

**DOSYA/DERLEME****ÇEK CUMHURİYETİ SAĞLIK SİSTEMİ VE REFORM SÜRECİ**

Hür HASOY\*

**Genel Özellikler**

Bu yazıda sağlık sistemi ve reform süreci tartışılacak olan Çek Cumhuriyeti, 78.876 km<sup>2</sup>'lik yüz ölçümüyle Orta Avrupa'da yer alan eski doğu bloğu ülkesidir. Ülkenin batı bölümü Bohemya doğu bölümü ise Moravya ve Silesya olarak bilinir. Almanya, Polonya, Avusturya ve Slovakya ile komşudur. 1918 yılına kadar Avusturya Macaristan İmparatorluğu dahilinde olan bu bölge, birinci dünya savaşının ardından Slovakya'nın da katılımı ile Çekoslavakya adını almıştır. Çekoslavakya 1948-1989 yılları arasında sosyalizmle yönetilmiştir. Kasım 1989'da Kadife Devrim'le gerçekleşen sosyalist rejimin terk edilmesi sürecinde sağlık reformları gündeme gelmiştir. 1992 seçimleri sonrasında Slovak kimliğin göz önüne alınmaması gerekçesi ve Slovak koalisyon üyeleri ile istikrar sağlanamaması sonucunda halkın çoğunluğunun istememesine rağmen, ayrılma kararı 3/5 çoğunlukla parlamentodan geçmiş ve 1 Ocak 1993 tarihinde ülke içindeki iki kimlik 75 yıl birlikte yaşadıkdan sonra Çek ve Slovak Cumhuriyetleri olarak ikiye ayrılmıştır. Ülke 1995 yılı Aralık ayında OECD, 1999'da NATO ve Mayıs 2004'te de Avrupa Birliği Üyesi olmuştur. Çek Cumhuriyeti 2000 yılı başında desantralizasyon sürecinde 14 bölgeye ayrılmıştır. Nüfusun %81,2'sini Çekler, %13,2'sini Slovaklar, %0,6'sını Polonyalılar, %0,5'ini Almanlar %0,03'ünü çingeneleşenler oluşturmaktadır. Ülkede nüfusları 300 bini bulan çingene ya da roman azınlık yaşamakta ve bu azınlık arasında okuryazar olmayanların sayısı, yoksulluk ve işsizlik hala ülke geneline göre daha yüksek seyretmektedir (DİEK, 2005).

**A. ÜLKENİN SAĞLIK DÜZEYİ VE SAĞLIK SİSTEMİ  
Ülkenin Sosyodemografik ve Sağlık Göstergeleri**

1994'te, 1918 yılından beri ilk kez ölüm sayıları doğumları geçmiştir (HIT, 1999). Yıllar içinde ülkenin nüfusu azalma eğilimi içindedir. Son 10 yılda 0-14 yaş grubu nüfusta anlamlı bir azalma gerçekleşirken, 65 yaş üstü nüfusta ise artış söz konusudur ve nüfus giderek yaşlanmaktadır. 2005 yılı nüfusu 10.196 milyondur. 2000-2005 yılları arasında kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) iki katına çıkmış ve 10.710 \$'a yükselmiştir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2000 yılından itibaren giderek artmaktadır. 2004 yılı için bu değer 1333 \$'a ulaşmıştır. GSMH'dan sağlığı ayrılan pay 2004 yılı için %7,2'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı yaklaşık %90'dır. 2005 yılında standardize işsizlik hızı %7,9'dur (Tablo 1). Nüfusun %75'i kentlerde yaşamaktadır (Czech Statistical Office, 2004)

Sağlık göstergelerine bakıldığında Çek Cumhuriyeti orta ve doğu Avrupa ülkeleri içinde en iyilerinden biridir. Bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı 2004 yılı verilerine göre %0,4'tür (Tablo 1). Doğumda beklenen yaşam süresinin 1970-2002 yılları arasındaki artış hızı tüm Avrupa Birliği ülkelerinden daha yüksektir. 2002 yılı verilerine göre erkekler için 72,2, kadınlar için ise 78,8 yıldır (Tablo 2). Ülkedeki en önemli 3 ölüm nedeni kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanserler, kaza ve yaralanmalardır (ILO, 2002). Standardize ölüm hızları düşmektedir ama hala Avrupa birliği ülkelerinden daha yüksek seyretmektedir. Kansere bağlı mortalite Çek Cumhuriyeti'nde, hem Avrupa bölgesi hem de Avrupa Birliği ülkelerinden yüksek seyretmektedir (Şekil 1).

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

Tablo 1. Çek Cumhuriyeti'nin bazı göstergeleri

Gösterge	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nüfus (milyon)*	10.273	10.224	10.201	10.202	10.216	10.196
Kişi başına düşen GSMH(\$)*	5.690	5.650	5.880	7.160	9.170	10.710
Kişi başına düşen sağlık harcaması(\$)**	1065		1186	1302	1333	..
Sağlık harcaması Toplam (GSMH'nin %'si)**	6,6	6,9	7,2	7,5	7,2	7,2
Sağlık harcaması Kamu (GSMH'nin %'si)** ,****	6,0	6,3	6,6	6,8	6,5	6,2
Sağlık harcaması Özel (GSMH'nin %'si)**	0,6	0,6	0,6	0,8	0,7	1,0
Top. sağlık harcamaları içinde kamunun payı**	91,4	91,0	90,1	90,0	90,7	..
Top. sağlık harcamaları içinde özeline payı**	8,6	8,9	9,9	10	9,3	..
Standardize işsizlik hızı (%)***	..	..	..	7,8	8,3	7,9
Bebek ölüm hızı 1,000'de*	4	4	4	4	4	..
5 yaş altı ölüm hızı 1000'de*	5	5	5	..	4	..

