

DOSYA/DERLEME**İRLANDA SAĞLIK SİSTEMİ***Mehtap TÜRKAY****1. Giriş**

Sağlık sistemleri ülke ideolojilerine paralel bir şekilde gelişmiş olmasına rağmen hiçbir ülkede tek bir sistem yoktur ve bu sistemler üzerine hükümetlerin baskısı çok fazladır. Bunun nedenleri, maliyetlerin çok fazla artması, kullanıcıların, hizmet üretenlerin ve politika yapımcıların kontrol duygularını yitirmesi ile halk sağlığı önlemlerinin yerine getirilememesi ve artan beklentilerin karşılanamamasıdır. Ayrıca daha az harcamayla daha yüksek sağlık düzeyine ulaşan ülkelerin varlığı sağlık hizmetleri organizasyonunu politik açıdan popüler bir konu durumuna getirmiştir.

1978 yılında Alma-Ata'da 155 ülkenin Herkes İçin Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri stratejilerini kabul etmelerinin ardından 28 yıl geçmiş olmasına rağmen ne oldu da sağlık sistemlerinde yeniden yapılanma veya popüler adıyla "reform" çalışmaları başladı? Aslında buradaki temel soru sağlık sistemlerindeki reform talebinin kim tarafından belirlendiğidir. Yani bu değişimler bilimsel yönetim ve planlama ilkeleri çerçevesinde mi gündeme geliyor, yoksa dünya genelinde politik ekonomik sistem içerisinde pazar ve sınıf mücadelesi gibi daha kapsamlı dinamiklerin sonucu olarak mı ortaya çıkıyor? Bu soruların yanıtları için 1883 yılında Bismarck'ın sosyalist işçi hareketlerinin bacaklarını kesmek için geliştirdiği ulusal sağlık sigortası ve işçi tazminat sistemlerini kurduğu döneme geri dönmek ve daha sonra gelişen tarihi süreci dikkatli incelemek gerekecektir.

Sağlık alanındaki en büyük kazanımlar sosyalist işçi mücadelelerinin olduğu dönemlerde gerçekleşmiş olmasına rağmen, II. Dünya Savaşı sonrasında Dünya Bankası ve IMF'nin kurulması, İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'ni (NHS) özelleştirmeye çalışan Thatcherizm, ABD'de Medicare (yaşlılara yönelik kamu sigortası) ve Medicaid'i (yoksullara yönelik kamu sigortası) küçülten Reaganizm, reform çalışmalarını başlatmış ve bu süreç son yıllarda daha da hızlanmıştır (Elling, 1994).

İrlanda Cumhuriyeti'ni de bu çerçevede içinde incelemek daha yararlı olacaktır. Tarihten günümüze siyasal ve ekonomik yapısı, son yıllardaki sosyal politikalarındaki değişim (bu değişim ve "ekonomik anlamdaki başarı" hepimizin basından takip ettiği gibi Türkiye işverenleri tarafından baş döndürücü bir unsur olarak sunulmaktadır), ulusal gelirin ülke içerisindeki paylaşımıyla, İrlanda sağlık sisteminin yapısı, finansmanı, örgütlenmesi, reform çalışmaları, reform sürecini hızlandıran dinamikler birlikte incelendiği zaman daha anlamlı hale gelecektir.

İrlanda Sağlık Sisteminin yapısına başlamadan önce sağlık sistemlerinde reform sürecini başlatan dinamikleri incelemek gerekir. Sağlık hizmetlerinde reform sürecini başlatan dinamikler şöyle sıralanabilir:

1. Ülke ekonomilerindeki bunalım ve bu bunalım sonucunda sağlığa ayrılan kaynakları azaltma çabaları (Makroekonomik gerçek).

2. Sağlık harcamalarındaki artış: Bu nedenle, merkezi kapitalist ülkeler harcamaları kısıtlama yönünde, bağımlı

*Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD, Halk Sağlığı Uzmanı

ülkeler ise ek kaynaklar arama yönünde eğilim göstermişlerdir. Genel olarak kamu harcamalarını kısmak veya devleti küçültmek gibi eğilimler baş göstermiştir.

3. Kaynakların iyi dağıtılmaması: Kaynakların daha çok hastane hizmetlerine yatırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az yatırım yapılması, kaynakların hem verimsiz kullanıldığını gösterir, hem de eşitsizlikleri artırıcı yönde hareket edildiği söylenebilir. Ayrıca kaynakların büyük çoğunluğunun personel giderlerine ayrılması sağlık sektörünün üretkenliğinin düşmesine neden olmaktadır.

4. Kötü kaynak yönetimi: Ayrılan kaynakların israf edilmesi, önceliklerin net belirlenmemesi nedeniyle plansız harcamaların yapılması

5. Hasta beklentilerinin artması: Özellikle Avrupa ülkelerinde başlayan hasta hakları hareketlerinin artması, bekleme sürelerinin azaltılması yönünde baskıların gelişmesi. Bu tip beklentiler sağlık hizmetlerinde talep yönlü değişimler yaratmıştır.

6. Merkezi yapının baskın olması ve hizmetin aşırı bürokratikleşmesi sonucu yavaş, verimsiz ve kalitesiz hizmet.

7. Sağlıkta eşitsizliklerin artması (Belek, 1997).

2. İrlanda Cumhuriyeti'nin Siyasal ve Ekonomik Yapısı

İrlanda bağımsızlığını 1922 yılında kazanmıştır ve 29 Aralık 1937' de yürürlüğe giren anayasasında çok partili parlamenter rejimle yönetilen Cumhuriyet olarak tanımlanmaktadır. İrlanda'da 5 eyalet vardır ve başkenti Dublin'dir. İrlanda Cumhuriyeti bugün idari açıdan 29 bölge konseyine bölünmüştür. 1973 yılında Avrupa Birliği (AB)'ne üye olmuştur (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

Bağımsızlığını kazanıncaya kadar İrlanda, emperyalizm karşıtı mücadele vermiş, İngiltere'nin ilk sömürgesidir ve yüzyıllarca köylü ayaklanmaları ve İngiltere'nin bunlara verdiği kanlı yanıtlara sahne olmuştur. Bu ayaklanmalardan en önemlisi belki de en iyi bilineni 24 Nisan 1916 yılında James Connoly'nin de acımasızca katledilmesine sebep olan erken ve zamansız yaşanan Paskalya Ayaklanmasıdır. Bu ayaklanmanın tüm ürününü İrlanda burjuvazisi toplamış olmasına rağmen, İrlanda, bu ayaklanmadan 6 yıl sonra bölünmüş olarak da olsa bağımsızlığını kazanmıştır (Köksal, 2006).

Bugün İrlanda, Türkiye işverenleri tarafından örnek gösterilen hatta "İrlanda mucizesi olarak nitelendirilen" ekonomik başarıların altına imza attığı düşünülen bir ülke konumundadır. "İrlanda bu başarıyı nasıl kazanmıştır" konulu bir çok makale yazılmış ve Türkiye için de örnek bir model olabileceği üzerinde durulmuştur. (O'Sullivan, 2001). Gerçekte ortada bir başarı olup olmadığı ise tartışmalıdır. Bugün, Orta Avrupa ülkelerinkine eşdeğer

göz kamaştırıcı ekonomik düzeye hangi bedelleri ödeyerek geldiğini daha iyi anlayabilmek için tarihsel süreçte ekonomik ve toplumsal değişimi incelemek gerekmektedir.

İrlanda 18. yüzyılda iki büyük kıtlık yaşamış, açlık ve hastalık nedeniyle çeyrek milyon İrlandalı ölmüştür. Daha sonra İngiltere'deki kentleşme hareketleri nedeniyle İngilizlerin tahıl ihtiyacı artmış, İrlanda bu ülkeye tahıl ihracatına başlamıştır. Zamanla göreceli olarak ekonomisi gelişmiş, çiftçilerin yaşam standartları artmaya başlamıştır. Bu dönemde ülkede büyük çoğunluğu genel nüfusun aksine Protestan olan, İngiltere ve İskoçya'dan gelmiş yaklaşık 10.000 toprak sahibi bulunmaktaydı ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler iyice bozulmuştu. Endüstri devriminden sonra ise toprak sahiplerinin sayısı neredeyse 10 kat artmıştır. Keten endüstrisi nedeniyle tekstil ve besin imalatı ön plana geçmiştir. Ayrıca patates üretimi artmış, tahıl ve etin İngiltere'ye gönderilmesi nedeniyle nüfusun çoğunluğu patates ve suyla beslenmeye başlamıştır. Ancak 19. yüzyıl'ın ortalarında patates kıtlığı başlamış, toprak sahipleri kıtlığa rağmen patates satışını sürdürünce patates ile beslenen halkı açlıkla karşı karşıya bırakmıştır. İrlanda tarihinde büyük kıtlık (The Great Famine) olarak anılan bu olay yaklaşık bir milyon İrlandalının ölümüne, bir milyon İrlandalının da göçüne neden olmuştur. Hükümet büyük kıtlığa karşı, serbest piyasa ekonomisi ve devletin müdahaleci olmayan politikaları nedeniyle önlem almakta gecikmiştir. Marx'a göre ise bu bilinçli bir tercihtir. "Çünkü bu kıtlık sadece bir milyon yoksul, kötü ruhlu köylünün ölümüne neden olmuştur. Bu nedenle hükümet, ülkenin zenginliği, refahı için bu hasarı önemsiz olarak nitelendirmiş ve müdahale etmemiştir". Büyük kıtlık İrlanda üzerinde üç önemli etki bırakmıştır. Birincisi nüfus alarm verecek şekilde azalmıştır, ikincisi piyasa gücü nedeniyle ziraat alanları otlaklar ile yer değiştirmiş ve üçüncüsü ise toprak beyleri sahip oldukları toprak büyüklüğünü iki katına çıkarmıştır (Ostwald, 2002).

