



HİRVATİSTAN, GEÇİŞ DÖNEMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ

Dr. Ömür Çınar ELÇİ*

Hırvatistan, 1991 yılında eski Yugoslavya'dan ayrılıp resmen bağımsız bir ülke olduktan sonra, doğal olarak bir değişim sürecine girdi. Ülke, bir yandan 40 yılı aşkın bir süre, içinde yaşadığı ve tüm sistemin temelini oluşturan bağlantısız sosyalist devlet yapısının verdiği alışkanlıkları yansıtırken, öte yandan halkın kendi deyişi ile "1000 yıldan sonra ilk kez" bağımsız olmanın heyecanını, neyle karşılaşacaklarını pek bilmeden koştukları "yeni dünya düzeni"ne kavuşmanın telaş ve bocalamasını da gözlemek olası. Yazının sonunda, ülkedeki geçiş sürecinin belirsizlikleri ve sağlık sistemi üzerindeki etkiler daha net olarak görülecektir ve sanırım okuyanlar birkaç yıl sonra tamamen farklı bir sistemi yansıtan bir yazı yazılabileceği fikrine katılacaklardır.

Bu geçiş sürecini tüm kurumlarında olduğu gibi, sağlık sisteminde de yaşayan Hırvatistan, 1991 nüfus sayımına göre 4.784.265 kişilik nüfusu (nüfusu artış hızı % -0.6), 56.538 km². yüzölçümü ile Kuzey-Batı Balkanlarda biraz Slav, biraz Avrupalı ve biraz da Akdenizli bir ülke. Halen topraklarının % 30'u işgal altında olan ülkede tüm sıkıntılara karşın sürekliliğine öncelik verilen hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Savaş koşulları nedeni ile önceki yıllara göre artış kazanan ve şu anda nüfusun yaklaşık % 1'ini etkisi altına alan yoksullaşmanın izlerini (kişi başına düşen GSMH 2800 \$) henüz sağlık hizmetlerinde görmek olası değil. Bunun en somut göstergesi olan bebek ölüm hızı, 1920'lerden bu yana gösterdiği düzenli düşüş eğilimine -1990'daki küçük bir duraksama hariç- devam etmektedir. Merkez İstatistik Bürosu verileri ile bebek ölüm hızı, 1950'de % 118.1, 1980'de % 20.6 ve 1991'de % 11.1'dir. Sağlık çalışanları, savaşın en ateşli günlerinde bile, enfeksiyon hastalıkları veya beslenme sorunu nedeni ile bir tek çocuğun bile yitirilmediğini, bağışıklamanın % 90'ın altına hiç düş-

mediğini ve hatta ateş hattındaki diyabet hastalarının insülin gereksinimlerinin bile etkin iletişim ağları sayesinde hiç aksatılmadığını, bu nedenle hiç kayıpları olmadığını gururla anlatıyorlar.

Bu haklı gururun nedeni olan sistemin temelleri 1920'lerde Andrija Stampar tarafından atılmış. Merkezde, salt koordinasyon görevi yapan Sağlık Bakanlığı ile, küçük yerleşim birimleri (komün) temel alınarak oluşturulan birincil sağlık hizmetleri sistemi, **ana çocuk sağlığı, okul sağlığı, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, Tbc., sıtma kontrolü** ve üzerinde önemle durulan **sağlık eğitimi** gibi toplumun öncelikli sorunlarını çözmeye yönelik çalışmalar başlatmış. Ana hatları ile bu sistem -şu anda- hala yürürlüktedir.

Sistem ilk önemli başarısını, 1950'lerin başlarında sıtmanın eradikasyonu ile göstermiştir ki o yıllardan bu yana yeni sıtma olgusu görülmediği belirtilmektedir. 1959'da üç yıllık **Genel Pratisyenlik Uzmanlığı Eğitimi**'nin başlatılması ile birincil sağlık hizmetleri ciddi bir ivme kazanmış, hizmetlerin genel pratisyenlik temel alınarak yeniden düzenlenmesi ile birçok farklı uzmanlık alanından hekimin birincil sağlık hizmetlerine entegrasyonu sağlanmış ve deyim yerindeyse sağlık hizmetlerinin **sosyalleştirilmesi** başarılmıştır.

