

**DOSYA/DERLEME****SLOVAKYA SAĞLIK SİSTEMİ VE SON 20 YILDAKİ REFORMLAR**

Aslı DAVAS\*

“Geçen sene Slovaklar, aile doktorlarına Avrupa ülkeleri ortalamasından üç kat fazla olarak 16 kez başvurular. Ayrıca geçen sene 42 ton kullanılmamış ilaç kimyacılara geri gönderildi.” Alexandra Novotna-Bakanlık Basın Sözcüsü (Krosnar, 2003)

Bu derlemenin konusunu yaklaşık bin yıl Avusturya Macaristan İmparatorluğuna bağlı olarak yaşadıkdan sonra kısa dönemler hariç Çek Cumhuriyeti içinde varlığını sürdüren Slovakya'nın sağlık sistemi oluşturmaktadır. 1968'de Varşova Paktının sosyalist iktidarı sürdürme çabaları sona erdikten sonra Çekoslovakya Sosyalist Cumhuriyeti, Çek ve Slovak Federe devletlerine bölünmüştür. Bu süreç 1993 yılında her iki ülkenin bağımsızlığını ilan etmesine kadar sürmüştür. Kasım 1989'da Kadife Devrim'le gerçekleşen sosyalist devletin terkedilmesi sürecinde bu iki ülkede de aynı Türkiye'de olduğu gibi desantralizasyon ve sağlık reformları gündeme gelmiştir. Ücretlerin liberalizasyonu, ulusal para biriminin konvertibl hale getirilmesi, makroekonomik stabilizasyon ve kapsamlı özelleştirme politikaları gibi Türkiye'de de oldukça sık duyulan müdahaleler serbest pazar ekonomisine dönüşümün temel bileşenlerini oluşturmuş bu nedenle de sağlık reformlarına özelleştirme süreci damgasını vurmuştur (Hlavaèka, 2004; Nemeç, 2005). Slovakya ile Türkiye arasında ekonomik,

demografik, kültürel ve sosyal açılardan önemli farklar mevcuttur, fakat uygulanmaya çalışılan reform uygulamaları benzerdir. Reform uygulamalarındaki en önemli fark ise orada sürecin, komünist rejimi değiştirmeye yol açan değerler bütünü oluşturulan ideolojinin sonucu olarak bir özelleştirme süreci olduğunun rahatça telaffuz edilebilmesidir. Çünkü komünist rejimi değiştirenler için özelleştirme ve özgürlük aynı cümle içinde telaffuz edilebilmektedir. Bu yazıda da Slovakya'daki sağlık sistemi sağlık reformları ve desantralizasyonun etkileri vurgulanarak tanıtılmaya çalışılacaktır.

**Genel olarak Slovakya**

Slovakya, küçük bir orta Avrupa ülkesidir. Nüfusun %85,8'ini Slovaklar, %9,7'sini Macarlar, %1,7'sini Romanlar, %0,8'ini ise Çekler oluşturmaktadır. Sosyal ve ekonomik göstergelerde eşitsizlikler açısından önemli olan Roman nüfusunun, nüfus sayımlarında oldukça az bir yüzdeyle temsil edilmelerine rağmen gerçekte yaklaşık 400-600 bin civarında olduğu tahmin edilmektedir. Yıllık nüfus artış hızı Avrupa ortalamasının altında olan ülkede yaşlı nüfus oranı oldukça fazladır (Tablo 1). 1990'larda beklenen yaşam süresi Avrupa'nın üzerindeyken, günümüzde Avrupa ortalamasının altına düşmüştür. Erkeklerin beklenen yaşam süresi ülke içindeki alt bölgeler arasında 5-6 yıl gibi farklılıklar göstermektedir. En önemli ölüm nedenleri dolaşım sistemi hastalıkları (%54,5) ve kanserlerdir (%22). Bebek ölümleri 1991'de binde 10,9 iken 2004 yılında binde 6,0'a düşmüştür, anne ölüm hızı da yüzbin canlı doğumda 3,1'dir.

\*Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tablo 1. Slovakya ile ilgili bazı göstergeler

Gösterge	
Nüfus (2005)*	5,4 milyon
Yıllık nüfus artış hızı (2005)*	%0,1
65 yaş üstü nüfus (2001)**	%18,0
Doğumda beklenen ort. yaşam süresi kadın (2005)*	77,8
Doğumda beklenen ort. yaşam süresi erkek (2005)*	70,3
Erişkin okur yazarlık (15 yaş ↑)(2004)**	%100
Kişi başına düşen GSMH* (2004)**	6480\$
Kişi başına düşen sağlık harcaması (2003)**	360\$
GSMH'dan sağlığa ayrılan pay (2004)**	%5,9
Standardize işsizlik hızı (2005)***	%18,1

Kaynak: \*World development indicators 2006, \*\*Worldbank HNP data, \*\*\*OECD Health Data,2004;

Dünya Bankası verilerine göre kişi başına düşen GSMH'ı 2004 yılında 6480\$ olan ülkede, kişi başına düşen sağlık harcaması 360\$'dır. İşsizlik hızı çok yüksek olan Slovakya'da, 1998'de %82,4 olan GSMH üretiminde özel sektör payı 2002 yılında %88,9'a çıkmıştır ve özelleştirme bütün hızıyla devam etmektedir. (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). İşsizlik hızının %23'lere çıktığı bölgeler mevcuttur (UNDP, 2002). Kayıt dışı çalışmanın yüksek olduğu ülkelerden olduğu bilinmektedir. Slovak Cumhuriyeti İstatistik Bürosu'nun hesaplamalarına göre 2001 yılında 140 bin kişinin kayıt dışı ekonomik sektörde çalıştığı tahmin edilmektedir (Vagaè, 2004).

Desantralizasyonun 1996 yılında gündeme gelmesiyle, idari açıdan 8 bölge (region) ve 79 alt bölgeye (district) bölünmüştür. 1999 yılında yürürlüğe konan yeni bir kamu yönetim reformuyla yerelin güçlendirilmesi çabaları yoğunlaşmıştır. Yerel düzeyde belediyeler özerk hükümet yapıları gibi iş görmektedir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). Küçük bir ülke olmasına rağmen dini, etnik, ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan derin farklılıklar mevcuttur. Doğu-batı, dağlık ve diğer alanlar, kentsel, kırsal alanlar, dini ve etnik kimlikler bu farklılıklara örnek gösterilebilir (Hlavaèka, 2004).