İngiliz işçi sınıfı hareketinin başlamasıyla, İrlanda işçi sınıfı da gücünün farkına varmış, ancak bu koşullar altında bile güçlerini birleştirememişlerdir. İrlanda, İngiliz sömürsü altında giderek ezilmiş, bağımsızlık mücadelesinden en karlı burjuvazi ve toprak sahipleri çıkmış, eldeki mal ve topraklarını arttırmışlardır. Bağımsızlığını kazandığı dönemlerde ülke yoksulluk içinde bulunduğu için 1922 - 1950'li yıllar arasında bir milyona yakın genç İrlandalı başka ülkelere göç etmek zorunda kalmıştır. 1956 yılından itibaren komşuları gibi İrlanda da Keynes yaklaşımını benimsemiş, aynı yıllarda IMF ve Dünya Bankasından danışmanlık almaya başlamış ve yaklaşık 150 milyon İrlanda Sterlini (İRE) tutarındaki Marshall yardımını kabul etmiştir. Bunun sonucunda ABD'nin kazançlarını genişletme politikalarına hizmet edecek şekilde İrlanda ekonomisini giderek yabancı sermayeye bağımlı hale getirebilecek bir reçeteyi uygulamaya koymuştur. Avrupa Birliği'ne giriş zorunlu hale gelince ülke ekonomisi tarımdan, sanayiye kaydırılmıştır. 1973 yılına kadar ekonomisi %4.4 oranında genişlemiştir ve bu oran o dönem için İngiltere'nin büyüme hızından daha fazladır.

Keynesyen ekonomik stratejilerin benimsenmesiyle, yabancı sermayenin ülkeye çekilmesi için yeni mali politikalar gündeme gelmiş, ancak enflasyon 1970'lerde %2.7'den %8.2'ye yükselmiş hatta 1975'de %20.9'a yükselmiştir (Ostwald, 2002). 1973 yılında Avrupa Birliği'ne kabul edilen İrlanda ülkenin altyapısını geliştirmek üzere yaklaşık, 6 milyar İR£ değerinde bir fon elde etmesine rağmen 1980'li yıllarda en şiddetli ekonomik bunalımını yaşamıştır. Bu bunalım sonucunda ulusal gelirine oranla en yüksek dış borca sahip ülke konumuna gelmiş, dış göç tekrar yükselmeye (%7.6) başlamıştır. Bunun üzerine hükümet, sıkı mali önlemler geliştirmeye başlamış, aynı dönemin popüler politikalarından devleti küçültme, kamu harcamalarını kısıtlama, özelleştirme politikalarına başlamıştır. Ayrıca hükümet diğer ülkelerden farklı olarak kurumlar vergisi oranlarını %10'a düşürmüştür ki, aynı dönemde İngiltere'de kurumlar vergisi oranı %30'dur. İşçi ücretlerini ılımlı ücret politikaları ile sıkı kontrol altına almış ve özellikle ABD sermayesini ülkesine çekmeyi başarmıştır. Sonuçta İrlanda'nın Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'sı 1990'larda %4.7, 1995'lerde ise %7-8 oranında büyümüştür. Bu oranlar Asya Kaplanlarının büyüme hızından küçük ancak Avrupa geneline göre hızlıydı ve "Kelt Kaplanı (Celtic Tiger)" olarak nitelendirildi. "Kelt Kaplanının" diğer ekonomilerden farkı yatırım yapmadan hızlı bir şekilde büyümesidir. İrlanda Kalkınma Ajansının verilerine göre ülke genelindeki yatırımlar 1980'lerdeki yatırımlara oranla 3 kat azalmış, toplam sermaye yatırımları içindeki imalat yatırımları %20'den %16'ya düşmüş, buna rağmen GSYİH büyüklüğünde endüstrinin payı %60 oranında artmıştır. Ancak İrlanda ekonomisi, Avrupa'nın en fazla yabancı sermayeye bağımlı ekonomisi haline gelmiştir (Dönmez, 2004).

Ekonomideki gelişmelere özellikle de bilgi teknolojilerindeki gelişmelere paralel, nitelikli işgücü artmış ancak ılımlı ücret politikası nedeniyle ücretler yoksulluk sınırının altında seyretmiştir. 1994 yılında ülkede bulunan en yoksul %10'luk kesim ulusal gelirin %2'sini alırken en varlıklı %10'luk kesim %27'sini almıştır. Gelir dağılımındaki dengesizlik 1998 yılında ise en yoksul %10'luk kesimin ulusal gelirden %3 pay almasına neden olurken, en varlıklı kesimin %50'sini almasıyla sonuçlanmıştır. Gelir dağılımındaki eşitsizlik sosyal izolasyonu da beraberinde getirmiş ve bunun ekonomideki gelişmenin önünde engel olabileceği düşüncesiyle ülke yeni önlem paketleri uygulamaya başlamıştır (Ostwald, 2002).

Ülke ekonomisinde bir zamanlar tarım en önemli sektör iken günümüzde Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya katkısı %10'dur ve emek gücünün %14'ü tarım sektöründe çalışmaktadır. Ekonominin büyük bir bölümünün endüstri sağlanmasına rağmen bu alanda çalışan emek gücü %28 ve GSYİH'nin %10'unu oluşturmaktadır. Çalışan bireylerin %58'i ise hizmet sektöründe çalışmaktadır ve GSYİH'nin %80'i bu alandan elde edilir. Ülkede kişi başına düşen ulusal gelir 12.850 \$ (AB ortalaması 20.043 \$) olmasına rağmen, 1994 yılı verilerine göre işsizlik oranı %15, 25

yaş altı nüfusta ise bu oran %24'tür ve AB ülkeleri ortalamasının üzerinde yer almaktadır (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998).

Avrupa Birliği ve küreselleşmenin yansımaları nedeniyle İrlanda'da gelir dağılımındaki eşitsizlikler artmaktadır (Broderick, 2002). Kişi başı harcama paritesi açısından Yunanistan, Portekiz ve İspanya'dan sonra en kötü Avrupa ülkesidir (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998). İrlanda Yoksullukla Mücadele Ajansı'nın (The Combat Poverty Agency) verilerine göre, 1990'lı yıllarda gelir dağılımı eşitliğini sağlama çalışmalarına rağmen, Avrupa Birliği ülkeleri arasında gelir dağılımı eşitsizliği en çok olan ülkedir. Yine bu ajansa göre toplumun 1/5'i (%22) yoksulluk sınırı altında, %50'si yoksulluk sınırında ve haftalık 78 £ (her bir yetişkin için) ile yaşamak zorundadır (Broderick, 2002). Gayri Safi Yurtiçi Hasılasının %21'ini yaşlı sağlığı ve bakımı, hastalıklar, işsizlik ve sağlık ödentileri gibi sosyal alanlara harcamakla birlikte, bu anlamda Avrupa'nın Portekiz ve Yunanistan'dan sonra en kötü üçüncü ülkesi konumundadır (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998).

3. İrlanda Sağlık Sistemi

3.1. Genel Yapı

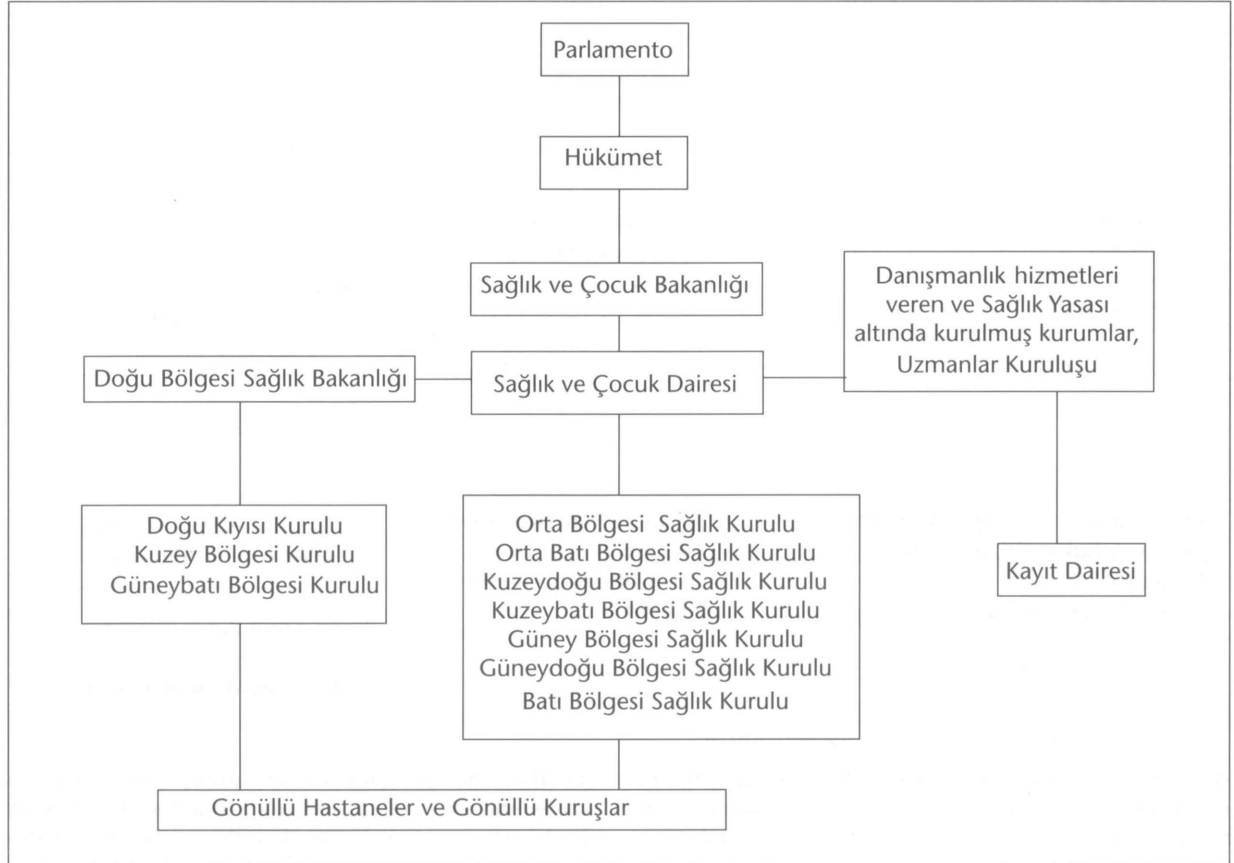
İrlanda, Beveridge (vergiye dayalı) tipte sağlık sistemi yapısına sahip ülkeler arasında değerlendirilmesine rağmen, son yıllarda yapılan değişikliklerle hizmet sunma ve hizmetin finansmanı açısından karma sistem yapısına sahip olduğu söylenebilir (Wiley, 2005). Hatta bu karma yapısı nedeniyle "ABD'nin 51. eyaleti" şeklinde tanımlamalarda yapılmaktadır (Cusack, 2000).

