

**DOSYA/DERLEME****İSRAİL SAĞLIK SİSTEMİ***Umut ÖZCAN\****1. GENEL BİLGİLER**

1948 yılının 15 Mayıs'ında, İngiltere'nin ve siyonist hareketin işbirliği ile "Filistin" toprakları üzerinde İsrail 'İşgal' Devleti kurulmuş ve aynı gün Birleşmiş Milletler'e kabul edilmiştir. Kuzeyinde Lübnan ve Suriye, güneyinde (ya da güneybatısında) Mısır, doğusunda Ürdün ve Batı Şeria denilen bölge ile batısında Akdeniz bulunmaktadır. Akdeniz kıyı şeridinde bulunan Gazze bölgesi ise bölgenin gerçek sakinlerinin yani Filistinlilerin otoritesi altında bulunmaktadır.

Tarihsel süreçle ilişkili olarak kurulduğu günden günümüze kadar bulunduğu coğrafya ile sürekli bir çatışma içinde olan İsrail, hem kendi coğrafyasındaki ülkelere göre hem de kabul edildiği batı dünyasına göre istatistiksel açıdan "nispeten" daha iyi bir sağlık ortamına sahiptir.

**1.1. Nüfus Yapısı**

1948 yılında kurulan İsrail'in o zaman ki nüfusu yaklaşık 870bin iken, siyonist hareketin teşvikleriyle olan göçlerin de etkisiyle nüfusu 2004 yılı verilerine göre 6.7 milyona ulaşmıştır. İsrail'in nüfus kompozisyonunu belirleyen en önemli etkenin, dışarıdan aldığı göçler olduğunu söyleyebiliriz. 1950-1995 arasındaki nüfus artış hızı %3.5 civarında seyreden İsrail'in son beş yılda nüfus artış hızı %2.5'lere gerilemiştir (CBS, 2007; WHO, 2006a).

Nüfusunun %78'i Yahudi, %22'si Yahudi dışı topluluklardan oluşmaktadır. Yahudiler dışında kalan

topluluklar içinde en büyük payı Araplar oluşturmaktadır (%14.6). Önemli yerleşim merkezleri Tel-Aviv (aynı zamanda başkenti), Jarussalem ve Hayfa olan İsrail'in başlıca doğal kaynakları; bakır, fosfat ve ham petrol'dür. İsrail'in resmi dilleriyse İbranice ve Arapçadır.

Toplumun yerleşimi genel olarak ülkenin batısına, sahil kesimlerine yönelmiş durumdadır. Nüfusun %60'ı kıyı bölgelerinde yaşamaktadır. Yahudi nüfusun yaklaşık %90'ı kentsel alanlarda yaşamaktayken, Arap nüfusun çok büyük bir kesimi ise kırsal ya da yarı kentsel alanlarda yaşamaktadır (Rosen, 2003).

İsrail batı ülkelerine göre daha genç bir nüfusa sahiptir. Nüfusunun %28'i 15 yaş altındayken, 65 yaş ve üstü nüfus, toplam nüfusun yaklaşık %9'nu oluşturmaktadır. Toplam doğurganlık hızı 2.8'dir. 2004 yılı verilerine göre okullaşma oranı her iki cinsiyet için de %99'dur (WHO, 2006a).

**1.2. İdari Yapılanma ve Ekonomi**

Çok partili demokrasinin olduğu İsrail'de yaşamaya ilişkin idare 120 sandalyeli parlamento (Knesset) tarafından yürütülmektedir. Parlamento seçimleri her dört yılda bir yapılmaktadır. Yerel yönetimler ise beş yılda bir yapılan seçimle başa gelmektedir. Yerel yönetimler; su, sanitasyon, eğitim ve sosyal refahın temini ve devamını sağlamakla yükümlüdürler (İsraeli, 1998; Rosen, 2003).

Yüksek göç hızına ve bölgedeki komşularıyla içinde bulunduğu çatışmaların ekonomik yüküne rağmen İsrail, savaş endüstrisinde ve tarımsal endüstrilerde çok gelişmiştir. Büyüyen ekonomisi, son zamanlarda tüm dünyada kapitalizm içine düştüğü krizden ve İsrail-Filistin çatışmalarından etkilenmiş ve etkilenmeye de devam etmektedir (Rosen, 2003; WHO, 2006b).

\*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, Yalova İl Sağlık Müdürlüğü

1995'lerden itibaren hayata geçirilen enflasyonu azaltma politikası ile 1996'da %11.3 civarında olan enflasyon hızı, 2000'de %1.1'e kadar gerilemiştir. Bununla birlikte aynı dönemler içinde yürütülen enflasyon politikalarına paralel olarak işsizlik ise artma eğilimindedir. 1996'da %6.7 olan işsizlik hızı, 2000 verilerine göre %8.8'e ve 2005'te ise %9.0'a yükselmiştir (Tablo 1). Kişi başına düşen gayri safi milli hasıla (KBGSMH) ise 2004 yılı itibarıyla 23.510 dolar olarak gerçekleşmiştir (Rosen, 2003; WHO, 2006a).

### 1.3. Sağlık

#### 1.3.1. Genel Durum

2004 yılı itibarıyla İsrail'de doğumda yaşam beklentisi 80 (kadınlar için 82, erkekler için 78) yıldır. Beş yaş altı çocuk ölüm hızları (5YAÇÖH), 1990'dan 2000'e yarı yarıya azalmıştır (binde 12'den binde 6'ya). 2004 yılı itibarıyla Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ise binde 5'tir (Tablo 2). Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %53'ü neonatal nedenlere bağlı ölümlerdir. Neonatal nedenlere bağlı ölümlerin bu kadar yüksek olmasının altında hem Arap hem de Yahudi topluluklarında akraba evliliklerinin çok sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İsrail'de ana ölüm hızıysa yüz binde 13'tür.

