ulusal Kamu Sağlığı Kuruluşu dokuz bölgesel kamu sağlığı kuruluşuyla beraber, Slovenya'da sağlığın korunması, hizmetlerin planlanması, uygulanması ve programların yürütülmesinden sorumlu kurumlar şebekesini temsil etmektedir. 1992 yasası Kamu Sağlığı Kuruluşunun rolünü kesin olarak belirlemiştir. KSK, halk sağlığının tüm alanlarını kapsayan günlük uygulama, araştırma, eğitim ve mezuniyet sonrası eğitim faaliyetlerini entegre etmektedir. Geleneksel olarak halk sağlığı Slovenya'da 3 kola ayrılmaktadır:

- Sosyal tıp
- Hijyen
- Epidemiyoloji

Kamu Sağlığı Kuruluşu, ulusal ölüm kayıtlarını, hastahane istatistikleri veri bankalarını, poliklinik istatistikleri veri bankasını, ulusal sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve sağlık uzmanları veri bankasını kapsayan bazı ulusal sağlık istatistikleri veri tabanları oluşturmuştur (3/41).

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini güçlendirmek için bazı öncelikleri benimsemiştir. 2000 yılında Sağlık Bakanlığı, sağlığı iyileştirecek ve koruyacak çok sektörlü faaliyetleri koordine etmek için yeni bir devlet sekreterliği kurmuştur. Ulusal Kamu Sağlığı Kuruluşu içinde sağlık hizmetleri için özel bir merkez kurulmuş ve bu özel merkez içerisinde üzerinde önemle durulması gereken 4 ana alan belirlenmiştir. Bunlar;

- Besin güvenliği,
- Sağlıklı beslenme,
- Fiziksel aktivite,
- Sigara ve alkol bağımlılığıdır.

Sektörler arası stratejiler, yasal ölçümler ve faaliyet planları kabul ve uygulama sürecindedir. Birincil sağlık hizmetleri çerçevesinde koruyucu ve halk sağlığına odaklanan sağlık hizmetleri yaratabilmektedir (3/42).

II.4.3. İkincil Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri hastahanelerde, polikliniklerde ve kaplıcalarda verilmektedir. İkincil sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, birinci sağlık kuruluşlarından mutlaka sevk yapılmalıdır. Özel çalışanlar da Slovenya Sağlık Sigortası Kurumuyla anlaşmalı olarak ya da olmayarak, ikincil sağlık hizmeti sunabilmektedirler. Eğer hasta, SSSK ile anlaşmalı olmayan doktora sağlık hizmeti alacak ise, bunu sağlık sigortası karşılamayacaktır (11/29).

İkincil sağlık hizmetlerinin %75'i hastahaneler tarafından verilmektedir. Slovenya'da 26 hastahane bulunmaktadır. Bunların 9'u bölgesel çaplı genel hastahane, 3'ü yerel nitelikteki genel hastahanelerdir. Geriye kalanlar ise üçüncül sağlık hizmetleri sunan hastahanelerdir (10/65).

Hastahane poliklinikleri, Sağlık Bakanlığı düzenlemeleriyle, doğrudan (cepten) ödeme yapan hastaların poliklinik konsültasyonlarını düzenlemektedir. Slovenya'da henüz karışık kamusal-özel poliklinikler yoktur fakat dış uzmanlıkları bu yönde ilerlemek arzusu belirtmektedirler (3/44).

II.4.4. Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Üçüncül sağlık hizmetleri, gelişmiş tedavi yöntemleri uygulayan eğitim ve araştırma hastahaneleri ve tıbbın belirli bir dalında branşlaşmış özel dal hastahaneleridir (10/65).

Klinikler ve kuruluşlar oldukça karmaşık bir yapıya sahip olup, üçüncül sağlık hizmeti veren birimleri oluşturmaktadırlar. 12 özel dal hastahanesi, 1 merkezi klinik, 1 onkoloji hastahanesi ve 1 rehabilitasyon merkezi ile Slovenya üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda gerekli hizmeti vermeye çalışmaktadır (12/6).

Tüm hastahaneler kamu malıdır. Özel hastahane yatırım imkânı olmakla beraber, ülkede henüz özel bir yatırım gerçekleşmemiştir. 1990 yılında 1.000 kişi başına düşen hasta yatağı sayısı 5 iken 1998'de bu sayı 4,6'ya düşmüştür (3/48).

II.4.5. Sosyal Hizmetler

Sağlık hizmetlerinin bu aşamasında, hemşirelik hizmetlerinin önemli bir payı vardır. Slovenya'da toplum sağlığı çalışmaları oldukça özverili bir şekilde geliştirilmeye çalışılmaktadır. Hemşirelerin temel görevleri, koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimi hizmetlerini topluma sunmaktır.

Yaşlı kişilere ve engellilere uzun dönemli sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmet onların evlerinde de gerçekleştirilebilmektedir (3/47).

Artan yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına sosyal hizmet sağlamak, ülke için yeni sıkıntılar doğurmuştur. Sağlık hizmeti sunumu uzun dönemli olduğundan, mali olarak sorun yaratacaktır.

