

DOSYA/DERLEME**POLONYA SAĞLIK SİSTEMİ**

Çiğdem ÇAĞLAYAN*, Melike ERKOÇ**

Polonya, Avrupa'daki sosyalist devletlerden ilk olarak çözülmeye uğrayan ülke olmuştur. Kapitalist sistemle hızla bütünleşmesi için IMF devreye girmiş yapısal uyum programlarını peşi sıra uygulamaya başlatmıştır. Böylece ülke "hantal ve verimsiz" devlet işletmelerini hızla elden çıkarmış, özelleştirme çabaları toplumsal yaşantının her alanına yayılmıştır. Bu yeni dönemde Polonya'nın sağlık hizmetleri, içinde bol miktarda verimliliğin artması, hekim seçme özgürlüğü, kaliteli hizmet, aile hekimliği uygulamaları, zorunlu genel sağlık sigortası gibi aslında hiç yabancı olmadığı kavramların kullanıldığı bir dizi reform uygulamalarına sahne olmuştur. Uygulamaya konulan sağlık politikalarındaki değişiklikler, birçok ülkeye önerilen modelden farklı olmamakla birlikte ülke koşullarına özgü bazı uygulamaları da içermektedir. Hızlı kapitalistleşme sürecinin sonucu olarak ortaya çıkan yoksulluk ve yüksek işsizlik tablosunun yanında sağlık sistemindeki değişimlerin sonucu sağlık hizmetine ulaşmada eşitsizlikler yaşanmış, ayrıca sağlık çalışanları için zor bir dönem başlamıştır.

Bu yazıda, Polonya'nın sağlık sistemi alanında yaşadığı değişiklikler ortaya konarak, bunların sonuçlarına ilişkin ulaşılabilen veriler incelenmiştir.

1. ÜLKE HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Polonya Cumhuriyeti Orta ve Güney Doğu Avrupa Bölgesi'nin nüfus (38.2 milyon) ve yüz ölçümü (312 685 km²) açısından en büyük ülkesidir. Polonya tarihi sekizinci yüzyıla dayanmakta olup Slovaklar tarafından kurulan bu ülkenin tarihi boyunca birçok istilaya uğradığı bilinmektedir (DEİK, 2006). En güçlü dönemini 15. ve 16. yüzyıllarda yaşayan Lehistan Krallığı, 18. yy'da Avusturya, Prusya ve Rusya arasında bölünmüştür. Birinci

Dünya Savaşı sonrasında bağımsızlığını tekrar kazanan Polonya, 2. Dünya Savaşından sonra diğer Doğu Avrupa ülkeleri gibi sosyalizme geçmiştir. Ancak 1989 yılında Lech Walesa liderliğinde gerçekleştirilen "Dayanışma Hareketi" nedeniyle sosyalizmin çözülmeye uğradığı ilk Doğu Avrupa ülkesi olmuştur. Bu tarihten sonra kapitalizmle hızla bütünleştirilen ülke, 1994 yılında Avrupa Birliği'ne tam üyelik için başvurmuş, 1996'da OECD, 1999'da NATO üyesi olmuş ve 1 Mayıs 2004 tarihinde de Avrupa Birliği'ne tam üye olarak kabul edilmiştir (Kuszewski, 2005).

1.1. Ekonomik Yapı

Merkezi planlamaya dayalı sisteme 1989 yılında son verilmesinden sonra göreve gelen hükümetler Uluslar arası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) programlarının yol göstericiliğinde serbest piyasa ekonomisine geçiş yönünde ekonomik politikalar izlemiştir. Özelleştirme, ekonomik politikalar içerisinde önemli bir yer tutmuştur. 1990-1998 döneminde sayı olarak devlet işletmelerinin 6.129'una denk gelen %70'i özelleştirilmiştir. 2000 yılı itibarıyla toplam endüstriyel üretimin %69,5'i, toplam istihdamın %69,7'si, toplam yatırımların %66,9'u özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Özelleştirme uygulamaları sonucu 1996 yılından beri ülke merkezi ve doğu Avrupa Ülkeleri içerisinde en fazla doğrudan yabancı sermaye yatırımlarına konu olan ülke durumundadır (DEİK, 2006).

Polonya ekonomisi geleneksel olarak tarım ve sanayi üzerine kuruludur. Ancak son yıllarda hizmet sektörü hızla büyümüştür. 2002 yılındaki Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'nın (GSYİH) %66,4'ü hizmet sektörü, %30,5'i sanayi ve %3,2'si tarım sektörü tarafından gerçekleştirilmiştir (Kuszewski, 2005).

Polonya'da 1990'ların başında ciddi bir ekonomik kriz yaşanmıştır. Kişi başına düşen GSYİH 1960 ve 1980 yılında

*Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
**Dr., Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

1749 ABD Doları olan Polonya'nın 1990 yılında bu rakamı 1683 ABD dolarına düşmüştür (UNDP, 1997). 1991 yılında da GSYİH'nin bir önceki yıla göre değişimi %-7 olmuştur. 1989 yılındaki ücretler baz alındığında 1991 yılında reel ücretler bu rakamın %75,3'üne düşmüştür. Reel ücretlerin 1989 düzeyine gelmesi 1999'u bulmuştur. Sosyalist sistemden piyasa ekonomisine geçişi izleyen yılda yıllık enflasyon hızı %70'e çıkmıştır. Daha sonra IMF'nin sıkı para politikaları ile enflasyon hızı 2002'ye gelindiğinde 1,7'ye kadar düşmüştür. Ancak bu dönemde uygulamaya konan ekonomik politikaların ağır sosyal maliyetleri olmuş ve yoksulluk düzeyi artmıştır. 2001 yılında ise küresel düzeyde meydana gelen ekonomik gerileme nedeniyle diğer birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi GSYİH büyüme hızı duraklamıştır. 2002 yılında toplam borç 66,6 milyar dolara ulaşmıştır. Ekonomik geçişin yarattığı en büyük sorun üç katına çıkan işsizlik oranlarıdır ki bu rakamlar gerçek işsizlik boyutu tahminlerinin altındadır. 1990 yılında %6,1 olan kayıtlı işsizlik hızı 2002 yılına gelindiğinde %18,1'e yükselmiştir (Health System in Transitions, 1999; Kuszewski, 2005).

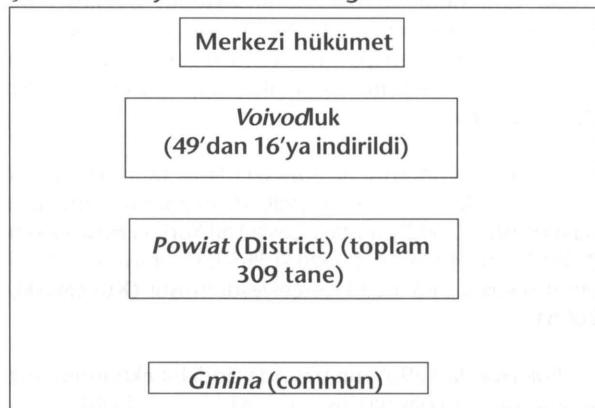
Dünya Bankası'nın 2003 yılında yayınladığı Dünya Kalkınma Raporu'na göre Polonya'da ulusal yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus oranı %24'tür. Yoksulluğun yanı sıra gelir eşitsizliği de artmış ve Gini katsayısı ise 31,6 olarak saptanmıştır (World Bank, 2003).

1.2. Politik Yapı

Polonya'da parlamento *Sejm* ve *Senat* olarak adlandırılan iki bölümden oluşmuştur. *Sejm* yani meclis 460 milletvekilinden oluşmakta olup *Senat* iller bazında 100 temsilciden oluşan senatodur. Devlet Başkanı genel seçimlerle ve beş yıllığına seçilmektedir. 2005 yılında yapılan son seçimlerde milliyetçi ve muhafazakar bir parti olan Hukuk ve Adalet Partisi hükümet olmuştur (DEİK, 2006).

Yönetimsel birim olarak 1999 yılına kadar ülke, 49 eyalete bölünmüştü ve bunlara *voivodluk* denmekteydi. Bu *voivodluk*ların yöneticisi *voivod* olup, merkezi hükümet tarafından atanmaktaydı. Sonradan bu bölgeler yeni 16 *voivodluk*'la yer değiştirmiştir (Kuszewski, 2005).

Şekil 1. Polonya'nın kamusal örgütlenmesi



Kamu yönetiminin üçüncü düzeyi olan yerel hükümet konseyleri *Gmina*'lar 1990'larda yasal olarak bağımsız hale getirildiler. *Gminalar* ülke çapında 2489 tane bulunmakta olup ortalama nüfusları 2400 kadardır ancak değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin Varşova *gminası* 700 bin nüfusa sahiptir. Dördüncü düzey olan *powiat* (district) 1975 yılında kaldırılmışken, desantralizasyon çalışmaları nedeniyle 1998'de yapılan seçimlerden önce yeniden oluşturulmuştur. *Powiat* büyük *voivodluk*larla küçük *gminalar* arasında ara bir düzey olarak planlanmıştır. 309 *powiat*'ın her birinde birçok *gmina* bulunur (Health System in Transitions, 1999). Yerel düzeylerdeki bu konseyler, dört yılda bir yapılan seçimlerle yenilenmekte olup bu bölgelerdeki hükümetler kısmen genel bütçeden kısmen de yerel bütçeden finanse edilmektedir (Kuszewski, 2005).