Modern İrlanda sağlık sistemi yapısı 1970 sağlık yasasına dayanmaktadır ve İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi yapısından etkilenecek toplum tabanlı organize edilmiştir. Yaklaşık 30 yıl sağlık sisteminin yapısı neredeyse hiç değişmemiş olmasına rağmen, yine İngiltere'de başlayan reform çalışmalarının ve özellikle de Avrupa Birliği uyum yasalarının etkisiyle reform çalışmaları hız kazanmış, sağlık sistemine yeni kurullar ve birimler eklenmiştir.

İrlanda sağlık hizmeti tek elden sunulmak yerine farklı sağlık başkanlıkları, sağlık kurulları ve hizmet sunucuları tarafından sağlanan hizmetler kompleksinden oluşmaktadır (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998). Şekil 1'de İrlanda Sağlık Hizmetleri'nin Organizasyon şeması sunulmuştur.

Modern sağlık hizmetleri yasasına göre ülke 8 Bölgesel Sağlık Kurulu'na (Health Board) ayrılmıştır. Başlangıçta sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorumluluk yerel idarelerdeyken daha sonra bu sorumluluk Sağlık ve Çocuk Dairesi'ne (1997 yılından itibaren Sağlık Dairesinin ismi Sağlık ve Çocuk Dairesi olarak değiştirilmiştir) kaydırılmıştır. Bölgesel Sağlık Kurulları (Regional Health Boards) tamamıyla toplum tabanlı ve nüfus yapısına göre oluşturulmuştur. Bu kurullar, topluma yönelik bakım

Şekil 1. Sağlık hizmetleri organizasyon şeması



Kaynak: Stationery Office; 2003

programları (Community care programme), özel dal hastaneleri (special hospital) ve devlet hastanelerinden oluşan üç çekirdek oluşum aracılığıyla temel sağlık ve kişisel sosyal hizmetlerin sunulmasından sorumludur. (Wiley, 2005). Şekil 1'de yer alan Doğu Bölgesi Sağlık Başkanlığı (Eastern Regional Health Authority) başlangıçta diğer sağlık kurumları gibi yapılandırılmışken (Eastern Regional Health Board), bu bölgede yaşayan toplum nüfusunun artması, sağlık hizmetlerine talepteki yenilikler ve değişiklikler nedeniyle 2000 yılının Mart ayında Sağlık Kurulu, Sağlık Başkanlığı olarak isim değiştirmiş ve bünyesinde üç yeni sağlık kurulu oluşturulmuştur (Şekil 1).

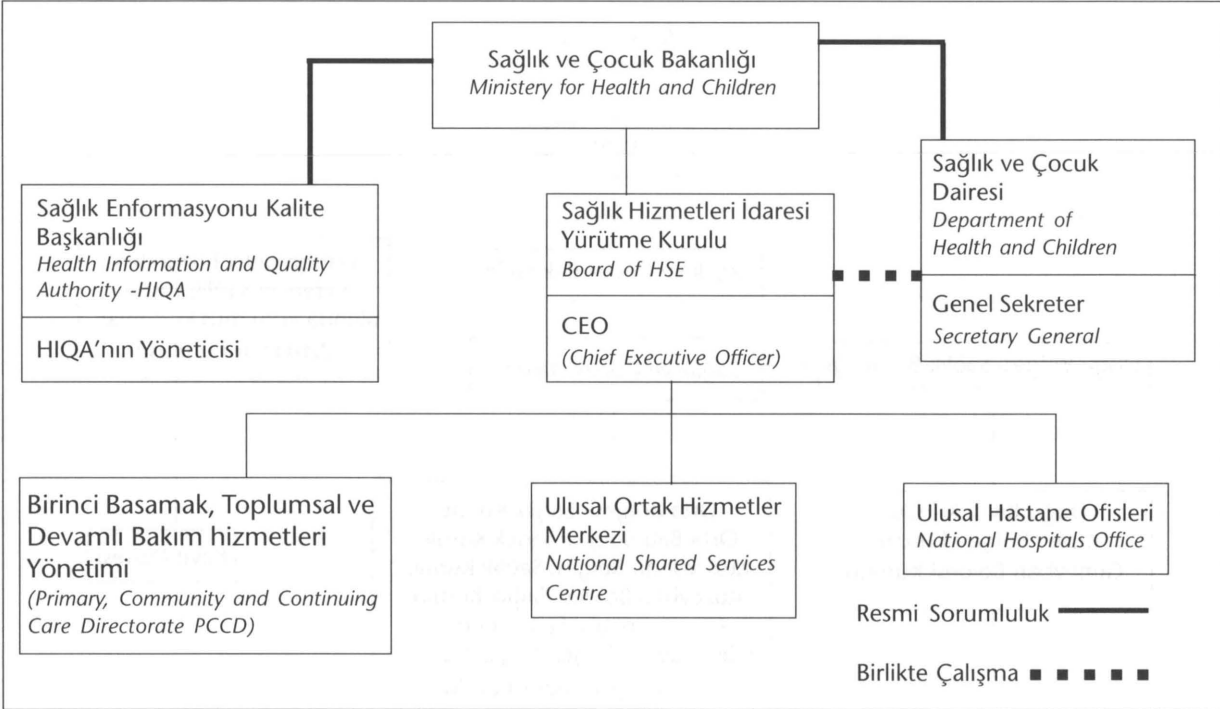
İrlanda sağlık sisteminin tek bir elden yönetilmemesi, standart olmayan hizmet sunumları nedeniyle 2004 yılında çıkartılan ve 1 Ocak 2005 yılında yürürlüğe giren sağlık yasasıyla sağlık kurulları ve sağlık başkanlıkları yürürlükten kaldırılmış ve Sağlık Hizmetleri İdaresi Yürütme Kurulu (Board of Health Service Executive) tek ve bağımsız idare olarak sağlık hizmetlerini yönetmek için yeniden yapılandırılmıştır ("yapısal reform") (Health Service Executive, 2006). Yeni oluşturulan sağlık sistemi şeması Şekil 2'de yer almaktadır. Bu yasayla 1997 yılından beri Sağlık ve Çocuk Bakanlığı adı verilen Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının yürütülmesinden sorumludur ve sağlıkla ilgili kanunlarda son kararları hükümetle birlikte almaktadır.

3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Toplum Sağlığı Hizmetleri)

Birinci basamak sağlık hizmetleri, İrlanda'da Genel Tıbbi Hizmetler (General Medical Service) adı altında yer almaktadır ve genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerine başlamadan önce kamu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile ilgili bilgi vermek yararlı olacaktır.

İrlanda'da kamu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bireyler iki sınıfa ayrılmış durumdadır. Yoksul olarak tanımlanan bireyler (yaklaşık toplumun 1/3'ü) ve aile üyeleri I. sınıfta (Category I) yer alırlar ve bu bireylerin ülkemizdeki yeşil karta karşılık gelen kartları (medical card) bulunmaktadır (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998; Wiley, 2005). Yeşil kart yaşa ve gelir düzeyine göre verilmektedir. Yeşil karta sahip olma hakkı ise; 2004 yılında oluşturulan bir düzenlemeyle belirlenmiştir. Bu düzenlemeye göre yoksulluk sınırının altında yaşayan bireyler "tam yeşil karta" sahiptir. Bu yoksulluk sınırı altında yaşayan bireyler için tüm sağlık giderleri karşılanacak anlamı taşımaktadır. Bir başka tanımlama ise, gelir sınırının %25'inin altında gelire sahip olanlar, tam yeşil karta sahip olacaktır (Wiley, 2005). Toplumun bu kesiminin tüm sağlık giderleri hükümet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca toplumun

Şekil 2. Değişen sağlık sistemi yapısı



Kaynak: Department of Health and Children; 2003a

giderek yaşlanması nedeniyle, 2001 yılında yapılan düzenlemeyle, 1970 doğum tarihi üzerinden standardizasyon yapılmış ve 1970'ten önce doğanlar için gelir durumuna bakılmaksızın, doğrudan yaş sınıflandırılmasına göre yeşil karta sahip olma hakkı tanınmıştır. Böylelikle, 2001 yılından önce yaşanan olumsuz durum yani 70 yaş ve üzerindeki nüfusun (I. sınıf hariç) genel pratisyen (GP) ücretlerini ve hastane bakım giderlerini kendileri karşılamak zorunda olmaları hali ortadan kalkmış ve yaşlı bireylere geliri ne olursa olsun yeşil karta sahip olma hakkı tanınmıştır.