Bunu engellemek için, kısa dönemde iyileşmesi beklenen kişiler için evde bakımı ve hastahanedeki bakım arasındaki tercihler araştırılmaktadır. Bunu oluşturmak için, şu anki politikalarda gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (3/49).

II.4.6. İlaç Sektörü

Ülkede, eczahanelerin pazar yetkileri için altyapı, 1999 yılında kabul edilen Tıbbi Ürünler Ve Tıbbi Teçhizat Yasası ile kurulmuştur. İlaçlar, 1996 yılında kurulan ve Sağlık Bakanlığı içinde görev yapmakta olan Tıbbi Ürünler birimi tarafından kayıtlara geçirilmektedir. Söz konusu ürünler, sadece bu birim tarafından pazarlanma yetkisi verildikten sonra pazarlanabilmektedir.

Bu birimin temel amacı ilaçlar ve tıbbi teçhizat konusundaki ulusal politikaları uygulamaktır. Serum, aşı, kan ürünleri ve radyo-farmoseptiklerin ithali için özel yetki işlemleri gerekmektedir. Doktorların eşit etkili ilaçlardan ucuz olanı seçmesi istenmiştir. Tıbbi teçhizat kayıtları da geliştirilmiştir. Birimin tıbbi ürünler komitesinde tıbbi ürünler ve teçhizat değerlendirilmektedir (3/54).

Slovenya'da yıllık 100 klinik deney yapılmakta bunların çoğu uluslararası klinik deneylerini oluşturmaktadır.

1955 yılında oluşturulan ve bir kamu kuruluşu olan Ecza Ve İlaç Araştırma Kurumu, tıbbi ürünlerin kalitesinin kontrolünden, Standartlar Ve Metroloji Kurumu tıbbi teçhizatın lisansından, ayrıca standartlaştırılmasından sorumludur.

Slovenya'da ilaçlar sağlık sigortası kuruluşu tarafından ödenen oranlara göre pozitif liste, orta liste ve negatif liste olarak sınıflandırılmıştır. Pozitif listedeki ilaçlar zorunlu sigorta tarafından %75'i ve gönüllü sigorta veya özel kaynaklardan %25'i ödenmektedir. Orta listedeki ilaç ürünlerinin %25'i zorunlu sigorta tarafından karşılanmaktadır. Negatif ilaç listesi ise ödenmeyen ürünleri kapsamaktadır. Yasa çocuklar, gençler ve bazı hastalıklar için zorunlu sağlık sigortasının tüm ilaçları ödemesini zorunlu kılmaktadır.

Tüm reçeteler kaydedilmektedir. 1996 yılında reçeteleri izlemek için bir kodlama sistemi geliştirilmiştir. Ülkedeki ilaç üretiminin çoğu ihraç da edilmektedir. Hastahaneler, eczacılık hizmetleri listesine uygun olarak, hizmete göre ücret sistemiyle ödeme yapılmaktadır (3/55).

Slovenya'da ilaç tüketimi nispeten yüksektir. Hastahanelerde tüketilen tıbbi ürünler ve eczahanelerden reçetesiz alınan ilaçlar ulusal seviyede kaydedilmediği için ilaçlara harcanan para miktarı bilinmemektedir. Reçeteli ilaçların tüketimi son yıllardan artış göstermeye başlamıştır (3/56).

Karşılaştırmalı verilerde, ülkenin ilaç tüketimleri diğer Avrupa ülkelerine göre nispeten yüksektir. Slovenya toplumunun genel sağlık statüsü ve ihtiyaçları bu seviyede ilaç tüketimini gerektirmemektedir. Eczacılık sektörünü hedefleyen bir dizi uygulamalar başlatılmıştır (3/57).

II.4.7. Sağlık İnsangücü

Slovenya sağlık insangücü dağılımına bakıldığında, bazı bölgelerde yeterli sayıda hekim bulunmadığı görülmektedir. Slovenya'da, doktorlar arasında işsizlik sorunu bulunmamaktadır. Uygulanan politikalar sonucu, ülkede hekim sayısında azalmalar görülmektedir. Slovenya'daki kişi başına düşen hekim sayısı birçok AB ile Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinden daha düşüktür (3/49).

Hekimlerin temel tıp eğitimi 6 yıl sürmektedir. Tıp okulundan (Ljubljana Üniversitesi) mezuniyet sonrası 6 aylık zorunlu intörnlik programı bulunmaktadır ve bu dönemin ardından 18 ay süren zorunlu mezuniyet sonrası eğitim programı uygulanmaktadır. Diş hekiminin intörnliği 12 ay sürmekte ve bunu mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları tamamlamaktadır.

Sağlık hizmetleri üretiminde çalışan, muayeneye yapan hekimler ve diş hekimlerinin Tabipler Birliğine üye olmaları ve her 7 yılda bir lisansını yenilemek için sınava girmeleri zorunludur. Bu sınavla bir hekim uzmanlık alanlarına geçebileceği gibi, lisansını yenileyerek pratisyen hekimliğe de devam edebilmektedir. Genel amaç yavaş yavaş aile hekimliğine geçiş olmak üzere, pratisyen hekimlere eğitim verilmesidir. Ayrıca Ljubljana Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği bölümü bulunmaktadır.