#### Sağlık sistemlerinin tarihsel yapısı:

Slovakya sağlık sistemleri tarihsel açıdan dört dönemde incelenebilir.

19. yüzyıl sonlarında Avusturya Macaristan İmparatorluğu'na bağlı olduğu ilk dönemde sadece bazı gruplara kaza ve hastalık sigortalarını da içeren bir sosyal sigorta hizmeti sunulmaktayken, Çek Cumhuriyeti'nin kurulmasından sonra 1918 yılında sosyal sigortaya dayalı Bismarck tipi bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. Hastalık sigortası yasa gereği nüfusun oldukça büyük bir kesimi için zorunlu hale getirilmesine rağmen sadece ayrıcalıklı sektörlerde çalışanlarla sınırlı kalmış, köylü ve işsizleri kapsamamıştır. Bu dönemde çoğu aile hekimliğinden oluşan ve doğrudan cepten ödemeyle karşılanan özel sağlık hizmet sunucuları da mevcuttur. 1948-1968 yılları arasındaki ikinci dönemde tüm sağlık hizmetleri kamulaştırılmış ve tüm sigortalarda (emeklilik, engellilik, hastalık gibi) tek elde toplanmıştır. Bu müdahaleyle sağlık sistemi Sovyet tipi bir modele dönüştürülmeye

başlanmıştır. 1951 yılında çıkarılan bir yasayla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleştirilmiştir. Ayakta ve yatarak hizmetler hastaneler ve polikliniklerde sunulmaya başlanmıştır. 1952'de yürürlüğe giren Hijyen Anti-Epidemi yasasıyla hijyen istasyonları ve araştırma enstitüleri kurulmuş ve hijyenci hekimler sisteme tanıtılmıştır. Öncelik sağlık göstergelerinin düzeltilmesine ve sağlık eğitimine verilmiştir ve sağlık sistemi nüfusun %95'ini kapsar hale getirilmiştir. 1950'lerde bulaşıcı hastalıklarla özellikle tüberkülozla mücadelede büyük bir başarı kazanılmıştır. 1966'daki sağlık hizmet yasasıyla sigortaya dayalı finansman genel vergilerle finansmana dönüştürülmüştür. İlaç ve tıbbi yardımlarda dahil olmak üzere tüm sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Sağlık sistem yapısı ve örgütlenmesi tek elde toplanmıştır. Sağlık kurumları ve hijyen istasyonları hiyerarşik bir yapı içinde yeniden tanımlanmıştır. Tüm sağlık hizmetlerinin yatay ve dikey örgütlenmeleri tamamlanmıştır. Merkezi hükümet sağlık bakanlığı, harcamalar için gerekli bütçeyi, bölge ve alt bölge ulusal sağlık komiteleri aracılığıyla dağıtmıştır (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

Üçüncü dönemin 1968'de Slovak Sosyalist Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla başladığını söylemek mümkündür. Bu dönem, bir önceki döneme benzemekle birlikte uzmanlaşmanın ve hastane sayısının arttığı bir dönem olarak tanımlanabilir. Temel ilkeleri, sağlık sisteminin sorumluluğunun, kurumların da sahibi olan devlete ait olması, tüm nüfusa sağlık hizmeti verilmesi, bilim ve uygulamanın birliği, sağlık hizmetlerinin korumaya odaklı olmakla birlikte bütüncül olarak sunumu, hizmetin gerekli tüm ihtiyaçları kapsamaması ve ücretsiz olmasıdır (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

Bu dönemde birinci basamakta yerel düzeyde sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekibin çalıştığı sağlık merkezleri yer almaktadır: yetişkinler için bir dahiliye/ cerrahi hekim ve hemşire, 15 yaşına kadar olan çocuklar için bir çocuk uzmanı, bir jinekolog ve kadınlar için bir hemşire, bir diş hekimi ve diş teknisyeni. Bu ekip ikamete göre belirlenmiş 3200-3800 nüfusa hizmet vermiştir. Bu sağlık merkezleri ulusal sağlık hizmetlerinin yerel enstitüsüne bağlı olan, 30-50 bin nüfusa hizmet veren ve tip I poliklinikleri olan hastanelerle işbirliği içinde çalışmıştır. Tip I hastaneler dahiliye, pediatri, jinekoloji ve

cerrahi olmak üzere dört uzmanlık alanında hizmet vermekteyken Tip II adı verilen hastanelerde de daha fazla uzmanlık tipi hizmet vermiştir. Tip III hastanelerde ileri uzmanlaşma mevcuttur ve 1-1,5 milyona hizmet sunmuşlardır. Ayrıca bu grup eğitim hastaneleri olarak da görev yapmıştır (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). Bu dönemde sadece üst düzey bazı bürokratların ulaşabileceği yüksek kaliteli hizmet veren birkaç kurum dışında sağlık sistemine ulaşımında hakkaniyetle ilgili hedeflerin hepsi gerçekleştirilmiştir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). Eski sistem bazı kesimlerce sıklıkla modası geçmiş ve verimsiz olarak tanımlanmaktadır, fakat eski sistemle GSMH'nın sadece %5'i kullanılarak, gereksinimlerin çoğunun karşılanmış olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu dönemde uzun bekleme listeleri de belirgin bir sorun oluşturmamıştır (Nemec, 2005).

Son dönem 1989'dan beri süregelen hala yapılanmasını tamamlanmamış, tekrar sigorta sistemine dönüşün ve özelleştirmenin damgasını vurduğu dönem olarak tanımlanabilir. Bu dönem yazının ilerleyen bölümlerinde ayrıntılı olarak aktarılacaktır.