Toplumun geri kalan 2/3'ü II. sınıfta (Category II) yer almaktadır ve aile üyelerinden herhangi birinin sakatlığı veya kronik hastalığı durumunda bile sağlık hizmetlerinden sınırlı şekilde yararlanmaktadırlar (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998; Wiley, 2005). Yeşil kartı olmayan yani II. sınıfta yer alan bireyler GP hizmetlerinin ve gereken ilaçlarının ücretlerini cepten ödemek zorundadırlar. Ayrıca kamu hastanelerindeki yatak ücretlerinin de bir bölümünü ödemekle yükümlüdürler. Ayaktan tıbbi bakım için ödenen ücretler de belirleyici olan GP sevkidir. Hastanın sevsiz hastaneye doğrudan başvurusu halinde ücretler yükselmektedir (Wiley, 2005).

Kısaca özetlenecek olursa; I. sınıfta yer alan bireyler; birinci basamak sağlık hizmetleri, kamu hastanelerinin yataklı hizmetleri, poliklinik hizmetleri, diş, göz ve işitsel hizmetler ve gerektiğinde bunlar için kullanılacak araç gereçlerden, reçeteli olmak koşuluyla ilaç ve diğer tıbbi gereksinimlerden, yine hekim tarafından belirlenmiş

cerrahi araç-gereçlerden ve anne, çocuk sağlığı hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadırlar. II. sınıfta yer alan bireyler ise; kamu hastanelerindeki yataklı hizmetlerin bir kısmı (belirlenmiş bazı hizmetler ücrete tabidir), uzmanlık gerektiren bazı poliklinik hizmetleri (diş, göz ve işitmeyle ilgili poliklinik hizmetleri ücretlidir), çocuk ve okul sağlığı klinikleri, sevk edildiği takdirde göz ve işitsel poliklinik hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri (doğumdan sonra 6 haftaya kadar) ve gebelik süresince hekim takibinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Yine bu sınıfta yer alan bireyler bazı hastalıkların ilaç ve tıbbi giderlerini kendileri ödemek zorundadır, ancak aylık 90 İR£ kadar olan ilaç ücretlerini sağlık kurullarından geri alabilirler. Bunun üzerindeki giderlerinin ise sadece 1/4'ü geri ödenmektedir. (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

3.2.1 Genel Pratisyenler (GP)

İrlanda'da GP'ler kendi hesabına çalışmaktadır ve yaklaşık 2/3'ü (2210 GP) yeşil kartlı bireylere hizmet sunmak için sağlık kurullarıyla sözleşmeli konumdadır (Department of Health and Children, 2006). Sevsiz diğer kamu kurumlarına doğrudan başvuru halinde tüm sınıflar sağlık giderlerini cepten ödemek zorunda kaldığı ve ücretler sevkli konuma göre daha yüksek olduğu için Genel pratisyenler kapı tutucu (gate-keeper) görevini üstlenmektedir (Madden, 2005). Yeşil kartı bulunan bireyler hekim listelerinden seçtikleri GP'lere doğrudan kaydolurlar ve GP'ler bu hastaların tedavileri ile yükümlüdür. GP'lerin reçetelerindeki ilaçlar, gerekli tıbbi cihazlar yeşil kartlı bireyler için ücretsiz sağlanır. GP'ler bu hastaların ücretlerini hizmet başına (fee for service) sağlık

kurullarından alırlar. II. sınıfta yer alan bireyler herhangi bir GP veya uzman doktor seçmekte özgürdürler ve sağlık giderlerini cepten ödemek zorundadırlar. Ücretler hastaların yaşı, cinsiyeti ve oturdukları bölgeye göre belirlenmiştir (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

3.2.2. Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Gebe bakımı ve doğumdan sonraki 6 haftaya kadar olan bebek bakımı toplumda yaşayan tüm bireyler için ücretsizdir ve sağlık kurulları ile sözleşme yapan GP'ler tarafından verilir. Hizmetin ücreti yine bu sözleşme üzerinden kurullar tarafından ödenir. Anneler kontrolleri için seçtikleri GP'lere doğumdan önce 2, doğumdan sonra 2 defa olmak üzere toplam 4 kez gidebilirler.

3.2.3. Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Çocuk sağlığı hizmetleri açısından okul öncesi dönem ve okul dönemi olmak üzere iki farklı hizmet sunulmaktadır. Okul öncesi dönemde bu hizmet "yerel sağlık merkezleri" tarafından sunulur. Yerel sağlık merkezleri 6-9, 12-15 ve 24. aylarda çocukların muayenelerini yapar. Sadece hasta olduklarında değil, aynı zamanda sağlam çocuk takibi yaparak büyüme, gelişmeyi izler, aşılama hizmetleri sunar.

Okul sağlığı hizmetleri, okul binası içinde bulunan sağlık ekibi tarafından sunulmaktadır. Okula alınan tüm çocukların periyodik muayeneleri bu ekip tarafından yapılır. Ayrıca aileleri tarafından özel durumları olduğu belirtilen çocuklar ve özürülüler yine bu ekip tarafından verilen rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanır. Okul dışı sağlığı programı çerçevesinde çocukların diş sağlığı hizmetleri 14 yaşına kadar ücretsizdir.

3.2.4. Halk Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri

İrlanda'da yaklaşık 10.000 kişiye 4 hemşire düşmektedir (Department of Health and Children, 2006).

Halk sağlığı hemşireliği hizmetleri, sağlık kurulları tarafından oluşturulmuş yerel sağlık merkezlerinde özel eğitim almış hemşireler tarafından sunulmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri;

- Sağlıksız ve yaşlı bireylerin kontrollerini ve evde bakımlarını yaparlar,

- Özürülü bireylerin bakımlarını yapar, ailelerine destek sağlarlar,

- Okul öncesi dönemde bebek ve çocukların izlemelerini yaparlar,

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için evlerde ve toplum içinde sağlık eğitimleri vermekle yükümlüdürler (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

3.2.5. Birinci Basamak Diş Sağlığı Hizmetleri

Diş sağlığı hizmetleri diş hekimleri tarafından verilmektedir. Diş hekimleri sağlık kurulları tarafından işe alınırlar ve sözleşmeli konumda çalışırlar. Her yıl yaklaşık 5000 çocuğun ortodontik tedavisi yapılmaktadır. 1960'lı yıllardan beri toplum diş sağlığı programı çerçevesinde içme sularına flor eklenmiştir. Ancak florlu suya ulaşabilen toplum kesimi %74'tür.

3.2.6. Toplum Eczaneleri

İlaçlar perakende satış yapan eczaneler tarafından satılır. I. Sınıfta yer alan bireyler ilaçlarını para vermeden bu eczanelerden sağlayabilir. Bu bireylerin giderlerini sağlık kurulları karşılar ve eczanelere ödeme yapılır. Yapılan ödeme "İlaç Maliyetleri Geri Ödeme Programı" çerçevesinde olmaktadır. II. sınıfta yer alan ve yeşil kartı olmayan bireyler ilaçlarını cepten ödemek zorundadırlar. Ancak 90 IR£ kadar olan maliyetler bireylerin kendisine geri ödenir 90 sterlinin üzerinde olan maliyetlerin ise ancak 1/4'ü ödenir.

3.2.7. İşitme ve Göz Sağlığı Hizmetleri

Toplumda işitme sağlığı hizmetleri uzmanlar tarafından sunulmaktadır. Özellikle okul çocukları arasında işitme kaybı olanlar veya kulak rahatsızlığı bulunanlar "İşitme ve Görme Bozukluğu Programı" çerçevesinde incelenir ve değerlendirilir. Hizmetler ücretsizdir. İşitme kaybı olan çocukların gerekli tıbbi araçları Ulusal Rehabilitasyon Kurulu tarafından sağlanır.

Göz sağlığı hizmetleri, sağlık kurulları tarafından işe alınan ve sözleşmeli olarak çalışan göz hekimleri tarafından yürütülmektedir. Bu uzmanlar görme ve görme alanı testleri yaparak, ihtiyaç halinde gözlük reçete ederler. Reçete edilmiş gözlükler ise, anlaşmalı gözlük satıcılarından temin edilir.

3.2.8. Uzun Süreli Hastalıklar Programı

Bu program tamamen ücretsizdir ve sağlık kurulları tarafından sunulur. Belirlenmiş hastalıkların ilaçları, gerekli araç, gereçler reçete edilmiş olmak koşuluyla, hastaların gelir durumuna bakılmaksızın ücretsiz karşılanır (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

3.3 Hastaneler

Ülkede 107 adet devlet hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerin yaklaşık 30 kadarı gönüllü hastanelerdir ve dinsel örgütler ya da anonim şirketler tarafından işletilmektedir. Gönüllü hastanelerin çoğu Dublin çevresinde yer almakta ve acil bakım hizmeti vermektedirler. Her iki tip devlet hastanesinin giderleri de hükümet tarafından karşılanmaktadır. Ancak kamu devlet hastanesinin giderleri sağlık kurulları tarafından, gönüllü hastanelerin giderleri Sağlık ve Çocuk Dairesi tarafından

karşlanmaktadır. Bu nedenle gönüllü hastaneler ile sağlık kurulları arasında planlama ve hizmet sunma açısından doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır. Yataklı ve ayakta bakım hizmetleri sınıf I hastaları için tamamen ücretsizdir. II. sınıfta yer alan hastalar ise ilk 10 günlük yatış için 20 İRE'yi ödemekle yükümlüdür ancak ayakta bakım hizmetleri bu hastalar için de ücretsizdir (GP sevki halinde). Acil servislere başvurularda ise (ilk başvuru hariç), 12 İRE ödemekle yükümlüdürler. Bu kural acil servislere gereksiz başvuruları engellemek amacıyla konulmuştur.