Hemşirelik eğitimi ortaokul (tıp teknisyenleri), lise (lisanslı hemşireler) ve üniversite (sağlık eğitimcileri için meslekler arası çalışma) seviyelerinde sağlanmaktadır. Toplum sağlığı hemşireleri, psikiyatri hemşireleri, geriatri hemşireleri, cerrahi hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri ve tıbbi bilgilendirmede yer alan hemşireler için ek eğitim (uzmanlaşma) programları gerekmektedir. Lisans eğitimi, Ljubljana Üniversitesi ve Maribor Üniversitesi tarafından verilmektedir. 1999 yılından sonra tüm mezuniyet sonrası uzman eğitimleri konusunda reformlar yapılmıştır. Bazı yeni uzmanlıklar oluşturulmuş ve her uzmanlık için, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği niteliklerine uygun olarak, ülkedeki ve Avrupa'daki uzman eğitimleri arasında bir uyum sağlanmıştır (3/50).

Genel hemşireler, sağlık eğitimcileri ve ebeler dışında, sağlık hizmeti içinde yer alan fizyoterapistler, iş terapistleri, diş teknisyenleri (örneğin ortodontik ve protetik teknisyenler) gibi farklı eğitim seviyesine sahip mesleklere rastlanılmaktadır (3/51).

Sistem tedaviye çok fazla odaklanmıştır. Kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında insangücü kaynaklarında yaşanan yetersizlikler kamu sağlığı faaliyetlerini yürütmekte zorluklar çıkarmaktadır. Bu sıkıntılar en çok yönetim, stratejik planlama, sağlık hizmetlerinin denetlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde görülmektedir (3/54).

II.4.8. Sağlık Teknolojisi

Sağlık teknolojisi alanında yapılan en önemli yenilik SSSK tarafından tüm nüfusa dağıtılması planlanan sağlık sigortası kartıdır. Bu kart aracılığıyla elektronik ortamda hastaya ait tüm verilere kısa zamanda ulaşılabilmektedir.

Sağlık Sigortası Kartına geçiş için ulusal seviyede hazırlık dönemi Kasım 1999-Haziran 2000 arasında yürütülmüş ve yeni sistem Ekim 2000'de resmi olarak uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulamanın temel hedefleri şunlardır:

- Sağlık sigortasını ve hekim hizmetlerini iyileştirmek,
- Sistem içinde yer alanlar arasındaki iletişimi geliştirmek,
- Hastalarla çalışmak için daha fazla zaman sağlamak amacıyla, gerekli olmayan idari görevleri sonlandırmak veya azaltmak,
- Veri kalitesi, güvenliği ve özelliği seviyelerini artırmak,
- İş ücretlerinin azaltılmasıyla mali kazanç elde etmek,
- Sektörde farklı bilgi teknolojisi sistemlerinin entegrasyonu için yeni faaliyetlerin altyapısını sağlamak,
- Hastaya ve sağlık çalışmalarına elektronik çevreye ulaşım için anahtar sağlamak (13/1,2).

Bu kartta hasta ve hastanın aldığı hizmetler hakkındaki hemen hemen her türlü veri tutulmaktadır. Bu veriler şöyle sıralanabilir:

- Sigortalı kişilerin kimlik detayları,
- Sigorta hizmetini sunan kuruluş, işveren bilgileri, sigortanın geçerliliği,
- Hizmet alınan hekimlere ilişkin kayıtlar,
- Teşhisler ve uygulanan tedavilere ilişkin bilgiler,
- Organ ve doku bağışı ile ilgili bilgiler,
- Alerjiler ve aşılamalar
- Sağlık risk faktörlerine (örneğin kardiyovasküler hastalıklara yatkınlık) ilişkin veriler (13/3).

Kart sisteminde genel memnuniyet oranı ölçüldüğünde, yanıtların %86'sı "çok memnunum" veya "memnunum" olmuştur. Sistemin sunumundan hemen sonra bu oran %82,9 olduğu için, sistemden genel memnuniyetin kullanım seviyesini yükselttiğini düşünmek mümkündür (13/5).

Gelecekte ulusal elektronik kimlik belgelerinin, ülke sınırları dışında da kullanımının sağlanması amaçlanmaktadır (13/10).

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamalar

II.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Zorunlu sağlık sigortası, sağlık hizmetleri finansmanının en önemli kaynağıdır. Sağlık bütçesinin %85'i zorunlu sağlık sigortası primlerinden karşılanır. Finansmanda vergilerden elde edilen kaynağın çok az bir rolü bulunmakta olup, bu oran 1998'de %4 civarındadır. 1998'de isteğe bağlı sigorta gelirleri sağlık hizmetleri bütçesinin %11,6'sını oluşturmuştur. İsteğe bağlı sigorta sistemi tarafından karşılanmayan hizmetler için doğrudan yapılan kişisel ödemeler hakkında yeterli bilgi yoktur.