Kaba ölüm hızı 1985'te binde 6.6 olan İsrail'de 2000'de ancak binde 6 seviyesine gerilemiştir. En sık ölüm nedenleri içinde ilk beş sırayı kardiyovasküler kaynaklı nedenler, kanserler, serebrovasküler nedenler, diyabet ve kazalar almaktadır (WHO, 2006a; WHO, 2007).

#### 1.3.2. Hizmet'e İlişkin Veriler

İsrail'de sağlıklı işme suyu sıkıntısı yerel hükümetlerin öncelikli problemi olmasına rağmen 2002 yılı verilerine göre, hem kentsel hem de kırsal alanda toplumun tamamı (%100'ü) sağlıklı suya ulaşmaktadır. Aynı zamanda her iki alanda çevresel sanitasyon %100 düzeyindedir (WHO, 2006a).

Bağışıklama programı kapsamında bebeklere; Kızamık, Hepatit B, Hemophilus influenzae TıpB(HibB), Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT) ve Polio aşılması yapılmaktadır. Bağışıklama oranları 2005 yılı verilerine göre %95'tir. Yalnızca Polio aşılmasında %93 seviyesinde kalınmıştır. Modern tekniklerle yapılan kontrasepsiyon oranı ise 2003 yılı verilerine göre %68'dir. Doğumların %99'u ise sağlık personeli yardımıyla yapılmaktadır (WHO, 2006a; CBS, 2007).

Tablo 1. İsrail'de yıllara göre enflasyon ve işsizlik hızları

	1996	1997	1998	1999	2000
Yıllık Enflasyon Hızı (%)	11.3	9.0	5.4	5.2	1.1
İşsizlik Hızı (%)	6.7	7.7	8.6	8.9	8.8

Kaynak: Health in Transition

Tablo 2. İsrail'de yıllara göre doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızı

	1960	1970	1983	1990	1995	1999	2004
Doğumda Yaşam Beklentisi	69	71	74	76	77	78	80
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (binde)	40	-	-	12	9	6	6
Bebek Ölüm Hızı (binde)	33	-	14	10	7	6	5

Kaynak: UNICEF Raporları 1985-2006

Tablo 3. İsrail'de yıllara göre sağlık harcamaları

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sağlığa Ayrılan Payın GSYİH'e Oranı (%)	8.2	8.3	8.6	8.6	9.2	9.3	8.9
Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı	75.0	71.6	69.5	67.9	67.7	67.2	68.2
Kamu Harcamalarında Sosyal Güvenliğin Payı	-	66.4	63.1	60.7	62.7	59.7	61.9
Özel Harcamaların Payı	25.0	28.4	30.5	32.1	32.3	32.8	31.8
Özel Harcamalar İçinde Cepten Ödemelerin Payı	76.4	100.0	94.8	86.0	82.9	84.6	89.1
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (Dolar)	1630	1607	1717	1869	2028	1968	1911
Kamunun Yaptığı Harcamalar	1111	1074	1192	1268	1373	1322	1303
Devlet Bütçesinden Sağlığa Ayrılan Pay (%)	12.5	11.2	11.3	11.5	11.6	11.4	11.4

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü Raporları 1999- 2006.

Tüberküloz hastaları içinde doğrudan gözetimli tedavi alanlar hastaların %80'ini oluşturmaktadır (WHO, 2007).

### 1.3.3. Sağlık İnsangücü

2003 yılı verilerine göre hekim başına ortalama 260 kişi düşmektedir. Hemşire başına 160 kişi düşmekteyken, ebe başına düşen nüfus ise 5200 civarındadır. Diş hekimine başına düşen nüfus ise 855 kişidir.

### 1.3.4. Sağlık Ekonomisi

İsrail'de sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranı 1995'te 4.1 iken 1997'den günümüze kadar %9.0 seviyelerine gelmiştir (Tablo 3). Bununla birlikte son dönemlerde, sağlık harcamalarında kamunun payı azalma eğilimine girmiştir. Paralelinde de özel sağlık harcamalarında bir artış söz konusudur. Özel sağlık harcamaları içinde de cepten yapılan harcamaların azalması, sağlıkta özel sigortacılığın gelişmeye başladığını göstermektedir. Yine kişi başına yapılan sağlık harcamaları, 2000'den itibaren 1300 dolar seviyesinde olduğu görülmektedir (Tablo 3).

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI

Şekilde İsrail sağlık sisteminin finansal yapılanması ile sistem bileşenleri gösterilmiştir. Sağlık sistemini kabaca şöyle özetleyebiliriz:

- Hizmetin finansmanının, %70'i genel bütçeden, %30'u özel harcamalarla sağlanmaktadır.

- Hizmetin sunumu; koruyucu hizmetler devlet eliyle, birinci basamak tedavi edici hizmetler sigorta fonları ve özel hekimler tarafından, hastane hizmetleri ise yine devlet eliyle ya da özel sigorta fonları tarafından sağlanmaktadır.