Sağlığa ayrılan bütçenin neredeyse yarısı hastanecilik hizmetlerine harcanmaktadır. Ayrıca ülkede özel dal uzmanlık hastaneleri de bulunmakta ve bütçenin 1/5'i bu hastaneler için kullanılmaktadır. Özel dal hastaneleri daha çok ruhsal ve mental motor gelişimi bozuk hastaların bakımı için kurulmuştur. Ülkede son 10-15 yıldır ruhsal hastalıkların artması sonucunda bu hastanelerin kapasiteleri daralmıştır. Bu nedenle 1984 yılında hastanelerin yeniden yapılandırılması önerilmiş, bu konuda "gelecek için planlama" adı altında bir rapor hazırlanmıştır. Bu raporda ülkenin ruhsal hastalıklar için politikalarının kurumsal tabanlı olduğu vurgulanmış ve bunun topluma kaydırılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu nedenle psikiyatrik hizmetler toplum tabanlı hizmetlere dönüştürülmüş, bazı hastaneler günlük bakım hizmeti veren (hastalar gün boyu hastanede kalıp akşam evlerine gönderilmekte) kurumlara çevrilmiş, ev bakımı ve aile desteği olanakları artırılmış ve ayrıca bu hastalar için grup terapilerinin sağlandığı mekanlar oluşturulmuştur. Bu politika değişikliği sonucunda, ülkede 1984-1994 yılları arasında psikiyatrik hastanelerde yatan hasta sayısı %50 azaltılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (1998) verilerine göre bu hastanelerde 5568 yatan hasta bulunmaktadır ve bu hastaların 4082'si 12 ay ve üzerinde yatış gününe sahiptir (WHO Regional Office for Europe & European Commisison, 1998).

3.4. Özel Sektör

İrlanda'da son yıllarda özel hastanecilik hızla gelişmeye başlamıştır. Bunun temel nedeni kamu hastanelerinde tedavi olmayı bekleyen hasta listelerinin artması, hasta beklentilerinin karşılanamaması ve hasta memnuniyetsizliği sonucunda özel sağlık sigortasının toplum içinde yaygınlaşmasıdır. İrlanda toplumunun kamu sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olmasına rağmen toplumun %45'inden fazlası özel sağlık sigortasına sahiptir. Gönüllü Sağlık Sigortası Kurulu (Voluntary Health Insurance- VHI) 1957 yılında kurulmuştur.

Başlangıçta kar amacı gütmeyen bu kurul daha sonra hükümet tarafından yarı yarıya özelleştirilmiştir. 1990'lı yılların ortalarında ise tekelleşmiştir. Ancak hükümet yine aynı yıllarda tek bir pazarın ortaya çıkmasının sakıncalı olacağı, sigortacılıkta da serbest rekabetin sağlanmasına izin verilmesi ve yeni bir pazar açılması gerekliliği nedeniyle 1994 yılında sigorta yasasını çıkarmıştır. Bu yasaya göre; yeni kurulan bir sigorta şirketinin sunduğu paketler yaşam boyu olmalıdır ve şirket hisseleri halka arz edilmelidir. Sağlık

sigortası pazara açıldıktan sonra birçok sigorta şirketi kurulmuş ancak sigorta kapsamındaki toplumun %4'ü bunlara kayıt olmuştur. Bugün yaklaşık %40'ı halen Gönüllü Sağlık Sigortası Kurulu'na kayıtlı durumdadır. İrlanda'da, özel sağlık sigortası pazarında gelişmeyi gözlemlemek ve bu alandaki rekabeti arttırmak için Sağlık Sigortası Başkanlığı (Health Insurance Authority) kurulmuş, bireylerin özel sağlık sigortasına geçmesini teşvik eden sağlık politikaları benimsenmeye başlanmıştır. Örneğin özel sağlık sigortası olan bireyler tedavi olmak için hastanelerde sıra beklememektedir, prim ücretlerinde ve geri alınamayan sağlık giderlerinde de vergi indirimleri mevcuttur. Ülkede özel sağlık sigortası, yeşil karta sahip olmayan bireyleri hedef alarak büyümüş ve gelişmiştir. Sonuçta bütün sigorta primleri vergiden muaf hale gelmiş ve 168 milyon euro bedelinde vergi indirimi yapılmıştır (Wiley, 2005).

Ülkede 18 adet özel hastane bulunmasına rağmen, kamu hastanelerindeki özel yatak sayısı yıllar içinde artmıştır. Kamu hastanesi yataklarının %40'ı özelleşmiş konumdadır. Özel hastanelerin yatak oranı %8'dir. Ödemeler hizmet başına olmaktadır (Wiley, 2005). Özel hastalar ücretlerini kendileri öderler ancak sağlık sigortalarından bu giderleri talep edebilirler. Bazı özel sigortalar hastaneler ile anlaşmalıdır ve bu sigortalara kayıtlı bireyler doğrudan anlaşmalı hastanelere başvurabilirler. Ülke içinde özel hastaların daha kısa sürede tedavi olması, kamu sağlık kuruluşlarında özel yatak sayılarının artması toplum içinde artan oranda eşitsizliklere neden olmuştur. Daha eşitlikçi yaklaşım sağlamak için kamu ve özel hastalara özel yataklar oluşturulmaya başlanmıştır. Yani kamu hastaneleri içinde özel yataklar kamu yataklarından ayrılmıştır. Kamu yatak kapasitesi artırılarak 500 yatak daha ilave edilmiştir (Health Service Executive, 2006).

3.5. İrlanda Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları

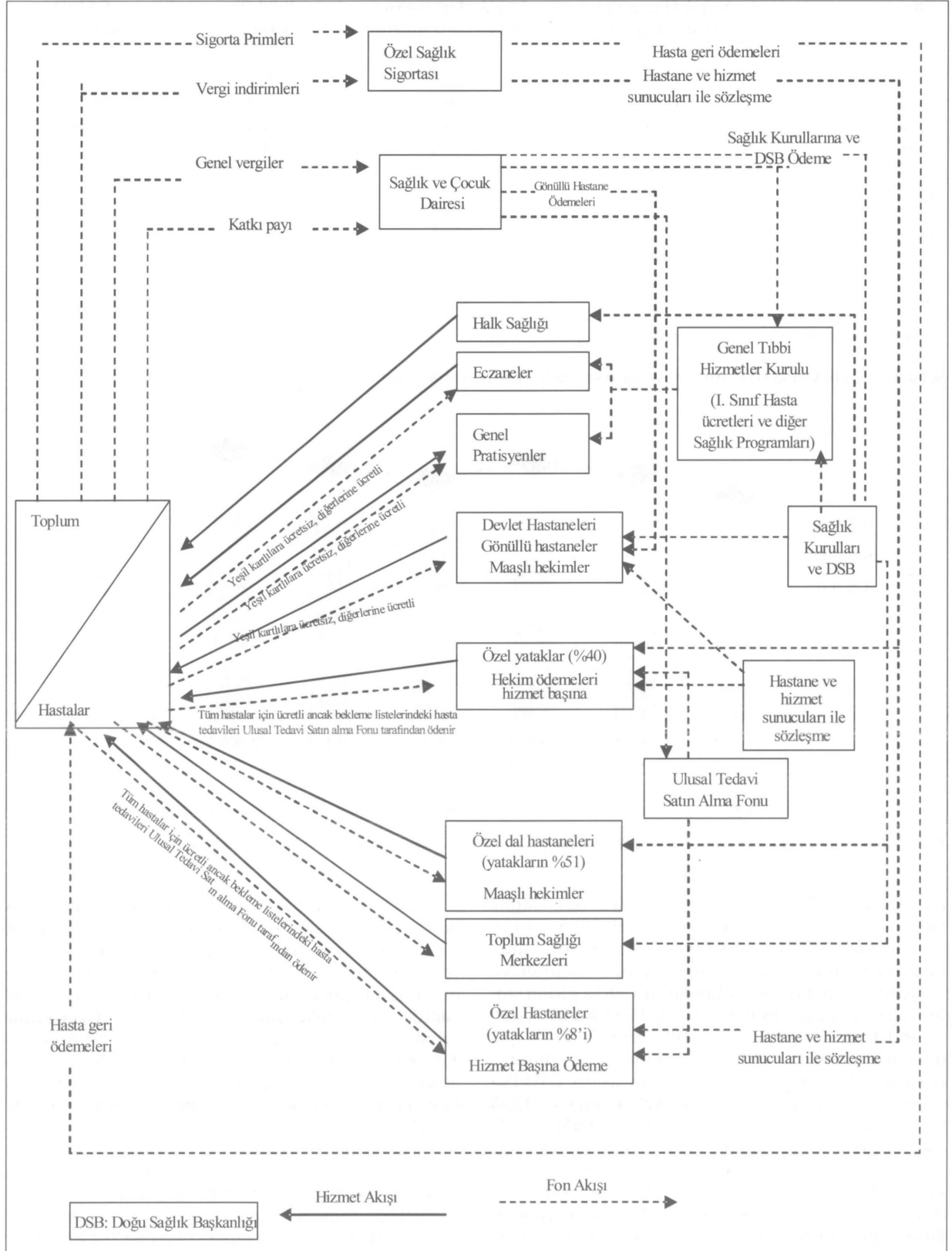
İrlanda, Beveridge tipi sağlık sistemi yapısına sahip ülkeler arasında sayılsa da finansman açısından karma sisteme sahip olduğu söylenebilir. Sistem içerisindeki para ve hizmet akışı Şekil 3'te sunulmuştur.