Slovenya devlet bütçesi, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin tüm yatırım harcamasını karşılamaktadır. Bütçe finansmanı ulusal sağlık programının harcamalarını da kapsamaktadır. Yerel Yönetimler, birincil sağlık hizmetleri için kendi bölgeleri içinde gelir toplamaktadırlar.

Slovenya'da sürekli olarak yaşayan herkes ya zorunlu sigorta sisteminin bir üyesi ya da zorunlu sigorta üyesinin bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sigorta sistemi kapsamındadır. Slovenya'da halk 21 kategoride sigorta sistemi içine alınmıştır. Bu, temelde iki ana gruptan oluşmaktadır. İlk grup beyaz ve mavi yakalı çalışanlardır. Bunların ödedikleri primler gelirlerine oranlıdır. Diğer grup ise çalışmayan ve kazancı olmayanlar ile çocukları kapsamaktadır. Primler bireylerin gelirleriyle orantılıdır; Ocak 2002'den bu yana işçiler ve işverenler toplam gelirin %13,45'ini (%6,56 işveren, %6,36 işçi ve ilave olarak %0,53 mesleki sakatlık ve hastalıklar için işveren tarafından) sigorta primi olarak ödemişlerdir.

İkinci gruptaki insanlar sabit oranlarda prim öderler. Ulusal İşsizlik Kuruluşu her işsiz birey için belirli bir miktar ödeme yapmaktadır. Hiçbir geliri olmayan diğer insanlar, özerk kurumlara kayıtlıdırlar ve bu kurumlar ulusal bütçeye belirli bir miktar ödemek zorundadırlar. Emekliler emeklilik maaşlarının %5,65'i kadar prim öderler. Serbest çalışanlar, çiftçiler, zanaatkarlar, ödedikleri vergi sonrası ellerinde kalan gelire göre belirli oranlarda prim öderler (12/3,4).

Zorunlu sağlık sigortası güvencesi, sigortalı herkese iki tip hak tanır. Birinci tip hak birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmetlerinden, farmötiklerden ve teknik yardımlardan tamamen ücretsiz olarak yararlanma hakkı tanır. İkinci tip, işsizlik sırasında nakit para yardımı alma olanağıdır. Sigorta sisteminin sunduğu olanaklar her türlü hizmeti kapsamakta olup, bazı hizmetler için ek ödemeler yapmak gerekmektedir.

Zorunlu sağlık sigortası nakit kazançları da içine almaktadır:

- 1) Hastalık sebebiyle işe geçici olarak gidememe durumunda kesilen aylık için geri ödemeler,
- 2) Sigortalının ölmesi durumunda cenaze töreni için sağlanan cenaze masrafları geri ödemeleri,
- 3) Ölen sigortalının hayatta kalan aile üyelerine yapılan ölüm yardımı.

Hizmetlerin sunumunda dış kaynak finansmanı önemsiz bir role sahiptir. 1993'ten bu yana bazı dış finansörler, yasal aktiviteleri finanse etmiştir. Slovenya'nın Avrupa Birliği üyeliği için yapılan bu dış desteklerin en önemlisi Dünya Bankası tarafından yapılandır (12/5).

II.5.2. Sağlık Harcamaları

Slovenya 2001 yılı verilerine göre sağlık hizmetleri için GSYİH'nin %7,2'sini kullanmıştır (1993'te %7,1, 1999'da %6,6). Toplam kamu sağlık harcaması, 1999 yılında %86 olarak belirlenmiştir. 1996'dan bu yana özel sigortaların artması ve Slovenya bütçesinin hızlı artışıyla bu oran düşmüştür.

2001 yılı sağlık harcaması, ülke para birimi olan Tolar bazında 313,42 milyar Tolar zorunlu sigortaya yapılmıştır. Ülkede 8,88 milyar Tolar bütçe kaynaklarına (%02 GSYİH) ve 3,32 milyar Tolar yerel kaynaklara (0,07% GSYİH) harcanmıştır.

Son iki yılda harcamalar, doktor maaşların artması, farmasötiklere Katma Değer Vergisi eklenmesi gibi birçok sebepten dolayı artmıştır. Avrupa Topluluğu sürecinde Slovenya, diğer Avrupa Topluluğu ülkelerinde olduğu gibi farmasötikler, teknoloji, sağlık maaşların ve maaşların artışına uyum sağlamaya ihtiyaç duyacaktır (12/5).

Sağlık hizmetleri harcamalarının ana unsurları ilaçlar, tıbbi malzemeler ve çalışan personel giderleridir (ücretler, vergiler, katkı payları ve diğer giderler). Bu harcamaları kontrol altına almak için ücret politikaları ve personelin çalışma süreci düzenlemeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer ülkelerde olduğu gibi Slovenya'da da sağlık hizmetleri Baumol's Hastalıkları dişe adlandırılan (teknolojik gelişmeler sebebiyle artan maliyetler) sorunlarla karşı karşıya gelmektedir.