### 2.1. İdari Yapı

#### 2.1.1 Meclis ve Hükümet

İdari gücün hükümetin elinde bulunduğu İsrail'de sadece Başbakan genel seçimle belirlenmektedir. Sonrasında başbakan tarafından kabine oluşturulur. Sıklıkla koalisyon hükümetlerinin yasamayı sürdürdüğü İsrail'de Sağlık Bakanlığı, koalisyonun küçük ortaklarına bırakılmaktadır. 1990-1995 dönemlerinde sağlık hizmetlerinin dikkat çekmesi üzerine -aynı zamanda bu dönem, sağlığı ilgilendiren reformların yapıldığı dönemdir- büyük partinin elinde duran bakanlık olmuştur (Rosen, 2003; Shvarts, 1998).

Hükümet, sağlık hizmetlerinin kritik noktalarını elinde tutmaktadır. Yıllık bütçe meclis tarafından belirlenirken, hükümet ayrılan bütçenin hangi kalemlerde kullanılacağına karar verici pozisyonundadır. Aynı zamanda bütçe taslağının hazırlanmasında Maliye Bakanlığı'nın etkisi oldukça fazla hissedilmektedir (Rosen, 2003).

#### 2.1.2. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, toplumun sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamada asıl sorumlu birimdir. Sağlık Bakanlığının;

- Sağlık sorunlarının ve önceliklerin belirlenmesi ve planlanması,
- Sağlığın izlenmesi ve geliştirilmesi,
- Sağlık hizmeti vericilerinin düzenlenmesi,
- Devlete ait olan hastanelerin işleyişleri ve organizasyonlarının düzenlenmesi,
- Devlete ait olmayan sağlık kurumlarının izlenmesi ve denetimi,
- Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların etkin kullanımı ve geliştirilmesi gibi görevleri vardır.

Hizmet sunumunda ana rolü üstlenmiş olan Sağlık Bakanlığı, hasta yatağı düzeyinde Özel dal hastanelerin yaklaşık %10'una, psikiyatri hastanelerinin yaklaşık yarısına ve ikinci basamak hastanelerin 2/3'üne sahiptir (Rosen, 2003; WHO, 2006b).

### 2.1.3. Devlete Ait Diğer Bileşenler

Sağlıkla ilintili diğer devlet yapıları üç tanedir. Bunlar; Ekonomi Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve Ulusal Sigorta Enstitüsü'dür. Ekonomi Bakanlığı, Meclis tarafından ayrılan bütçenin idaresinde ve planlanmasında etkisi olduğu gibi sağlık çalışanlarının maaşlarının belirlenmesinde ana belirleyicidir. Savunma Bakanlığı ise askeri personel ve askeri hizmetlerde yardımcı personel olarak kullanılan sivillerin temel ve acil sağlık hizmetlerinin sağlamakta görevlidir.

Ulusal Sigorta Enstitüsü, sağlık vergilerinin toplanmasında ve Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi'nin (USSS) finansmanının yürütülmesinde ana sorumludur.

### 2.1.4. Diğer Sağlık Kuruluşları

Devlet dışında sağlık hizmetlerinde görev alan kuruluşlar şunlardır:

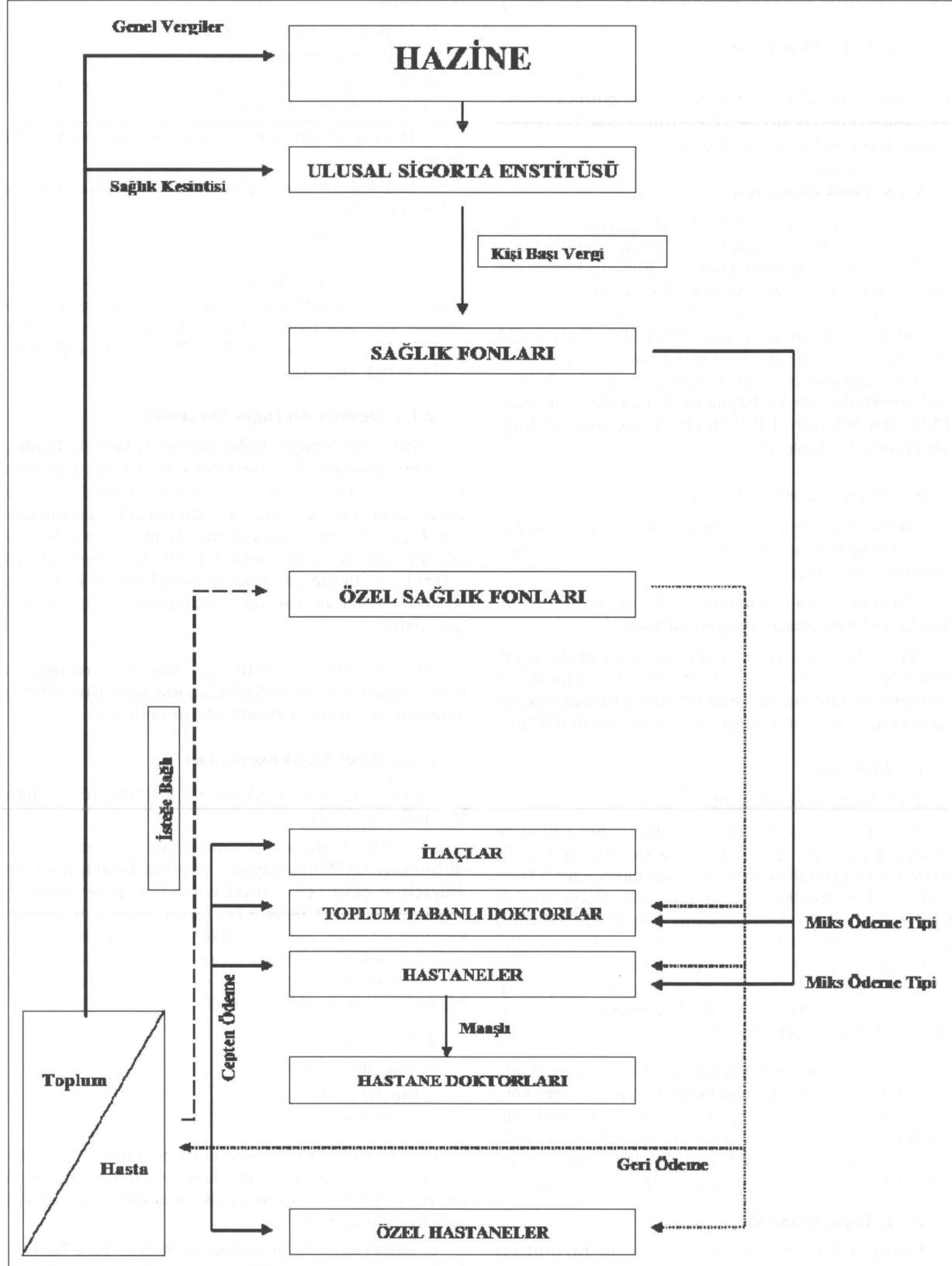
a. Sağlık Fonları: Bu fonlar gönüllü, kar amacı gütmeyen USSS'nin kapsam dışında bıraktığı sağlık ihtiyaçlarını gidermek için üyelerine hizmet paketleri sunan fonlardır. Bununla birlikte bu fonlar reform öncesinde kamuya ait olan fonlardı. Reform sonrasında yapıları değiştirilmeden kendi üyelerine devredilmiştir. Hala reform öncesindeki şekliyle çalışmaya devam etmektedir. Dört büyük fon bulunmaktadır. Bunlar:

- Clalit %55,
- Maccabi %24,
- Meuhedet %11,
- Leumit %10.

b. Hastaneler: Hastaneler sağlık fonları ve özel vakıf hastanelerinden oluşmaktadır. Kamuya ait olanlar dışında kalanların yaklaşık yarısına sağlık fonlarından en büyüğü yani Clalit'in sahiptir.

c. Sağlık Hizmetleri Sendikaları ve Birlikler: İsrail Tabipler Birliği ve İsrail Hemşireler Birliği, bu alandaki en güçlü iki birliktir.

Şekil 2. İsrail'de sağlık hizmetlerinin finansal yapısı



Kaynak: Health in Transition

d. Kızılyıldız: Kızılay'a denk düşen vakıf kuruluşu olan Kızılyıldız, İsrail'de ambulans ve acil bakım hizmetlerinden sorumludur.

e. Diğer Gönüllü kuruluşlar (Gross, 2001; Israeli, 1998, Rosen, 2003; WHO, 2006b).

## 2.2. Hizmetlerin Planlaması, Düzenlenmesi ve Denetimi

İsrail'de halk sağlığı uygulamaları dışında kalan sağlık hizmetleri alanında, gelişmiş ülkelerde gördüğümüz uygulama ve planlama kültürü gözlenmemektedir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, genellikle bakanlıklar arası bir çalışma grubu ve bu gruba devlet dışı diğer sağlık kurumlarının temsilcilerinin katılımıyla yapılmaktadır. Yapılan planlar hem çok kapsamlı planlar olmayıp hem de ulusal sağlık hedeflerinin güncellenmesi amacını içermez. Sıklıkla tedavi edici hizmetler üzerinden planlar yapılmaktadır. Planlar sıklıkla yıllık olarak ve bütçe işlemlerini içeren şekilde hazırlanmaktadır (Rosen, 2003).

İsrail'de 1995'te yürürlüğe konan USSS ve Hasta Hakları Yasası (HHY) gerince Sağlık Bakanlığı'nın birtakım düzenleme alanları belirlenmiştir. Bu düzenlemeler, kabaca uzun vadeli ve alana yönelik acil düzenlemeler olarak ayrılabilir. Bunlar: Gıda ve su hijyeni, ilaç güvenliği ve etkinliği, sağlık insan gücünün eğitimi, yüksek teknolojinin ve uygulamaların sisteme katılımını için harcamaların düzenlenmesi gibi uzun vadeli düzenlemeler ile; su kaynaklarının zorunlu olarak florlanması, uzun dönemli bakım, sigara karşıtı politika, hasta haklarının iyileştirilmesinin devamı gibidir (Rosen, 2003; WHO, 2006b).

Bir başka planlama ve düzenleme alanı ise sağlık personelinin istihdamı konusundadır. İsrail'de bin kişiye düşen sağlık insan gücü birçok ülke verisine göre oldukça yüksektir (WHO, 2006a). Kontrol edilmeyen yüksek göç oranlarına karşı İsrail'in genel bir istihdam politikası olduğu ifade edilen bu durum, planlama ve düzenlemede de hala bakanlığın öncelikli konusudur.

## 2.3. Finansman Yapısı ve Sağlık Harcamaları

İsrail'de sağlık hizmetlerinin finansmanın büyük bir kesimi genel vergilerden ve gelirden alınan sağlık vergileriyle oluşturulan Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi'nden (USSS) yani genel bütçe üzerinden karşılanmaktadır.

USSS'nin dışında gönüllü sağlık sigortaları ve cepten ödemeler de finansmanda yer almaktadır (Israeli, 1998; Rosen, 2003; WHO, 2005; WHO, 2006b).