Sistem karma yapısı itibarıyla genel (doğrudan) vergiler ve kamu sigortası açısından progresif, özel sigorta varlığı ve dolaylı vergiler açısından regresif niteliklidir (Wiley, 2005).

Kişi başına düşen sağlık harcaması 2002 yılında 2255\$, bu harcamadaki kamu payı 1779\$'dır (WHO, 2005). OECD verilerine (2002) göre, kişi başı sağlık harcaması diğer Avrupa ülkelerinin %101.8'idir.

İrlanda'nın sağlık harcamaları iki ana dönemde incelenebilir. Birincisi 1980'ler süresince gözlenen tasarruf dönemi, diğeri de 1990'ların ortasında ve geç dönemlerinde süren genişleme dönemidir. Tablo 1'de 1980-2002 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya oranları yer

Şekil 3. İrlanda sağlık sisteminde para ve hizmet akışı



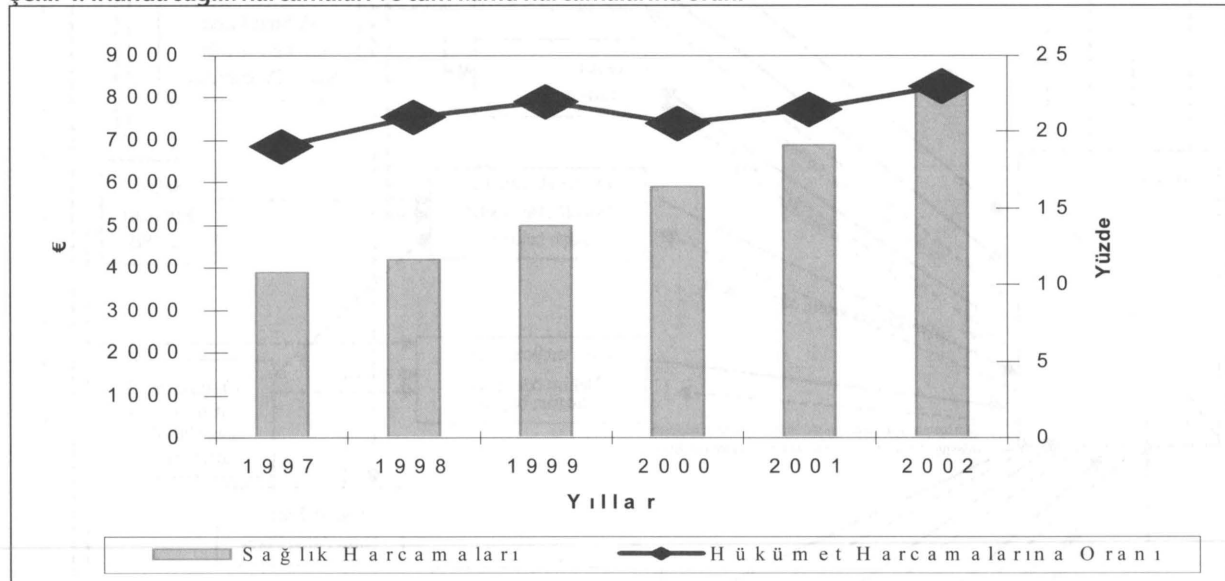
Kaynak: Wiley, 2005

Tablo 1. 1980 ve 2002 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı

Yıl	Sağlık Harcaması (Euro milyon)	Sağlık Harcaması ^a (1995)(Euro milyon)	Yıllık % değişim	GSYİH oranı (%)
1980	929	2734		7.76
1982	1268	2700	4.0	7.40
1984	1467	2667	-1.8	6.98
1986	1654	2712	-0.5	6.61
1988	1700	2500	-3.3	5.89
1990	2001	2533	-0.6	5.65
1992	2484	2791	5.4	6.20
1994	2909	2999	3.8	6.26
1996	3183	3121	0.5	5.48
1998	4040	3609	6.7	5.21
2000	6506	4496	10.0	5.45
2002	8167	5813	10.6	6.31

^a1995 cari fiyatlarına göre standardize edilmiştir, Kaynak: Wiley, 2005

Şekil 4. İrlanda sağlık harcamaları ve tüm kamu harcamalarına oranı



Kaynak: Report of Commission on Financial Management and Control System in the Health Service; 2003:21

almaktadır. 1980 ile 1989 yılları arasındaki sağlık harcamaları %95 oranında artmış ancak 1995 yılı cari fiyatlarına göre %7 azalmıştır. Bu dönem sağlık hizmetlerindeki yatırımların azaldığı dönemdir ve genişleme dönemi olarak adlandırılan 1990'lı yılların tam tersi bir süreç yaşanmıştır. Tablo 1'de 1990 ile 2000 yılları arasındaki sağlık harcamaları %180 oranında artmış gibi görünmekle birlikte, 1995 yılı cari fiyatlarına göre bu artış oranı %78'dir. 1980 yılında sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %7.8 iken, yıllar içinde giderek azalmış ve 1990 yılında yaklaşık %5.7'ye düşmüştür (Wiley, 2005). 1980'li yıllarda sağlık alanında hemen tüm ülkeler ortak politikalar uygulanmasına rağmen AB ülkeleri arasında sadece Danimarka ve İrlanda sağlık harcamalarını düşürebilmiştir. (WHO Regional Office for Europe & European Commission, 1998). Daha sonraki yıllarda sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı artmış, ancak 1980 yılı oranlarına ulaşamamıştır (Tablo 1).

Şekil 4'te, 1997 - 2002 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının tüm hükümet harcamalarına oranları verilmiştir. Bu oranlar DSÖ verilerinden biraz farklıdır. DSÖ verilerine göre kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının oranları 1998 yılında 13.6, 2002 yılında ise 16.4'tür. Özel sağlık harcamalarındaki cepten ödeme payı ise 1998 yılında %45.6 iken, yıllar içinde artmış ve 2002 yılında %53'e ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının geri kalan %47'lik dilimi ise özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır (WHO, 2005).

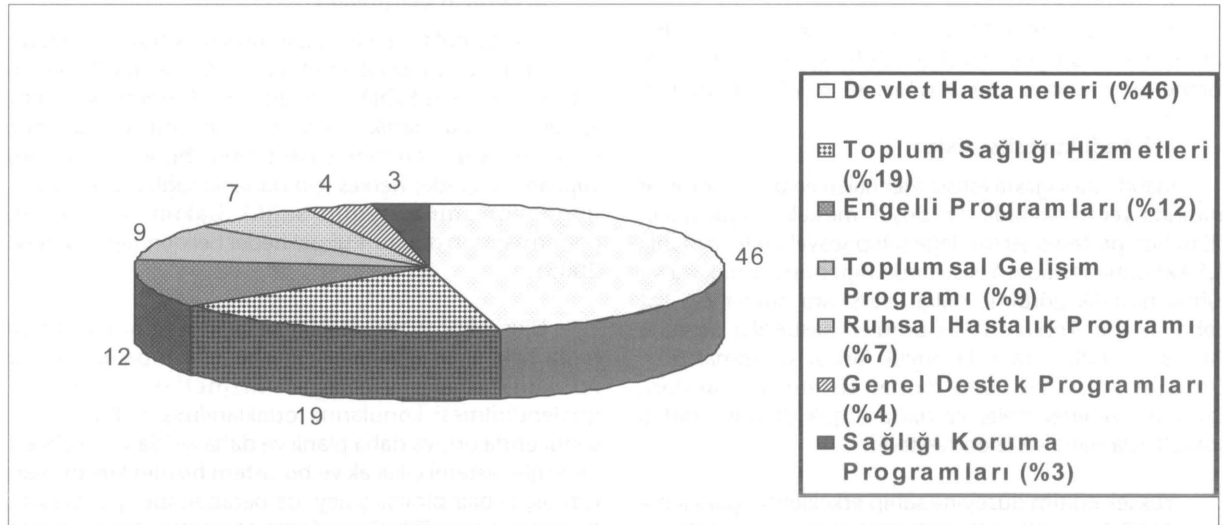
Sağlık harcamalarının hizmetlere dağılımında en yüksek oran hastanecilik hizmetlerine aittir. Hastanecilik hizmetlerini toplum sağlığı hizmetleri (%19) ve engelli bireyler için verilen hizmet programları (%12) izlemektedir (Şekil 5). Sağlık bütçesinin, %0.6'sı merkezi yönetime, %80'i bölgesel sağlık kurullarına (Genel Tıbbi Hizmetler

Tablo 2. İrlanda'da 24 ayını bitirmiş çocukların bölgelere göre aşılama oranları (2002)

Sağlık Kurulları	Uygulanan Aşılar (%)					
	Difteri	Boğmaca	Tetanoz	Hib*	Polio	KKK**
Doğu (Eastern)	78	77	78	78	77	64
Orta Bölge (Midland)	81	79	81	80	81	72
Orta Batı (Mid-Western)	86	84	86	86	86	80
Kuzeydoğu (North-Eastern)	91	90	91	90	90	79
Kuzeybatı (North-Western)	92	90	92	91	91	80
Güneydoğu (South-Eastern)	88	85	88	87	87	82
Güney (Southern)	84	82	84	83	83	76
Batı (Western)	83	81	83	82	82	74
İrlanda	83	82	83	83	83	73

* Hib: Haemophilus Influenzae Type B, ** KKK: Kızamık, Kabakulak Kızamıkçık
Kaynak: Health Service Executive; 2006

Şekil 5. Sağlık harcamalarının hizmetlere dağılımı



Kaynak: Department of Health and Children; 2006

Kurulu dahil), %17.7'si gönüllü hastaneler kurulana ayrılmaktadır (Department of Health and Children, 2006).