Slovenya miktar sınırlamaları ile ve maliyet kontrolüyle, giderlerin bazı bölümlerini sigortalılara devredebilmiştir. Böylece kamu sağlık hizmetlerinin GSYİH içindeki oranı artıyor olsa da, bu tür harcamaların seviyesi sabit kalmaktadır. Harcamalar özel kaynaklar üzerine aktarılmadığı sürece, doktrinde ve yasalarda önemli ölçüde değişiklikler olmadığı sürece, bu harcamaların payı giderek artacaktır (10/69).

II.5.3. Anlaşmalı Hizmet Ödemeleri

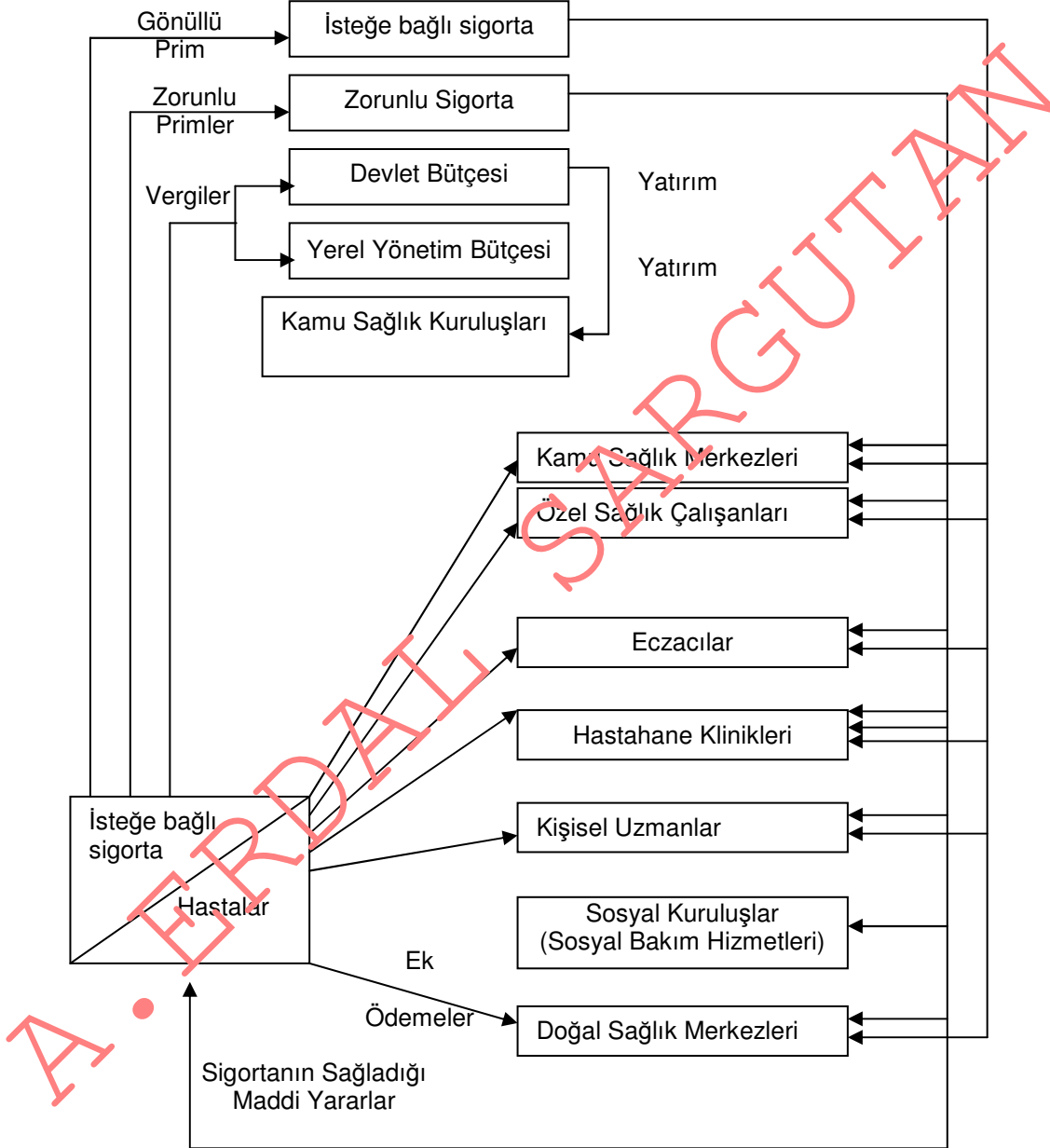
Senelik anlaşmalarda ve zorunlu sigorta sözleşmelerinde üç strateji bulunmaktadır ve bu stratejiler devlet seviyesinden başlamaktadır. Her yıl Sağlık Bakanlığı, SSSK, Tabipler ve Eczacılar Birliği ve diğer temsili kurumlar sigorta hizmet paketi üzerinde anlaşmaya varıp, zorunlu sigorta için ayrılacak bütçeyi belirlemektedirler. 2000 yılında bu kurumlar bütçeyi GSYİH'nın %6,5-7'si olarak belirlemiştir. %7'yi geçen harcamalar ilave kaynaktan karşılanmaktadır.