1.3. Polonya'da Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Polonya'da 1918-1939 yılları arasındaki dönemde sınırlı bir Bismark tipi sosyal sigorta sistemi içinde nüfusun sadece %7'si kapsam altındaydı. Bu dönemde bir sağlık sistemi varlığından söz edilemese de 1918 yılında Avrupa'da ilk kez Sağlık Bakanlığı kurulan ülke olmuştur. Ülkede Birinci Dünya Savaşı sonrasında beslenme bozuklukları ve bulaşıcı hastalıklar yaygındı. Özellikle tifüs salgını nedeniyle Rusya, Ukrayna ve Polonya'da 1919-1921 yılları arasında 25-30 milyon olgu görülmüş ve bunların 4 milyonu ölmüştür. Bu dönemdeki gelişmelerden birisi de bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla Rockefeller Vakfı tarafından finanse edilen Ulusal Hijyen Enstitüsü'nün kurulmasıdır. 1924 yılında sağlık hizmetleri çeşitli bakanlıkların (Çalışma, Eğitim, Tarım vs.) sorumluluğuna verilmiş ve 1926'da Sağlık Bakanlığı kaldırılmıştır. 1930'ların sonuna gelindiğinde ülkede Bebek Ölüm Hızı (BÖH) %14, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (BYAÇÖH) %20 ve yaşam beklentisi 49,8'dir. On bin kişi başına düşen doktor sayısı 3,7, hastane yatağı sayısı da 21,7'dir (Balinska, 1996).

Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra bağımsızlığını kazanan ülkede, genel olarak sağlık sistemi, dış yardımlarla kurulmaya çalışıldığı için özellikle ABD, İngiltere ve Fransa etkisinde olduğundan bahsedilebilir. Bu etkinin bir sonucu olarak bu dönemde özellikle bulaşıcı hastalıklara karşı dikey örgütler kurulmuştur. Oysa İkinci Dünya Savaşı sonrasında bu kez Polonya sağlık sistemine Sovyetler Birliği'nin damga vurduğunu görürüz.

Sosyalizme geçişle birlikte 1945 yılında Sağlık Bakanlığı yeniden kurulmuş ve sağlık hizmetlerinin devlet sorumluluğu altında olduğu dönem başlamıştır. Sosyalist dönemde sağlık sisteminde 3 temel aşama gerçekleşmiştir. Bunlardan birincisi sağlık hizmetlerinin parasız ve herkes için ulaşılabilir olmasıdır. 1950'lere gelindiğinde sağlık hizmetlerine ulaşan nüfusun kapsamı genişlemiş ve tüm işçiler kapsam altına alınmıştır. 1972'de ise tarım işçileri de kapsam altına alınmıştır. Bu dönemde ikinci önemli aşama, her bir ilçe düzeyinde kapsayıcı bir sağlık ve sosyal yardım sisteminin kurulmasıdır. Bu amaçla 1960 yılında

Sağlık Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) dönüşmüştür. 1972 yılında ZOZ (*Zespol Opieki Zdrowotnej*) adı verilen entegre sağlık hizmeti yönetim birimleri oluşturulmuş ve hastanelerin yönetimi, ayakta bakım hizmetleri ve temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal hizmetleri kapsayan yönetim birimleri oluşturulmuştur. Sosyalizm döneminde uygulamaya konan üçüncü aşama ise sağlık hizmetlerinin desantralizasyonudur. 1983 yılında SSYB'nin gücü azaltılmış ve voivod'lara ve ZOZ'lara büyük bir politik ve yönetsel güç verilmiştir (Kuszewski, 2005).

Sosyalist sistemin sonuna doğru sağlık sistemiyle ilgili bazı politika değişiklikleri, çözülmeden sonra yaşanacakların da habercisi olmuştur. Bunlar desantralizasyon ve özel hizmet sunumunun yasaklanmaması hatta hastanelerde özel yataklara yer verilmesidir. Sosyalizmin çözülüşünün yaşandığı bu ilk Avrupa ülkesinde geçmişin izlerini silecek çalışmalar hızla başlatılmıştır.

Kapitalizme geçişle birlikte yapılan ilk yasal değişiklikler kamu yönetiminin desantralizasyonu ve sağlık hizmet sunumunda özelleştirmenin teşvikidir. Hedef kamusal hizmet sunumu, merkezi planlama ve herkese, parasız hizmettir. Kapitalizmle bağdaşmayan bu ilkeler bir an önce "yıkılmalydı" ve öyle de oldu. Bundan sonraki bölümde yıkılanın ne olduğu ve yerine neyin geldiği anlatılacaktır.

2. SOSYALİST POLONYA'DA SAĞLIK SİSTEMİ

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Polonya'da yeni hükümet Birleşik İşçi Partisi tarafından kuruldu. Yeni hükümetin öncelikli görevi Naziler tarafından harap edilen ülkenin yeniden inşası ve sanayileşme olmuştur. Bundan sonraki görevleri ise toplum yararı için eğitim ve sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde genişletilerek yeniden düzenlenmesidir (Romer, 1991).

II. Dünya Savaşının hemen sonrasında Polonya'nın sağlık insangücü ve fiziksel kaynakları büyük ölçüde yok olmuştu. O dönemde 100 bin nüfus başına düşen hekim sayısı 37, hemşire sayısı 27 idi ve hastane yatağı teorik olarak bin kişiye 3,5 olarak görünse de yeterli personel olmayışı nedeniyle daha da yetersizdi. Ancak 1970'lere gelindiğinde Polonya temel sağlık göstergeleri ve sağlık insangücü açısından ABD ve diğer refah ülkelerine eşit hatta bazı göstergeler açısından daha iyi duruma gelmişti. Bu gelişmenin nedenleri nelerdi?

Her şeyden önce diğer sosyalist ülkelerde olduğu gibi, sağlık sistemi temel olarak Sovyetler Birliği'nden (Semeşko) etkilenebilirdi ve Polonya'nın sağlık sistemi merkezi planlamaya geçmişti. Bu dönemde hükümetin aldığı temel politik kararlar şöyle özetlenebilir.

1- Sağlık hizmetlerinin mümkün olan en kısa zamanda herkes için ulaşılabilir ve parasız olması,

2- Bütün sağlık hizmet uygulamalarının tek bir bakanlık altında birleştirilmesi (buna tıbbi araştırmalar ve sağlık personelinin eğitimi de dahildir),

3- Sağlık politikalarının merkezi olarak planlanması,

4- Özellikle çocuk sağlığı ve işçi sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi ve koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi,

5- Ülke çapında sürekli tıp eğitimi uygulamaları gibi eğitim kurumları ve sağlık hizmetleri arasındaki bağların artırılması yoluyla sağlık hizmeti sunumunun niteliğinin artırılması (Romer, 1991).

Polonya'da SSCB'den farklı olarak özel sağlık hizmetleri yasaklanmamış ancak kamu hizmetlerinin güçlendirilmesi yoluyla etkinliği giderek azaltılmıştı.

İktidardaki Birleşik İşçi Partisinin sağlık alanındaki ilk uygulaması uzun tartışmalar sonrasında ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin tek bir elden yürütülmesiydi. Sağlık hizmetlerinin birleştirilmesinin amacı etkinliğinin ve etkililiğinin artırılmasıydı. Bu amaçla sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlandı. Böylece o sırada diğer batı Avrupa ülkelerinde görülen tersine, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, koruyucu ve tedavi edici hizmetler, hastaneler ve ayakta tedavi merkezlerinin hepsi merkezi olarak bakanlığın emri altına girdi (Romer, 1991).

Başlangıçta 17 olarak düşünülen daha sonra 49'a yükselen voivodluklar 10 bölgeye bölünmüştü ve her birinde bir tıp fakültesi bulunuyordu. Voivodluklara bağlı il hastaneleri ve ilçe hastaneleri vardı. Sonuç olarak 10 bölge hastanesi, 49 il hastanesi, 100 kadar da ilçe hastanesi bulunmaktaydı. Ayrıca bakanlığa bağlı 20 araştırma enstitüsü hasta bakımı için bir üçüncü basamak hastane ve araştırma merkezi oluşturulmuştur (Romer, 1994). Birinci basamak sağlık hizmetleri için dört düzeyde olanak vardı:

1- Kırsal Sağlık Merkezleri,

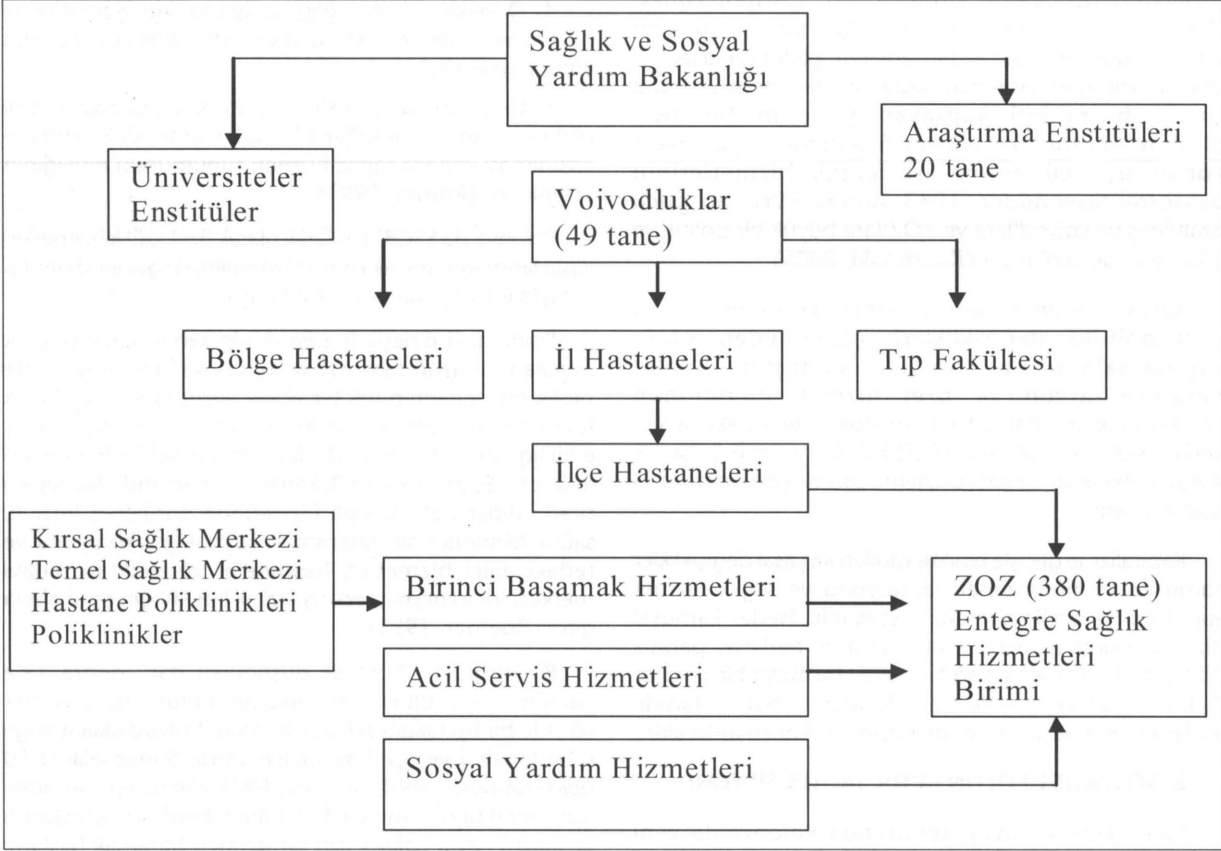
2- Temel Sağlık Hizmeti Merkezleri (Primary Health Care Centers),

3- Poliklinikler ve,

4- Hastanelerin Ayaktan Tedavi Bölümleri. 1989'a gelindiğinde her tipten 9200 klinik ve voivodluk başına ortalama 188 klinik vardı (Romer, 1994).