4. Sağlık Göstergeleri

İrlanda sağlık göstergeleri son 30 yıldır gelişmiş olmasına rağmen, erken ölümler halen diğer AB ülkelerine oranla yüksektir. Ölüm nedenlerinin 2/3'ü kanserler ve kalp damar sistemi hastalıklarıdır (KDH).

Ülkede 4.13 milyon birey yaşamaktadır. Yıllık doğum hızı 1000'de 15.3'tür. 2002 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam umudu erkekler için 75.1, kadınlar için 80.3'tür.

İrlanda'da 1995 yılında ölüm hızı 8.8 (binde) iken, 2004 yılında 7.0'a (binde) düşmüştür. Ölüm nedenleri ise; %38 KDH, %25 kanserler (kansere ölümleri içinde de %21 oranında akciğer kanseri, akciğer kanserlerini sırasıyla %12 oranında kolorektal kanserler ve %8 oranında meme kanserleri izlemektedir), %16 solunum sistemi hastalıkları (pnömoni, influenza ve KOAH), %5 kazalar ve

zehirlenmeler (en yüksek oranda intiharlar ve motorlu araç kazaları) ve %16 oranında diğer hastalıklardır. Tüm yaş gruplarında izlenen intihar hızı açısından, 25 Avrupa ülkesi arasında 17. sıradayken, 15-24 yaş arasındaki intihar hızı açısından 5. sırada yer almaktadır. İntiharların %40'ı 44 yaş altında görülmektedir ve erkek / kadın oranı 4.5/1'dir. Bebek ölüm hızı 1990 yılında 8.2 (binde) iken, 2004 yılında 4.9'a (binde) düşmüştür. Bölgelere göre aşılama oranları Tablo 2'de sunulmuştur.

4.1. Toplumda Sık Görülen Hastalıklar

Kalp Damar Sistemi Hastalıkları (KDH): On ölümden dördü KDH nedeniyledir. Kalp hastalığı nedeni erken ölümlerin sıklığı açısından 15 AB ülkesi arasında birinci sırada yer almaktadır. KDH'ye bağlı ölüm hızı 1980'de 100.000'de 244.8 iken, 2003 yılında 141.9'a düşmüştür. Bu azalmadan büyük oranda yüksek sosyoekonomik düzeydekilerin ölüm hızının düşmesi sorumludur. Nitekim, niteliksiz erkek emekçilerin KDH nedeni ölüm sıklığı, profesyonel meslek sahibi erkeklerle göre 3 kat daha fazladır. Şişmanlık, toplumun yaşlanması ve diyabet sıklığının artmasıyla KDH sıklığı da artmış, ancak

tedavi seçenekleri ve ölüm hızının düşmesi nedeniyle bu sefer de kalp yetmezliği sorun haline gelmiştir. Halen kalp yetmezliği, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin en büyük bakım yükünü oluşturmaktadır.

Diyabet: İrlanda'da son yıllarda tüm yaş grupları içinde özellikle beş yaş altında tip I, diğer yaş gruplarında tip II diyabet sıklığı artmıştır. Tip I diyabet insidansı 100.000'de 16.8'dir ve AB ülkeleri ortalamasının çok üzerindedir. Tüm yaş gruplarında tip II diyabet sıklığı %2-7'dir. Ancak 40 yaş ve üzerinde %10-14 oranındadır.

Kanserler: Kötü huylu kanserler içinde en sık görülen melanom olmayan deri kanserleridir (%29), bunu %28 oranında meme kanserleri ve %21 oranında prostat kanserleri izlemektedir. Kanserden ölüm nedenleri arasında ise en yüksek oran akciğer kanserine aittir.

Toplumda 1994-2001 yılları arasında kanser sıklığı artmıştır. Yıllık artış hızı %2.3'tür. Böbrek, prostat, testis ve meme kanserlerinin yıllık artış hızı ise, %3-5 oranındadır.

4.2. Sağlıkta Eşitsizlikler

İrlanda'da sağlıkta eşitsizlikler halen en büyük sorunlar arasında yer almaktadır. En düşük mesleki sosyal sınıfın ölüm hızı, profesyonel mesleğe sahip sosyal sınıflara oranla 3.5 kat daha fazladır. Yoksullarda hipertansiyon, kaza ve ruhsal hastalık görülme sıklığı, varlıklara oranla 2-5 kat daha fazladır. Toplumda sık görülen hastalıklar açısından da sosyal sınıflar arasında büyük farklar yaşanmaktadır. Örneğin intiharlar, kalp damar sistemi hastalıkları, kanserler, zehirlenmeler ve hatta düşük doğum ağırlığı yoksullarda daha sık izlenmektedir.

Yüksek eğitim düzeyine sahip erkeklerin sigara içme oranı %18 iken, eğitimsiz ya da ilkököl mezunu erkeklerin sigara içme oranı %32'dir. Yüksek öğrenim düzeyine sahip olan kadınlarda sigara içme oranı %16, eğitimsiz ya da ilkököl mezunu kadınlarda ise %35'tir. Yaş gruplarına göre en yüksek sigara içme sıklığı %20'lik bir oranla 15-18 yaş grubuna aittir.

Yoksullar, sosyal dışlanma nedeniyle büyük sorunlar yaşamaktadırlar ve yaşadıkları topluma yabancılaşmış konumdadırlar.

4.3. Acil Önlem Gerektiren Halk Sağlığı Sorunları Alkol

Kişi başına düşen alkol oranı 1960'ta 5 litre iken, bu oran 2005 yılında 14,2 litreye yükselmiştir. Özellikle de genç nüfusta alkol alışkanlığı hızla artmaktadır. Toplumun yarısında ilk alkol deneyimini 12 yaşından önce yaşamaktadır. Toplumun 1/3'ünde ise ilk alkol deneyimi 15-16 yaşlarında olmaktadır. Kız ve erkeklerdeki oran ise diğer toplumlardakinin tam tersidir. Örneğin 18-24 yaş grubundaki kızlarda, yaşlıları erkeklere oranla alkol kullanma sıklığı 2 kat daha fazladır. Giderek artmakta olan alkole bağlı sağlık sorunlarının 2003 yılı maliyeti 433 milyon eurodur.

Şişmanlık

Toplumun %40'ı fazla kilolu, %18'i şişmandır. Özellikle son 10 yılda şişmanlık oranı 1,7 kat artmıştır. 2002 yılı verilerine göre erkeklerin %14'ü, kadınların ise %12'si şişmandır.

Kronik Hastalıklar

Mortalite hızlarındaki düşmeye paralel olarak toplumda kronik hastalığı olan birey sayısı artmıştır. Kronik hastalıklar birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri arasında neredeyse ilk sıraya yerleşmiştir. Bu nedenle hizmeti bu yönde değiştirmek ve dönüştürmek zorunlu hale gelmiştir (**Sağlık göstergeleri açısından ayrıntılı bilgi için Bkz. Health Service Executive, 2006**).

5. Reform Çalışmaları

İrlanda hükümeti parçalanmış sağlık hizmetlerini bir tek çatı altında toplayabilmek için, 2001 yılında "Kalite ve Adalet: Sizin için Sağlık" (Quality and Fairness: A Health system for you) başlıklı bir rapor yayınlamış ve bu rapor üzerinden yapısal reform çalışmalarına hız vermiştir. Yeni yapılanma içinde; herkes için daha iyi sağlık, adil erişim, uygun ortamda uygun sağlık bakımı ve yüksek performanslı oluşan 4 ulusal hedef belirlenmiştir (**Wiley, 2005**).

Ulusal hedeflere ulaşabilmek için reform paketinde hasta bakımının iyileştirilmesi, elde edilen paranın daha iyi kullanılması ve sağlık hizmetleri idaresinin güçlendirilmesi konularına odaklanılmıştır. Bu reform sonucunda ortaya daha planlı ve daha iyi idare edilebilen bir sağlık sistemi çıkacak ve bu sistem hizmet kullanıcıları için ölçülebilir bir iyileşmeyi de beraberinde getirecektir. Bunun için öncelikli olarak Sağlık Hizmetleri İdaresi (HSE) kurulmuş, 3 yıllık aksiyon planı hazırlanmış ve reform çalışmalarına yönelik yaklaşık 239.780 milyon eurodur mali kaynak aktarımı yapılmıştır. Sağlık Hizmetleri İdaresi, tek elden sağlık hizmetlerini yönetmekle yükümlü ilk organdır ve daha önceki dönemlerde farklı organlar olarak hizmet vermiş çok sayıda sağlık kuruluşunun rollerini de bir araya getirmektedir. Sağlık Hizmetleri İdaresi kendi yönetim kuruluna ve bir genel müdüre sahiptir. İdare, bir Ulusal Hastane Ofisi, Toplumsal ve Devamlı Bakım Hizmetleri Yönetimi ve Ulusal Ortak Hizmetler Merkezi'ni de içine alan 11 ulusal başkanlığın oluşturduğu bir örgütlenmeye sahiptir (Bkz. Şekil 2).

Sağlık Hizmetleri İdaresi vizyonunu; "topluma sürekli yüksek kalitede ve adilane hizmet sunmak", misyonunu; "halk sağlığını ve refahını geliştirmek, yükseltmek ve korumak amacıyla, elde edilebilir kaynakları en faydalı, etkin ve verimli şekilde kullanmak" şeklinde benimsediğini duyurmuştur (**Health Service Executive, 2006**).