#### Sağlık sisteminin finansmanı

1993'e kadar genel vergilerden finanse edilen sağlık sistemi, 1994 yılında Bismarck tipi sosyal sağlık sigortası modeliyle finanse edilmeye başlanmıştır. Bu tarihten itibaren sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük oranda sigorta şirketlerine delege edilmiştir. Tablo 2'de sağlık sistemi finansman kaynakları sunulmuştur. OECD verilerine göre 2001 yılında sosyal sigortanın payı %84,9'dur ki OECD ülkeleri ortalamasının oldukça üzerindedir. Fakat bu değer içinde devlet bütçesinden karşılanan prim ödemeleri de yer almaktadır. Primleri devlet tarafından ödenenler ise işsizler, bağımlılar, yaşlılar, askerler ve engellilerden oluşmaktadır. 2001 yılında nüfusun yaklaşık %60'ının primlerine devlet çeşitli oranlarda katkıda bulunmaktadır ve bu da sosyal sigorta primlerinin yaklaşık %27'sini oluşturmaktadır. Prim ödemeleri ücretlilerde %10 işveren, %4 çalışan olmak üzere, bağımsız çalışanlardan da gelirin %14'ü olacak şekilde yapılmaktadır. Bireylerin sigortaya ödeyecekleri en fazla miktar sınırlandırılmıştır (Colombo, 2003; Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

Primler devletin yetkilendirdiği "kar amacı gütmeyen" sigorta şirketleri tarafından toplanmaktadır (Colombo, 2003; Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). Sigorta şirketleri her sene içeriği devlet tarafından belirlenen bir teminat paketiyle ilgili harcamaları üstlenmişlerdir. Şirketler tüm

hizmet sunucularla senelik sözleşmeler yapmakta ve ödemeleri doğrudan bu kişi ve kurumlara yapmaktadırlar. Kimlerin hizmet sunucu ağına dahil olabileceği ve bu sigorta şirketleriyle anlaşma yapabileceği ise Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir (Colombo, 2003).

Tablo 2'de görüldüğü gibi sigorta şirketlerinin yıllar içindeki payı değişime uğramazken genel vergilerden yapılan katkılarda yaklaşık %5'lik bir azalma olmuş, bu fark da cepten ödemelere yansımıştır. Cepten ödemelerin kaynaklar içindeki oranı OECD ülkeleri ortalamasının altındadır. Bunun dışında halkın, katılım payı adı altında, devlet tarafından belirlenen resmi cepten ödemelerin dışında, hizmet alabilmek için hekimlere doğrudan ve aşıktan (kayıtlı olmayan) ödemeler yaptığı bilinmektedir. Bu ödemelerin miktarı resmi olarak belirlenemediğinden Tablo 2'de belirtilmemiştir (Colombo, 2003). Özetle, Slovakya'da cepten özel harcamaların üç tipi mevcuttur:

1. Özel hekimlere, kurumlara, bazı dış hizmetlerine, gözle ilgili gözlük gibi protezlere, tıbbi cihazlara yapılan ek ödemelerle, verilerin işlenmesi, yemek, ulaşım ve hastane otelcilik hizmetlerine yapılan sınırları yasalarca belirlenmiş marjinal ek ödemeler.

2. Sağlık hizmet sunucularına yasal olmamasına rağmen yapılan informal ödemeler.

3. İsteğe bağlı ek özel sigorta primleri (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

1999 yılında Dünya Bankası/USAID araştırmasında, GP başvurularının %71'inde, uzman başvurularının %59'unda ve on hastane başvurusundan üçünde informal cepten ödemelerin yapıldığı gösterilmiştir (Colombo, 2003).

#### Harcamalar

Toplanan paranın nereye harcadığını incelediğimizde, harcamalar içinde en belirgin değişim kaleminin ilaç ve tıbbi malzeme olduğu görülmektedir (Tablo3). Kamusal üretim ve dağıtımın kalkması, eczanelerin özelleştirilmesi gibi önemli adımların bu değişime neden olduğu düşünülmektedir. 1996 ile 2002 yılı arasında ilaç harcamaları %100 artmış, neredeyse tüm hastane harcamalarına denk hale gelmiştir. Bu artışın daha etkili ama çok daha pahalı ilaçların ithalatı sonucunda gerçekleştiği düşünülmektedir. Kanıta dayalı tıbbın yerleşmemesi ve reçetelemeyle ilgili etkili denetleme mekanizmaları geliştirilmemesi, ilaç firmalarının

Tablo2. Sağlık sistemi finansman kaynakları (% , nominal değerler )

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Sağlık sigortası	60.6	59.8	60.5	62.4	61.4	61.9	60.8
Genel vergi	33.9	34.2	31.6	29.6	28.6	27.7	29.0
Doğrudan(cepten) ödemeler-resmi	5.4	6.0	7.9	8.0	10.0	10.4	10.2
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: Pazitny and Zajac (2002)

hekimlere rüşvet vererek daha pahalı ve daha fazla miktarda ilaçları yazmalarını sağlamalarını kolaylaştırmıştır (Nemec, 2005).

1990'ların ortalarından beri harcamalar prim gelirlerinden fazla olmaktadır. 2002 yılında sosyal sigorta gelirleri GSMH'nin %6,4'ünü oluştururken harcamalar %7,2'sini oluşturmaktadır. Bu borç birikiminin en önemli nedenleri olarak işverenlerin çalışanlara ait, hükümetin de bütçedeki sıkıntılar nedeniyle üstlendiği ekonomik olarak aktif olmayan kesime ait primleri ödememesi olarak sıralanmaktadır (Health System Watch Quarterly, 2005). Devlet hem hastanelerin hem de sigorta şirketlerinin borçlarını kapatmakta ya da çeşitli düzeylerde yardımlarda bulunmaktadır. (Pazitny, 2005).

Bu mali açığın, tüm özelleştirme gelirlerinden bütçenin %1'i kadar bir miktarın sisteme aktarılmasına rağmen devam ediyor olması finansman konusundaki endişeleri arttırmaktadır (Colombo, 2003).

1995 yılından 2002'ye kadar olan süreçte birinci basamağın özelleşmesiyle birlikte hizmet kullanımının ve yıllar içinde birinci basamağa yapılan harcamaların arttığı görülmektedir (Tablo 3) (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005; Krosnar, 2003).

Hastanelere ödeme biçimleri yıllar içinde sürekli değişim göstermiştir. 1993'te Almanya'dan ithal edilen hizmet başı ödemeler modeli gündemdeyken daha sonra yatılan gün sayısına dayanan bir ödeme biçimi gündeme gelmiştir. 1994 yılında performansa dayalı sisteme geçilmiş, yatılan gün başına yapılacak ödeme beş farklı hastane grubuna göre belirlenmeye başlamıştır. Bu gruplara verilen ödeme oranları hastaneler, sağlık bakanlığı, maliye bakanlığı ve sigorta şirketleri arasında yürütülen görüşmeler sonucunda belirlenmektedir. Bu modelin de işlememesi nedeniyle 1995 yılında yapılan başka bir müdahaleyle sigortalıların oluşması beklenen maliyetin %80'ini ödemesi ve kesin maliyetinde dört ay içinde belirlenmesine dayanan bir sisteme geçilmiştir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). 1999 yılında bu sistemlerin işlememesi sonucunda hastanelere prospektif olarak toplam bir bütçe sağlayan sisteme geçilmiştir. Bu sistem bir önceki ayda belli bir hastanede belli bir sigorta şirketine bağlı tedavi olan sigortalı sayısı ve alınan hizmet miktarına dayalı bir ödeme tipine dayalıdır. Sigorta