Şekil 2'de görüldüğü gibi ülkede sağlık hizmetlerinin organizasyonu birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden oluşan bir ağ şeklindeydi. ZOZ (*Zespol Opieki Zdrowotnej*) adı verilen entegre sağlık hizmeti yönetim birimleri sayesinde birinci basamak sağlık kurumları ile hastaneler arasında sıkı bir sevk sistemi oluşturulmuştu. ZOZ'lar ayrıca acil hizmetlerin ve sosyal yardım hizmetlerinin de yönetildiği birimlerdi. 1973-75 yılları arasında yapılan bu yeniden düzenlemeler sayesinde daha önce bağımsız olarak faaliyet gösteren çeşitli sayıda birinci basamak kuruluşları ve hastaneler ZOZ'lar yoluyla daha etkili yönetilmişler ve toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımı artmıştı. Polonya'da sağlık hizmetleri hem coğrafik olarak hem de ekonomik olarak ulaşılabilirildi. O dönemde toplumun bir yılda hekimle karşılaşması oranı Büyük Britanya'dan, Birleşik Devletlerde veya diğer zengin

Şekil 2. Sosyalist Polonya'da sağlık hizmetleri örgütlenmesi



ülkelerde bulunandan çok daha yüksekti (Roemer, 1991; Sheahan, 1995).

Bu kurumlarda maaşlı sağlık personeli çalışmaktaydı. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, genellikle bir pratisyen hekim (bazen bir dahiliyeci), bir pediatrist, bir jinekolog, bir diş hekimi, hemşireler, teknisyenler ve diğer sağlık personeli görev yapmaktaydı ancak izole kırsal bölgelerde genellikle bir pratisyen hekim ve hemşire bulunmaktaydı (Roemer, 1999).

Polonya'da çevre için koruyucu halk sağlığı sürveyansı bir ulusal sanitasyon- epidemiyoloji merkezleri ağı ile sağlanıyordu. Bunların personelleri hekimler, feldşerler, sanitasyoncular ve hemşirelerdi. Sağlık eğitimi ve çevre hijyeni kontrolleri başlıca aktivitelerdi. Eğer epidemik olur veya tehdidi olursa bu merkezler müthiş bir otorite uygularlardı (Roemer, 1994).

Sağlık Bakanlığı uygulamaları arasında doktorların ve diğer sağlık personelinin eğitimi de yer almaktaydı. Her şey bir anda değiştirilmedi ancak 1952 yılına gelindiğinde tıp, eczacılık ve diş hekimliği fakülteleri üniversitelerden ayrılmış ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlanmıştı. Böylece sağlık insan gücünün gelişmesi ve ülkenin sağlık hizmeti gereksinimleri ile uyumlu olması sağlanmıştı. Sağlık sistemine tam olarak entegre olmuş

tıp fakülteleri sayesinde sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi sağlanmıştır. Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin eğitimi de SSYB'ye bağlanmıştır. Bunların yanı sıra öncelikle toplumun sağlık sorunlarıyla ilgili araştırmalar başlatılmış olup, SSYB'ye bağlı kurumlarda 14 ulusal araştırma gerçekleştirilmiştir (Roemer, 1991).

Sosyalist sağlık sistemi altında, sağlık hizmetlerinin hepsi Polonyalılar için parasızdı. Reçete edilen ilaçların fiyatının %30'unu ödeme gerekliliği (bu emekliler için geçerli değildi) dışında herhangi bir maliyet paylaşımı yoktu. Bütün sağlık hizmetleri, hastane ve kliniklerin maliyetlerinin çeşitli komponentlerinde herhangi bir aksaklık olmadan yalnızca genel hükümet bütçesinden finanse ediliyordu (Roemer, 1994).

Polonya'nın ilaç ihtiyacının büyük kısmı yerli üretimden karşılanıyordu ve sadece küçük bir kesim ithal edilmek zorundaydı. İlaç üretiminde temel sorumluluk Kimya Bakanlığı'na aitti. İlaç dağıtımının Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamusal eczanelerden yapılması sağlanıyordu. Eczanelerin denetimi voivodluklarda bulunan Sağlık Müdürlükleri'nde bulunan Eczacılık Müfettişliği tarafından yapılmaktaydı (Roemer, 1994).

Sağlık göstergeleri açısından bakıldığında 1960 yılına gelindiğinde BYAÇÖH binde 70'e, BÖH ise binde 62'ye

düşmüştü. Kaba Ölüm Hızı binde 8 ve doğuşta beklenen yaşam süresi 68 yıldır. BYAÇÖH 1980'de 24'e düşmüştür (UNICEF, 1996).

3. SOSYALİZM SONRASI POLONYA SAĞLIK SİSTEMİ

Sosyalizmin çözülüşünden sonra, ülkedeki sağlık sistemi herkese eşit ve ulaşılabilir olmasına karşın "fazla merkezi", "fazla uzmanlaşmış" ve maliyetlerin farkındalığının olmadığı bir sistem olarak tanımlanmaya başlamıştır. Sağlık alanındaki dönüşüme üretilen gerekçeler arasında kaynakların bölgelere hatalı dağılımı, halk sağlığı hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yapılan informal ödemelerin artması ve hasta memnuniyetsizliği bulunmaktadır (ECO/WKP, 2000).

1989 yılından sonra yapılan sağlıkta dönüşüm uygulamaları arasında desantralizasyonun geliştirilmesi, zorunlu sağlık sigortasının uygulanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu hedeflenmiştir. Dönüşümün genel çerçevesi, sağlık sektöründe devletin egemenliğine son verilmesi, sağlık kurumlarının sahipliğinin, finansmanının ve yönetsel sorumluluklarının yerel yönetimlere devredilmesi yani desantralizasyonu, aile doktorluğu modelinin geliştirilmesi ve yeni ödeme ve sözleşme biçimlerinin düzenlenmesi gibi uygulamaları içermektedir (ECO/WKP, 2000).

Ancak bu değişiklikler hemen mümkün olmamıştır. Roemer'in Polonya'ya ilişkin değerlendirmelerine göre 1992 yılına gelindiğinde Polonya sağlık sisteminde göze çarpan manzara herkesin söylediği gibi aslında değişmeden kalmış olmalıdır. Bol özel restoran ve perakende giyim mağazası ve özelleştirilmiş çok sayıda fabrika olmasına karşın, sağlık hizmetleri bir devlet hizmeti olarak devam etmiş ve toplum böyle kalmasını beklemiştir. Sağlık alanındaki özelleştirmelerin hız kazanması planlanırken 1989'da ayakta tedavi polikliniklerinin %6'sı, 1990'da ise %5,2'si özel kooperatiflerdi. Bu

dönemde özelleştirmelerin gerçekleştiği alanlar eczaneler olmuş ve tamamen özelleşmişlerdir. 1990'lı yıllar boyunca Polonya'da sağlık hizmetleri, büyük oranda devlet tarafından finanse edilmeye devam etti. Tablo 1'de sağlıkta dönüşüm programının bir kronolojisi gösterilmiştir (ECO/WKP, 2000).

Dönüşümün başlangıç noktası desantralizasyon olup 1990 yılında kamu sektöründe devolusyon yapıldı ve ilk aşamada, eyaletlerin yönetim gücü artırıldı. Bunu sağlık sisteminin desantralizasyonu izledi ve birçok sağlık hizmetinin yönetimi ulusal düzeyden (SSYB'den) yerel düzeylere eyalet ve daha küçük yerleşim yerlerindeki yöneticilere devredildi. İkinci adımda 1993 yılından itibaren kamusal sağlık kuruluşlarının sahipliği yerel yönetimlere verildi (Tymowska, 2000; Kuszewski, 2005).

1990'ların ikinci yarısında finansman ve örgütlenme de önemli değişiklikler yapıldı. Öncelikle 16 voivodlukta bölgesel hastalık fonları (Sickness Funds=Kasy Chorych) oluşturuldu ve bu fonların yönetimi bölge yöneticilerine verildi. Ayrıca üniformalı kamu çalışanları (askerler ve demiryolu işçileri gibi) için merkezi olarak yönetilen ayrı bir ortak hastalık fonu (Corporate Sickness Fund) vardı. Bu fonlar için ücretlerden kesilen prim miktarı %7,5 düzeyindeydi. Daha sonra çıkarılan bir yasayla kamu sağlık kuruluşlarının özzerleştirilmesi olarak niteleyebileceğimiz, "bağımsız halk sağlığı hizmet merkezleri" oluşturuldu. Özerkleşen kamu sağlık kuruluşları bütçelerini kaybettiler ve birer işletmeye dönüştüler. Böylece yarı-pazar (Quasi-market) olarak adlandırılan sistemin gerekleri yerine getirilmiş oldu (Tymowska, 2000; Sobczak, 2002).