İkinci aşamada taraflar, kontratın uygulanmasındaki sorumlulukları ve hakları belirlemektedirler. Bunlar üçüncü aşama için temel teşkil ederler ki, bu aşama SSSK ve bireysel sağlık kaynakları arasındaki anlaşmaları oluşturmaktadır. Anlaşmada, sağlanacak hizmetler, ücretler, programlar, ödeme planı ve hesaplar belirlenmektedir (12/7).

II.5.4. Hastahane Ödemeleri

Hastahaneler, kaynağının büyük kısmını SSSK'den sağlamakta ve ileriye yönelik bütçe harcamasının limitini belirlemektedirler. 2001 yılına kadar, başlangıçta vaka başına ödeme metodu belirlenmiştir ve bu dokuz ana kategoriden ibarettir. Daha detaylı ödemeler ise, toplam vakalara bakılarak hastahanelere özel olarak ayrıca belirlenmiştir. Önceleri, her vaka, her hastahane için ayrı fiyattayken daha sonra case-mix ödeme modeli oluşturulmuştur ve 2003 yılından itibaren yürürlükte bulunmaktadır. Fiyatlandırma, bu modelde daha farklı bir yapılandırma göstermektedir (12/8).

Şema 2: Sağlık Sektörü Finansman Akışı



Kaynak: (3) Health Care Systems in Transition, Slovenia (2002) s: 61.

II.5.5. Sağlık Merkezleri Ve Doktorların Ödemeleri

Primer sağlık merkezleri, bölgesel sağlık sigorta bütçesinden hizmetlere göre kişi başına (kapitasyon) kombinasyonu ile ödenmektedir. Primer sağlık merkezi doktorları, maaşlı olarak ya da özel sözleşmelerle veya SSSK sözleşmesiyle çalışmaktadır veya sözleşmeden bağımsız olarak özel çalışmaktadırlar. Çalışan doktorlar sağlık merkezi veya sağlık birimlerinde maaşa bağlanmıştır. Özel doktorların geliri doğrudan kişisel ödemelerle veya isteğe bağlı sigorta ile karşılanır.

Hastahanedeyen veya kamu sağlık merkezlerinde çalışan doktorlar maaşlıdır ve buralarda ek ücret ödemeleri yapılmaktadır. 2001 yılında doktorların ortalama kazancı Slovenya'daki maaş ortalamasının 2,5 katını bulmaktadır (12/8).

II.5.6. Özel Sektör

Sağlık sisteminde özel sektöre ait kaynaklar yıldan yıla artmaktadır. En geniş özel finansman kaynağı, isteğe bağlı sigortalardır. 1991'de %1,5 olan bu oran 1994'te %8'e, 1998'te de %11,6'ya yükselmiştir. Halen, zorunlu sigorta kapsamında olan insanların %95'i, doğrudan kişisel ödeme gereken hallerde karşı, isteğe bağlı sigorta sistemi içinde de yer almaktadır (12/5).

Kamu hizmetlerinin verilış şekli ve işleyişini tanımlamak, kamu ve özel sağlık sektörü arasında bir problem gibi görülmektedir. 1991–2001 yılları arasında özel sağlık hizmetleri sunan programlar ve kuruluşlar bulunmazken, bu durum artık önemli ölçüde değişmeye başlamıştır. Artık kamu sağlık hizmetleri içinde yer almayan bir takım sağlık hizmetleri özel sağlık sektöründen karşılanabilmektedir. Sağlık sistemi, yasasına uygun bir şekilde hizmet vermek için, hizmeti sağlayanların lisans sahibi olması (çalışma izni) ve bu alanda gerekli eğitimi almış sağlık personeli olması gibi şartlar aranmaktadır. Bu hizmetler anlaşmalı kurumlar tarafından doğrudan doğruya verilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin asıl sağlayıcıları, üyelerine lisans verip alma yetkisine sahip Tabipler Birliğine bağlı hekimlerdir. Kamu sağlık hizmetleri, kamu sağlık kuruluşlarında çalışan personel ve bir takım imtiyazlara sahip özel hekimler tarafından verilmektedir (10/67).

II.6. Sağlık Sisteminde Devam Eden Projeler

Sağlık hizmetleri alanında devam eden pek çok proje vardır. Çalışmaların çoğu ulusal düzeyde (mesleki) dernekler tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığınca yürütülen iki önemli proje vardır (9/31):

1. Sağlık Sistemi Modernizasyon Projesi: Bu proje, Dünya Bankası sponsorluğunda yürütülen bir proje olup, projenin uygulanmasına 2000 yılında başlanılmıştır. Projenin tamamlanması 6 yıl sürecektir (15/1). Ulusal sağlık sisteminin etkinliğini geliştirme amacı taşımaktadır. Temel amaçlar politika gelişimi, standartlar oluşturma ve entegre sağlık bilgi değişim yönetiminin kurulmasıdır.