şirketlerinin hastanelerin ödemelerini zamanında yapmaması nedeniyle bu sistem de çıkmaza girmiş ve 2001 yılında tanıya dayalı, hastane ve uzmanlık tipine göre ödemelerin sınıflandırıldığı bir sisteme geçilmiştir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

### Örgütsel Yapı

Reformların temelini özelleştirme ve desantralizasyon oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak örgütlenmede önemli değişiklikler oluşmuştur. En önemli iki değişiklik hizmet sunumu ile finansmanın ayrılması ve finansmanın sigorta şirketlerine devridir. Bu süreçte sağlık bakanlığı birinci ve ikinci basamak ayakta tedavi hizmetlerinden çekilmiştir. Şekil 1'de de görüldüğü gibi özelleştirilmesi tamamlanmış tüm birimler sağlık bakanlığı mülkiyetinden çıkmıştır.

### Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı yerel halk sağlığı bürolarının, araştırma enstitülerinin ve henüz özelleştirilmemiş hastanelerin sahibidir ve idaresinden sorumludur. Sigorta şirketlerini kontrol etme görevini sürdürmektedir. Ayrıca 1999 yılından beri Genel Sağlık Sigortası Şirketi tarafından oluşturulan sigortalıların merkezi kayıtlarını korumak, sigorta şirketlerini kontrol etmek ve Ocak 2004'ten itibaren de ilaç ve tıbbi malzeme fiyatları ile sağlık hizmeti ücretlerinin belirlenmesi dayanışma teminat paketine dahil edilecek ilaç kategorilerinin belirlenmesi gibi görevleri mevcuttur.

Ekim 2004'te sağlık sigorta şirketlerinin üzerindeki kurumsal kontrolü güçlendirmek amacıyla Sağlık Hizmetleri İzlem ve Denetim Bürosu kurulmuş ve bu büronun "dayanışma paketi" olarak da adlandırılan satın alınan temel teminat paketine dolayısıyla sağlık hizmetlerinin içeriğine ve kapsayıcılığına odaklanması aynı zamanda da sağlık kurumlarında provizyonları verilen (onaylanan) sağlık sigorta şirketlerinin kaynaklarınca finanse edilen sağlık hizmetlerinin kontrolünün yapılması hedeflenmiştir. Bu büro Kasım 2004'de çalışmaya başlamış, Ocak 2005 yılında gündeme getirilen daha kapsamlı reform paketiyle güçlendirilmiştir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

### Sigorta Şirketleri

1994'te oniki olan sigorta şirketlerinin sayısı artan borçları ve sigortalayabilecekleri sigortalılarla ilgili

Tablo 3. Slovakya sağlık sisteminde harcamaların yıllar içinde değişimi

Harcamalar	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Birinci basamak	1.3	4.3	4.5	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1
İkinci basamak ayaktan tedavi	0.0	0.2	1.3	1.5	1.8	1.9	2.1	2.2
Hastaneler	25.3	21.4	24.0	25.6	25.0	26.0	28.1	30.1
İlaç ve tıbbi malzeme	2.0	12.2	14.5	16.1	18.8	20.6	22.8	24.1
Diğer	0.9	1.1	3.4	5.0	4.1	6.9	7.7	8.3
Sağlık Bakanlığı	4.1	4.6	4.9	4.7	4.4	4.5	4.9	4.8

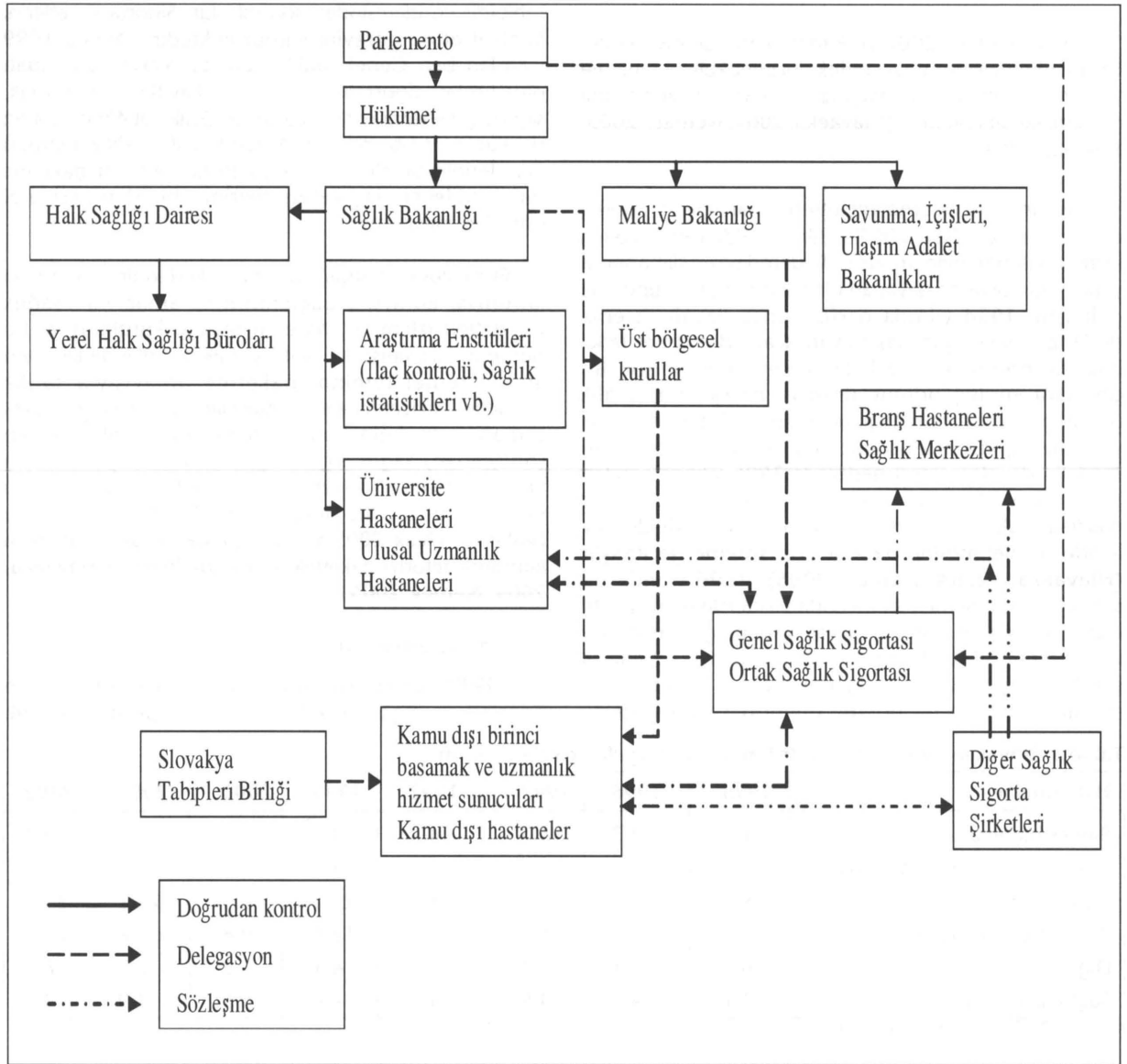
Kaynak: Paz? itny' and Zajac (2002)