Ancak oluşturulan yarı pazar ortamı, toplumda büyük bir hoşnutsuzluk yarattı. Sağlık hizmetlerine ulaşım azaldı ve vaat edildiği gibi hizmetlerin kalitesinde de beklenen düzelme sağlanamadı. Ayrıca yerel düzeylerdeki finansal yetersizlikler de eşitsizlikleri artırdı. Bu dönemde seçim ortamına girilmesi nedeniyle basın tarafından da

Tablo 1. Polonya'daki sağlıkta dönüşüm programının kronolojisi

| Tarih | Reform |
|-------|--|
| 1988 | Ekonomik Hareket Yasası, özel uygulamalara olanak tanıdı |
| 1990 | Desantralizasyon, kamusal alanda merkezi hükümetin yetkilerinin devolusyonu |
| 1991 | Sağlık kuruluşları hakkında yasa ile sağlık alanında devlet hakimiyetinin sonlandırılması, ilaç ve Tıbbi gereçlerin ödemesi ile ilgili yasayla ilaç pazarının özelleştirilmesi |
| 1993 | Düzeltilmiş Ulusal Sağlık Programı ile kentsel alanda uygulamaya konulan pilot program ve yerel düzeyde ödeme, sözleşme, yönetim deneyimi |
| 1994 | Birinci basamakta "Aile doktorluğu" modelinin geliştirilmesi |
| 1995 | Desantralizasyon ve yerel yönetimlerin sağlık kuruluşları üzerindeki yetkilerinin tanımlanması |
| 1996 | Sağlık kuruluşları hakkında yasanın yeniden düzeltilmesi ile, özel sağlık kuruluşlarının hükümet ile sözleşme yapabilmemesinin sağlanması |
| 1997 | Ulusal Sağlık Sigortası Yasası |
| 1998 | Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'nın düzeltilmesi |
| 1999 | Ulusal Sağlık Sigortası Yasasının yürürlüğe girmesi |

toplumun sağlık hizmetlerindeki bu değişimden duyduğu rahatsızlık ifade edilmeye başlanmıştır. Bu tepkilere önem olarak 2003 yılında hükümet 16 bölgesel fonu Ulusal Sağlık Fonu adı altında birleştirmiştir (Kuszewski, 2005).

3.1. POLONYA'DA SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Şekil 3'te gösterildiği gibi, 2005 yılında Polonya sağlık sisteminde bazı yönetsel fonksiyonlar ve finansman üç ayrı tipteki kuruluşa bölünmüştür (Kuszewski, 2005).

Bunlar;

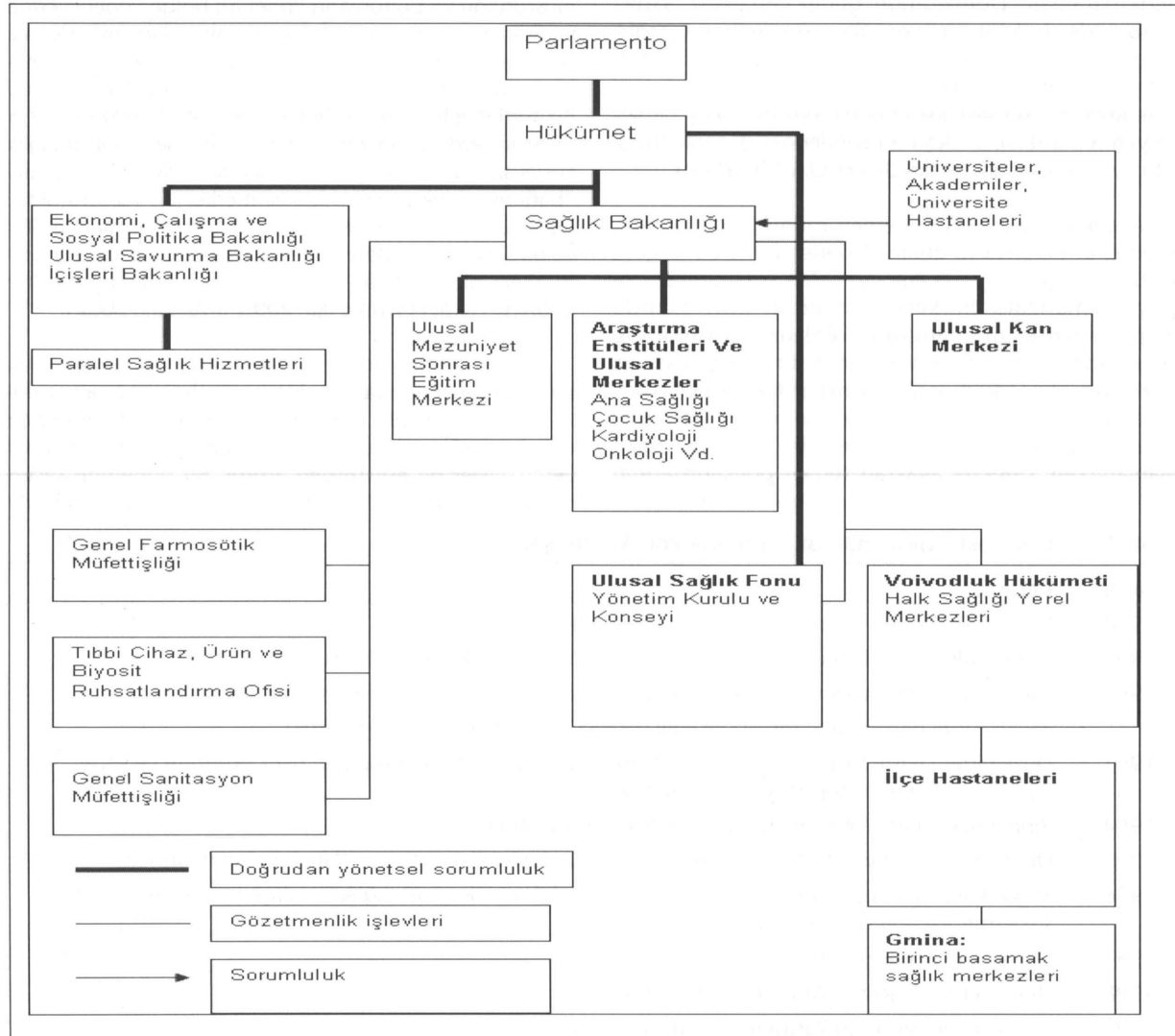
1. Sağlık Bakanlığı
2. Ulusal Sağlık Fonu
3. Yerel hükümet yönetimi

3.1.1. Sağlık Bakanlığı

1989'dan sonra Sağlık Bakanlığı'nın rolü, hizmet sunumu ve finansmanın sağlanmasından, politika

Şekil 3. Polonya sağlık sistemi yönetsel örgütlenmesi

yapıcılığa ve düzenleyici fonksiyonlara indirgendir. Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık politikası, bazı yatırımlar ve tıp eğitiminden sorumludur. Bakanlığın yönetsel fonksiyonu, bu kuruluşların yönetimiyle sınırlıdır. Özellikle, ulusal mezuniyet sonrası eğitim merkezi ve ulusal ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi kuruluşları kapsamaktadır. Tıbbi akademiler, üniversite hastaneleri ve araştırma enstitüleri yarı otonom olup bakanlığa karşı da sorumludurlar. Bakanlık ulusal halk sağlığı programlarının yerleştirilmesinden, sağlık personelinin eğitiminden, tıbbi donanımların kısmi finansmanından ve sağlık hizmeti standartlarının oluşturulması ve izlenmesinden de sorumludur. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin tümünün organizasyonundan sorumlu olmakla birlikte Devlet Acil Sağlık Hizmetleri, kaplıca tedavi merkezleri gibi bazı alanlarda yönetici fonksiyonlarını korumuştur. Bunların yanısıra, Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli teftiş işleri bulunmaktadır. Bunlar Farmasötikler Müfettişliği Başkanlığı, Tıbbi Malzemeler, Tıbbi Ürünler ve Biyositlerin Tescilli Ofisi Başkanlığı'dır. Ayrıca gıdaların üretiminden



Kaynak: Kuszewski, 2005

tüketimine kadar kalite ve hijyen koşullarını denetlemekle yükümlü Sanitasyon Müfettişi Başkanlığı'nı da yürütmektedir.

3.1.2. Ulusal Sağlık Fonu;

USF 2003 yılında görevine başlayarak 16 hastalık fonu yerine oluşturulmuştur. En önemli görevi, sigortalı kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı fonun finansal kaynaklarına göre yapılır. Ancak fonun kar getirici aktivitelerde bulunması yasaktır. Sağlık hizmet sunumuyla finansmanın ayrılması nedeniyle fonun kendine ait sağlık kuruluşu veya ilaç şirketi yoktur.

USF Başbakanın atadığı dokuz üyeden oluşan bir konsey ve bu konsey tarafından seçilen bir başkan tarafından yönetilir. Tıbbi işlerden sorumlu başkan yardımcısı da hekim olmak zorundadır.

2003 yılında Polonya Anayasa Mahkemesi, USF'yi oluşturan Evrensel Sağlık Sigortası yasasını, anayasaya aykırı bularak, USF tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin bir listesinin hazırlanmasını gerekli bulmuştur. Ayrıca evsiz ve diğer sigortasız kişilerin sağlık hizmetleriyle ilişkili maliyetlerinin karşılanması istenmiştir. Bunun üzerine hükümet "Sağlık Hizmetlerinin Kamu Kaynaklarından Finansmanı Hakkında Kanun" adı altında yeni bir yasa çıkartmış ve Anayasa Mahkemesi'nin istekleri doğrultusunda değişiklikler yapmışlardır.