Projedeki partnerler Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu, Kamu Sağlığı Kurumu'dur. Projenin test edildiği 3 pilot yer, Merkezi Hastahane Ljubljana, Genel Hastahane Maribor ve Genel Hastahane Tesenice'dir (15/6).

Önceliklerden biri, bütünleşmiş bir sağlık bilgi sistemi kurmaktır. Sonraki öncelik, hastaların kaliteli hizmet almalarını sağlamak için sağlık hizmetlerini kalite yönetimine uygun olarak sunmaktır. Yönetim, uygun maliyette hizmet ve kaynakları toplumsal önceliklere göre yönetimini sağlayacaktır. Projenin gelecekteki halk sağlığı politikası için bir çerçeve çizeceği düşünülmektedir.

Hükümet, bütünleşmiş sağlık bilgi sistemi ile yönetim kararlarındaki değişim etkilerini izleyebilecektir. Önceliklerin belirlenmesi, stratejik planlama, politik gelişim sorumluluğunda işbirliğinin (en üst yönetime kadar) proje ile gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Kurumu, yüksek nitelikli veriye sahip olacak, bu verilerin stratejik kararların alınmasında, uygun hizmetlerin uygun maliyette sunulmasında büyük rol oynayacaktır. Kamu Sağlığı Kurumu, nitelikli istatistikî verilerle donanacak ve öncelikler ve politik kararlar için daha uygun teklifler ve analizler yapacaktır. Hastahaneler, hekimler ve diğer personel için proje daha fazla otonomi sağlayacak, uygun maliyetlerde uygun hizmetlerin belirlenmesinde ve rasyonel kararlarda daha fazla sorumluluk alacaktır. Projenin nihai hedefi, ortak sağlık politikası hedeflerinin ve sağlık hizmeti sunulmasındaki kararların belirlenmesi, sözleşme zorunluluklarının denetimi, sağlık hizmetlerinde rasyonel alımın sağlanması, hizmetlerin uygun maliyette sunulması ve bütünleşmiş sağlık hizmetleri bilgi sistemini kullanmak yoluyla uzun dönemli sağlık hizmetlerinde kalite gelişiminin sağlanmasıdır (15/9).

2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Projesi: Sağlık hizmetlerinde kalite projesi Sağlık Bakanlığı, Tabipler Birliği ve Ulusal Sağlık Sigortası Kurumunca yürütülmektedir. Projenin amacı, tüm tıp uzmanlar, veri toplama, analiz ve geri bildirim işlemleri için kalite göstergeleri gelişiminin sağlanmasıdır (9/32).

III. SLOVENYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3: Slovenya Ve Türkiye'ye İlişkin Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	SLOVENYA	TÜRKİYE
Toplam Nüfus (milyon kişi)	2,0	69,3
Nüfus Artış Oranı (2001–2015)	-0,2	1,2
Toplam doğurganlık hızı (kadın başına çocuk sayısı)	1.1	2.4
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	75,9	70,1
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	4	36
Kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması (USD)	1463	314
GSMH'dan sağlığa ayrılan pay	Kamu 6,3	Kamu 3,6
	Özel 1,8	Özel 1,4

Kaynak: (5) UN (2004), UNDP "Human Development Index" s:237,238, 250, 251, 254, 255, 278, 279

Roemer'in sınıflandırmasına göre Slovenya sağlık sistemi, kamu hizmetleri ve kaynakları sistem içerisinde ağırlıklı olmakla beraber, sosyal sigorta kuruluşları yaygınlaştırılarak Refai Yönelimli / Sigorta yapısı kurmaya çalışmaktadır. Slovenya'da toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek kamunun görev ve sorumlulukları arasındadır. Türkiye ile bu yönde benzerlik göstermektedir.

Slovenya'da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli planların hazırlanmasında, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumlulukları baskındır. Birincil sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunulmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından tek elden yönetilmesi ve yürütülmesi konusunda oldukça başarılıdır. Türkiye'de ise birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmetlerinin sağlanması, sunulması ve finansmanı, devlet adına Sağlık Bakanlığının görevi ve sorumluluğu altında olmasına rağmen, bu hizmetlerin sunulmasında diğer kamu ve özel sektör kuruluşları ile sosyal sigortalar yaygın durumdadır.

Slovenya'da sağlık hizmetleri sunumunda yeteri kadar özel sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar bulunmamaktadır. Özel sağlık hizmetleri yeni yeni gelişmeye başlamıştır. 50 yatağı geçmeyen kâr amaçlı özel hastahaneler mevcuttur.

Slovenya'da sağlık hizmetlerinin özelleştirme çalışmaları bulunmazken, hükümet sağlık sisteminde özel sağlık hizmetleri arzını artırma çabası içerisinde. Türkiye'de ise, özel sektör daha çok muayenehane ve tıbbi araç-gereç düzeyinde yaygın olarak örgütlenmiştir.