"Tabi ki onlar bu terimi kullanmıyorlar, fakat eminim ki sağlık kurumlarını gezerken, sistem hakkında bilgi alırken benim gibi Türkiye'den birçok sağlık çalışanının aklından "224" "sosyalleştirme", "Nusret Hoca", "acaba bir bağlantı var mı?" benzeri birçok düşünce geçmiştir. İşte bir gezi sırasında bu düşüncelerle ve doğrusu alacağım yanıttan biraz da çekinerek onların uygulamadaki sistemleri ile bizim yaşamız arasındaki benzerlikten, Nusret Hoca'dan söz edecek oldum, Luka'nın gözleri parladı ve yanıtladı: "...tabii ya, Nusret Fişek. Bizim hocalarımızın, bu sistemi düzenleyenlerin yakın arkadaşı; birçok kez dü-

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

şüncelerini paylaştıkları insanlardan birisi...". İşte bu hoş ama biraz da hüzünlü anıyı anımsayıp okurların hoşgörüsüne sığınarak bu yakıştırmayı yapıverdim."

O yıllarda birçok bölgede yürütülen sağlık eğitimi ve sağlık personeli yetiştirme programları sonucunda bebek ölüm hızları, 1958-1963 yılları arasındaki 5 yıllık sürede sadece **halk sağlığı hemşiresi** çalışmaları ile binde 108'den binde 35'e düşürülmüş.

Bugün ülkenin en önemli sağlık sorunu kronik hastalıklar, düşük doğum hızı ve buna bağlı negatif nüfus artış hızıdır. Fakat 1991'den bu yana daha ciddi bir sorun -ki sağlık sistemini ve öncelikleri derinden etkilemiştir- savaş ve mülteciler sorunudur. Şu anda ülke nüfusunun yaklaşık % 13'ü işgal altındaki topraklarda, % 6'sı ise mülteci konumunda yaşamaktadırlar. Yaklaşık 300.000 kişinin ise kayıp olduğu bildirilmektedir. Öte yandan Nisan 1994 rakamları ile Hırvatistan sınırları içinde Bosna Hersek'ten gelen toplam 517.707 mülteci bulunmaktadır.

ÖRGÜTLENME

Birincil sağlık hizmetleri örgütlenmesi, bölgesel özellikler de dikkate alınarak, birçok komünden oluşan yerel yönetim bölgeleri baz kabul edilerek, "sistemin sahibi halktır" mantığı ile oluşturulmuştur. Özelliği olan bölgelerde ve kentlerde de öncelikle bölgesel ve sosyal özellikler (örneğin Zagreb'in başkent olması gibi) dikkate alınmıştır. Gerçek anlamda otonom, "**yerel yönetim**" ilkelerinin uygulandığı yaklaşık 30-50.000 nüfuslu bu bölgelerdeki **sağlık merkezleri** (dom zdravlja -Hırvat dilinde "sağlık evi") -ki ülkemiz koşullarında çok iyi donanımlı bir devlet hastanesi olarak nitelendirilebilir- **genel pratisyen ekipleri** ile hizmet vermektedirler. Ülkedeki toplam sayısı 25 olan ve birincil sağlık hizmetlerinin en etkin ögesi olarak kabul edilen sağlık merkezlerinde ortalama olarak 2.500-3.000 nüfusa bir ekip düşer ve ekip sayısı yine bölgenin özelliklerine göre değişebilir; her ekipte 1 veya 2 genel pratisyen, hemşire ve halk sağlığı hemşiresi bulunur. Basit sağlık sorunları konusunda karar verme yetkisi de olan (hipertansiyonlu bir hastanın diyet ve tedavisinin düzenlenmesi, yaşlı bir kişinin huzurevine taşınması gibi...) halk sağlığı hemşiresi tüm bölgelerde, emrine verilen küçük otomobillerle ev ziyaretlerini ve alan çalışmalarını yapar, gerek gördüğü hastaları sağlık merkezine gönderir ve bağlı olduğu genel pratisyene günlük rapor verir. Sağlık merkezlerinde genel pratisyen ekipleri dışında, **okul sağlığı, iş sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, sağlık eğitimi, epidemiyoloji uzmanları** ile **diş hekimleri, tanı laboratuvarları**

ve **acil servis** bulunur. Her uzmanlık dalındaki hekim, ekibindeki personel ile birlikte sağlık merkezi bölgesinde kendi alanı ile ilgili tüm kuruluş ve işlerden (bağışıklama hizmetleri, okul, ana okulu, fabrika, huzur evi, v.b..) sorumludur ve koruyucu hekimlik ağırlıklı hizmetler verirler. Örneğin okul sağlığı uzmanları, koruyucu ve iyileştirici hizmetler yanında 18 yaşına dek tüm çocukların psikososyal gelişimlerini de izlemektedirler. Her yeni doğan bebek, UNICEF tarafından başlatılan ve çocuk hekimleri ile genel pratisyen ekipleri tarafından ortaklaşa uygulanan **GÖBI** programına (growth - gelişim, oral rehidratation - ağızdan sıvı tedavisi, breast feeding - emzirme, immunization - bağışıklama) alınırlar. Genel sanitasyon, içme suyu, atıklar gibi kent ve çevre ile ilgili hizmetler ise doğrudan yerel yönetimlerin kontrolünde, fakat sektörler arası işbirliği ile yürütülür. Sağlık merkezleri için belli bir mimari standart yoktur. Bunu da bölgesel özelliklere göre yerel yönetim belirler; kuzeyde dağ tipi bir bina ile karşılaşılabileceği gibi Dalmaçya kıyılarında bol pencereli, havadar bir sağlık merkezi bulmak olasıdır. Bazı sağlık merkezlerinde 20-30 yatak varken, bazılarında acil servis dışında hasta yatağı yoktur (ülke genelinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 5.8'dir). Fakat hepsinde standart olan sevk zincirinin işleyişi ve hizmetlerin toplum baz alınarak düzenlenmesidir. Örneğin hemen tüm sağlık merkezlerinde yeterli malzeme ve personel bulunmasına karşın doğumlar sadece hastanede yapılıyor buna karşın sevk zinciri düzenli bir şekilde işletiliyor. Özelliği olan bazı komünlerde bir genel pratisyen ekibinin sürekli bulunduğu **sağlık istasyonları** -ülkemizdeki sağlık ocaklarına karşılık gelen bir uygulama- sağlık merkezinin uç birimi veya küçük şubesi olarak hizmet vermektedir. Fakat sağlık istasyonlarının rutinde yaygın olarak uygulandığı sanılmamalıdır. Sürekli tekrarladığımız gibi, bölgesel, coğrafi veya benzeri faktörlere göre gerekli olduğunda kurulan ünitelerdir.

Sistemin temeli olan her sağlık merkezinin, **iletişimde** olduğu (aralarında hiyerarşik bir bağ bulunmamaktadır) bir **genel bölge hastanesi** vardır. **Acil servis, dahiliye, çocuk, kadın-doğum, genel cerrahi servisleri** ve **ileri laboratuvar olanakları** bulunan hastanelerdeki uzman hekimler, haftanın belli günleri sağlık merkezlerine konsültasyon ziyaretleri yaparlar. Bölgedeki operasyonlar ve daha önce değinildiği gibi doğumlar bu bölge hastanesinde yapılır. Hastanelerde bölgesel özelliklere göre, **rehabilitasyon merkezi, turist sağlığı merkezi** gibi özelleşmiş birimler de bulunabilir. Sağlık merkezleri ve bölge hastanelerine değindikten sonra, kısaca sevk zincirinin işleyişinden söz etmek yararlı olabilir.

Sağlık merkezinde, bölgede, okulda veya işyerinde yapılan kontroller sırasında veya halk sağlığı hemşiresinin ziyareti sırasında, kendi pratisyen hekimi tarafından görülmesi gerektiği düşünülen kişiler bağlı oldukları genel pratisyen tarafından sağlık merkezinde muayene edilirler. Ayaktan tedavi edilenleri halk sağlığı hemşiresi takip eder ve durumunu hekime raporlarında bildirir. Hekim gerek gördüğü hastaları -ve eğer sağlık istasyonu varsa oradan gelecek hastaları- haftada birkaç kez konsültasyon için bölge hastanesinden sağlık merkezine gelen bilim uzmanı hekime gösterir. Eğer ikisi de uygun görülürse, hastanın tetkik ve tedavilerine bölge hastanesinde, gerekirse üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında devam edilir. Konuştuğumuz bir hekim, hastayı sadece tetkikler için 1-2 hafta hastanede yatırmanın sağlık sistemi ve ekonomi için bir felaket olacağını ve bu nedenle sevk zincirini özenle işlettiklerini vurguladı.

Bölgesel hizmet veren diğer bir kuruluş da **halk sağlığı enstitüleri**'dir. Zagreb, Pula, Rijeka, Split ve Dubrovnik'te, **istatistik, epidemiyoloji, mikrobiyoloji, ekoloji ve sosyal tıp** alanlarında multidisipliner bir anlayışla bölgesel koordinasyon, planlama, uygulama, destek ve araştırma hizmetleri veren, sektörler arası işbirliğinde kilit noktayı oluşturan halk sağlığı enstitüleri, Zagreb Andrija Stampar Halk Sağlığı Okulu'na bağlı olarak çalışırlar.

1893 yılında kurulan ve bugün Andrija Stampar Halk Sağlığı Okulu'na bağlı olarak çalışan **Zagreb İmmünoloji Enstitüsü**, 1991 öncesinde tüm Yugoslavya'nın gereksinimlerini karşılarken; bugün Hırvatistan ve Slovenya'nın gereksinimi olan tüm aşı ve serumları üretmekte, bunun yanında aralarında 1993'e dek ülkemizin de bulunduğu yaklaşık 30 ülkeye aşı ve serum ihracatı yapmaktadır ve 1992 yılında 2.7 milyon \$ ihracat kapasitesine ulaşmıştır.

Bu kuruluşların yanında, gereksinimlere göre ülkenin belli bölgelerinde **ortopedi ve rehabilitasyon merkezleri** (savaş döneminde oldukça aktif çalışmışlardır), **çocuk hastanesi, diyabet enstitüsü, iştme merkezi** gibi uzmanlaşmış merkezler ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetleri vermektedirler.

Özel sağlık hizmetleri 1952 yılına dek tamamen yasakmış. Fakat bu tarihten sonra, gereksinime göre belli komünlerde hekim (genel pratisyen), diş hekimi ve hemşirelere sağlık sigortası ile anlaşmalı olmak koşulu ile özel çalışma hakkı verilmiş. Büyük kentlerde ise, mesleğinde önemli aşamalar kaydetmiş sınırlı sayıda uzman hekime aynı koşulla özel çalışma hakkı verilmiş olmasına karşın çok az hekim özel çalışmak istemektedir.

SAĞLIK İNSANGÜCÜ VE FİNANS

Hırvatistan genelinde 1992 verileri ile 9303 hekim, 1971 diş hekimi, 1729 eczacı, 6072 halk sağlığı hemşiresi, 13699 hemşire ve 1411 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

Daha önce de vurgulandığı gibi sistem, yerel yönetimler baz alınarak oluşturulduğu için, temel ilaç, malzeme gereksinimleri -bunlar merkezi yönetimce karşılanır- dışında finans gereksinimlerinin yaklaşık % 75-80'i yerel yönetimlerce karşılanmaktadır. Örneğin hekim ve diğer sağlık çalışanlarının maaşları, yerel yönetimce ödenmektedir. Ayrıca nüfusun % 90.7'sini kapsayan sağlık sigortası, emeklilik ve sakatlık sigortaları, sistemin işleyişinde önemli bir finans kaynağı oluşturmakta ve gereksinimlerin yaklaşık % 20'sini karşılamaktadır. Muayene olanlar ilaçlarını reçete karşılığı bir katkı payı ödeyerek eczanelerden alırlar. Bazen sembolik bir katkı payı alınmakla beraber diğer hizmetler genellikle ücretsizdir.

EĞİTİM

Ülkede tıp eğitimi yapan dört okul (Zagreb, Split, Rijeka ve Osijek) vardır. Bunlardan Rijeka ve Osijek, Zagreb Tıp Fakültesine bağlı olarak eğitim vermektedirler. Beş yıl olan temel tıp eğitimi ardından, bir yıl mezuniyet sonrası eğitim alan hekimler ve ayrıca diğer sağlık çalışanları (diş hekimi, hemşire, tıbbi teknisyenler, v.b.), özellikle birincil sağlık hizmetlerine yönelik bir eğitim almaktadırlar. Bu nedenle, gün içinde Andrija Stampar Halk Sağlığı Okulu'nun koridorlarında farklı okullardan ve farklı sınıflardan öğrencileri görmek olası. Ayrıca tıp eğitimi yapılan kentlerdeki sağlık merkezleri de aktif olarak tıp eğitiminin içindedirler. Hemen her hekimin bir uzmanlık dalında ileri eğitim aldığı (master, doktora veya uzmanlık eğitimi) Hırvatistan'da işçi sağlığı, okul sağlığı, genel pratisyenlik gibi ülkemiz tıp eğitimine yabancı olan uzmanlık dallarında yetişen hekimler, birincil sağlık hizmetleri içinde oldukça aktif rol almaktadırlar. Örnek olarak okul sağlığı uzmanlığı eğitiminde hekimler, bir yıllık sertifika programından sonra pediatri, psikiatri, sosyal tıp, halk sağlığı gibi bölümlerde iki yıl süre ile eğitim almakta ve daha sonra da deneyimli hekimlerin yanında çalışmaya başlayarak bir anlamda meslek içi eğitimlerine devam etmektedirler ki bu uygulamanın, hizmetin devamlılığı açısından da faydalı olduğunu savunmaktadırlar.

GEÇİŞ DÖNEMİ VE HEDEFLER

Hırvatistan özgürlüğünü kazandıktan sonra, sağlık sisteminde birçok değişiklik gündeme geldi.

Son yıllara dek sadece koordinasyon işlevi olan Sağlık Bakanlığının yetkileri artırıldı; yönetim, planlama ve karar verme mekanizmaları merkezileştirildi. Yerel yönetimlerin yetkileri ise, birincil sağlık hizmetlerinin uygulanması ile sınırlandırıldı. Özellikle 1991 sonrasında, yukarıda sayısal verilerle vurgulamaya çalıştığımız mülteciler sorunu ve benzeri acil önlemler gerektiren birçok sorun bu değişimin bir anlamda hızlanmasına neden oldu.

Şu anda gündemde "özelleştirme" var ve 1994 yılı sonuna dek sağlık hizmetlerinin en az % 90'ının özelleştirilmesi planlanmaktadır. Yeni sistem, zorunlu ve özel sağlık sigortası ile, halk sağlığı ve özel sağlık hizmetlerinin birleşiminden oluşturulmaya çalışılmaktadır (!). Bu amaçla genel pratisyenlik, aile hekimliği adı altında yeniden düzenlenmekte ve sağlık hizmetlerinin, polikliniklerde ve acil servislere yoğunlaşması planlanmaktadır.

Hırvatistan'da şu andaki geçiş sürecinde pazar ekonomisi ilkeleri ile yerleştirilmeye çalışılan özelleştirme, birçok sağlık çalışanı özellikle birincil sağlık hizmeti çalışanları tarafından sosyal adaletsizlik, etik ve ekonomik riskleri açısından kaygı ve ihtiyatla tartışılmaktadır. Fakat görülen o ki, yapabilecekleri pek fazla birşey de yok!

KAYNAKLAR:

1. Republic of Croatia Central Bureau of Statistics, Statistical Information 1992, Zagreb 1993
2. Health Care System In Croatia, Z. Jaksic, L. Kovacic, Andrija Stampar School of Public Health Publications HO 4/94, University of Zagreb 1993
3. Health District of Istria, Dr. A. Bartolic, Andrija Stampar School of Public Health Publications HO 7-10/94, University Zagreb 1993
4. Institute of Immunology - Present And A Glance Into The Future, Institute of Immunology Publications, Zagreb 1992
5. Rude Health Centre, Prof. B. Kesic, Dr. Z. Sestak, Seminar of public Health Demonstration Training And Research Areas, WHO Regional Office for Europa, Copenhagen 1963
6. Planning And Management of Primary Health Care In Developing Countries, Z. Jaksic, L. Kovacic, H. Folmer, Z. Sosic, Andrija Stampar School of Public Health Publications, University of Zagreb 1994
7. War Against Croatia - Facts, Bulletin vol. 12 - 13, Vuk Vrhovac Institute For Diabetes, Endocrinology And Metabolic Diseases, University of Zagreb 1992