3.1.3. Yerel hükümet yönetimi

1 Ocak 1999'dan itibaren ülke topraklarında üç tabakadan oluşan bir bölünme gerçekleşmiştir. Bunlar gmina, powiat ve voivodluk'lardır. Her bir düzeyin kendine ait bir hükümet yönetimi bulunmaktadır. Bu düzeylerdeki sağlık yöneticilerinin, bölgelerindeki sağlık gereksinimlerini saptayarak sağlık hizmetlerini planlamak, sağlığın geliştirilmesi ve halk sağlığı kurumlarını yönetmek gibi üç önemli sorumluluğu vardır.

3.1.4. Sağlık Kuruluşları

Polonya'da sağlık hizmeti veren kuruluşların yasal olarak tanımı yapılmış ve yönetimi belirlenmiştir. Buna göre, bir sağlık kuruluşu, sağlık hizmetlerini sunmak ve sağlığı geliştirmek amacıyla kurulan ve organizasyonu, personeli, donanımı ve finansmanı bağımsız olan bir kuruluştur. Bu tanıma giren sağlık kuruluşları,

- Hastane, kronik tıbbi bakım evleri, sanatoryum, rehabilitasyon merkezleri ya da 24 saat hizmet veren sağlık kuruluşları
- Ayaktan tedavi veren sağlık merkezleri veya klinikler
- Acil ambulans hizmeti
- Tanı laboratuvarı
- Diş klinikleri
- Rehabilitasyon merkezleri
- Diğer kuruluşlardır.

Tıbbi uygulamalar kamu kuruluşlarından yapılmak zorunda değildir. Tıbbi uygulamalar liberal olup bireysel ya da grup uygulaması şeklinde olabilir. Bireysel tıbbi uygulama, izni olan ve tıp doktoru olan kişiler tarafından gerçekleştirilebilir. Ayrıca bu kişilerin yerel tabip odasına kayıt yaptırmaları zorunludur. Grup uygulamasında sağlık hizmetleri sadece hekimler ya da hemşire ve ebeler tarafından sağlanır. Bireysel uygulamalar gibi, geçerli bir uzmanlık belgesi ve izni olmak zorundadır. Kamu sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin sunumu için grup pratiği halinde sözleşme yapmaya izin verilmemektedir (Kuszewski, 2005).

3.2. SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN KAYNAKLARI

1998 yılına kadar, kamu sağlık sektörü esas olarak genel bütçeden ve yerel hükümetlerin bütçelerinden finanse ediliyordu. 1999 yılında ise finansman sisteminin hem yapısı hem de kaynakları büyük oranda değişti. Sonuçta zorunlu sağlık sigortası uygulamaya girdi ve 17 tane hastalık fonu oluşturuldu. Bu fonların finansmanının ana kaynağı sağlık sigortası primlerinden geliyordu. Başlangıçta çalışanların ücretlerinin %7,5'i sigorta primi olarak kesiliyordu. Ancak bu miktar her yıl 0,25 olarak arttırıldığından 2007'de %9'a çıkmıştır. Tarımda çalışanların primleri ise sahip olunan tarım alanının hektarı başına 0,5 quintal çavdar fiyatı üzerinden hesaplanmaktadır. Kendi hesabına çalışanların primleri, kazançları üzerinden belirlenmekte olup prime tabi kazançları ortalama ücretlerin %75'inden az olmamaktadır (Kuszewski, 2005). İşverenlerden herhangi bir prim alınmamaktadır. Hükümet toplumun yaklaşık %35'inin primlerini ödemek durumundadır (işsizler, sosyal yardıma muhtaç kişiler gibi) (Tymowska, 2000).

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin %80'i fon tarafından karşılanırken, genel bütçeden karşılanan oran %10 civarındadır. 2000-2004 yılları arasında sağlık

Tablo 2. Polonya kamusal sağlık harcamaları 2000-2004

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Toplam (PLN milyon) | 27 586,9 | 30 605,5 | 32 757,7 | 33 313,6 | 34 937,7 |
| USF toplam içindeki payı (%) | 83,4 | 86,3 | 87,5 | 87,7 | 87,3 |
| Genel Bütçenin payı % | 13,1 | 10,7 | 9,4 | 9,4 | 9,1 |
| Yerel bütçelerin payı % | 3,5 | 3,0 | 3,1 | 2,2 | 3,6 |
| GSMH (%) | 3,81 | 4,02 | 4,20 | 4,08 | 3,95 |
| Kişi başına düşen aylık sağlık harcaması PLN (kamu) | 50,0 | 61,6 | 62,1 | 71,5 | 74,4 |

Tablo 3. Kişi başına düşen özel sağlık harcamaları 1998-2002

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 1998-2002 Değişimi % |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| Kişi başı ortalama özel sağlık harcaması | 21,35 | 23,69 | 26,63 | 27,58 | 28,32 | +33 |
| İlaçlar ve tıbbi cihazlar | 12,25 | 14,92 | 17,71 | 19,33 | 20,39 | +66 |
| Standart dışı sağlık hizmetleri | 8,48 | 8,08 | 8,37 | 7,44 | 7,44 | -12 |
| Hastane bakımı ve kaplıca tedavisi | 0,63 | 0,69 | 0,55 | 0,48 | 0,48 | -24 |

Kaynak: Kueszewski, 2005

hizmetlerine yapılan kamu harcamalarının yapısı Tablo 2'de gösterilmiştir (Kuzewski, 2005).

3.2.1. Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamı Altındaki Hizmetler.

1991 yılında çıkarılan Sağlık Hizmeti Kuruluşları Kanunu ve sonrasında çıkan diğer yasalar, sunulması gereken temel sağlık hizmetlerinin sınırlarını belirlediler. Bu düzenlemelere göre sigortalıların hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonu içeren geniş bir aralıkta sağlık hizmeti alacakları belirtilmiştir. Aşağıda belirtilen hizmetler ise garanti kapsamının dışına çıkarılmıştır:

1. Farklı yasal düzenlemelerle finanse edilen hizmetler; işçi sağlığı hizmetleri ve yüksek derecede özelleşmiş tıbbi işlemler doğrudan devlet bütçesinden finanse edilir,
2. Sürücüler için sağlık raporu ve sigortalının talep ettiği tedavisiyle ilgili olmayan diğer tıbbi raporlar,
3. Kaplıca ve sanatoryumlarda sevk edilme nedeni ile doğrudan ilişkili olmayan sağlık sorunları için verilen hizmetler,
4. Standart olmayan dış hizmetleri,
5. Standart olmayan aşılamar,
6. Sağlık Bakanlığı kararname ile tanımlanan liste dışında bulunan diğer standart dışı hizmetler (hastalık ya da doğumsal malformasyon nedeniyle olmayan plastik ve kozmetik cerrahi hizmetleri, cinsiyet değiştirme ameliyatları, akupunktur).

Hükümetlerin tasarruf önlemleri sigorta kapsamındaki hizmetlerin sınırlanmasına neden olmuştur. Yasayla geniş sağlık hizmeti garanti edilmesine rağmen, hizmet sunucular ile Ulusal Sağlık Fonu arasındaki sözleşmelerde bulunan sağlık hizmetlerinin miktarındaki sınırlamalar sağlık hizmetine ulaşımın sınırlanmasına neden olmuştur. Sağlık fonu üzerindeki sıkı para politikaları nedeniyle oluşan sınırlamalar başvuruların ertelenmesine ve ya geri çevrilmesine ve uzun bekleme listelerine neden olmuştur. Sonuçta hastalar hizmetleri özel sağlık sektöründen satın almaya ya da rüşvet gibi yasadışı yollar aramaya zorlanmaktadır (Kuzewski, 2005).

3.2.2. Tamamlayıcı Finans Kaynakları

Tamamlayıcı finans kaynakları formal ya da informal biçimlerde yapılan cepten ödemeler ile ön ödeme

planlarını kapsamaktadır. 1998–2002 yılları arasında özel sağlık harcamaları %32,6 oranında artmış ve artışın %66,4'ünü ilaçlar ve tıbbi araçlar için yapılan harcamalar oluşturmuştur.

3.2.2.1. Özel Sağlık Harcamaları

Merkez İstatistik Ofisi'nin yapmış olduğu hane halkı araştırmaları, özel sağlık harcamaları hakkındaki temel bilgi kaynağıdır. Bu araştırmalara göre sağlık hizmetleri için yapılan hane halkı harcamaları, tıbbi gereçler için yapılan doğrudan nakit ödemeler ve kayıt dışı harcamaları kapsamaktadır.

Tablo 3'te kişi başına düşen ortalama aylık özel sağlık harcamaları özetlenmiştir (Kuzewski, 2005).

3.2.2.2. Cepten ödemeler

Nakit olarak yapılan özel sağlık harcamaları içinde %60'lık payı ilaç harcamaları ve tıbbi malzemeler oluşturmaktadır. Özel harcamalar standart dışı hastane hizmetlerinde, dış bakımında tıbbi rehabilitasyon ve kaplıca tedavilerinde daha fazla olmaktadır. Genel kanının aksine, bu harcamaların bir kısmı formal olup, özel sektörden alınan hizmetler sırasında ya da sağlık sigortasının kapsamını genişletmek için yapılan prim ödemeleri şeklinde olmaktadır. Ulusal Sigorta Fonu ile Sağlık Sigortası Hakkında Kanuna ve Sağlık Bakım Merkezleri Hakkında Kanuna dayanarak, sigortalılar şu hizmetler için cepten ödeme ya da ek prim ödeme durumundadırlar;

1. Kronik tıbbi bakım merkezleri ve bakımevlerindeki yemek ve oda maliyetleri,
2. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin 24 saat verildiği merkezlerdeki yemek ve oda maliyetleri,
3. Eczanelerin ürettiği ilaçlar ve temel ilaçların götürü fiyatları, reçeteye yazılan tamamlayıcı ilaçların fiyatlarının %30-50'si,
4. Tanısal muayenelerin götürü fiyatları,
5. Ortopedik malzemelerin kısmi ya da tam maliyetleri,
6. Sanatoryuma geliş gidiş maliyetleri, yemek ve oda maliyetlerinin bir kısmı,
7. Acil durumlar haricinde kullanılan ambulans hizmetleri,

Ancak özel harcamaların önemli bir kısmı, çoğunlukla kamu hastanelerinde yapılan doktorlara ya da diğer sağlık

personeline verilen rüşvet ve hediye gibi yasal olmayan ödemelerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu gibi harcamaların payı azdır.

Sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar, kamuda sunulan sağlık hizmetlerine ulaşmada büyük sıkıntılar olduğunu göstermektedir. Ayrıca bazı hastaların ücretsiz sunulan kamusal hizmetlerin standardının uzun kuyruklar, uzun bekleme listeleri, uzman yetersizliği uzmana sevkteki sınırlamalar gibi nedenlerle düşük olduğu yönündeki düşüncelerini de yansıtmaktadır (Kuszewski, 2005).

3.3. SAĞLIK HARCAMALARI

Polonya'nın sağlık harcamaları 1995 ile 2002 yılları arasında %55 artmıştır. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı %30 civarında olup diğer eski sosyalist ülkeler arasında en yüksek olanlardan biridir. DSÖ'nün 2006 Dünya Sağlık Raporu'na göre hazırlanan Tablo 4'teki verilere göre kamu harcamalarının payı %70 civarında görünmektedir. Ancak kamu harcamalarının %80'inin zorunlu sağlık sigortasından geldiği dikkate alınırsa özel sağlık harcamaları ile birlikte, sağlık hizmetlerinin finansmanın yükünü halkın taşıdığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla hükümet kaynaklarında, Polonya'nın sağlık harcamalarının diğer Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında düşük olmasının nedeni olarak, son yıllarda meydana gelen ekonomik olarak düşük büyüme hızı, yüksek işsizlik hızı, hane halkı gelirlerinin ortalamasının düşük olması olarak gösterilmesi boşuna değildir (Kuszewski, 2005).

Tablo 5'te görüldüğü gibi 2003 yılında hastalık fonları tarafından yapılan sağlık harcamalarının yapısına

bakıldığında hastane harcamaları %41,9'la en başta gelirken bunu ilaç harcamaları %21,8, birinci basamak sağlık hizmetleri %11,6 ve ayakta bakım hizmetleri (%6,4) izlemektedir (Kuszewski, 2005).

Sağlıkta dönüşümün gerekçelerinden biri olarak gösterilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedefine rağmen bu hizmetlere ayrılan payların giderek düşmesi ve kaynakların tedavi edici hizmetlere gitmesi dikkat çekicidir.

3.4. HİZMET SUNUMU

1990'lı yılların ikinci yarısında hastalık fonlarının kurulmasıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda da değişiklikler yapılmaya başlandı. Çeşitli uyarlamalardan sonra sağlık hizmetlerinin organizasyonu en son 1995'te yeniden tanımlandı. Finansman ve sağlık hizmeti sunumunun birbirinden ayrılması ve her iki alana ilişkin değişiklikler yarı-pazar oluşturma sürecinin aşamalarıdır. Sonuçta Şekil 4'te sunulduğu gibi pazar kurulmuştur.

3.4.1. Temel Sağlık Hizmetleri

Sağlıkta dönüşümün görünürdeki gerekçelerinden biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması idi. Etkili bir sistem kurmak için önerilen çözüm ise tahmin edileceği gibi aile hekimliği uygulamasıydı.

1991 yılında gündeme gelen aile hekimliği yaklaşımını geliştirmek ve desteklemek için 1992'de Varşova'da Aile Hekimliği Koleji oluşturuldu. Aile hekimliğine mezuniyet sonrası uzman yetiştirmeye başlandı ve 2004'e kadar 7000 doktor aile hekimi uzmanı oldu. Bu hekimlerin büyük kısmı birinci basamakta çalışan ve iç hastalıkları uzmanlarından oluşmaktadır. Ancak hükümetin tahminlerine göre 15 bin aile hekimine ihtiyaç vardır.

Tablo 4. Polonya toplam sağlık harcamaları 1999–2003

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|------|------|------|------|------|
| Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % | 5,9 | 5,7 | 6 | 6,6 | 6,5 |
| Kamu harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı % | 71,1 | 70 | 71,9 | 71,2 | 69,9 |
| Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı % | 28,9 | 30 | 28,1 | 28,8 | 30,1 |
| Kamu harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki payı | 8,7 | 8,9 | 9,7 | 10,2 | 9,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (USD) | 249 | 246 | 292 | 328 | 354 |
| Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması | 177 | 172 | 210 | 234 | 248 |

Kaynak: World Health Report 2006

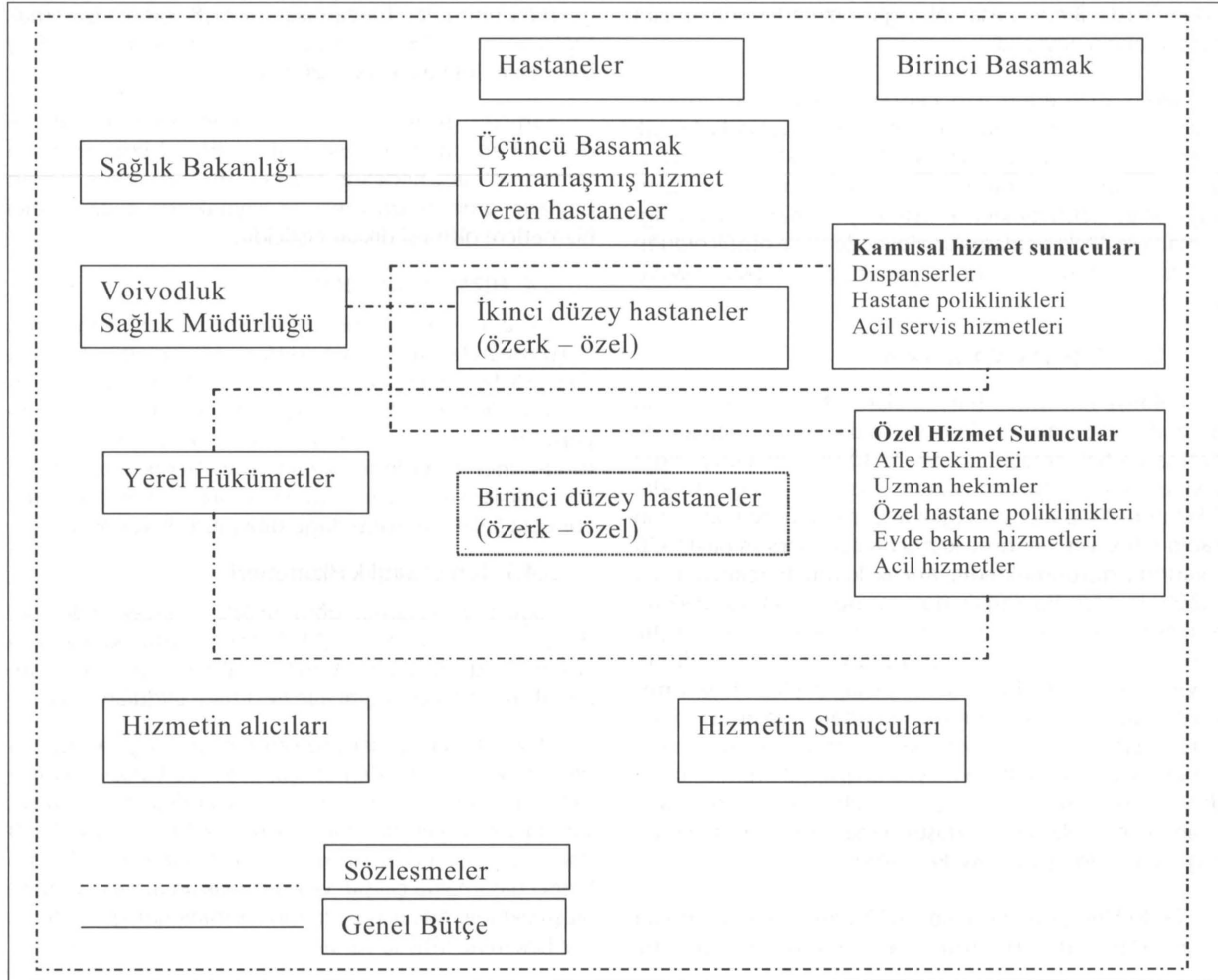
Tablo 5. Hastalık fonları tarafından yapılan sağlık harcamalarının yapısı 1999-2003

| (%) | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| Temel Sağlık Hizmetleri (%) | 19,9 | 13,6 | 12,9 | 12,2 | 11,6 |
| Ayaktan bakım hizmetleri (%) | 6,6 | 7,2 | 7,2 | 6,9 | 6,4 |
| Hastane bakımı hizmetleri (%) | 50,4 | 46,8 | 46,7 | 42,5 | 41,9 |
| Acil Servis hizmetleri | 3,5 | 3,6 | 3,4 | 3,3 | 3,2 |
| İlaç desteği (%) | 15,7 | 19,6 | 19,6 | 19,1 | 21,8 |
| Diğer maliyetler ^a (%) | 3,9 | 9,2 | 10,2 | 16,0 | 15,1 |

Kaynak: Kuszewski K. 2005

^aHastanede verilen bazı hizmetler (diyaliz, psikiyatrik hizmetler, rehabilitasyon)

Şekil 4. Polonya'da sağlık yarı-pazarı



Polonya'da sağlık hizmetlerine ilişkin geliştirilmeye çalışılan diğer bir uygulama da "hastane ev" olarak adlandırılan evde bakım hizmetleridir. Bu uygulamaya göre, geleneksel olarak hastanede verilen bakım hizmetleri, aile hekimleri tarafından evlerde verilmektedir. Bunun ekonomik avantajlarının yanı sıra kronik hastaları ve çocukları hastanede yatma stresinden kurtardığı ifade edilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimler evde bakım hizmeti vermekle yükümlüdürler (Kuszewski, 2005).