kısıtlamalar nedeniyle bugün beşe inmiştir. Bu şirketlerden en büyüğü olan devlet garantörlüğünde kurulan ve reform önerilen tüm ülkelerde de benzer şekilde isimlendirilen Genel Sağlık Sigortası Şirketi'nin sigortalı sayısı açısından payı %66'dır. Savunma Bakanlığı, Demiryolları, İçişleri Sigorta Şirketlerinin birleşmesiyle oluşan ve sigortalıların %12,9'una hizmet veren Ortak Sigorta Şirketi de devlet garantisi taşımaktadır. Diğer üç şirket ise tamamen özel sektöre dayalıdır. (Colombo, 2003; Hlavaëka, 2004; Nemec, 2005).

İlk başta (1994) çok sayıda sigorta şirketinin bulunması, bireylerin istedikleri sigorta şirketini istedikleri zamanda değiştirme olanakları, bazı sigorta şirketlerinin kendilerinin tercih edilmesi için motive edici çabaları, şirketler arasında ekonomik olarak aktif sigortalıların dağılımını eşitsiz yönde etkilemiştir. Bu nedenle de bazı

sigorta şirketleri yeterince prim toplayamadıkları ve devlet kendi ödemesi gereken prim payını düzenli ödeyemediği için birinci basamak hekimleri, hastaneler, eczaneler gibi hizmet sunuculara borçlarını ödeyememişlerdir. Bu borçların garantör devlet tarafından ödenme süresi 2004 yılına kadar sürmüştür. Düzenli prim ödeyebileceklerin ya da sağlık harcamaları fazla olan kesimin sigorta şirketleri arasında dağılımının nasıl sağlanacağıyla ilgili ilki 1995'te ikincisi 1999'da sonuncusu da 2002'de olmak üzere bir çok yöntem denenmiştir. 1995 yılındaki düzenlemede sigorta primlerinin %60'ı bir havuzda toplanmış ve sigorta şirketlerine geri ödemeler yapılırken 60 yaşın üzerindeki sigortalılara üç kat fazla pay ayırarak bir düzenleme yapılmasına gidilmiştir. 2002'de yapılan müdahalede primlerin %75'inin havuzda toplanması ve yeniden dağıtımda cinsiyet ve 17 ayrı yaş grubunun göz önünde bulundurulması sağlanmıştır (Hlavaëka, 2004; Nemec, 2005).

Şekil 1. Slovakya sağlık sisteminin örgütsel şeması, 2004





Tablo 4. Birinci basamak birimlerinin yapısı (2002)

Birinci basamak tipi	Toplam	Özel	Kamu
2002 Erişkin GP	2 411	2 179	232
Çocuk ve Adölesan GP	1 358	1 305	53
Kadın doğum uzmanları	603	555	48
Diş hekimleri	2 625	2 481	144

Kaynak: Hlavaëka ve ark, 2004; Nemev, Lawson, 2005.

### Üst Bölgesel Kurullar

Sağlık reformlarıyla yerleşme süreci birlikte işlemiştir ve bölgelerdeki bakanlık yapılanmasında "Üst Bölgesel Kurullar" denilen ve bakanlığın idari ve mali bazı görevlerini devrettiği yeni yapılar bu süreç içerisinde oluşturulmuştur. 2001 yılında 416 nolu yasayla birçok yetki ve sorumluluk hükümet yönetiminden özerk bölgesel yönetimlere (belediye ya da üst bölgesel kurullar) devredilmiştir. Ocak 2002'de belediyeler; acil merkezleri ve sosyal bakım birimleri olan ayaktan tedavi kurumları, uzmanlaşmış ayaktan tedavi kurumları, tip 1 hastaneler, tip 1 poliklinikleri olan hastaneler ve evde bakım kurumları kurmuşlar ve sağlığın korunmasıyla ilgili programlara katılmışlardır.

Sağlık hizmet örgütlenmesi ve yönetiminde üst bölgesel birimlerin rolü giderek güçlendirilmiştir. Poliklinikler, tip 2 poliklinikleri olan hastaneler, sağlık hizmet kurumlarının sicillerinin kaydı, kamu dışı çeşitli tipteki sağlık kurumlarının ruhsatlandırılması, sağlık hizmet sunucuları arasında sigorta kapsamını sağlama, hemşirelik ortaokulları kurmak ve yönetmek, sağlığın korunmasıyla ilgili programlara katılmak gibi görevler Sağlık Bakanlığından bu üst bölgesel kurullara devredilmiştir (Hlavaëka, 2004; Nemev, 2005).

### Birinci ve ikinci basamak ayaktan tedavi sağlık örgütlenmesi

Reformlar sonrasında birinci basamak hekimlerinin tamamı, uzmanların da yaklaşık %74'ü yapılan sözleşmelerle özel sektörde hizmet sunmaya başlamıştır. Sözleşmeli çalışan birinci basamak hekimleri, miktarı maliye bakanlığı tarafından belirlenen kişi başı ücretleri almaktayken, yine sözleşmeli olarak özelde çalışan ve ayakta tedavi hizmeti sunan uzmanlar hizmet başına ödeme almaktadır (Colombo, 2003).