\*World development indicators 2006, \*\*European health for all database WHO 2007,

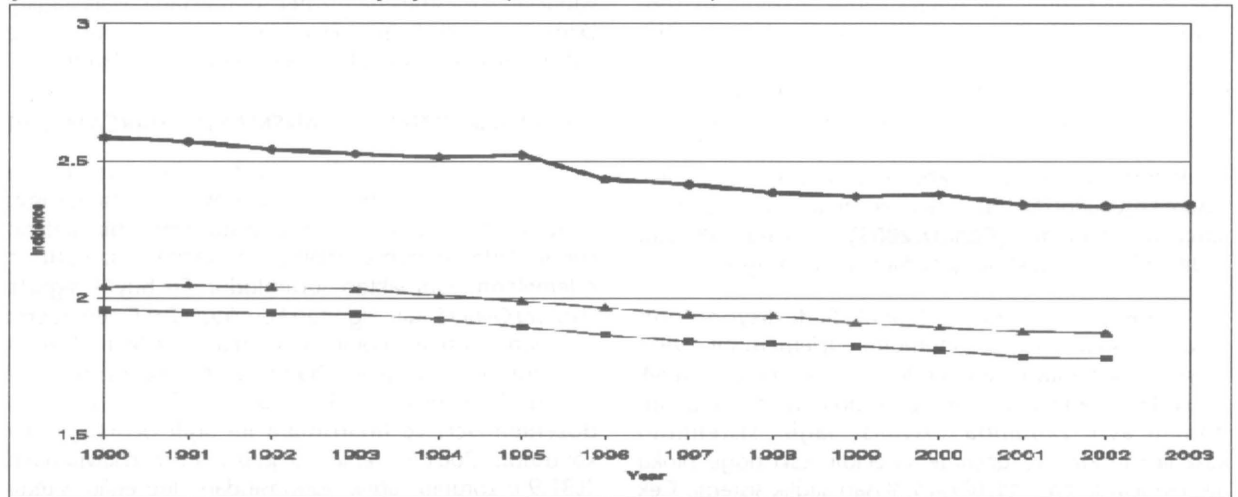
\*\*\*OECD Health Data, 2007 \*\*\*\*: Czech Health Statistics Yearbook 2005

Tablo 2. 1970-2002 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresindeki değişim

	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) Erkek	66.18	66.84	67.46	67.63	69.76	71.75	72.12	72.15
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) Kadın	73.33	73.97	74.7	75.54	76.81	78.60	78.66	78.79

\*Kaynak: WHO Regional Office for Europe health for all database, 2004; Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Şekil 1. Genel kanser insidansı karşılaştırması (standardize binde)



Kaynak: WHO Regional Office for Europe health for all database, January 2005

### Sağlık sistemlerinin tarihsel süreci

Sanayi devrimi Orta ve Doğu Avrupa'da Çek Cumhuriyeti topraklarında başlamıştır. Sanayi devrimi, sanayi işgücünün büyümesine yol açmış bu da zorunlu sosyal güvenlik sistemini gündeme getirmiştir (Cengiz, 2003). 1. Dünya Savaşı sonunda Çekoslovakya bağımsızlığını ilan etmiş ve sosyal sigortaya dayalı Bismarck tipi bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. 1924 yılında ilk sosyal sigorta kurulmuştur. Sadece hastalık sigortası içeren bu model, diğer sigortalarla desteklenerek yaygınlaştırılmaya çalışılmışsa da kapsayıcılığı düşük olmuştur (HIT, 2005). Bu dönemde sağlık, kaza ve yaşlılık alanlarında farklılaşmış çok sayıda sigorta şirketi vardı. Sigorta primleri, sigortanın kapsamı ve niteliği çok çeşitlilik gösteriyordu. Bu sistemde sağlık hizmetine erişimde

farklılıklara yol açan bir başka faktör sosyal güvenlik sisteminde işsizlik sigortasının yer almamasıdır (Cengiz, 2003).

1948 yılından sonra sosyalist yönetim biçimine geçilmiş ve sağlıktaki etkileri ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu sistemin amacı toplumdaki tüm bireylere kapsayıcı bir hizmet sunmak olmuştur. 1952 yılı başında sağlık hizmetleri merkezleştirilmiştir. Hizmet sunumuna ilişkin tüm kararlar Sağlık Bakanlığının kontrolünde alınmıştır (Lawson, 2003). Bunu sağlık hizmetlerinde kamulaştırma izlemiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleştirilmiştir. Devlet, herkesi genel vergilerle finanse edilen sosyal güvenlik kapsamına almış ve tüm sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Ülkedeki sosyalist

sağlık sisteminin temellerini, devletin sağlık alanında tüm toplumu kapsayan bir sorumluluğa sahip olması, teorik ve uygulama etkinliğinin birlikteliği, planlama, yaygın kapsayıcılık, ücretsiz hizmet ve sağlığın korunması ilkeleri oluşturmaktaydı. Bu dönemde sağlık örgütlenmesi konusunda iki görüş vardı: Bir grup sağlık hizmetinin sosyal güvenlik hizmetiyle birleştirilip Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlanmasını önerirken, karşıt görüştekiler, sağlık alanında etkin bir Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi öneriyordu. İkinci görüş daha fazla ağırlık kazanmıştır (Cengiz, 2003).

Bu yıllarda Çekoslovakya'nın Çek bölümü 8 bölge ve 75 alt bölgeye ayrılmıştır. Her bölge ve alt bölgenin ulusal sağlık enstitüleri bulunmaktaydı. Bu sağlık enstitülerine orta ve küçük ölçekli hastaneler, poliklinikler, ayakta hizmet veren sağlık merkezleri, hijyen merkezleri, işyeri hekimlikleri, acil ve ilk yardım hizmetleri ve hemşirelik okulları bağlıydı. Oluşturulan bu sistem sayesinde yüksek bebek ölüm hızı, tüberküloz ve diğer enfeksiyon hastalıkları sıklığı ve malnutrisyon hızla azalmıştır. 1960'ların başında Çekoslovakya'nın sağlık durumu anlamlı ölçüde iyileşmiştir (HIT, 2005).

1966 tarihinde yürürlüğe giren "İnsan Sağlığı Hakkındaki Kanun" ile devlet sağlık alanına ait tüm yönetim ve finansmanı üstlenmiştir. Tüm sağlık hizmetlerinin ve ilaçların bütün vatandaşlar için ücretsiz olduğu, yasa ile hükme bağlanmıştır. Yasa ayrıca, çalışma koşullarının düzenlenmesine yönelik değişiklikler de getirmiştir. Buna göre tüm girişimciler, kooperatifler ve diğer organizasyonların yetkileri çerçevesinde, sağlıklı yaşam koşullarını düzenlemek ve korumaya yönelik önlem almaları zorunludur (Cengiz, 2003). Bu yasa 1989'lara kadar çok az değişikliklerle geçerliliğini korumuştur.