Krakow bölgesinde gerçekleştirilen bir çalışmada reformların ayaktan sağlık hizmetlerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya göre ayaktan sağlık hizmeti sunumunda rol alan farklı tipte hizmet sağlayıcıları vardır. Bu kapsamda kamusal organizasyonlar üç kategoride toplanabilir:

- 1- Dispanser tabanlı ayaktan tedavi hizmetleri,
- 2- Hastane tabanlı ayaktan tedavi hizmetleri,
- 3- Acil servis hizmetleri.

Özel hizmet sunucuları ise verilen hizmetin yeri, tipi ve finansman kaynaklarına bağlı olarak 5 grupta toplanmaktadır:

- 1- Aile hekimleri,
- 2- Cepten ödeme ile finanse edilen uzman hekim hizmetleri,
- 3- Özel klinikler tarafından sunulan ayaktan tedavi hizmetleri,
- 4- Evde hekimler tarafından verilen hizmetler,
- 5- Acil servis hizmetleri (Chawla ve ark. 2004). Bu bulgular hizmet sunumunda aslında iddia edildiği gibi etkili ve kapsayıcı bir birinci basamak sisteminin kurulması yerine, rekabete dayalı bir sağlık piyasasının hizmet sunucularının artırılması yoluyla kurulmak istendiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan sosyalist dönemde entegre sağlık birimleri olarak nitelenen ZOZ'lar reformlarla birlikte bu yapısını koruyamamış ve özellikle büyük şehirlerde bir disintegrasyona uğramış, hastaneler birinci basamak kurumlarını kaybetmişlerdir. Ayrıca sosyal hizmetler de ayrılarak sağlık hizmetleriyle olan bağlantılarını koparmışlardır. Genel sağlık sigortasının devreye girmesiyle kamusal yapıların niteliği değişmiş ve her biri bağımsız sağlık kuruluşu olarak adlandırılmıştır.

Bağımsızlık bu kurumlar için yıllık güvenli bütçelerinin kaybı ve bunun yerine yerel sağlık yöneticileriyle yapılan yıllık sözleşmelerden sağlanan gelirler anlamına gelmiştir. Aynı zamanda ortaya çıkan özel sağlık kurumları ile rekabetin artması bu kurumlar üzerinde baskı yaratmıştır. Reformun ilk yıllarında tüm sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yapılmış ancak, sonraki yıllarda sigorta kurumu sözleşme yaparken seçici olmaya başlamıştır. Aşırı hizmet kullanımı, yüksek fiyat ve düşük kalite gibi gerekçelerle pek çok sözleşme iptal edilmiştir. Bölgesel hastalık fonlarının tek alıcı olması, fiyatların düzenlenmesinde yaygın bir uygulamanın olmayışı, finans mekanizmalarındaki yetersizlikler, hizmet sunucularla yapılan farklı sözleşmeler, sağlık sigorta kaynaklarının sınırlı olması gibi nedenlerle sağlık hizmeti sunucularının gücü zayıflamıştır. Bu soruna bir çare olarak bağımsız halk sağlığı merkezleri yeniden entegrasyona yönelmişlerdir. Böylece 1998'in sonlarından itibaren bağımsız halk sağlığı birimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerini ve acil hizmetleri bir arada sunabilecek bir yapı kurarak hastaların kendilerini tercih etmelerini sağlamak istemişlerdir. Nitekim bazı küçük özel klinikler dışında hastaların çoğu bu büyük halk sağlığı merkezlerine geri dönmüşlerdir (Sobczak, 2002).

Polonya'da ayaktan sağlık hizmetlerine yılda kişi başına düşen başvuru sayısı 5,6 olup, diğer AB ülkelerinin (6,3) gerisindedir (Kuszewski, 2005).

3.4.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Polonya'da ayaktan bakım ile hastanede bakım hizmetleri arasında kesin bir ayırım vardır. Hastanede sözleşme ile çalışan uzman hekimlerin ayaktan bakım hizmetlerinde çalışmasına izin verilmez. 2003 yılında 732 kamu hastanesi bulunmaktadır. Yeni sınıflandırma sistemine göre hastaneler üç düzeye ayrılmıştır. Birinci düzey referans hastaneleri ilçe düzeyinde kurulmuş ve esas olarak iç hastalıkları, cerrahi, obstetri ve jinekoloji ve pediatri uzmanlıkları hizmet verir. İkinci düzey referans hastaneleri voivodluklarda bulunur ve kardiyoloji, dermatoloji, onkoloji, üroloji ve nöroloji gibi diğer uzmanlık hizmetlerini de sunar. Üçüncü düzey referans hastaneleri genellikle yüksek düzeyde özelleşmiş hizmetler sunan üniversite hastaneleri, Ulusal Kardiyoloji Enstitüsü, Maria Sklodowska -Curie Kanser Merkezi ve Onkoloji Enstitüsü ve Ulusal Ana-Çocuk Enstitüsüdür. Özel sektör ve hükümet dışı örgütlerin elinde bulunan hastane sayısı düşük olup 2003 yılında 72 tane kamu harici hastane bulunmaktadır (Kuszewski, 2005).

Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, Polonya'da toplam yatak kapasitesi son onyılıda azalmıştır. 1990'da 6,6/1000 kişi olan yatak kapasitesi 2002'de 4,7/1000 kişiye düşmüştür. Ortalama hastanede kalış süresi 9,3'ten 7,9 güne inmiştir. Yatak işgal oranları %74,5 olup diğer Avrupa ülkeleri ile benzerdir (Kuszewski, 2005).

3.5. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Polonya'daki doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli sayıları birçok Batı Avrupa ülkesinden daha düşüktür. 2001

Tablo 6. Polonya sağlık insangücünün dağılımı

| İnsangücü | Sayı | 1000 kişi başına düşen sayı |
|------------|---------|-----------------------------|
| Doktor | 95 272 | 2,47 |
| Hemşire | 188 898 | 4,9 |
| Ebe | 21997 | 0,57 |
| Diş Hekimi | 11451 | 0,30 |
| Eczacı | 25397 | 0,66 |

Kaynak: World Health Report

verilerine göre doktor sayısı 2,2/bin kişidir. Yeni aile hekimliği uygulamasına rağmen, uzman hekim sayısı Polonya'da hala fazla olup, her bir pratisyen hekime karşılık 3 uzman hekim bulunmaktadır.

Sağlık insangücünün sayısal azlığının yanında dağılımında da sorunlar bulunmaktadır. Polonya nüfusunun üçte ikisinden azı kentsel alanda yaşamasına karşın, doktorların dörtte üçü ve tüm sağlık personelinin üçte ikisi kentsel alanda çalışmaktadır. Kırsal alanda çalışan personel sayısı azdır (Kuszewski, 2005).

İnsan gücünün en önemli sorunlarından biri de çalışma koşulları ve düşük ücretlerdir. 1992 yılında yaşanan kriz nedeniyle sağlık personeli arasında işini kaybedenler olmuştur. Sağlık personelinin aldıkları düşük ücretler nedeniyle, özellikle doktorların daha iyi ücret veren ülkelere (İngiltere ve Almanya) gittikleri bilinmektedir. Zorunlu bir kayıt sisteminin olmayışı nedeniyle ne kadar hekimin ayrıldığı bilinmemektedir. Polonya Tabipler ve Diş Hekimleri Odasının verilerine göre, 2004 yılında 2533 doktorun ve 797 diş hekiminin diğer AB ülkelerinde hekimlik yapabilmek için sertifika aldığı bildirilmiştir. 2006 yazında Polonyalı doktorların %4-5'inin sertifika alabilmek için başvurduğu, bu rakamın uzman hekimler arasında daha yüksek olduğu örneğin anesteziistlerin %16'sının sertifika için başvurduğu belirtilmektedir (World Report, 2006). İngiltere genel tıp konsülünün verilerine göre 2005 yılında 1211 Polonyalı doktorun kayıt yaptırdığı belirtilmiştir. Polonyalı doktorların diğer Avrupa ülkelerine göçü zaten az olan insangücü sayısını etkilediği gibi geride kalan hekimler arasında da hoşnutsuzluğu artırmıştır. Ücretlerin azlığı ve çalışma koşullarının ağırlaşması nedeniyle 2005 başlarında hastanelerde grev dalgası yaşanmış ve hükümet maaşlarda %30'luk bir artışa razı olmuştur. 2003 yılında ortalama aylık brüt ücretleri doktorların 750 Euro, hemşirelerin ise 450 Euro civarındaydı. Ücretlerinin az olduğunu düşünen hekimlerin çoğu yasal olmayan yollarla ücretlerini artırmaya çalışmaktadır. 2003 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada araştırmaya katılanların %57'si sağlık çalışanlarına rüşvet verdiklerini açıklamışlardır (Kuszewski, 2005).

Küresel Rüşvet Raporu 2006 adlı bir raporda dünyada yıllık 3,1 trilyon dolarlık toplam sağlık harcamasının milyarlarca dolarının rüşvete gittiği belirtilmektedir. Bu rapora göre Polonyalı doktorlar rüşvet yoluyla maaşlarını ikiye katlamaktadır. Ancak bu uygulamanın hem merkez

Tablo 7. Polonya'da sağlık personeline verilen aylık ortalama ücretler PLN (1998-2003)

| Ortalama ücretler | 1998 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Doktor | 1945 | 2920 | 2960 | 2989 |
| Diş hekimi | 1412 | 1966 | 1820 | 1838 |
| Hemşire | 1158 | 1536 | 1568 | 1584 |
| Ebe | 1136 | 1487 | 1546 | 1562 |

*1 PLN=0,25 Avro

Kaynak: Kuszewski K. 2005

kapitalist hem de periferik kapitalist ülkelerde yaygın olduğu raporda belirtilmektedir (Dyer, 2006). Ancak pek çok yayında saptandığı gibi bu yasal olmayan ödemelerin altında sağlık personeline verilen ücretlerin azlığı yatmaktadır. Polonyalı doktorlar Batı Avrupa'daki meslektaşlarına göre 10 kat daha az ücret almaktadırlar (Walgate, 2002).