USSS, 1994 yılında yasalaşmış ve 1995 Ocak ayında yürürlüğe girmiştir (Gross, 2001; Shvarts, 1998). Toplumun yaklaşık %95'ini kapsayan sistem, sigorta sistemi ismi taşımasına rağmen vergilerden oluşturulmaktadır. Genel vergiler dışında toplanan gelirden yapılan sağlık kesintileri sistem içinde kritik bir kısmı oluşturmaktadır. Bu kesintilerin miktarı, her yıl yaş faktörü göz önünde tutularak yeniden düzenlenmektedir (Gross, 2001; Rosen, 2003).

USSS bütçesi her yıl meclis tarafından yıllık enflasyon hızı öncelikli olmak üzere, teknolojik değişiklikler ve demografik gelişim üzerinden belirlenmektedir. Hükümet tarafından da sistemin alt kalemleri düzenlenmektedir (Rosen, 2003; WHO, 2005).

Her ne kadar sağlık finansmanını devlet ele alması görülse de, İsrail Ulusal İstatistik Kurumu'nun verilerine göre tüm harcamaların içinde devletin payında çok büyük bir değişiklik gözlenmemiştir (Tablo 4). Aksine, özel harcama kaleminde artış gözler önüne serilmektedir. Bununla birlikte reformun en önemli özelliği, çalışanlar üzerindeki vergi baskısının azaltılıp toplumun tüm kesimlerine yayılan gelirden alınan sağlık vergisinin getirilmiş olmasıdır (CBS, 2007; WHO, 2006a).

USSS, genel vergiler ve gelirden yapılan sağlık vergisi kesintileri ile belirlenmesine rağmen toplumun her sağlık ihtiyacını karşılamamaktadır. Belirli temel paketler ve hastalık paketlerinin karşılandığı sistemdeki açıklar, reform öncesi dönemde var olan hastalık fonları tarafından ya da cepten harcamalarla karşılanmaktadır. USSS'nin dışında kalan ve kişilerin cepten ödemeye karşıladıkları hizmetler sıklıkla; özel cerrahi işlemler, alternatif tıbbi işlemler, ağız ve diş bakımı hizmetleri, psikiyatrik ya da psikolojik hizmetler olarak sıralanmaktadır. Bu hizmetlerin yaklaşık %90'ı cepten ödemelerle karşılanırken ancak %10'unu özel sağlık sigortası kuruluşları karşılamaktadır (WHO, 2006a). Bu sebeple son yıllarda destekleyici özel sağlık sigortası kapsamına girenlerin sayısı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır. 1997'de özel sağlık sigortası kapsamında olanlar toplumun %37'si iken, 2001 yılında toplumun %65'i özel sağlık sigortası kapsamına girmiştir (Rosen, 2003; WHO, 2005).

Tablo 4. Yıllara göre sağlık finansman kaynaklarının dağılımı (%), 1985-2000.

Finansman Kaynağı	1985	1990	1995	2000
Kamu	68	65	70	71
Genel Vergiler	27	19	26	46
Çalışanlardan Kesilen Vergi	27	27	22	0
Gelirden Kesilen Sağlık Vergisi	0	0	22	25
Sağlık Sigortasına Ödenen Primler	14	19	0	0
Özel	25	28	26	29
Diğer	7	7	4	0
Toplam	100	100	100	100

Kaynak: Central Bureau of Statistics. www.cbs.gov.il. (Ocak 2007).

İsrail Ulusal Sağlık Kurumu'nun verilerine göre, 1998 yılında yapılan tüm sağlık harcamalarının dağılımında en fazla payı hastane giderleri ve araştırmalar almaktadır (%41). Koruyucu hizmetler ve kamu kliniklerinin payı ise %39'dur. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise %9'unu oluştururken, ilaç ve tıbbi malzeme harcamaları tüm harcamaların %6'sını oluşturmaktadır. Geriye kalan kısım ise yönetsel harcamaları ve özel hekim muayenelerini içermektedir (CBS, 2007).

## 2.4. Hizmet Sunumu ve İnsangücü

### 2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İsrail'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetler birbirinden ayrı yürütülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, Halk Sağlığı Servisleri tarafından yürütülmektedir. Bu servisler İsrail'in İngiliz sömürgesinde olduğu dönemlere kadar dayanmaktadır ve hala aynı görevlerle donatılmıştır. Su, sanitasyon ve gıda kontrolüne yönelik hizmetler bir dönem bu servisler tarafından yürütülmüş olup sonrasında yerel yönetimlere bırakılmıştır (Rosen, 2003).

Halk Sağlığı Servisleri'nde verilen hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkların kontrolü programları, bağışıklama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimleri, tarama programları, gibi hizmetleri kapsamaktadır.

1995 yılındaki reform öncesinde verilen hizmetlerden bazıları, özellikle aile planlaması ve aşılama gibi olanları, çok düşüğe olsa ücretliyen, reform sonrasında hizmetlerin hepsi parasız hale getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda olan bu servisler, halk sağlığı uzmanlarının yöneticiliğinde hizmet vermektedir.

Çevre Sağlığı hizmetleri, 1998 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altındayken, bu tarihte Çevre Bakanlığı kurulmuş ve gürültü kontrolü, hava kirliliği, radyasyon, atık toplanması ve denetimi gibi hizmetleri Sağlık Bakanlığı'ndan kendi üzerine almıştır. Sağlık Bakanlığı ise su denetimlerini, tarımda pestisit kullanımının denetimleri hizmetlerini yürütmektedir.

Tarama programları çerçevesinde tüm yeni doğanlar, fenilketonüri ve hipotiroidi açısından izlenmektedir. Diğer bazı tarama programları ve özellikle kanser (meme ve kolo-rektal kanserler) taramaları belirli ücretler karşılığında yine halk sağlığı servislerinde verilmektedir. Sıklıkla bu tarama programlarının maliyetleri özel sigorta fonları tarafından karşılanmaktadır.

### 2.4.2. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta verilen tedavi edici sağlık hizmetleri de birkaç koldan yürütülmektedir. Hizmet veren birimler sıklıkla sağlık fonlarının birinci basamak klinikleri ile özel kliniklerde bağımsız çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Klinikler ülkenin her yerine dağılmıştır ve hemen çoğunda pratisyen hekimler çalışmaktadır. Pratisyen hekimlerin dışında bu kliniklerde uzman hekimler de çalışabilmektedir.

Çalışan uzman hekimlerin büyük bir çoğunluğunu ise çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile dahiliye uzmanları oluşturmaktadır. 1998 yılı itibarıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde istihdam edilen hekimlerin %55'i uzman olmamış ve tıp fakültesinden mezun olmuş pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Geri kalan %45 ise sertifikalı ve uzman hekimlerden oluşmaktadır. Bu hekimlerin %13'ü aile hekimi, %16'sı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve %10'u ise dahiliye uzmanıdır. Yüzde 11'lik kısımdaysa diğer uzmanlık dallarına mensup kişiler istihdam edilmiştir (İsraili, 1998; Rosen, 2003; WHO, 2005; WHO, 2006a; WHO, 2006b).

İsrail'de birinci basamak hizmetlerinde, lisans almış her hekim çalışmaya hak kazanmış olmaktadır. Devlet, kendi bünyesinde birinci basamak hekimleri çalıştırmamaktadır. Özel sigorta fonlarında durum çeşitlilik göstermektedir. Bir kısım sigorta fonu birinci basamakta bünyesinde aylık maaş üzerinden hekim çalıştırmaktayken, bir kısmıysa bu hizmetleri özel hekimlerden satın almaktadır. Sigorta fonlarının hizmet satın aldığı hekimler, sıklıkla muayenehanelerinde tek başlarına çalışmaktadırlar. Bunlardan çok az bir kısmı da beraber çalışmaktadır (Grup pratiği) (Rosen, 2003).

Tedavi edici hizmetlerin sunumunda çalışan hem özel hekimlerin hem de sigorta hekimlerinin büyük bir çoğunluğu hekim dışı sağlık personeli olmaksızın tek başlarına hizmet vermektedir. Bazı sigorta fonlarının son zamanlarda özellikle özel hekimlerin sunduğu hizmetin genişlemesine bağlı olarak hekimlerin hizmet alanına yakın yerlerde klinikler oluşturup laboratuvar, psikoterapi ve hemşirelik hizmetlerini vermesi için hekim dışı sağlık personeli (özellikle hemşire) istihdam etmeye başlamıştır.

Tarihsel olarak yapılanmasında USSS'den önce sigorta fonları ile hizmetler yürütülürken, tedavi edici hizmetleri hekimler diğer hizmetleri hemşireler yürütmekteydi. Hatta koruyucu hekimlik hizmetlerinin yürütülmesinde yönetici rolleri varken zaman içinde bu rollerini hekimlere bırakmışlardır. USSS'den sonra ise hemşireler temel sağlık hizmetlerindeki rollerini tamamen kaybetmişler, genellikle de ikinci basamak tedavi edici hizmetlerde istihdam edilmeye başlamışlardır.

Dört sağlık fonundan 3'ünde birinci basamağa yönelik klinikler bulunmaktadır. Kamu ve özel olsun tüm birinci basamak tedavi edici hizmetlerde çalışan hekimler bir çeşit "kapı tutucu" pozisyonundadır. Daha önce ifade edildiği üzere birinci basamakta hizmet vermekte olan uzman hekimler sıklıkla küçük kapsamlı sağlık fonlarında çalışmaktadır (İsraili, 1998; Rosen, 2003; WHO, 2005).

Sigorta fonlarıyla sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri toplamın %60'ını oluştururken, özel hekimlik eliyle sunulan hizmetler ise %40'ını oluşturmaktadır. Fonlar, sundukları birinci basamak tedavi edici hizmetlerin %20'lik kısmını özel hekimler yoluyla karşılamaktadır (Rosen, 2003).

### 2.4.3. İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Toplam 48 ikinci basamak hastanesi (yaklaşık 14.200 yatak), 21 psikiyatri hastanesi (yaklaşık 5.500 yatak) ve 272 kronik hastalıklar hastanesi (yaklaşık 18.200 yatak) bulunmaktadır (Rosen, 2003).

İsrail'de ikinci basamak hastanelerin yatak bazında %45'i kamuya aittir. Yine yatak bazında hastanelerin %30'u en büyük özel sağlık fonu olan Clalit'in, geriye kalan %25'lik kısma diğer sağlık fonlarıyla kar amacı gütmeyen kuruluşların elindedir (Israeli, 1998; Rosen, 2003; WHO, 2006b).

1980 yılında 1000 kişiye düşen yatak sayısı yaklaşık 3 iken, 2001 yılında 2.22'ye gerilemiştir. Ortalama yatış süresi ise 2000 yılı verilerine göre yaklaşık 4 gündür. Bu veriler gelişmiş batı ülkeleriyle karşılaştırıldığında düşüktür (WHO, 2006b).

### 2.4.4. İnsangücü

İkinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hekim sayısı 2000 yılı itibarıyla yaklaşık olarak 9000'dir. Bu hekimlerin hepsi uzmandır. Uzmanların yaklaşık 4000 tanesi de daha önce ifade edildiği üzere, birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinde kapı tutucu olarak hizmet vermektedir. İsrail'de son yıllarda uzman hekim sayısında bir artış gözlenmektedir. 2000 yılında uzman hekimlerin oranı %42'ye varmıştır (Rosen, 2003).

İsrail'de 4 tıp fakültesi, her yıl 280 hekim mezun etmesine rağmen, bu sayı yeterli değildir. Çünkü İsrail hem dışardan çok fazla göç almaktadır hem de doğurganlık oranları yüksek bir ülke konumundadır. Bu nedenle tıp eğitimi ile yetiştirilen insangücü yeterli bir kaynak olmamaktadır. Bu göçlerde aynı zamanda dışarıdan hekim göçlerinin insangücünü dengelemede önemli bir etkisi vardır. 1990-1993 arasındaki göç dalgasından önce 1000 kişiye düşen hekim sayısı 3.2 iken, bu sayı 1994'te 3.8'e yaklaşmıştır (Rosen, 2003; WHO, 2005).

Dışarıdan gelen hekimlerin ülkede çalışmasını sağlamak için bir sınav yapılmaktadır. Hekimler bu sınav sonrasında uyum programları ile İsrail'de çalışabilir pozisyona getirilmektedir (Rosen, 2003).

Ülke içinde uzman hekim dağılımında sıkıntılar bulunmaktadır. Sıklıkla kentsel alanlarda hekimlerin yoğunluğu daha fazladır ve kentsel alanlardaki hekimlerin haftalık çalışma saatleri kırsal alanlarda olanlardan daha yüksektir. Kırsal alanlarda da hekimlerin sayısının az olmasına, dağılımdaki eşitsizlikler de eklenmektedir. Dağılımdaki eşitsizlik, bölgesel farklılıklardan çok, etnik farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Arap nüfusunun yoğun olduğu kırsal yerleşim alanlarda hem uzman hekim hem de genel pratisyenlerin az olduğu göze çarpmaktadır (Rosen, 2003).

İsrail'de hemşirelerin %60'ı tam gün çalışırken, geri kalan kısım yarım zamanlı çalışmaktadır. Bununla birlikte hemşireler haftada ortalama 35 saat çalışmaktadır. 2000 yılı itibarıyla 1 000 kişiye düşen hemşire sayısı 6.3'tür (WHO, 2006a).

Daha öncede ifade edildiği üzere İsrail'de hemşireler sıklıkla ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görev almaktadır. Birinci basamakta çalışan hemşire sayısı oldukça azdır. Hekim sayılarında olduğu gibi hemşire sayılarının biçimlenmesinde göç dalgalarının etkisi söz konusudur. İsrail'de 1990'ların başında yaşanan göç öncesinde hemşirelerin %62'si lisanslıyken, göç sonrasında %73'e kadar yükselmiştir. Yine hekim dağılımında olduğu üzere hemşire dağılımında da Arap nüfusunun aleyhine bir dağılım söz konusudur (Rosen, 2003; WHO, 2005).

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ ve REFORM

İsrail'de sağlık reformları sonrasındaki yapılanmayı anlamak ve değerlendirebilmek için sistemin tarihsel gelişimini iyi incelemek gerekir. Çünkü bu tarihsel süreç, İsrail Sağlık Sisteminin şimdiki karakteristik özelliklerini de açıklamaktadır.

İsrail'in sağlık hizmetleri 1948 yılında organize bir devlet olmasından öncesine dayanmaktadır. Organize bir devlet olana kadar ki dönemde verilen sağlık hizmetlerinin şimdiki yapısına, içeriğine ve kapsayıcılığına göre çok sınırlı olduğu görülmektedir. Bu dönemde hizmetler farklı üç bileşen üzerinden sağlanmaktaydı. Bunlar:

- Hastalık Fonları
- İngiliz Sömürge Hükümeti
- Özel Gönüllü Kuruluşlarıydı.

1918'de Osmanlı İmparatorluğu'ndan kopan Filistin bölgesi, İngiliz sömürgesi altına girmiştir (Israeli, 1998). Bölgede kurulan sömürge "Filistin Milletler Birliği" adını taşımaktaydı. 1918 yılında bölgenin yaklaşık %80'i Arap kökenliken bu tarihten itibaren bölgeye yoğun Yahudi göçüyle birlikte kademeli olarak bölgenin demografik kompozisyonu da değişmeye başlamıştır. Bu dönemde İngiliz sömürgelerinde sağlık hizmetleri kısıtlı ve az ulaşılır bir durumdaydı. Göç dalgası ile birlikte ortaya çıkan yüksek işsizlik, çevresel kirlilik ve artan bulaşıcı hastalıklara karşı İngiliz hükümeti bu bölge için bütçesinden %2'lik bir payı ayırmaya başladı (Israeli, 1998; Shvarts, 1998).

Bölgede sağlık hizmetlerinin organize olması ise 1918'den öncesine dayanmaktadır. 1911'de ilk hastalık fonu kurulmuştur. Günümüze kadar gelen ve bir çeşit İsrail'in daha doğrusu İbranilerin tarihsel yapılarından olan Clalit, kurulan ilk hastalık fonu'dur (Kupat Holim Clalit = Clalit Hastalık Fonu) (Shvarts, 1998). İsrail sağlık sisteminin temelini oluşturan bu yapının 2004 yılına kadar işleyiş biçimiyle ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) benzetebiliriz.