1968 yılında Çek ve Slovak Federasyonu'nun kurulması sağlık hizmet sunumunu etkilememiştir 1990-91 yıllarında başlayan ülkedeki liberalizasyon süreci, sağlık alanında da dramatik bir şekilde kendini göstermiştir. Bu dönem aynı zamanda sosyalist sağlık sisteminin kazanımlarından vazgeçilme sürecidir. Eski doğu bloku ülkeleri içinde en şiddetli piyasalaşan sağlık sistemi, Çek Cumhuriyeti'ndedir. 1991 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir (Holcik, 2000). Zorunlu sosyal sigortaya geçiş ve özelleştirme reformunun başlıca bileşenleridir. Yazının ilerleyen bölümlerinde bu başlık üzerinde daha ayrıntılı durulacaktır.

### Sağlık Sisteminin Yapısı

Sistem; özel ve kamunun birlikte hizmet sunduğu, tüm nüfus için zorunlu sosyal sigorta sisteminin olduğu bir yapı gösterir. Bu sistemde Semaska sağlık sisteminin aksine, finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmıştır. Pek çok hekim sigorta şirketleri ile anlaşmalı olarak kendi özel muayenehanelerinde çalışmaktadır. Hizmet koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içeren temel bir teminat paketi kapsamında sunulmakta ve hastalar için rekabet sürmektedir.

Ülke çapında ağırlıklı özel olan 25.000 sağlık hizmet sunucusu bulunmaktadır. Erişkin ve çocuklar için genel pratisyenler, birinci basamak jinekoloğu, birinci basamak diş hekimi, uzman hekimler, hastaneler, yataklı birimler (uzun dönem hastalık bakımı, psikiyatri enstitüleri, tüberküloz bakım merkezleri gibi), acil ve ilk yardım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, eczaneler, halk sağlığı ofisleri, halk sağlığı enstitüleri hizmet sunan birimlerdir. Aktif olarak çalışan tüm hekim, diş hekimi ve eczacılar için dernek ya da meslek odalarına üye olmak zorunludur.

### Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı hizmet sunumu ve finansmanı görevlerini tamamen üzerinden atmış, yönetim ve denetlemeden sorumlu bir kurum niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk alanında; sağlık alanında bilimsel araştırmalar yapmak, ilaç ve tıbbi teknoloji ruhsatlandırması, doğal tedavi kaynaklarının, kaplıcaların, doğal mineral sularının araştırılması, sağlık bilgi sistemlerinin kurulması gibi konular da yer almaktadır.

Üniversiteler ve uzmanlık hastaneleri, dal merkezleri, bölge/belediye hastaneleri, özel hastaneler, kamu poliklinikleri, özel poliklinikler sağlık sigorta fonu ile yaptıkları sözleşmelerle hizmet sunmaktadır. Halk Sağlığı Dairesi ve Halk Sağlığı Enstitüleri, yerel yönetimler ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan kurumlardır.

### B. SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI VE HARCAMALAR

1 Ocak 1993 yılında zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Çek Cumhuriyeti'nde dokuz sigorta kurumu bulunmaktadır. Bu kurumlar prim toplamak, hizmetlerin sunucularla sözleşme yapmak ve verilen hizmetlerin ödemelerini yapmaktan sorumludur. En büyük sigorta kurumu Genel Sağlık Sigortası Fonu'dur (GHIF). Bu sigorta fonunun 77 bölgesel birimi bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda bölgeler bazında sağlık merkezleri oluşturulmuştur ancak bu sağlık merkezlerinin yasal düzenlemeleri ve finansmanı ile ilgili belirsizlik söz konusudur. 2001 yılı verilerine göre finansman kaynağının %81,9'u zorunlu sağlık sigortasından elde edilmektedir (Tablo 3). Sağlık çalışanlarının daha yüksek gelir beklentisinin oluşturduğu baskı, vergiye dayalı sistemden sigortaya dayalı sisteme geçişe ivme kazandırmıştır.

### Sağlık Harcamaları

Çek Cumhuriyeti'ndeki sağlık reformlarının en belirgin etkisi sağlık harcamalarındaki hızlı yükselmedir. 1990'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %5'tir. 1994 yılında %7,8'e yükselmiştir. 2000-2005 yılları arasında da ortalama %7'nin üzerinde seyretmiştir. Kamu sağlık harcamaları toplamın %91,4'üdür (Tablo 3). Yatan hasta harcamaları ve ilaç giderleri harcamaların büyük bölümünü oluşturur. Cepten ödemelerin yıllar içindeki artışı da dikkat çekicidir. 1991-2001 yılları arasında cepten ödemeler 2,5 kattan fazla artmıştır.

Tablo 3. Çek Cumhuriyeti'nde sağlık harcamaları (1991-2001)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Vergi	96,8	95,4	19,1	16,5	16,5	12,5	11,8	10,9	11,1	10,5	9,5
Zorunlu sigorta	-	-	75,7	77,5	76,2	80,1	80,1	81	80,8	81,1	81,9
Cepten ödeme	3,2	4,5	5,2	6,0	7,2	7,4	8,1	8,1	8,2	8,4	8,6

Kaynak: HIT, 2005

**Sistemin ana yapısı- Sağlık sigorta düzenlemeleri:**

Sigorta fonları, kamu sağlık finansmanının yaklaşık %80'ini toplayıp harcamasından dolayı kaynak dağılımındaki en önemli aktördür. Ödemeler hizmet başı ödeme şeklindedir. Yasaya göre sigorta primleri, brüt maaşın %4,5'inin çalışandan kesilmesi ve %9'unun işverenin ödemesi ile oluşturulmaktadır. Kesilen prim miktarının bir üst sınırı söz konusudur. Kendi hesabına çalışanlar da aynı yüzde de ödeme yapmaktadır (%13.5)

ancak bu miktar karlarının %35'i üzerinden alınmaktadır. Kendi hesabına çalışanlar için yasal olarak bir minimum prim tanımlanmıştır. Bu miktar 2004 yılı için her kişi için ayda 28 Avro'dur. Çek Cumhuriyeti'ndeki kendi hesabına çalışanların %80'i yıllık kardan ödemek yerine bu minimum miktarı ödemektedir. Devlet memurlarından alınan primde yine aylık maaşın %13.5'i üzerindedir. Sağlık ve sosyal güvenlik için işveren ve çalışanın katkıları Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Sağlık ve sosyal güvenlik için işveren ve çalışandan alınan miktar

	İşveren Brüt maaşın %'si	Çalışan Brüt maaşın %'si
Sağlık Güvencesi	9,00	4,50
Sosyal Güvenlik	26,0	8,00
Emeklilik	19,5	6,50
Hastalık	3,30	1,10
İşsizlik	3,20	0,40
<b>Toplam</b>	<b>35,0</b>	<b>12,5</b>

Kaynak: Oswald SL, 2000

Maliye Bakanlığı, asgari ücret üzerinden aynı yüzdeyi işsizler adına prim olarak ödemektedir. Ayrıca emeklilerin, öğrencilerin, gebelik izinli kadınların, askere giden erkeklerin, sosyal yardım alanların sağlığı devlet tarafından güvenceye alınmıştır. Nüfusun yaklaşık %56'sı devlet tarafından sigortalanmaktadır.

GHIF nüfusun yaklaşık %68'ini kapsayan en büyük sigorta fonudur ve herkesi sigortalamakla yükümlüdür. İflas eden bir sigorta şirketinin müşterileri de yine GHIF'e bağlanmaktadır. GHIF'in tersine diğer sigorta şirketlerinin genelde üyelerini seçtikleri bilinmektedir. Ödeme gücü devlet tarafından garanti altındadır. Çocuklar ve emekliler her sigorta kurumuna başvurabilirler ama genelde GHIF'i tercih ederler. Polis ve askerlerin sosyalist rejim döneminden kalan kendi sigorta fonları devam etmektedir. Son yıllarda 18 sigorta şirketi iflas ve kapatılma gibi nedenlerle piyasadan silinmiştir. Bu iflas eden sigorta şirketleri, sistemdeki açıkların ve mali çıkmazların oluşmasında en önemli nedenlerden biridir.

Mali açıklar çoğunlukla hastane sektöründe yoğunlaşmıştır. 2003 yılında yıllık sağlık harcamalarının yaklaşık %4'ü açık olarak saptanmıştır. Başlangıçtaki düşünce farklı sağlık sigorta şirketlerinin hizmet sunmada rekabet edeceğidir. Gerçekten de başlangıçta temel teminat paketine ek hizmet sunmada bir yarış olmuştur ancak ilerleyen zamanda sigorta şirketinin temel teminat paketini bile ödeyemediği görülmüştür. 1994'te temel teminat paketinin üzerindeki hizmetlerin ödemeleri yasa ile kısıtlanmış ve 1997'de paket dışında kalan tamamlayıcı

hizmetlerin ödemeleri de tamamen iptal edilmiştir. Sağlık sigorta fonlarının kar etmesi yasaklanmamıştır. Sigorta şirketlerinin ek hizmetler sunamaması müşterileri kaybetmelerine bu da daha fazla iflase neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı sigorta kurumlarının denetleme kurullarında Çalışma ve Maliye Bakanlıklarıyla birlikte yer alsa da etkinliği oldukça sınırlıdır. 2003-2004 yıllarından itibaren sigorta şirketleri hastaların risklerine göre düzenlemelere başlamıştır. Yaş ve hizmet kullanım düzeylerine göre risk belirleme dolayısıyla da primlerin bunlara göre belirlenmesi sürecine girilmiştir. Ancak bu süreç henüz çok belirgin kriterler üzerinden yapılandırılmamıştır. Bu tip düzenlemeler reformla gelen, sigorta şirketleriyle finanse edilen sağlık hizmeti anlayışının bir uzantısı olup, sağlık hizmeti anlayışındaki değişimi göstermesi açısından anlamlıdır.

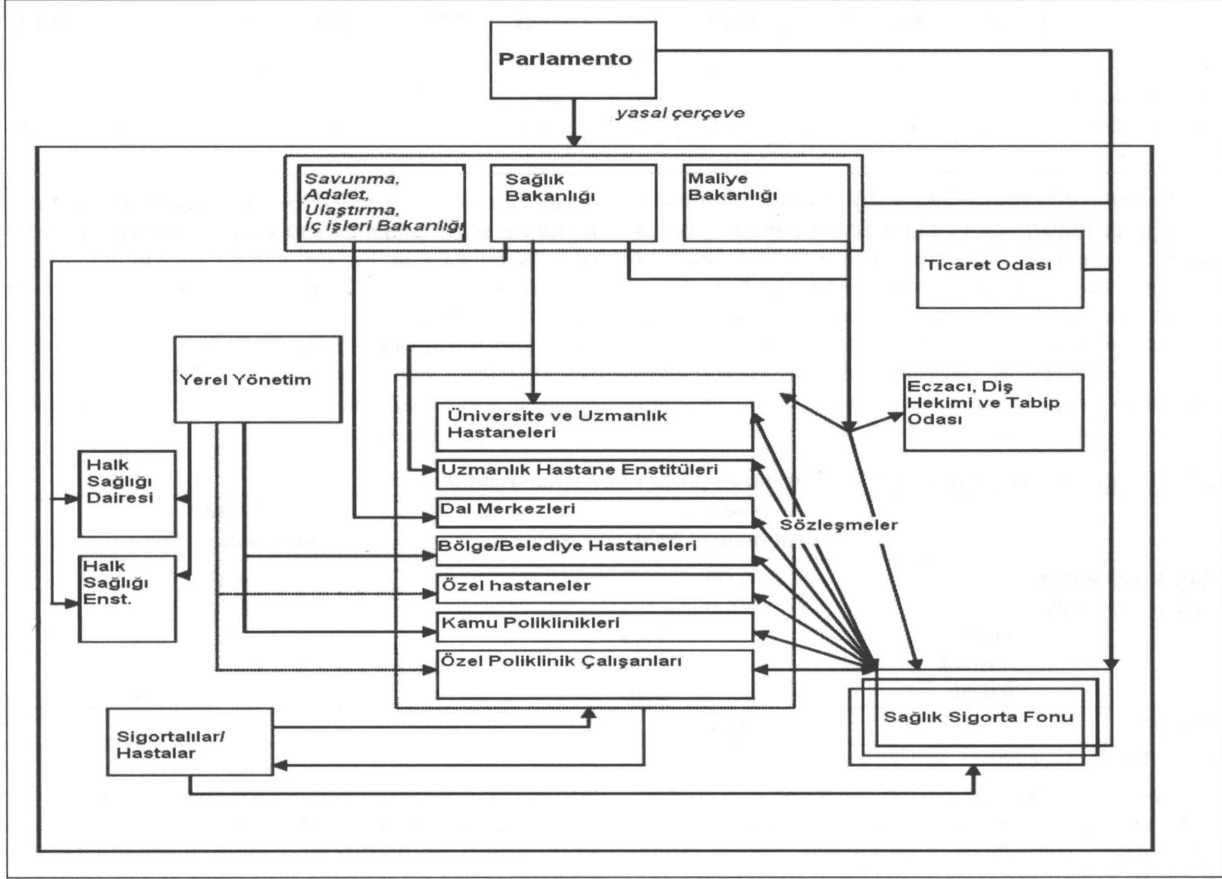
**Vergiler**

Vergiler en önemli ikinci finansman kaynağıdır. 2001 yılında finansmanın %9,5'i bu yolla sağlanmıştır. Halk sağlığı hizmetleri, hastanelere yapılan yatırımlar, sağlık eğitimi gibi konulara yapılan harcamalar gerek ulusal ve gerekse bölgesel ve belediyeler düzeyinde bu vergilerden sağlanır.

**Cepten Ödemeler**

Toplam sağlık harcamalarının %8'ini cepten ödemeler oluşturmaktadır. Diğer pek çok OECD ülkesi ile karşılaştırıldığında Çek Cumhuriyeti'ndeki cepten ödemelerin çok az olduğu görülmektedir (Şekil 3). Sağlık

Şekil 2. Çek Sağlık sisteminin organizasyon şeması



Kaynak: HIT, 2005

sigortası tarafından tamamen ya da kısmen karşılanan hizmetler: Koruyucu hizmetler, tanı koydurucu hizmetler, ayakta ve yatarak tedavi edici hizmetler, kronik hastalık tedavisi ve rehabilitasyonu, ilaç ve tıbbi gereçler. Sigorta tarafından karşılanmayan hizmetler: Plastik cerrahi hizmetleri, diş tedavileri ve diş protezleri, protezler, gözlük ve işitme cihazlarıdır. Sigorta sistemi sosyal hizmetleri ödememektedir. Sosyal hizmete ilişkin ödemeler kişilerin cepten ödemeleri ve kısmen de Sosyal Yardım bakanlığı tarafından karşılanmaktadır.

### C. SAĞLIK HİZMET SUNUMU

Sağlık hizmet sunumunda tercih edilen desantralizasyon yöntemi özelleştirmedir. Bugün ilaç şirketleri, kaplıcalar, eczanelerle birlikte birinci basamak hizmet sunucularının büyük çoğunluğu özeldir. Hastanelerin büyük bölümü, özellikle büyük olanlar hala kamu hastaneleridir ancak birçok poliklinik ve küçük çaplı hastane özelleştirilmiştir.

#### Halk Sağlığı Hizmetleri

1950'lerin başında kurulan Hijyen İstasyonları uzun yıllar başarı ile halk sağlığı hizmetlerini yürütmüştür. 2003 yılından itibaren bu birimler Bölgesel Halk Sağlığı birimlerine görevlerini devretmiştir. Bu kurumlar bulaşıcı

hastalık sürveyansını da içeren epidemiyolojik sürveyansı, aşı temini ve soğuk zincirle iletimi için gerekli olan altyapıyı sağlamaktadırlar. Halk sağlığı hizmet sunumunda bir diğer önemli kurum Halk Sağlığı Enstitüleri'dir. İşçi sağlığına ilişkin ölçümleri bu kurumlar yapmaktadır. Bağışıklama ve doğum öncesi bakım hizmetleri sağlık sigorta fonundan finanse edilirken, sağlığın korunması geliştirilmesi ve sağlık eğitimi programları genellikle Sağlık Bakanlığı tarafından planlanıp finanse edilmektedir.

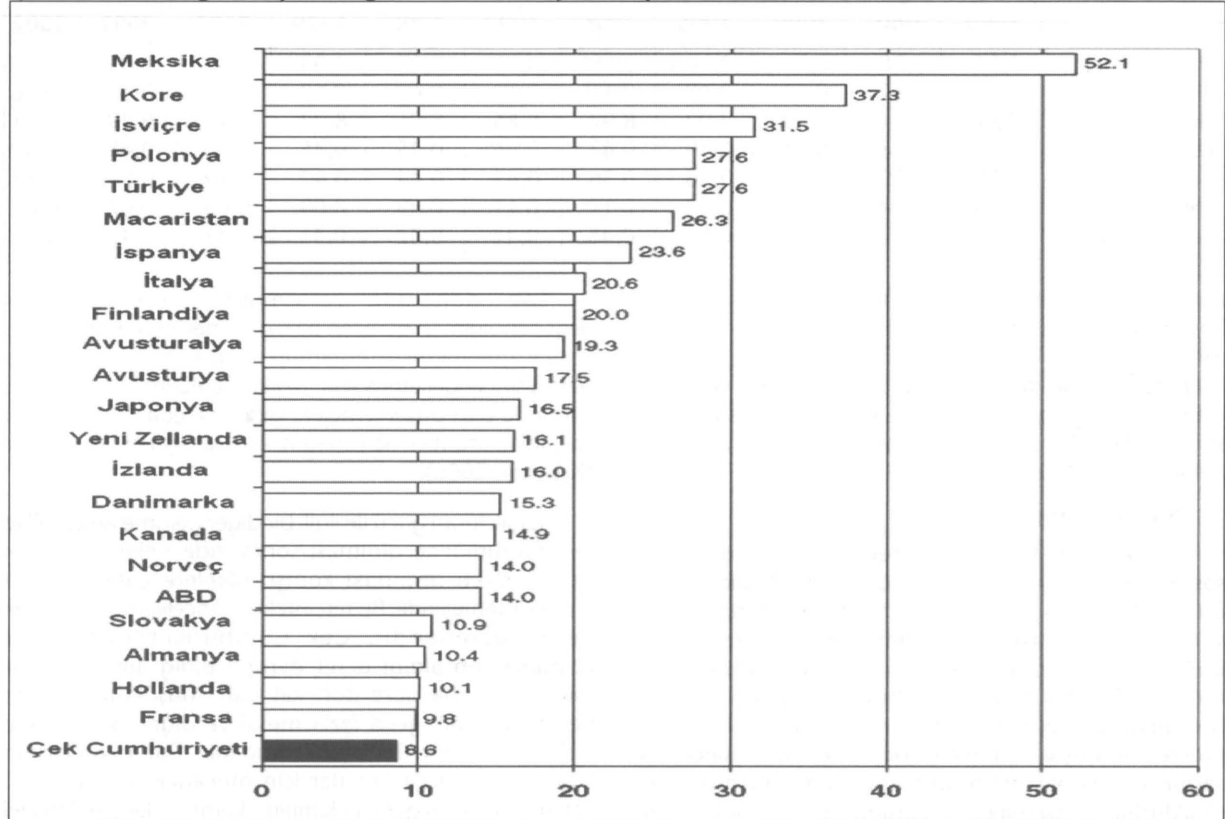
1992'de "Sağlığın Yeniden Yapılanması ve Sağlığın Geliştirilmesi" adı altında bir dizi ulusal öncelikler belirlenmiştir. 1995'te ise uzun dönem stratejileri içeren Ulusal Sağlık Programı geliştirilmiştir. Ulusal düzeyde erişkinler için tarama programları henüz geliştirilememiştir. Halk sağlığı alanında reforma bağlı en belirgin düzenleme, fazla ve atıl olarak değerlendirilen halk sağlığı alanında çalışanların kademeli olarak azaltılması olmuştur (HIT, 2005).

#### Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri bölge sağlık ofislerinde verilmektedir. Bireyler istediği birinci basamak hekimine kayıt olmaktadır. Her 3 ayda bir isteğe bağlı olarak doktorunu yeniden seçebilmektedir. 1 Ocak 1995 yılında yürürlüğe giren düzenleme ile sigorta şirketleri herhangi



Şekil 3. Ülkelere göre toplam sağlık harcamaları içinde cepten ödemeler %



Kaynak: OECD Health Data, 2004.

bir hekimle sözleşme yapabilmektedir. Bu düzenleme hekimlerin verdikleri hizmetleri teminat paketi yani sigorta şirketinin ödemek istediği hizmetlerle sınırlamış ve hizmet sunumunu bu çerçevede daraltmıştır (Slater, 1996). Sağlık hizmet sunumunda sevk zorunluluğu yoktur. Uzman hekimden hizmet almak kişilerin talep etmesi durumunda mümkündür. Birinci basamak ilk başvuru yeri olma özelliğini bu anlamda yitirmiştir.

2002 verilerine göre bir genel pratisyene yaklaşık 1650 onbeş yaş üstü kişi düşmekte, bir çocuk hekimine ise 1170 çocuk düşmektedir. Yıllık birinci basamak hekimine başvuru yılda 4,4'tür. 1994 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaklaşık %80'i ve diş hizmetlerinin %90'ı özel iken 1999'a gelindiğinde bu oran %95'e çıkmıştır. Birinci basamak hekimleri ağırlıklı tek başına çalışmaktadır. Belediyelerin yerel birimlerinde çalışanlar da kira ödemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık reformlarının yapısal değişikliklerinden en çok etkilenen bileşenlerindedir. Sağlıkta özelleştirmenin en dramatik yaşandığı bölümdür. 2002 yılına gelindiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin %95'i özelleştirilmiştir (Holcik, 2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonu ile ilgili sorumluluğun kime ait olduğu yasal olarak belirsizdir. Halen devlet, bölge sağlık birimleri ve sağlık sigorta şirketleri arasında paylaşılan bir sorumluluk söz konusudur. Bu durum desantralize edilmiş sağlık hizmetlerinde sıkça yaşanan bir sorundur.

### İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetler

Uzmanlık hizmetleri çeşitli şekillerde verilmektedir. Solo pratik ve hastane poliklinikleri hizmet sunumunun en yaygın biçimleridir. Tüm hizmet sunucuları sağlık sigorta fonu ile anlaşmalı çalışmaktadır. Hasta erişiminin bir kapı tutucu sistemle sınırlandırılmadığı bu sistemde 3 çeşit hastane bulunmaktadır. Bölge ve üniversite hastaneleri, perifer hastaneler ve lokal hastaneler. Bu hastanelerin mülkiyeti özel ve kamu karmadır. Kamu sadece 27 hastaneye sahiptir (hastanelerin %13'ü) ve bu hastaneler genellikle büyüktür. Diğer taraftan hastanelerin %30'u özeldir ancak bunlar genellikle küçük hastanelerdir ve hasta yataklarının %9'unu içerir. Hastaneler direkt olarak belediyelere ve Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. Son dönemlerde bir kurul tarafından denetlenmesi düşünülmektedir. Hastanelerin donanım ve alt yapıları iyi durumdadır. Gerek yerel ve gerekse bölge hastaneleri yenidir ya da son 20 yıl içinde yenilenmiştir. Daha büyük merkez hastaneler ve eğitim hastanelerinin bir kısmı yeni bir kısmı eskidir. Genelde borç yükü altındadır. Çek Cumhuriyeti uzun erimde hastane yataklarında sayı azaltmaya gitme gibi bir eğilimdedir. 1990-98 yılları arasında yatak sayısında %20 azalma meydana gelmiştir. Yine aynı yıllar arasında ortalama yatış süresi de 12,5'ten 8,8 güne inmiştir. Diğer yandan yatak işgal hızı düşük kalmıştır. Hastane hizmeti yerine evde bakım hizmeti gibi hizmetler hızla artmaktadır (HIT, 2005). Eski hastanelerin onarım ve yeniden yapılanması, sağlık sektörünün bir diğer

Tablo 5. 1000 kişiye düşen sağlık personeli, 1980-2002

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Hekim	2,26	2,58	2,71	3,00	2,98	3,11	3,03	3,08	3,37	3,45	3,50
Diş hekimi	0,46	0,52	0,54	0,60	0,61	0,63	0,62	0,62	0,65	0,66	0,66
Hemşire	7,31	8,14	8,69	8,92	8,97	8,86	8,86	8,92	9,20	9,49	9,71
Ebe	0,43	0,48	0,51	0,49	0,47	0,46	0,45	0,45	0,46	0,48	0,49
Eczacı	0,38	0,39	0,38	0,36	0,36	0,43	0,44	0,47	0,49	0,51	0,53
Yetişen doktor	0,14	0,14	0,09	0,13	0,12	0,11	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07
Yetişen hemşire	0,37	0,41	0,45	0,63	0,48	0,42	0,42	0,41	0,47	0,48	0,44

Kaynak: HIT, 2005

mali problemi haline gelmiştir. Prag'daki ülkenin en büyük hastanesi olan 'Motol' Hastanesi'nin onarımı için 182 milyon \$'a gereksinim duyulmaktadır. Mart 2004'te hastaneler de su kesintileri gündeme gelmesi ve çocuk gibi bazı yoğun bakım ünitelerindeki su sıkıntıları sonrasında Sağlık Bakanlığı 37 milyon \$ kaynak ayırmıştır (Mareckova, 2004).

#### Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmet sunumu yetersiz olup, kapsayıcı bir sosyal hizmet paketinin sunumunda problemler vardır. Bu büyük oranda özel ya da kamu dışı gibi farklı hizmet sunucuları arasındaki iletişim yetersizliğine bağlanmaktadır. Finansman ve yönetimin farklı mekanizmalarla olması da bunda etkilidir. Kronik hastalıklara ilişkin sosyal hizmetler yetersizdir. Bu problemler sosyal hizmetlere öncelik verilmemesinden ve sağlık ile sosyal hizmetler arasında koordinasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Yaşlılar için uzun dönemli hizmetlerde uzun bekleme listeleri varlığı sorunlar oluşturmaktadır (HIT, 2000).

#### Sağlık Çalışanları ve Eğitim ve Hekim Ücretleri

2002 yılı verilerine göre Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri ile kıyaslandığında Çek Cumhuriyeti'nde sağlık çalışanlarının sayısı yüksektir ve Avrupa Birliği ülke ortalamasına yakındır. 1000 kişiye 3,5 hekim ve 9,7 hemşire düşmektedir. Sağlık çalışanı sayısının 1980-2002 yılları arasındaki değişimi Tablo 5'te görülmektedir. Bu verilere göre 1990 yılı öncesinde de sağlık çalışanı sayıları iyi düzeydedir. Ancak kır-kent ayrımına bakıldığında, kırsal bölgelerde hekim ve hemşire açığı göze çarpmaktadır. Hekim ve hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitimlerinden Eğitim Bakanlığı, mezuniyet sonrası eğitimlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Uzman fazlasını azaltmak için halk sağlığı alanında çalışmak üzere hekimlere yeniden eğitimler verilmesi planlanmakta bu yolla uzman hekim fazlasının azaltılması düşünülmektedir, ancak henüz hayata geçirilememiştir.

Hekim ücretleri ulusal gelir ortalamasının yaklaşık iki katıdır, bu özel sektörde çalışan uzman hekimler için yaklaşık 4 kattır. Ücretlerden memnuniyetsizlik hekimler için hala ciddi bir sorundur. Kamuda çalışan hekimlerle özel sektörde çalışan hekimler arasında ciddi bir ücret farkı bulunmaktadır. Özel sektörde çalışan hekimler verdikleri hizmet başına ücret almaktadır. Genel pratisyenlerin gelirinin %70'ini kişi başı ücret, %30'unu ise sağlığı koruma ve geliştirme hizmetleri ağırlıkta olmak üzere hizmet başı ödeme oluşturmaktadır.

Son dönemde reformların getirisi olarak değerlendirilmesi gereken bazı gelişmeler yaşanmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının maddi açıdan sıkıntıya düşmesini engellemek için, hekim ücretlerinin azaltılması yönünde bazı düzenlemelere gidilmektedir. Bu da sağlık çalışanları örgütleri ile yönetimi karşı karşıya getirmektedir (Krosnar, 2006).

Sağlık insan gücü ile ilgili bir diğer gelişme ise özellikle Avrupa Birliği'ne girilmesi sonrasında hekimlerin Çek Cumhuriyeti dışındaki komşu ülkelere çalışmak için gitmek istemeleridir. Bu tercihteki en öncelikli neden düşük hekim ücretleridir. Çek Cumhuriyeti'nde sağlık çalışanlarının aldığı ücret Avrupa Birliği ülkelerindeki meslektaşlarına göre dört kat daha düşüktür. Bir Çek hekiminin aylık geliri fazla mesai ve diğer ek gelirlerle birlikte ortalama 1275\$ civarındadır. Daha iyi çalışma koşulları, daha iyi ücretler için mücadele sürmektedir. Yabancı dil bilen genç hekimlerin komşu ülkelere daha iyi gelir beklentisi ile göç etme arayışları sürerken, hekim nüfusunun yaşlanması da diğer bir dikkate değer durumdur. Hekimlerin %45'i 45-65 yaş, %25'i ise 55-65 yaş arasındadır (Mareckova, 2004; Krosnar, 2003).

#### İlaç ve Tıbbi Teknoloji

Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Genel Sağlık Sigortası Fonu ile yapılan görüşmeler sonucunda ilaç ve tıbbi cihazların lisanslandırılması ve bunların ödemelerini sağlar. İlaçlar için üç kategori söz konusudur. İlk grup tamamen ödenir. Bunlar en ucuz ilaçlardır ve genelde ulusal olarak üretilir. İkinci grup ilaç kısmen ya da tamamen hastaların ödediği gruptur. Sigorta bunların jenerik karşılıklarını ödemektedir. Aynı zamanda hastanelerde pozitif ilaç listesi bulunmaktadır. Son yıllarda ilaç endüstrisi tamamen özelleştirilmiştir. Yerel olarak üretilen ilaçlar sağlık sistemi için çok önemlidir. Son dönemdeki en önemli sıkıntı ilaç fiyatlarındaki artıştır. 1995'ten beri sağlık harcamalarının %25'i ilaç harcamalarıdır. Bu durum karşısında bazı ilaçların sadece uzman hekimlerce yazılması gündeme gelmiş olup ilaç harcamalarında azaltmaya gidilmesi hedeflenmektedir. İlaç ve tıbbi teknoloji açısından kapsayıcı bir yaklaşım henüz yoktur ve yeni medikal teknikleri değerlendirecek bir mekanizma da mevcut değildir.

#### D.SAĞLIK REFORMLARI VE SONUÇ

1989 kadife devrimden sonraki liberalizasyon dönemi sağlık sistemindeki reform sürecini de beraberinde getirmiştir. Merkezi yönetim ve planlama ile yürütülen

sağlık hizmetlerinde, verimliliği arttırma, hekimlerin statüsünün yükseltilmesi, demokratikleşme gibi gerekçelerle reforma gidilmiştir (Scheffier, 1998). Finansmanda hizmet başı ödeme ve özelleştirme uygulanan başlıca reform stratejileridir.

1993-1996 yılları arasında kaynaklar harcamaları karşılarken 1997 yılından itibaren harcamaların artmasıyla açık meydana gelmiştir ve bu açık büyümektedir. Genel pratişyeni seçme ve 6 ayda bir herhangi bir mazeret belirtmeksizin değiştirebilme, uzman hekime sevsiz gidebilme, özel sağlık hizmetlerinin şiddetle öncelenmesinin ortak sonucu maliyetlerin aşırı artmasıdır (Holcik, 2000). Son dönemdeki en önemli sorunlar; sistemdeki finansman açıkları ve borçlardır. Uzman hekim fazlalığı, sağlık çalışanlarının gelirlerinden duydukları memnuniyetsizlik, hasta haklarına olan aşırı odaklanma, yasal düzenleme eksiklikleri başlıca sorunlardır. Halk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, mezuniyet sonrası eğitim reformu, tıbbi teknolojiye yaklaşım gibi konularda hala dikkat gerektirmektedir.

Reformlar kapsamında emeklilik sistemi ile ilgili düzenlemeler 1989 yılında başlatılmıştır. Hızlı bir değişikliğin aniden uygulanması yerine zamana yayılmış yavaş değişimler biçimde bir strateji izlenmiştir. Reformla birlikte gelen temel emeklilik sisteminde emekli maaşlarının seviyesi 1989 yılı öncesindeki düzeye hala erişememiştir (Kral, 2000).

Çek Cumhuriyeti'nin sağlık sisteminin reform süreci içinde dramatik şekilde değiştirdiği görülmektedir. Pazar ekonomisinin büyümesi için sağlığın piyasaya açılması, kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve desantralizasyon, sağlık hizmetlerinin yönetimi üzerinde büyük bir çalkantı ve belirsizlik meydana getirmiştir. Eşitlik, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, erişim gibi temel kavramların tamamen ihmal edildiği ve bunların yerine verimlilik, maliyet etkinlik, tüketici tercihi gibi kavramların temel tartışma konularına dönüştüğü görülmektedir (Holcik, 2000). Hizmet tamamen talebe yönelik olarak sunulmaktadır.

Çek Cumhuriyeti sağlık sistemi hızlı bir şekilde değişmiştir ve hala değişmektedir. Hizmet başı ödeme hekimlerin gelirlerini arttırmak için hizmetlerin gereğinden fazla sunumunu teşvik etmiştir. Gereksiz finansal teşvikler ve yetersiz düzenlemeler sigorta fonlarının iflas etmesini beraberinde getirmiştir.

Yaşanan tüm sorunlara rağmen sosyalist sistemin alt yapısı, düşük nüfus ve yüksek gelir düzeyinin de etkisi ile sağlık reformlarının yıkıcı etkisi çok fazla hissedilmemiş gözükmemektedir. Kapitalist pazar ekonomisine geçen eski Doğu Bloku ülkelerinde desantralizasyon, özelleştirme, demokratikleşme ve liberalizasyon sağlık reformunun ortak hedefleri olarak algılanmaktadır (Baillie, 1998). Bu kavram kargaşası sağlıkta reform çalışmalarını kolaylaştırmış, toplumun gözünde daha kabul edilebilir hale getirmiştir.

## KAYNAKLAR

- Baillie HW, Costello MM, West DJ. (1998). "Privatization, social structures and delivery of health care in the Slovak Republic" *Journal of Health Administration Education* 16: 243-54.
- Czech Statistical Office. (2004). Focus On International Comparisons [http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/international\\_comparison](http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/international_comparison) erişim tarihi Nisan 2007
- Czech Health Statistics Yearbook. (2005). Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague, November 2006
- Scheffier RM. (1998). "Health Care Reform in the Czech Republic: An Update on Progress and Problems" Paper presented at the conference Czech Society Towards the End of the Millennium Prague, Czech Republic
- Cengiz B. (2003). "Orta Avrupa'da Özgün bir Sağlık Sistemi Deneyimi: Çekoslovakya" *Toplum ve Hekim Ocak-Şubat 2003 Cilt 189 Sayı 1*
- ILO. (2002). "Health Care in Central and Eastern Europe: Reform, Privatization and Employment in Four Countries" A Draft Report to the International Labour Office InFocus Programme on Socio-Economic Security and Public Services International International Labour Organization.
- HIT. (1999). Health care systems in transition: Czech Republic. European Observatory on Health Care Systems. 1999.
- HIT. (2002). European Observatory on Health Care Systems WHO Regional Office for Europe Health Care Systems in Transition HIT summary: Czech Republic
- HIT. (2005). European Observatory on Health Care Systems WHO Regional Office for Europe Health Care Systems in Transition HIT summary: Czech Republic
- DİEK. (2005). Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu Çek Cumhuriyeti Ülke Bülteni [http://www.deik.org.tr/bultenler/20057612751\\_CekCumhuriyeti-Mayis.pdf](http://www.deik.org.tr/bultenler/20057612751_CekCumhuriyeti-Mayis.pdf) Erişim Tarihi Ocak 2007
- Krosnar K. (2006). "Czech health workers call for minister to be sacked." *The Lancet* Apr 1;367(9516):1046.
- Krosnar K. (2003). "Doctors Warn of Exodus From Czech Republic And Slovakia" *BMJ*. 12; 327(7406): 72.
- Mareckova M. (2004). "Exodus of Czech Doctors Leaves Gaps in Health Care" *The Lancet* Volume 363, Issue 9419, 1 May, Pages 1443-1446
- Rokosová M, Háva P. (2005), "Health care systems in transition:" WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Lawson C, Nemeč J. (2003), "The Political Economy of Slovak and Czech Health Policy: 1989-2000" *International Political Science Review*, Vol 24, No. 2, 219-235
- Holcik J, Koupilova I. (2000), "Primary health care in the Czech Republic: brief history and current issues" *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, Oct-Dec; 1: e06.
- Kral J. (2000). "The Czech Pension Reform: Developments After 1989 and Future Perspectives" *The Year 2000 International Research* Conference on Social Security Helsinki, 25-27 September
- Oswald SL. (2000). "Economic Transition In The Czech Republic Attempts to Privatize The Health System" *Administration & Society*, Vol. 32 no. 3, July, 227-254
- Slater AE. (1996). "Health-care reforms in the Czech Republic" *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10 No. 2.