3.6. SAĞLIK GÖSTERGELERİ

3.6.1. Demografik Özellikler

Nüfusu 38,2 milyon olan Polonya'nın nüfusunun %62'si kentsel alanda yaşamaktadır. Başkent Varşova 1,6 milyon nüfusa sahiptir. Son yıllarda doğum sayıları ölümlerin altına düşmüş böylece negatif nüfus artışı gerçekleşmiştir. Nüfustaki bu azalma nedeniyle 2050 yılında nüfusun 31,9 milyon olacağı tahmin edilmektedir. 65 yaş üzeri nüfusun %12,9 olan oranının 2025 yılında %37,9'a çıkacağı beklenmektedir (Kuszewski, 2005).

Tablo 8'de Polonya'nın bazı demografik ve sağlık göstergeleri gösterilmektedir. Tablodan anlaşıldığı gibi, çözümlenmeden sonra Kaba Ölüm Hızlarında özellikle erkeklerde olmak üzere artışlar yaşanmıştır. Ayrıca Tablo'dan anlaşılmamakla beraber (1980-1989 yılı verileri olmadığı için) yapılan bazı çalışmalarda doğuştan beklenen yaşam yılında da azalmalar saptanmıştır (Nolte, 2002). Bir çalışmada özellikle erkeklerde beklenen yaşam süresinin düşüklüğü ve erişkin yaş grubunda mortalitenin fazla olmasının yaygın alkol alışkanlığı ve trafik kazalarına bağlı ölümlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölüm nedenleri sağlık politikası önlemleriyle korunabilir olanlar, sağlık hizmetleriyle korunabilir olanlar ve korunabilir olmayanlar olarak gruplandırıldığında, erkeklerde sağlık politikası önlemleri ve sağlık hizmetleriyle korunabilir ölüm nedenlerinin daha etkili olduğu ortaya konmuştur (Nolte, 2002). Yine eski sosyalist ülkelerin çoğunda görüldüğü gibi çözümlenmeden sonra intiharlarda artışların kaydedilmesi mortalite artışından sorumlu tutulabilmektedir (Kılıç, 2003). Bulaşıcı olmayan hastalıklar Polonya'da Standardize Mortalite Hızı en yüksek olan ölüm nedeni olarak saptanmıştır. (Yüzbinde 563). Bunu kardiyovasküler hastalıklar (324) kanserler (180) ve kazalar (53) izlemektedir (World Health Statistics, 2006).

Polonya'da bebek ölüm hızı yıllar içinde düşüş eğiliminde olup, bebek ölümlülüğü içinde neonatal ölümlerin payının yüksek olduğu görülmektedir. Avrupa Bölgesi ortalamalarının altında değerlere sahip olsa da

Tablo 8. Polonya'nın demografik ve sağlık göstergeleri (1970-2005)

| Göstergeler | 1970 | 1990 | 2005 |
|---------------------------|------|------|------|
| Kaba ölüm hızı (binde) | 8 | 10 | 10 |
| Kaba doğum hızı (binde) | 17 | 15 | 9 |
| Doğuştan yaşam beklentisi | 70 | 71 | 75 |
| BYAÇÖH | 36 | 18 | 7 |

Kaynak: World Health Statistics 2006

Tablo 9. Polonya'da anne, bebek ve çocuk ölüm hızları, 2004

| | Hız |
|------------------------------|-----|
| Anne ölüm hızı (yüzbinde) | 10 |
| Bebek ölüm hızı (binde) | 7 |
| Neonatal ölüm hızı (binde) | 6 |
| 5 yaş altı ölüm hızı (binde) | 8 |

Kaynak: World Health Statistics 2006

Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında bebek ölüm, ana ölüm ve beş yaş altı ölüm hızları yüksektir. BYAÇÖH nedenlerine bakıldığında %59'u neonatal nedenlerle meydana gelmekte olup, ikinci sırada kazaların yer alması oldukça ilginçtir

Polonya'nın bağıışıklama oranları açısından bakıldığında Kızamık %97, DBT3 %99, Hepatit B %98 olmak üzere diğer geçiş yapan ülkelere olduğu gibi oldukça yüksek oranlara sahiptir.

Polonya sanayileşmiş ülke kategorisinde değerlendirilen bir ülke olup İnsani Gelişmişlik İndeksine göre 37. sırada yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık göstergeleri açısından bakıldığında merkez kapitalist ülke profiline yakın bir görüntü sergilemektedir. Fakat UNDP raporunda Polonya'nın sıralamasının doğuştan yaşam beklentisine göre 45. sıraya, kişi başına düşen GSYİH'ya göre de 48. sıraya yükseldiği de dikkatlerden kaçmamalıdır (UNDP, 2006). Sağlık göstergelerinde görülen Kaba Ölüm Hızlarının yükselmesi yanında özellikle geçiş döneminin yaşandığı 1990'lı yıllarda Polonya'da sağlık sorunlarının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, 2002 yılında yapılan kadınların algılanan sağlık durumlarının değerlendirdiği bir çalışmada, algılanan sağlığı kötü olan kadınların ekonomik faktörlerle ilişkili olduğu ve geçiş döneminden etkilendiği belirtilmektedir (Wroblewska, 2002). Yine 2002'de aralarında Polonya'nın da bulunduğu Doğu Avrupa ülkelerinde bozulan ekonomik koşullar ve kırsal bölgede sağlık hizmetine ulaşmada sorunlar nedeniyle tüberküloz başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklarda artma görüldüğü bildirilmiştir (Walgate, 2002). 2006 istatistiklerine göre TB prevalansı yüzbinde 32, insidansı ise 29 olarak saptanmış olup İngiltere, Almanya, Fransa gibi merkez kapitalist ülkelere fazladır.

SONUÇ

Polonya sosyalizmin çözümlüşünün gerçekleştiği ilk Avrupa ülkesidir. Kapitalizme geçişle birlikte ülkede gerçekleştirilen başta özelleştirmeler olmak üzere hızlı

değişim politikaları, ağır sosyal maliyetlere yol açmış yaşanan ekonomik krizlerin etkisiyle yoksulluk ve işsizlik artmıştır. Sağlık alanında gerçekleştirilen dönüşümler ise IMF ve Dünya Bankası'nın tüm ülkelere dayattığı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması hedefli politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Kabaca finansmanın genel sağlık sigortası ile sağlandığı, hizmet sunumunun piyasa kuralları içinde kurumlar arası rekabete dayalı bir ortamda aile doktorluğu ve özdeşleşmiş hastaneler ve özel poliklinikler gibi çok çeşitli kurumlarca sunulduğu ve merkezi planlama ve yönetim yerine desentralizasyonla yerel yönetimlerin devreye sokulduğu bir sağlık sistemi oluşmuştur. Sosyalist dönemdeki herkese eşit, parasız, entegre sağlık hizmeti sunumunu kalitesiz, verimsiz, maliyetli ve aşırı merkezîyetçi bularak ortadan kaldıran sağlıkta dönüşüm politikaları nedeniyle, artık sağlık hizmetine ulaşmada eşitsizliklerin yaşandığı, sağlık harcamalarının ve özellikle cepten yapılan harcamaların arttığı, sağlık çalışanlarının rüşvetle karınlarını doyurduğu ya da başka ülkelere göç ettiği bir sistem ortaya çıkmıştır. Bu sistemin sağlık göstergeleri üzerine olan etki incelendiğinde, Avrupa'daki merkez kapitalist ülkelere göre daha kötü durumda olduklarını söylemek mümkündür.

KAYNAKLAR

- Balinska M.A.**(1996) "The National Institute of Hygiene and Public Health in Poland 1918-1939" *Social History of Medicine* 09;03:427-445
- Chawla M., Berman P., Windak A., Kulis M.**(2004) "Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow" *Social Science & Medicine* 58 : 227-235
- Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK)**(2006), Polonya Ülke Bülteni, Şubat 2006. www.deik.gov.tr erişim tarihi 31.10.2006
- Dyer O.**(2006) "New report on corruption in health" *Bulletin of the World Health Organization*, February, 84 (2)
- ECO/WKP**(2000). Girouard N., Imai Y.(2000) The Health Care System In Poland. Economics Department Working Papers No.257; 30. <http://www.oecd.org/eco/eco.16.11.2006>
- Health Systems in Transition:**(1999), Poland. European Observatory on Health Care Systems Copenhagen.
- Kılıç B.** (2003) "Kapitalistleşen Avrupa Bölgesi Eski Sosyalist Ülkelerinin Sağlık Düzeyi Göstergeleri" *Toplum ve Hekim*, Mayıs-Haziran, 18;13:217-231
- Kuszewski K, Gericke C.**(2005) "Health Systems in Transition: Poland. Copenhagen" WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M.** (2002) "The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland" *Social Science & Medicine* 55: 1905-1921
- Roemer MI. National Health Policy Formulation in Socialist Poland.** İçinde Romer MI (1991) "National Health Systems of the World" Oxford University Press, Newyork
- Romer MI** (1994) "Recent Health System Development in Poland and Hungary" *Journal of Community Health*;19,3:153-163
- Sheahan MD,** (1995) "Prevention in Poland: Health Care System Reform" *Public Health Reports*, May-June 1995, Vol. 110, No.3:
- Sobczak, A.**(2002) "Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland" *International Journal of Integrated Care - Vol. 2, 1 June 2002*
- Tymowska K.** (2001). Health care under transformation in Poland. *Health Policy*; 56: 85-98
- UNDP** (1997) Human Development Report 1997. New York Oxford University Press.
- Walgate R.** (2002) Crisis in East European health systems—"Europe's best kept secret" *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (5)
- WHO** (2006). The World Health Report 2006, www.who.int Ulaşım tarihi;31.10.2006
- WHO** (2006). World Health Statistics, www.who.int Ulaşım tarihi31.10.2006
- World Development Report** (2003), Sustainable Development a Dynamic World. A Copublication of the World Bank and Oxford University Press.
- World Report** (2006). Minister Pledges Cash Boost To Poland's Health Sector, *The Lancet*, Vol 368 November 25.
- Wroblewska W.** (2002) "Women's health status in Poland in the transition to a market economy" *Social Science a Medicine* 54 :707-726