Slovenya'da zorunlu kamu sağlık sigortası tüm halkı kapsamaktadır. Ancak zorunlu sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin tümünü karşılamamakta olup, diğer hizmet ve masraflar için bireyler isteğe bağlı sağlık sigortası yaptırmaktadır. Türkiye'de hastalık halini kapsayan, kamu ve özel sektörde çalışanlar için primli zorunlu hastalık sigorta sistemi vardır. İşleyiş ve uygulamadaki aksaklıklara rağmen Türkiye nüfusunun %65-70 kadarı sosyal güvenlik çatısı altındadır.

Slovenya'da sağlık hizmetlerinde sağlık insangücü yeterli düzeyde değildir. Hekimlerin bazı bölgelerde eksiklikleri mevcuttur. Özellikle geri kalmış bölgelerde sağlık hizmeti sunabilmek için yeterli sayıda hekim sağlamak zorluklar yaşanmaktadır. Bu durum Türkiye ile çok büyük benzerlikler göstermektedir.

Slovenya'da ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinden faydalanmak için bir sevk zinciri mevcuttur. Slovenya'da sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk başvuru yer birincil sağlık hizmetleridir. Daha ileri tetkik ve tedavi gerektiğinde ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sevk gerekmektedir. Slovenya'da sevk sistemi başarıyla uygulanmaktadır. Türkiye'de sevk sistemi uygulamaları başarısızdır.

Slovenya'da kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında insangücü kaynaklarında yaşanan yetersizlikler kamu sağlığı faaliyetlerini yürütmekte zorluklar çıkarmaktadır. Bu sıkıntılar en çok yönetim, stratejik planlama, sağlık hizmetlerinin denetlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde görülmektedir. Bu durum Türkiye ile benzerlik göstermektedir.

Slovenya'da sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak tedaviye yöneliktir. İlaç tüketimi oldukça fazladır. Türkiye bu hususta Slovenya ile benzerlik göstermektedir. Bu durum sağlık harcamalarını azaltmak isteyen politikalarla uyumsuzdur.

Slovenya sağlık sistemi içerisinde üniversite tıp merkezleri ve diğer sağlıkla ilgili üniversite bölümleri doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı üniversite hastahanelerinin denetlenmesiyle yükümlüdür.

Slovenya'da sağlık hizmetlerinden faydalanmak için herkesin elektronik kartı bulunmaktadır. Bireyler tüm sağlık işlemlerini tek bir karttan yürütmektedir. Türkiye'de henüz böyle bir uygulama mevcut değildir.

Genel olarak Sloven halkı sağlık sisteminden ve sunulan hizmetlerden memnuluk düzeyi yüksektir. Bu durum Türkiye için halen geçerli değildir. Her gün artan sorunlar ve bozulmalar sistemin çalışmasını tıkamıştır. Halkın sağlık sisteminden memnuluk düzeyi oldukça düşüktür.

KAYNAKLAR

1. CIA (2003) Slovenya, İçinden: The World Factbook, <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/prints.html>. (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
2. Pekcan, E. Palacioğlu, T. (1998) Slovenya Ülke Etüdü, İT s (2002) Health C, İstanbul.
3. European Observatory On Health Care System Care Systems in Transition, Slovenia. <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
4. Republic Of Slovenia (2003), Education, İçinden: General Information about Slovenia, <http://www.gov.si/vrs/ang/slovenia/education.html>, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
5. UN (2004), UNDP Human Development Index, www.undp.org.
6. Republic Of Slovenia (2003), The Economy, İçinden: General Information about Slovenia, <http://www.gov.si/vrs/ang/slovenia/the-economy.html>, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
7. Republic Of Slovenia (2003), State and the Political System, İçinden: General Information about Slovenia, <http://www.gov.si/vrs/ang/slovenia/state-and-political-system.html>, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
8. Republic Of Slovenia (2003) Slovenia and the World, İçinden: General Information about Slovenia, <http://www.gov.si/vrs/ang/slovenia/slovenia-and-the-world.html>, (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
9. Kersnik, J. (2001) Quality in the Slovene National Health System, State of The art Report, http://www.drmed.org/angleski_clanki/dl/report-who.doc, Ljubljana.
10. Javornik, J., Korosec, V. (2003) Human Development Report Slovenia 2002/2003, <http://www.gov.si/zmar/aprojekt/hdr/02-03>.
11. WHO Regional Office for Europe (2001), Highlights on Health In Slovenia, http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1999/monitoring/slovenia_en.pdf

12. European Observatory on Health Care Systems (2002) Health Care Systems in Transition, Slovenia HiT Summary
[http://www.euro.who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfoRes?COUNTRY=SVNsubmit 1=Go](http://www.euro.who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfoRes?COUNTRY=SVNsubmit%201=Go),
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
13. Institut Sichere Telekooperation (2002), SIT – SmartCard Workshop
http://www.sit.fhg.de/smartcard-ws/ws_2002_Dokumente.html,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
14. WHO, (2004) Slovenia,
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=svn>,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
15. The World Bank Group, (1999)
http://www.-wds.worldbank.org/servlet/WDS_Ibank_Servlet?cont=detailseid=00094946_99081

A. ERDAL

SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN