

# SAĞLIK REFORMLARI VE SLOVAKYA SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA SON 10 YILDAKİ DEĞİŞİM

Aslı DAVAS\*

**Özet:** Slovakia'da sağlık reformu süreci Türkiye'ye oldukça benzer ama daha erken bir dönemde şekillenmiştir. Desantralizasyon ve özelleştirme paralel seyretmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bu süreçte birinci basamak, ikinci basamaktaki genel hastaneler ve genel sağlık sigortası kurumundaki rolleri değişmiştir. Bu kurumlar ya yerel yönetimlere devredilmiş ya da özelleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hâlâ en büyük sigorta şirketinin ve en büyük hastanenin sahibidir. İki bin altı-iki bin on arasında hem sigorta şirketleri hem de ülkedeki tüm hastaneler anonim şirketler haline dönüştürülmüşlerdir. Eczaneler, laboratuvarlar ve ayaktan tedavi hizmetlerinin %90'ü özeldir.

Slovakya 2009 yılında Gayri Safi Milli Hasıla(GSMH)'nın %7,6'sını sağlığa ayırmaktadır ki bu AB üyesi 12 ülke ortalamasının üzerindedir. İki bin ikide 730 USD olan kişi başı sağlık harcaması 2008'de 1717 USD'a yükselmiştir. Özelleştirme düzeyi arttıkça hem devletin sağlık sigorta fonlarına çalışmayan kesim için yatırdığı prim katkısı hem de cepten harcamalarda artış bildirilmektedir.

Yerelleşmeyle birlikte özel sektöre devredilmeye çalışılan sağlık sisteminin maliyeti oldukça yüksek olmuştur. Sağlık Bakanlığı hem yerel yönetimlerle hem de sigorta şirketleriyle olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Anonim şirketler haline dönüştürülen kamu hastaneleri ve sigorta şirketleri de verimlilikten çok uzaktır. İlaç harcamalarının çok yüksek oluşu koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gelişmesine engel olmuş, sağlık sisteminde reform hedefi olarak beklenen iyileşmeler sağlanamamıştır. Ülkedeki bölgesel ve etnik kökene dayalı sağlık eşitsizliklerinde de belirgin bir iyileşme sağlanamamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık reformları, Sağlık Bakanlığı, özelleştirme, Slovakia.

## Health Care Reform and the Transformation of Ministry of Health of the Slovak Republic within Last Ten Years

**Abstract:** The process of health care reform in Slovakia took its form earlier than but in a quite similar way to that in Turkey. Decentralization and privatization were implemented in parallel to each other. The role of the Ministry of Health in primary care institutions, general hospitals classified under secondary care institutions as well as general health insurance institution all changed. The said institutions were either transferred to local administrations or privatized. The Ministry of Health is still the owner of the greatest insurance company and the largest hospital in Slovakia. Between 2006 and 2010, both insurance companies and all hospitals were converted into joint stock corporations. 90% of pharmacies, laboratories and outpatient service centers are now operated by private sector.

In 2009, Slovakia allocated 7.6% of its GDP to health care expenditures, which exceeds the EU12 average. Per capita health care expenditures increased from USD 730 in 2002 to USD 1717 in 2008. It is reported that as the level of privatization was elevated, both the government's contribution for social security for the unemployed and out-of-pocket expenses increased.

The efforts aimed at transferring the health care system to private sector in line with localization process have been very costly. The Ministry of Health has been experiencing problems with both local administrations and insurance companies. Furthermore, public hospitals and insurance companies, which were already transformed into joint stock corporations, are now operating a long way off efficiency. Extra high medicine expenses hindered the development of preventive and therapeutic services; and recovery goals established with health care reforms could not be achieved. The country-wide inequalities arising out of regional and ethnic difference could not be fixed to an appreciable extent.

**Keywords:** Health care reforms, Ministry of Health, privatization, Slovakia.

Slovakya 1990'lardan beri Dünya Bankası'nın önerdiği sağlık reformlarını uygulamaya çalışan ülkelerden biridir. Slovakia sağlık sisteminin yapısı ve sağlık reformlarının bu yapı üzerindeki etkisi daha önceki bir derlemede sunulmuştur (Davass, 2007). Bu yazıda sağlık sistemindeki değişikliklere dair kısa

bir özet sunulacak, Slovak Sağlık Bakanlığı'ndaki değişim gözden geçirilecektir. Bu gözden geçirmede bilimsel literatürde çok fazla İngilizce kaynak olmaması nedeniyle 2011 yılında yayımlanan bir rapor temel alınmıştır (Szalay, 2011).

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

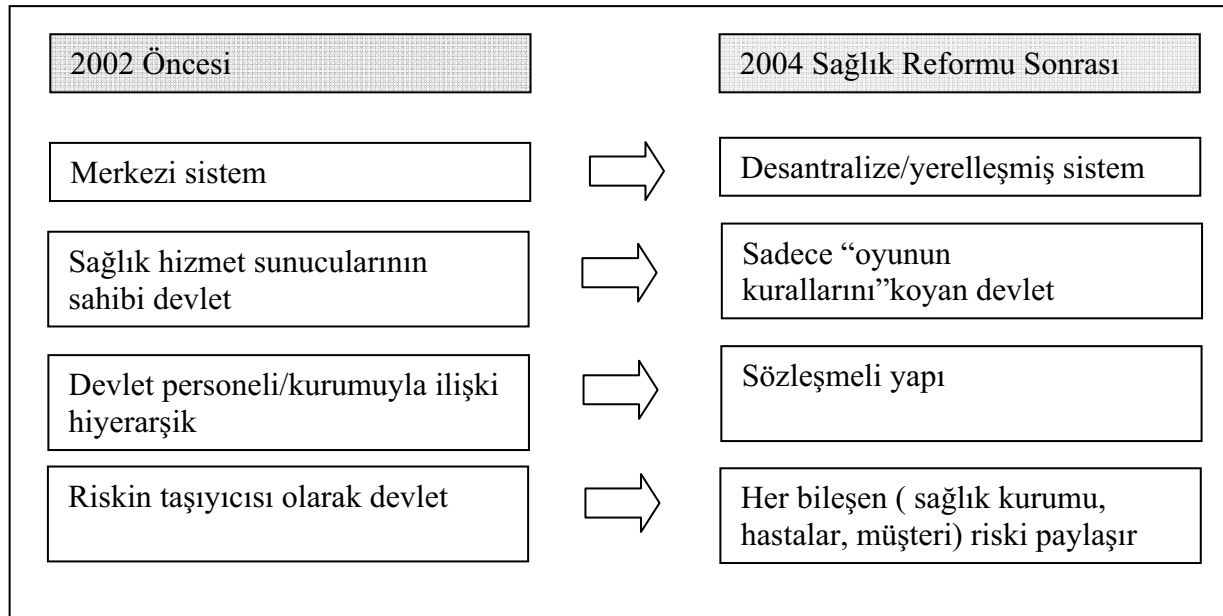
Slovakya sağlık sisteminde de Türkiye'deki genel sağlık sigortası gibi tüm nüfus, zorunlu sağlık sigortası sistemine dâhil edilmiştir, rekabetçi bir anlayış içinde çalışan kamu ya da özel sigorta şirketleri temel bir teminat paketi sunarlar. Bir, iki ve üçüncü basamakta yer alan hizmet sunucularla bu şirketler arasındaki satın alma ilişkisi esnek fiyatlandırmaya ve rekabete dayalıdır. Bu kurumlar arasındaki ilişkileri temel olarak Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri Sürveyans Otoritesi (HCSA) düzenler. Aile hekimlerinin hizmet sunduğu birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen özelleştirilmiştir. İkinci basamakta ise hizmet özel ya da kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır (Szalay, 2011).

Slovakya'da sağlık reformu süreci Türkiye'ye oldukça benzer ama daha erken bir dönemde şekillenmiştir (Şekil 1). Bin dokuz yüz doksanların başında Çekoslovakya ile ayrıldıktan sonra, sosyalist sağlık modelinden Bismarck tipi yani sosyal sigorta modeline geçilmiş, özel sağlık hizmet sunucuları da hızla artmaya başlamıştır. Bu sürecin eskiden tüm sağlık kurum ve hizmetlerin sorumlusu ve sahibi olan devlet kurumlarının özelleşmesi olduğu ve çok da kısa bir süre içinde gerçekleştiği, ülke sağlık sistemini değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bu dönem hızlı bir borçlanma ve sağlık sektöründe özellikle özel sağlık sigorta şirketlerinin iflaslarıyla gündeme gelmiştir. Bin dokuz yüz doksanların ikinci yarısından 2002'ye kadar olan dönemde de borçlanma artmaya devam etmekle beraber, reformlar ve yapısal değişimler açısından

daha sakin bir dönem yaşanmış; 2002-2006 arasında ise sağlık hizmetleriyle ilgili tüm yasal düzenlemeler tamamen değiştirilmiş, sağlıkla ilgili tüm sorumluluğun bireylere devredildiği bir ideolojinin merkezde olduğu uygulamalar yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetlerinde seçim hakkı, sigorta şirketini ve hizmet sunucusunu seçme hakkıyla başlamış, hedef olarak da tedavi seçim hakkı gündeme alınmıştır (Szalay, 2011).

Slovakya'da yıllar içinde sayıları ve hizmet koşulları değişmekle birlikte hem devlet hem de özel sigorta şirketleri mevcuttur. Hedeflenen kamu ve özel sigorta şirketlerinin benzer koşullarda rekabet edebilmesidir. İki bin iki-iki bin altı, 2006-2010 yıllarında iktidara gelen hükümetlerin anlayışları, politik kararlılıkları bu özelleştirme düzeyini şekillendirmiştir.

İki bin iki-iki bin altı arasında sağlık sigorta şirketleri sadece piyasa koşulları tarafından denetlenen anonim şirketler haline gelip, bütçe kısıtlamaları yapılmış, tüketim ürünü haline gelen sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmak için kullanıcı ödemeleri (cepten katkı payları) yürürlüğe konmuştur. Anonimleşen sigorta şirketleri vatandaşlardan talep ettikleri primlere daha çok rekabetin denetlediği kâr oranları koyma hakkına sahip olmuşlardır. Hem kuruluş koşulları hem de mali denetimleri de herhangi bir diğer sektör anonim şirketinden farklı olmamıştır. Sağlık sistemi özel sağlık piyasasına yeterli olanak sağlayacak şekilde serbest fiyat uygulamaları, piyasaya daha kolay giriş ve liberal ödeme biçimleri



Şekil 1. Reformun sağlık bakanlığında neden olduğu temel değişimler. Kaynak: Nemeç, 2004

gibi araçlarla yeniden düzenlenmiş, yönetilen bir rekabet sistemi oluşturulması hedeflenmiştir. Fakat sürecin hem ekonomik hem de sağlık sonuçları istendiği gibi olmamıştır (**Davas, 2007**).

İki bin altı seçimleri piyasacı sağlık sistemi anlayışında bir paradigma kaymasına neden olmuş, sağlık göstergelerinin görece aynı harcamayı yapan ülkelere göre düşüklüğü, özel sigorta şirketlerinin iflas tehlikesi, sağlık hizmet sunucularına ödemelerin yapılamaması, halkın hizmet sunuculara kayıt dışı ödediği paranın çok artması, cepten ödemelere olan tepkiler gibi bir çok nedenle devletin daha fazla sorumluluk alması gündeme gelmiş, özel sigorta şirketlerinin kâr sağlaması yasaklanmış, kullanıcı katkı payları azaltılmıştır. Bu reformun adı Slovakya'nın Neoliberal Dönüşümü olarak adlandırılmış, özel sektörün daha stabil bir ekonomik ortamda gelişmesinin önü açılmaya sağlanmıştır (**Fisher, 2007**). Sağlık hizmetlerinde kamucu gibi ortaya konan bu anlayış 2010 seçimlerine kadar sürmüştü, yeterli stabilite sağlanıp, özel sektör için riskler azaltıldıktan sonra sigorta şirketlerinden sonra hastaneler de anonim şirketlere dönüştürülmüş, yeni ilaç ödeme sistemleri ve katkı payları gündeme gelmiş, sigorta şirketlerinin yeniden kâr amaçlı şirketler haline dönüşebilmesine olanak sağlanmıştır.

Sağlık sisteminde neredeyse tüm laboratuvarlar, tüm ayaktan tedavi hizmetleri ve eczaneler özel sektörünken, en büyük sigorta şirketinin, üniversite hastanesinin, yereldeki en büyük hastanelerin, tüm psikiyatri hastanelerinin sahibi hâlâ Slovak Sağlık Bakanlığı'dır.

Fakat tüm bu kurumlar 2006'dan itibaren devletin anonim şirketlerine dönüştürülmüşlerdir. Ülkede 2010 itibarıyla daha önce beş olan sigorta şirketi sayısı ikisinin birleşmesiyle üçe inmiştir. Şirketlerden biri devlet ikisi özel sigorta şirkettir. İki bin beş yılında pazarın %76'sına sahip olan devlet şirketinin payı 2009'da %67'ye düşmüştür (**Szalay, 2011**). Devlet şirketlerinin özel sektörle eşit koşullarda rekabet etmeleri hükümetin en önemli hedeflerindedir. Buna rağmen 2010'dan sonra sağlık sektöründe en çok tartışılan konu hâlâ kamu anonim şirketlerine dönüştürülmüş bu hastane ve sigorta şirketlerinin özelle yeteri kadar eşit koşullarda rekabet edememesidir. Özelleştirmenin olası zararlarının en önemli koruma mekanizması olarak gösterilen sigorta şirketleriyle, hizmet sunucularındaki çeşit ve sayının fazla olması gibi rekabeti arttırıcı uygulamalar hayata geçirilememiştir. Sigorta şirketlerinde de, hastanelerde de tam tersine sermaye birleşmeleri izlenmektedir (**Szalay, 2011**).

### Sağlık Bakanlığı

Sağlık politikaları temel olarak üç grup tarafından belirlenmektedir: Sağlık Bakanlığı (yasa koyucu), Sağlık Sigortası Şirketleri (hizmet alıcı), Sağlık Hizmetleri Sürveyans Otoritesi (HCSA) (denetleyici). Meslek örgütleri ve hizmet sunucuları gibi hasta hakları kuruluşlarının da sağlık politikaları üzerindeki etkisi oldukça sınırlıdır. Şekil 2'de 2011 yılında Slovakya Sağlık Sistemi'nin genel yapısı sunulmuştur (**Szalay, 2011**).

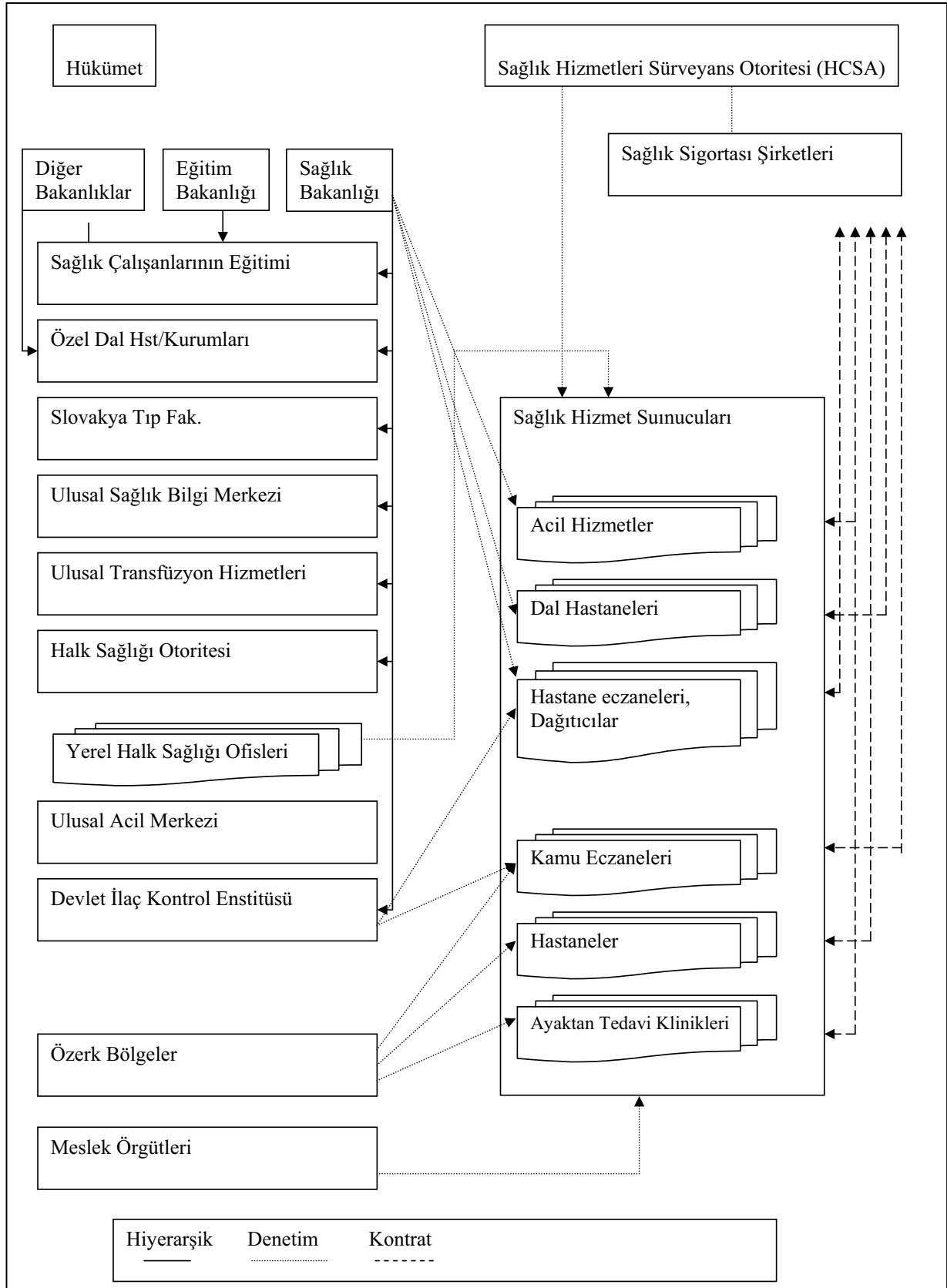
Slovakya'da son yirmi yıla damgasını vuran en önemli politikalarından biri de desantralizasyondur. Yerinden yönetim uygulamaları aynı özelleştirme gibi sağlıkta hız kazanmış, birçok görev özerk bölgeler ve Sağlık Bakanlığı arasında paylaşılmıştır.

Parlamento bu nedenle çok önemlidir. Minimum gereklilikleri belirler, yasa koymanın yanında denetleme görevi vardır. HCSA'nın denetim kurulu üyeleri de Parlamento tarafından seçilir. Parlemonto'nun sağlıkla ilgili sorunlarda yasal önlemleri almak (katkı paylarını belirlemek, sağlık kuruluşlarına erişim için minimum kriterleri belirlemek vb), HCSA başkanını atamak ve görevden almak gibi önemli sorumlulukları vardır (**Szalay, 2011**).

Sağlık Bakanlığı'nın (SB) sorumlulukları; sağlık politikasının belirlenmesi ve mevzuatın hazırlanması, ulusal sağlık programlarının yönetimi, sağlık eğitiminin yönetimine katkıda bulunmak, ulusal sağlık kayıt sistemlerini yönetmek, temel teminat paketinin kapsamını belirlemek, sağlık göstergelerini tanımlamak ve minimum kalite kriterlerini belirlemek olarak sıralanabilir. Fiyatların düzenlenmesinde onay makamı 2003'de SB olmuştur.

Sağlık Bakanlığı birçok kurum ve kuruluşun sahibi görünmesine rağmen 2002'den beri hem yapılanmasında hem de işlevlerinde radikal değişiklikler olmuştur. Halk Sağlığı Kurumu, Ulusal Acil Hizmetler, Ulusal İlaç Kontrol Kurumu gibi bağlı kuruluşlar aracılığıyla hizmet vermeye başlamıştır. Özel dal hastaneleri ve üniversite hastanesi Sağlık Bakanlığı'na doğrudan bağlıyken, aile hekimleri, eczaneler, genel hastaneler gibi tüm sağlık kuruluşları ya tamamen özel ya da özerk kurumlar haline dönüştürülmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın bu kurumlar üzerinde sadece denetim yetkisi kalmıştır (**Szalay, 2011**).

İki bin dört yılında devlet/Sağlık Bakanlığı, hem sigorta şirketine sahip olup, hem de hâlâ en büyük hizmet sunucu olduğundan rekabetin zarar görmemesi için, bu kurumların izlenmesi ve rehberlik



Şekil 2. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme şeması. Kaynak: Szalay, 2011

edilmesi gibi işlevleri HCSA'ya devredilmiştir. HCSA sağlık sigorta şirketlerinin ruhsatlandırılması, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve sağlık hizmet sunucularıyla olan ilişkilerden sorumludur. Kamu ya da özel sağlık sigorta şirketlerinin diğer anonim şirketlerinden farkı yoktur, mali denetime tabidirler. Denetimi yapacak denetçileri de HCSA seçer. HCSA'nın başkanının Hükümet tarafından değiştirilebilir olması, bağımsızlığını tartışılabilir hale getirmektedir. Çünkü HCSA bir sağlık kuruluşunun ya da sigorta şirketinin çalışmasını engelleyecek yetkilerle donatılmıştır (Szalay, 2011).

Halk Sağlığı Kurumu (PHA), bütçeli bir kamu kurumudur ve tek finanman kaynağı Hükümet'tir. Kurum başkanı Sağlık Bakanlığı tarafından atanır. Kurum, bağışıklama politikasından, radyasyondan korunmadan ve kozmetik ürünlerin satış izinleri konularından doğrudan sorumludur. Yerel birimleri aracılığıyla epidemiyolojik izlemler yapar, çevrenin sağlığa olan etkilerini değerlendirir, işletmelerin ruhsatlandırılmasında görev alır, içme ve kullanma sularının kalitesini izler.

Özerk bölgeler, sağlık hizmet kurumlarının ruhsatlandırılmasından, etik kurulların oluşturulmasından, ayaktan tedavi hizmetleriyle ilgili biyomedikal araştırmaların onaylanmasından ve bir sağlık kuruluşunun ruhsatı, izni geçici olarak elinden alındığında hizmetin sürekliliğini sağlanmasından sorumludurlar. Bölgede sağlık hizmetlerine erişimde sorun varsa, bir hekim ataması yapabilir ya da bir sağlık kurumu açabilir. Özerk bölgelerin sağlık yöneticileri, bölge yöneticisi tarafından Sağlık Bakanlığı'nın onayı alındıktan sonra atanır. Özerk bölgelerin de kendi sağlık kurumları olabilir ve bu kurumları bağımsız olarak yönetirler. Bu devirden sonra birçok sağlık kurumu özelleştirilmiş, bazıları özel şirketlere kiralanmış, bazıları özerk bölgenin anonim şirketi haline getirilmiştir. Özerk bölge yönetiminin kendi bölgelerinde sağlık piyasasına yatırım yapacak olan girişimcilerle pazarlık etme hakkı vardır (Szalay, 2011).

Sağlık politikalarının koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı ve özerk bölgeler arasında sorunlar vardır. Seçilmiş olan yerel yönetimler Sağlık Bakanlığı'yla aynı politik gruptan olmadığında sorunlar artmaktadır.

Halk Sağlığı Kurumu'nun sağlık planlamasındaki etkisi çok sınırlıdır. Sağlık kurumlarındaki hijyen standartlarının izleminden sorumludur ve genel sağlık sigortası tarafından karşılanan koruyucu sağlık

hizmetlerinin kapsamına etkisi vardır. Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanmış ulusal programlar ve planlar, sağlık hizmetlerinin ne satın alma ne de sunulma aşamalarında gereğince yansıtılmaz (Szalay, 2011).

Sağlığı geliştirme programları ulusal ve yerel yönetimlerce farklı değerlendirmekte yerel öncelikler, programların yürütülmesini olumsuz etkilemektedir.

Merkezi hükümet denetleme rolünü güçlendirmek için birçok yeni kayıt sistemi kurmuş, sağlık hizmet sunucularının performansının izlenmesi, hizmet kalitesinin değerlendirilmesi gibi birçok konuda yeni yatırım yapılmış, e-sağlık projesi geliştirilerek veri kaydı ve niteliğinin artırılması hedeflenmiştir. E-sağlık projesi ne yazık ki teknik yapıya odaklanmış, politika yapıcılarının işine yarayacak içerik ve fonsiyona sahip veri üretmemiştir (Kováč, 2010). Sigorta şirketlerinin performansı ise HCSA tarafından daha iyi bir şekilde izlenmektedir fakat bu bilgiye erişilebilenler oldukça sınırlıdır. Bilgiye erişim o kadar sınırlı ya da yetersizdir ki, sağlık kurumlarıyla sözleşme imzalama aşamasındaki sigorta şirketleri, kendi hasta memnuniyet anketlerini yapmakta ve sözleşme yapacakları kişi ve kurumları bunun sonuçlarına dayandırmaktadır (Szalay, 2011).

Sağlık Bakanlığı yapı, süreç ve sonuçları değerlendirmede çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışacak kişilerin, eğitimleri ve becerileriyle ilgili ya da kurumların teknik donanımının minimum standartlarını tüm ülke için belirlemekte, bu kriterleri sağlamayan kamu ya da özel kurumlar sağlık sektöründe yer alamamaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık kurumlarındaki süreçleri yayınladığı kalite standartları rehberleri aracılığıyla yapmayı planlamıştır. Fakat sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmeleri ya sadece kâğıt üzerinde kalmış ya da hiç uygulanmamışlardır (Szalay, 2011).

### Çıktılar

Slovakya sağlık sisteminde yapılan bu değişiklikler sağlık düzeyinde belirgin iyileşmelere yol açmamıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı gibi göstergelerde Slovakya AB üyesi 15 ülke ve OECD ortalamalarının altında seviyelere sahiptir. Bebek ölüm hızı hemen hemen aynı sağlık harcaması yapan Çek Cumhuriyeti'nin iki katından fazladır. İki bin dört yılında yapılan bir araştırmada prenatal ve bebek ölüm hızlarında eğitim, işsizlik ve Roman nüfusun yoğun olduğu bölgede yaşama

Tablo 1. Yıllara göre sağlık sigorta prim kaynaklarının değişimi (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ekonomik aktif olanların primleri	72,0	73,0	72,0	71,0	71,0	69,0	69,0	65,0	62,0
Devlet katkısı	28,0	27,0	28,0	29,0	29,0	31,0	31,0	35,0	38,0

gibi değişkenler açısından eşitsizlikler gösterilmiştir (**Rosicova, 2011**). En iyi ve en kötü bölgeler arasında erkeklerin beklenen yaşam süresinde belirgin eşitsizlikler bildirilmektedir. Roman ve Slovak nüfusun sağlık göstergeleri arasında mortalite hızları, kronik ve bulaşıcı hastalıklar açısından mevcut olan eşitsizliklerde iyileşme sağlanamamıştır (**Hulanská, 2007**). Halk sağlığı müdahalelerinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasında sorunlar vardır. Bulaşıcı hastalıklarda artış gözlenmektedir. Oysa sağlık harcamaları ve ayrılan pay reformlarla birlikte iki kattan fazla artmıştır.

Slovakya 2009 yılında GSMH'nin %7,6'sını sağlığa ayırmaktadır ki bu AB üyesi 12 ülke ortalamasının üzerindedir. İki bin ikide 730 USD olan kişi başı sağlık harcaması 2008'de 1.717 USD'a yükselmiştir. Özelleştirme düzeyi arttıkça hem devletin sağlık sigorta fonlarına çalışmayan kesim için yatırdığı prim katkısı hem de cepten harcamalarda artış bildirilmektedir (Tablo 1). İki bin on yılında tüm harcamaların %34'ünü ilaç harcamaları oluşturmaktadır.

Ulusal Slovak İstatistik Bürosu'nun verilerine göre bir Slovak vatandaşı için 2002 yılında 53 Avro olan cepten sağlık harcaması 2009 yılında 211 Avro'ya yükselmiştir. Cepten sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı 2002'de %11,7'den 2009'da %23,6'ya yükselmiştir. Bunun en önemli kısmını ilaçlar, yönetim giderleri ve informal ödemeler oluşturmaktadır.

### Sonuç

Slovakya'da sağlığa yapılan harcamalar hem kamu da hem de cepten ödemeler de artmış, Sağlık Bakanlığı da bu süreçte aynı Türkiye'de olduğu gibi dümen tutan bir bakanlık olma yönünde radikal adımlar atmıştır. Aile hekimleri, Türkiye'de ileri dönemde uygulanması planlandığı gibi, tamamen özel ve özerk olarak SGK ile anlaşmalı olarak çalışmaktadırlar. Türkiye'de tüm vatandaşlar şu an SGK'ya sağlık primi yatırmak zorundayken, Slovakya'da özel ya da kamu sigorta şirketleri arasında seçim yapabilmektedir. Fakat bu seçim hakkı, işsizlik oranlarının yüksekliğiyle birleşince, hem kamu hem de özel birçok sağlık sigorta şirketinin iflasıyla sonuçlanmış, hükümetler bu zararları sübvans etmek zorunda kalmıştır. Kamu sigortalı gibi kamu hastaneleri de anonim birer şirket gibi davranmaktadır. Türkiye'de-

ki 663 no'lu Kanun Hükmünde Kararname'de planlandığı gibi kendi giderlerini sağlık hizmeti satarak karşılamak zorundadırlar. Kamu ve özel hastaneler arasındaki fırsat eşitliği ve rekabet konuları, istihdam azlığı nedeniyle nüfusun %38'inin primlerini ödeyen hükümetleri oldukça zor durumda bırakmakta, cepten ödemeler bu nedenle sorun olmaya devam etmektedir.

Yerelleşmeyle birlikte özel sektöre devredilmeye çalışılan sağlık sisteminin maliyeti oldukça yüksek olmuştur. Sağlık Bakanlığı hem yerel yönetimlerle hem de sigorta şirketleriyle olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Anonim şirketler haline dönüştürülen kamu hastaneleri ve sigorta şirketleri de verimlilikten çok uzaktır. İlaç harcamalarının çok yüksek oluşu koruyucu ve tedav edici hizmetlerin gelişmesine engel olmuş, sağlık sisteminde reform hedefi olarak beklenen iyileşmeler sağlanamamıştır.

Ülkedeki bölgesel ve etnik kökene dayalı sağlık eşitsizlikler de de belirgin bir iyileşme sağlanamamıştır (**Hulanská, 2007**).

### Kaynaklar

- Davas, A.,** (2007). *Slovakya Sağlık Sistemi ve Son 20 yıldaki Reformlar*. *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 152-60.
- Fisher, S. Gould, J. Haughton, T.** (2007) 'Slovakia's Neoliberal Turn', *Europe-Asia Studies*, 59(6):977-88.
- Hulanská, K., Ginter, E., Královská Paed, V., Morvicová, E.** (2007). *Social Determinants of Health in the Slovak Republic: A Case Study*. Erişim tarihi: 13 Ağustos 2013, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/slovakia\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/slovakia_rd01_en.pdf).
- Kováč, P., Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J.** (2010). *The eHealth Strategies, country brief: Slovakia*. Erişim tarihi:14 Ağustos 2013. [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/SlovakRepublic\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/SlovakRepublic_CountryBrief_eHStrategies.pdf)
- Rosicova, K., Geckova, A.M., Van Dijk, J.P., Kollarova, J., Rosic, M., Groothoff, J. W.** (2011) *Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia*. *International Journal of Public Health* 56:523-31.
- Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovič, M. Van Ginneken, E.** (2011). *Slovakia: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 13(2):1-200.