Slovakya'da birinci basamakta koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte sunulmakta, ev ziyaretleri ve acil hizmetler de bu gruba dahil edilmektedir. Birinci basamakta temel muayene, basit tanı ve tedavi işlemleri yapılmaktadır. Bazı tanılabilir prosedürler ve ilaçlar için uzman hekime sevk zorunludur. Dört tip birinci basamak hekimi mevcuttur: erişkinler için genel pratisyen (GP), çocuklar ve gençler (0-18 yaş) için GP, jinekolog ve doğum uzmanları ile diş hekimleri (Tablo 4). Çocuk GP'leri bağıışıklamadan sorumluyken, jinekologlar da aile planlaması ile kadınlar için koruyucu hizmetlerden sorumludur. Tüm birinci basamak hekimlerine yasal

olarak kapitutuculuk görevi verilmiştir. Buna rağmen göz hastalıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psikiyatrik sorunlarda GP atanabilmektedir. Uzmanlık kliniklerine kayıtlı olan kronik hastalar da GP'ye başvurmak zorunda değildir. Bu kontrollere rağmen hastalar birinci basamağı atlama ve hizmetleri aynı sorun için iki kez kullanma eğilimindedir.

Altı ayda bir birinci basamak hekimini değiştirme şansı vardır. Birinci basamağında dahil olduğu ayaktan tedavi hizmetlerinin dağılımı coğrafi olarak da hakkaniyetli değildir (Hlavaëka, 2004; Nemev, 2005).

### Yatarak Tedavi

2002 yılında bin kişiye ortalama 7,6 yatak düşmektedir. Akut bakım için ayrılan yatak sayısı AB ortalamasının çok üzerindedir.

Hastaneler eski rejimdeki gibi klinik bölümlerine bağlı olarak üç farklı kategoride hizmet sunmaktadır. 2003 yılına kadar bütün özelleştirme çabalarına rağmen üç tanesi hariç tüm hastaneler ya devlet ya da belediyeler tarafından yönetilmiş ve yapılacak yatırımlar ve planlarda Sağlık Bakanlığı sorumluluğu sürmüştür (Colombo, 2003). Hastanelerle ilgili özelleştirme ve desantralizasyon süreci belediyelerin uzun süre yönetimde sorumluluğu kabul etmemesi ve hastanelerin borç yükü nedeniyle istenen hızda gitmemiştir. 2003 yılında yapılan yeni bir değişiklikle 44 hastanenin yönetimi bölgelere devredilmiştir. Bunların tip 1 poliklinikleri olan 16 tanesi belediyelere, tip II poliklinikleri olan 28 hastane ise daha üst bölgesel kurullara devredilmiştir. Dönüşüm yasasının adapte edilmesinden sonra (13/2002) 147 hastane kar amacı gütmeyen organizasyonlar haline dönüşmüştür. 2004'e kadar Sağlık Bakanlığı, devletin sahibi olduğu sağlık kurumlarında yapılan sermaye yatırımlarının sorumluluğunu üstlenmeye devam etmiş fakat bu sorumluluk artık sona ermiştir. Sağlık hizmet sunucuları kendi yatırımlarını kendi kaynaklarınca yapmak zorunda bırakılmıştır. (Hlavaëka, 2004; Nemev, 2005). Buna rağmen hastanelerde istihdam edilen hekimler maaşla ücret almaya devam etmiştir (Colombo, 2003).

### Halk Sağlığı Dairesi

Halk Sağlığı Dairesi'nin bulaşıcı hastalıklardan korunma ve kontrol, çevre hijyeni, çocuk ve gençlerin hijyeni, gıda güvenliği ve beslenme, koruyucu iş sağlığı, iyonize radyasyondan korunma, epidemiyoloji, tıbbi mikrobiyoloji, nüfusun sağlık durumunun izlenmesi ve

analizi, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi görevleri vardır. Şekil 1’de de görüldüğü gibi doğrudan sağlık bakanlığına bağlı olarak çalışan halk sağlığı dairesinin sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimiyle ilgili bazı görevlerinin yönetimi yerleşme sonrasında 2004 yılında yapılan müdahalelerle bölgelere ve yerel hijyenistlere devredilmiştir. Bu kurumlar; sağlıklı okullar, sağlıklı işyerleri, sağlıklı şehirler ve DSÖ’nün (Dünya Sağlık Örgütü) buluşma hastalıklarında risk etmenlerinin saptanmasıyla ilgili CINDI gibi programlarının yürütülmesinde görev almışlardır.

Bağışıklama, Halk Sağlığı Bürolarının desteğiyle birinci basamak çocuk hekimleri tarafından Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programı çerçevesinde yürütülmektedir. Aşılar birinci basamak hekimlerine ücretsiz olarak dağıtılmaktadır (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). Halk Sağlığı’na ayrılan bütçenin toplam sağlık bütçesi içindeki payı çok düşüktür.

#### Sağlık çalışanları

2002 verilerine göre tüm çalışanların %5’i sağlık sektöründe istihdam edilmektedir. Bunların 2/3’ü tüm çabalara rağmen hala kamu çalışanıyken, 1/3’ü özel sektörde istihdam edilmektedir.

Hekimlerin %38’i birinci basamakta çalışmaktadır ve binde 3,2 ile hekim sayısı AB ortalamasının (binde 2,7) üzerindedir. Slovakya’da 1980’den 2002’ye kadar olan süreçte hekim sayısı artarken hemşire sayısı sabit kalmış, 2000 ile 2002 arasında ise yaklaşık %5 azalmıştır. Bunun önemli bir nedeni sağlık reformlarının sonucunda çalışma koşulları kötüleşen hemşirelerin Çekoslovakya’da çalışmayı tercih etmesidir.

Birinci basamakta özelleştirme süreci; sözleşmeli çalışmanın gündeme gelmesiyle ve hekimlerin daha önce istihdam edildikleri devlet kurumlarını ve donanımı kiralama “şansı” tanınmasıyla başlamıştır. Hekimlerin tek resmi gelir kaynağını sigorta şirketlerinden kayıtlı kişi başına aldıkları para oluşturmaktadır. Kişi başına ödemede

sigortalıların yaşı, yaşanan bölge gibi hiçbir değişken dikkate alınmamıştır. İnfomal ödemeler düzenli bir gelir kaynağı oluşturmamaktadır. 2001 yılında birinci basamakta koruyucu hizmetleri özendirme amacıyla koruyucu hizmetlerde hizmet başına ödeme yapılmasına karar verilmiştir. Hekimin elde ettiği gelirden en az bir hemşirenin maaşı, oda kirası ve diğer harcamalar karşılanmaktadır. Eski çalıştıkları devlete ait sağlık kurumlarında oda kiralari 2003 yılına kadar metrekarede 250 SKK iken, 1500 SKK’ya çıkmıştır. Bu düzenlemenin hekimlerin devlet kurumlarından çıkarak özel muayenehanelerde hizmet vermesini sağlamaya yönelik olduğu düşünülmektedir. Özelleştirme sürecinin başında kamuda çalışanlara göre üç-dört kat fazla maaş alan hekimlerin gelir düzeyi ise şu an kamudakilerle benzerdir (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005).