Sağlık Hizmetleri İdaresi'nin öncelikli görevleri:

Sağlığı geliştirmek, bireylerin sağlıklarını korumak ve korunmuş sağlığın sürdürülmesini sağlamak,

- Kolay ulaşılabilir hizmet sunmak,
- Kanıta dayalı kararlar almak,
- Mevcut kaynaklar ile mümkün olabilecek en iyi sağlık bakımını vermek olarak belirlenmiştir.

Ayrıca reform programı çerçevesinde Sağlık Enformasyonu ve Kalite Başkanlığı (Health Information and Quality Authority) adı altında yeni bir organizasyon oluşturulmuştur. Bu organizasyonun sorumlulukları:

- Sağlık enformasyon sistemlerini geliştirmek
- Kalite güvencesine yönelik yapılandırılmış programları teşvik etmek ve uygulamak
- Seçilmiş hizmet paketlerini gözden geçirmek ve raporlamak
- Yönetmeliği denetlemek
- "Sağlık teknolojisi değerlendirme"ni geliştirmek.

Sağlık politikası üretme ve uygulamanın birbirinden ayrı olabilmesi için 2006 -2008 yılı arası dönem Sağlık ve Çocuk Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına ayrılmıştır. Bu yapılandırılma, Bakanlığın stratejik gözden geçirme, analiz ve değerlendirme alanlarında yoğunlaşmasını ve hükümete sağlık ile ilgili önerilerde bulunmasını sağlamak içindir. Bakanlığın hizmet ile ilgili görevlerinin tamamı Sağlık Hizmetleri İdaresi'ne aktarılmıştır. Sağlık Hizmetleri İdaresi ülkede herkesçe bilinen ortak amaçlar belirlemiştir. Bunlardan bir tanesi toplum katılımını sağlamak, bir diğeri sürekli, toplum içinde entegre hizmet sunmak ve bu hizmeti ekip anlayışı içinde vermek ve sonucusu da sektörler arası işbirliğini güçlendirmektir. Sağlık Hizmetleri İdaresi 2005 yılından beri görevde olmasına rağmen, sistem içerisinde henüz dikkate değer bir gelişme yaşanmamıştır (Health Service Executive, 2006).

6. Sonuç

İrlanda, Avrupa ülkeleri arasında radikal anlamda yapısal değişim sağlamayı başaran tek ülkedir. Ancak İrlanda için geleceğin çok parlak olacağı söylenemez. Çünkü yukarıda sayılan tüm hedefleri gerçekleştirmek için hedef kitle olarak toplum değil bireyler seçilmekte ve insan merkezli bir sistem oturtulmaya çalışılmaktadır. Hasta memnuniyeti, sistem içinde iyi deneyimler yaşama daha ön plana çıkmakta, toplumsalıktan bireyselliğe kayış göze çarpmaktadır.

Sağlıkta eşitsizlikler ve sosyal dışlanma gelecekte de önlenilecek gibi görünmemektedir. Çünkü kimin yeşil kart sahibi olacağı yasalar çerçevesinde belirlenmiş olmakla birlikte, yeşil kartı olmayan ve gelir durumu orta düzeyli olanlar ve sonuçta herhangi bir sağlık sigortası olmayanlar için sisteme giriş oldukça zordur. OECD üyesi 20 ülke arasında yapılan araştırmalara göre, GP kullanımı

açısından İrlanda 17. sıradadır (Van Doorslaer, 2006). GP'lerin yıllık kullanım sıklığı ise; yeşil kartlı bireyler için ortalama 6.0, yeşil kartı olmayan bireyler için ortalama 2.2'dir (Madden, 2005).

Yeşil kartı olmayan bireylerin GP'ler için özel hasta konumunda olması bu farkı doğurmaktadır. Yeşil kartı olmayanlar cepten ödeyerek ya da sağlık sigortaları aracılığıyla istedikleri kurumlara doğrudan başvurabilme özgürlüğüne sahiptirler. Yeni reform çalışmalarında yeşil kartı olanların da çok küçük miktarlarda da olsa bir ücret ödemesi öngörülmektedir. Hükümet yeşil kartı olan bireylerin sayısını arttırmak için ek kaynak bulmaya çalıştığını belirtmekle birlikte, veriler tam tersi durumun olduğunu göstermektedir. Örneğin 1994 yılında toplumun %36'sının yeşil kartı bulunmaktayken, 2004 yılında %24'ünün yeşil kartı bulunmaktadır (Department of Health and Children, 2006). Yani uygulama ile söylemlerde farklılıklar bulunmakta ve yeşil kartlı aile sayısını azaltma yönünde bir politika izlenmektedir. Sosyal dışlanmada ise en büyük sorun evsizlerdir. Evsizlerin sayısı yıllar içinde giderek artmış ve 2005 yılı verilerine göre yaklaşık 3773 aile evsiz konuma gelmiştir (Health Service Executive, 2006). Hükümet, Sağlık Hizmetleri İdaresi ve diğer yerel idarelerle birlikte bir ortak aksiyon planı hazırlamıştır. Ancak evsizliğin altında yatan temel neden ortadan kaldırılmadan bu değişimin sağlanması çok zor görünmektedir.

İrlanda, sağlık sistemi açısından İngiltere'ye ve Amerika'ya benzemekle birlikte, her ikisinin de kötü bir taklidi durumundadır (Birchard, 2000). Amerika'ya benzer yani sağlık alanında yaşanan davalardır. Özellikle son yasal düzenlemeler hekimleri çok zor duruma düşürmüştür. Örneğin İrlanda'da kadın doğum uzmanlarının tıbbi davalar sonucunda ödedikleri tazminat miktarı yıllık 55.000-87.000 euro arasındadır. İrlanda'daki bir hekim İngiltere'deki meslektaşından 4 kat daha fazla dava edilmektedir. Bunun sonucunda hasta hekim arasında güven sorunları yaşanmaya başlanmıştır (Cusack, 2000).

Hekimler açısından bir diğer sorun çalışma koşullarıdır. Hekimlerin haftalık çalışma saatleri yüksek olup, ortalama 75 saattir. Çünkü yeterince personel bulunmamaktadır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi için birçok çalışma yapılmakta, raporlar sunulmaktadır. Ancak bunlar uygulamaya yeterli oranda etkili olamamaktadır. (Department of Health and Children, 2003b).

Diğer sağlık sistemleri içinde olduğu gibi İrlanda'da da hekimler zor durumda bırakılmışlardır. Reform çalışmaları içinde hekim hasta ilişkilerini güçlendirecek, güven ortamı sağlayacak herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Kısacası İrlanda'da hekim olmak da, hasta olmak da zordur.

Teşekkür: Bu değerlendirmede katkılarını ve önerilerini aldığım Doç. Dr. İlker Belek'e teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Belek, İ. (1997) "Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12(81);26-44.

Birchard, K. (2000) "Hard Times for the Irish Health System", Lancet, 356:1421.

Broaderick, S. (2002) "Community Development in Ireland: A Policy Review", Community Development Journal, 34(1):101-110.

Cusack, D.A. (2000) "Ireland: Breakdown of Trust Between Doctor and Patient", Lancet, 356:1431-1432.

Department of Health and Children. (2003a) "The Health Service Reform Programme", Dublin, June 2003.

Department of Health and Children. (2003b) "Report of the National Task Force on Medical Staffing (Hanly Report)", Dublin.

Department of Health and Children. (2006) "Health Statistics 2005", Stationery Office, Dublin.

Dönmez, E. (2004), "Nasıl başardılar?: İrlanda Kalkınma Modeli", Son Baskı, Yıl:1, Sayı 4, <http://www.sonbaski.com/irlanda.htm>, [Erişim Tarihi:08 Aralık 2006]

Elling, R.H. (1994) "Theory and method for the cross national study of health" Int. J. Health Serv., 24 (2), 285-309.

Health Service Executive. (HSE), (2006) "National Service Plan 2006", Stationery Office, Dublin.

Köksal, B. (2006) "İrlanda: 1916 Paskalya Ayaklanması Ulusal Sorun ve Sosyalist Mücadele

Diyalektiği", <http://www.marksist.com/TRH/ireland.htm>, [Erişim Tarihi:28 Kasım 2006]

Madden, D, Nolan, A, Nolan, B. (2005) "GP Reimbursement and Visiting Behaviour in Ireland", Health Econ., 14:1047-1060.

O'Sullivan, T. (2001) "İrlanda Mucizesini Nasıl Sağladık?: İrlanda Toplumsal İşbirliği Modeli", İşveren, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Yayını, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=352&id=21, [Erişim Tarihi:15 Kasım 2006]

Ostwald, C.H. (2002) "A Social Justice Perspective of Economic Growth, Inequality, and Fairness in the Celtic Tiger", The Faculty of the Graduate School of International Studies University of Denver, Unpublished Thesis, s.102-126.

Stationery Office. (2003) "Report of the Commission on Financial Management and Control Systems in the Health Service", Dublin.

Wiley, M.M. (2005) "The Irish Health System: Developments in Strategy, Structure, Funding and Delivert Since 1980", Health Econ., 14:169-186.

World Health Organization Regional Office for Europe & European Commission. (1998) "Highlights on Health in Ireland". Copenhagen.

World Health Organization. (WHO), (2005) "The World Health Report 2005: Make every Mother and Child Count." Geneva.

Van Doorslaer, E, Masseria, C, Koolman, X. (2006) "Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries", CMAJ, 174 (2):177-183.