2002 verilerine göre ayaktan tedavi hizmeti sunan uzman hekimlerin %55’i özel sektörde %45’i de kamuda çalışmaktadır. Tablo 6’da görüldüğü gibi kamu dışında çalışan hekim sayısı giderek artmaktadır (Lawson, 2003). Kamuda ya da özelde çalışmasına bakılmaksızın tüm hekimlerin polikliniklerde kendi muayenehaneleri vardır. Hastanelerde maaşlı çalışan uzmanların da özelde ayrıca muayenehaneleri mevcuttur (Hlavaèka, 2004; Nemec, 2005). 1990’larda hastanede çalışan uzmanların maaşı 340\$ iken 2002 yılında 600\$’a çıkmıştır. Maaşlardaki bu yükselmenin reformlardan çok AB ülkelerine sağlık çalışanı göçü tehlikesi sayesinde olduğu düşünülmektedir (Lawson, 2003).

Slovak Tabipler Birliği genel olarak reformların ve özelleştirmenin yanında bir tutum sergilemiştir ve cepten ödemelere sıcak bakmaktadır. Sisteme daha fazla fon sağlanması ve hastanelerin özelleştirmelerinin tamamlanıp, rekabete açılarak hizmet kalitesinin yükseltilmesi konusunda çalışmaları mevcuttur.

#### Reformların Sonuçları

Slovakya’da sosyalist dönemde tüm nüfusun güvence altında olduğu düşünüldüğünde reformun iddia edildiği

**Tablo 5. Yıllar içinde sağlık personeli sayılarında değişim, 1980–2002**

Personel	1980	1985	1990	1995	1999	2000	2001	2002
Hekim	14 107	16 205	17 247	16 565	18 268	16 387	17 048	16 897
Diş hekimi	2 252	2 540	2 574	2 136	2 622	2 702	2 339	2 335
Hemşire	29 760	34 878	37 127	37 655	38 708	39 973	38 969	38 066
Ebe	2 272	2 386	2 567	2 098	2 202	-	-	1 087
Eczacı	1 638	1 893	2 050	496	2 098	2 245	2 605	2 728

Kaynak: Hlavaèka S, Wágner R, Riesberg A, 2004

**Tablo 6. Sağlık hizmetlerinde istihdam (1996-2000)**

	1996	1997	1998	1999	2000
Kamu	-	86 450	86 033	83 188	86 023
Kamu dışı	-	19 919	32 702	32 971	34 750
Toplam	96 935	106 369	118 735	116 159	120 773

Kaynak: Lawson C., Nemec J, 2003

gibi sağlık sisteminin kapsayıcılığını ve dayanışmayı arttırmayı hedeflemesi mümkün değildir. Reformun iddia edilen diğer önemli gerekçeleri hizmet kalitesinin, kullanılan teknolojinin ve ilaç kalitesinin yükseltilmesi ile merkezi hükümetin kontrolünün hizmet sunumu üzerindeki etkisinin azaltılmasıdır. Yapılan araştırmalar reformun iddia ettiği hedeflerini gerçekleştirmediğini göstermektedir.

Slovakya'da işsizlik ve kayıt dışı ekonomik aktivite yaygın olduğundan nüfusun %57,7'sinin primlerini devlet ödemektedir. Bütçedeki sıkıntılar ödemelerde sorun yaratmıştır. (Nemec, 2005). Sigorta sistemi sağlık ihtiyaçlarını kapsayıcı bir teminatı, finansal olarak karşılamaktan uzaktır. Toplanan primler ve harcamalar arasındaki fark sürekli olarak artmaktadır. Primlerin toplanmasındaki gecikmeler sigortacıların hizmet sunuculara yapacakları ödemelerde gecikmelere neden olmakta bu da borcun artmasına neden olmaktadır. Sağlık sisteminde verimsizlik, yetersiz finansman, kapasitenin üzerinde çalışma ve kötü yönetim gibi sorunlar vardır.

5000 üyesi olan en büyük doktor sendikasının başkanı bir demecinde, anestezi olmaması için ameliyatların geciktiğini, yeterli fon olmadığı için kemoterapi yapılamadığından yaşamların yitildiğini, sağlık sisteminin büyük bir kriz içinde ve çökmek üzere olduğunu belirtmiştir (Krosnar, 2000).

2000 yılında Slovak başbakanının aniden hastalanması ve her ne kadar ülkesinde hizmet almaya çalışsa da hizmet sunumunda gerçekleşen aksaklıklar ve gerekli teknolojinin sağlanamaması nedeniyle Avusturya'ya nakledilmek zorunda kalması hizmet kalitesinin düşüklüğüne örnek gösterilmektedir. 2003 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler'in Slovakya Ulusal İnsani Gelişim Raporunda da yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı sağlık hizmet kalitesinin düşüklüğüne ve yetersizliğine vurgu yapılmaktadır (Nemec, 2005).

Bu raporda 1989'da başlanan reformların çelişkili sonuçları olduğu, sağlık düzeyinde ve teknik donanım anlamında görece düzelmeler yaşanmasına rağmen hizmetlere ulaşımında eşitsizliğin arttığı, kapsayıcılığın azaldığı ve sigortayla finansmanın oldukça zayıf kaldığı vurgulanmaktadır. Raporda ayrıca düşük kalitenin yetersiz etkin kapasite, düşük tahsis ve teknik kapasiteyle devam eden problemler olduğu belirtilmiştir (UNDP, 2002).

İnformel/masa altı ödemelerin yaygın olduğu bilinmektedir. Bu ödemeler, sıklıkla aile doktorunun seçiminde, hizmete hızlı ulaşım, başka türlü ulaşılması mümkün olmayan tedavilere ulaşım aşamalarında yapılmaktadır. Teminat paketinin kapsadığı hizmet yelpazesi geniş olmasına rağmen, kaynakların sınırlı olması hizmetin bulunabilirliğini azaltmaktadır. Uzun bekleme listeleri ve süreleriyle ilgili herhangi bir kanıt olmamasına rağmen, hizmetlere ulaşımında gecikmeler ve engeller mevcuttur. Bu masa altı ödemelerin hizmet sunucuların

profesyonel bütünlüğüne olan güvensizliği gösterdiği, bu durumun sigorta sisteminin sosyal uyumu sağlamada yetersiz kaldığının bir göstergesi olduğu düşünülmektedir (Hlavačka, 2004; Nemev, 2005). Yozaşma/rüşvetin hangi sektörlerde yoğunlaştığını ortaya koymayı amaçlayan araştırmalarda, sağlık sektörü, Slovakya'da ilk sırayı almaktadır (Lewis, 2006).

1992,1995 ve 1998 yıllarında insanların sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarıyla, sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini incelemeyi hedefleyen Hijyen ve Epidemiyoloji Enstitüsü tarafından yürütülen araştırma sonuçlarında, reforma rağmen her üç dönemde de sağlık tutumlarında bir fark olmadığı saptanmıştır (Gulis, 2005).

Yasal olarak sağlık hizmetlerine ulaşım ücretsizken, gerçekte informal ödemeler ve diğer bazı etmenler nedeniyle bu yasal durum gerçekleştirilememiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizliklerin arttığı OECD ve Dünya Bankası tarafından ifade edilmektedir. Romanların, kırsalda yaşayanların, sosyoekonomik durumu kötü kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri diğerlerine göre düşüktür (Pazitny, 2005; Nemec, 2005).

Slovak adolesanlarda sosyoekonomik farklılıkların sağlığa etkisinin incelendiği bir araştırmada, düşük sosyoekonomik gruptan gençlerin yüksek gruba göre sağlıklarının ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin daha kötü olduğu gösterilmiştir (Andrea, 2004).

Hastalara hekim seçme hakkı tanınmıştır. Fakat sistem hasta merkezli olmaktan çok uzaktır. Hasta Hakları Beyanamesi 2001'de Parlemantoda kabul edilmiştir. Uygulanma düzeyi ise hizmet sunucuları arasında farklılık göstermektedir. Hastaların şikayetlerini dile getirebileceği bir ortam yaratılmamıştır (Nemec, 2005).

Populus for the Stockholm Network tarafından yapılan, sağlık hizmetlerinin geleceğiyle ilgili tutumların değerlendirildiği bir araştırmada Slovak halkı sağlık sistemlerini çok kötü bulan ikinci halk olarak saptanmıştır. Bu araştırmada katılımcılara sağlık hizmetlerinin bazı özellikleriyle ilgili önermeler hazırlanmış, bu önermelerin işaret ettiği hizmetlerin kendileri için önemini ve ülkelerindeki düzeyini değerlendirmeleri istenmiştir. Bu araştırmaya göre Slovak halkı "tanı ve tedavi arasında geçen süreyi" önemli bulduğunu belirtmiş (%95), fakat sadece %15'i Slovakya'da bu sürenin "iyi" derecede olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Ülkede en son ilaç ve teknolojiyle tedavi olanağının iyi olduğunu düşününler nüfusun sadece %24'ünü oluşturmaktadır. Reformun en önemli gerekçelerinden ve olumlu çıktılardan olduğu vurgulanan "tercih ettiği doktor" tarafından muayene edilme olanağını "iyi" bulanların oranının sadece %49 olması oldukça dikkat çekicidir (Pazitny, 2005).

Slovakya'da DB önerileriyle gelişen sağlık reformlarının sonuçları olumlu olmaktan çok uzaktır. Sağlığın hak olarak kabul edildiği bir ortamın, sağlık hizmetlerinin meta olarak



değeri olan bir hizmet ürünü olarak kabul edildiği bir ortama dönüşmesi süreci 20 yıl gibi kısa bir sürede gerçekleşmiştir. Slovakya gibi küçük, reform öncesi sağlık göstergeleri iyi, olumsuz gelişmelere müdahale olanağının görece kolay olduğu bir ülkede, reformların sadece ilaç şirketleri ve tıbbi malzeme sektöründe olumlu gelişmelere yol açması üzerinde durulması gereken bir durumdur. Ayrıca neye karşı mücadele edildiği konusunda da somut bir örnek oluşturmaktadır.

#### KAYNAKLAR

- Geckova AM, Van Dijk, SP, Zezula I, Tuinstra j, Groothoff JW, Post D.** (2004). Socio-economic differences in health among Slovak adolescents *Soz.-Präventivmed.* 49:26–35.
- Colombo F, Tapay N.** (2003). The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges. OECD Health Working Papers No. 11 DELSA/ELSA/WD/HEA
- Gulis G, Korcova J, Letanovsky P, Marcinkova D.** (2005). Transition and public health in the Slovak Republic; 331; 213-215 *BMJ*.
- Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A.** (2004). Health care systems in transition: Slovakia, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. [www.euro.who.int/Document/E85396.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf) Erişim: 10/01/2006.
- Health System Watch, Quarterly.** (2005). Institute for Advanced Studies, <http://www.ihs.ac.at/departments/>
- [fin/HealthEcon/watch/hsw051e.pdf](http://fin/HealthEcon/watch/hsw051e.pdf) Erişim: 10/01/07.
- Krosnar K.** (2000). Slovak president's fight for life raises health care fears, *BMJ*. July 8; 321(7253): 72.
- Krosnar K.** (2003). Slovak patients use health services less since charges were imposed, *BMJ*, 327(7418): 769.
- Lawson C, Nemec J.** (2003). The Political Economy of Slovak and Czech Health Policy: 1989–2000 *International Political Science Review*, Vol 24, No. 2, 219–235
- Lewis M.** (2006). Governance and Corruption in Public Health Care Systems, The Center for Global Development Working Paper Number 78 [www.cgdev.org](http://www.cgdev.org) Erişim:10/01/07
- Nemec J, Lawson C.** (2005). Health Policy in Slovakia and the Outcomes of Health Care Reforms: 1989–2003. *Journal of Comparative Policy Analysis*, Vol. 7, No. 1, 49 – 71.
- Pazitny P, Zajac R, Marcincin A.** (2005). Health-Care Reform in Slovakia CESifo DICE Report 1/2005. <http://www.cesiforoup.de/pls/guestci/download/CESifo%20DICE%20Report%202005/CESifo%20DICE%20Report%201/2005/dicereport105-rm2.pdf> Erişim:10/01/07
- UNDP** (2002), National Human Development Report Slovak Republic 2001-2002, [http://hdr.undp.org/docs/reports/national/SLO\\_Slovak%20Republic/Slovak\\_Republic\\_2002\\_en.pdf](http://hdr.undp.org/docs/reports/national/SLO_Slovak%20Republic/Slovak_Republic_2002_en.pdf)