Clalit, çok bilindik bir toplumsal sınıfın çabalarıyla kurulmuştur; İbrani İşçileri Federasyonu. 1910-1915 arasında hastalık fonlarının kurulmasına sıklıkla Yahudi kökenli tarım işçileri içindeki sosyalist vatansızlar öncülük etmiştir. 1921 yılında işçilerin elinde olan bu fonlar, İbrani İşçi Federasyonu'nun himayesinde tek bir çatı altında (Clalit'in altında) toplanmış ve federasyon tarafından denetlenmeye başlamıştır. Bu dönemde hizmet alanı da işçilerin ailelerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Hastalık fonu, yapılan bu düzenleme ile o dönemdeki Yahudi topluluğun %10'unu kapsar hale gelmiştir. 1925'te Clalit'in mali açıdan iflas etmesi üzerine Clalit'in yöneticileri, dönemin İngiliz Sömürge Hükümeti'nden yardım istemiştir. Bunun üzerine sömürge yönetimi fonu tekrar finanse etmiş ve fonun finansal sorunlarının aşılmasını sağlamıştır. Buna karşılık sömürge hükümeti, Clalit'in fon yönetiminde en güçlü ortak olmuştur (Israeli, 1998; Shvarts, 1998).

1948 yılında İsrail'in Devlet olmasıyla Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve sömürge hükümetinin tüm yetkileri de bakanlığa devrolunmuştur. Devletlilik öncesinden kalan sağlık örgütlenmesi de bakanlığın elinde toplanmıştır. Bu dönemde hastalık fonlarının kapsayıcılığı artmış ve hizmet sunumunda da bazı geliştirmeler yapılmıştır. Bu tarihten itibaren 1994'e kadar dört hastalık fonu oluşturulmuştur. Reform öncesinde fonlar, özerk yapıda olan ve sıklıkla devlet, işçi ve işverenlerin birlikte yönetiminde olduğu devlet destekli sigorta fonları şeklindeydi. Bununla birlikte bu fonlar hizmet sunumunda da bulunmaktaydılar. Özellikle Clalit bu dönemde çok gelişkin hizmetler vermekteydi. Diğer fonlar Clalit kadar yaygınlaşamamışlar ve hizmet sunumunda gelişkinleşememişlerdir. Haliyle bu durum toplumun hizmet alımında eşitsizliğe neden olmaktadır (Gross, 2001; Israeli, 1998; Shvarts, 1998).

1994'te yapılan reforma kadar sağlık hizmetleri, yüksek nitelikli tıbbi bakım içermesine rağmen (Clalit'in hizmet sunumu açısından bakıldığında), toplumun hemen tamamını kapsamayan bir sigorta sistemine sahip olması ve hizmetin kullanılabilirliğinin yüksek olmamasına ilişkin olarak ilk zamanlarından beri sürekli eleştirilmiştir. Sisteme yapılan eleştiriler sıklıkla; hizmetteki tekrarlar, verimsizlik, hastalık fonlarının politik malzeme olarak kullanılması, Sağlık Bakanlığı'nın tanımlanmamış rolü ve hizmetlerin birbirine entegrasyonunun olmaması gibi başlıklarda toplanmaktaydı. 1988'de tüm bu eleştirilere karşı muhafazakar bir yapılanması olan Likud Partisi tarafından bir komisyon kuruldu. Tamamen akademisyenlerden oluşan ve "Netanyahu Komisyonu" olarak ta anılan bu komisyon, iki yıl süren bir çalışmanın ardından sağlık hizmetlerine ilişkin ayrıntılı bir rapor hazırladı. Raporda hizmetin istenilen düzeyde olmamasını ve düzensizliğin nedenlerini beş başlık altında topladı.

Bunlar:

a. Halkın sağlanan sağlık hizmetlerine ulaşımında yetersizlik,

b. Sağlık Bakanlığı'ndaki mevcut sıkıntılar,

c. Finansman ve bütçelemedeki tutarsızlıklar,

d. Yönetimsel yapıların eksikliği ve alt kurulların varlığı,

e. Sağlık çalışanlarının motivasyon ve güvenlerindeki düşük olmasıydı.

Komisyon'un bu nedenlere yönelik hazırladığı çözüm önerileri ise şunlardı:

a. Ulusal bir Sağlık Sigorta Sisteminin oluşturulması,

b. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması ve fonksiyonlarının düzeltilmesi,

c. Yerelleşme, desantralizasyon, rekabetin geliştirilmesi,

d. Finansman sisteminin merkezileştirilmesi ve kişi başı ödeme yönteminin kullanılması,

e. Kamu hastanelerinde özel hekimlik işleyişinin uygulanması,

f. Çalışanların üretimini artırmak mali özendirici politikaların geliştirilmesi (eşit iş için eşit maaş),

g. Bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve araştırmaların yapılması (Rosen, 2003).

Bu rapor aslında tüm dünyada süregelen liberalleşme politikalarıyla paralel seyreden bir yapı taşımaktaydı. Komisyonun hazırladığı raporun uygulamaya geçirilmesi kademeli olarak başlatıldı. Yapılan en önemli reformla, 1995 Ocak ayında, Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi kuruldu. Buna göre İsrail Hükümeti, hastalık fonlarındaki desteğini kaldırdı ve genel bütçeden oluşturulan, ayrıca sağlık kesintileri ile desteklenen bir sigorta sistemi kurdu. Sisteminin finansman ayağında genel bütçeden ayrılan payın yanına ek olarak sağlık kesintilerinin getirilmesi dikkat çekicidir. Bununla birlikte hizmetler, paketler halinde sunulmaktadır ve devlet temel paketleri karşılamaktadır. Buna ek olarak USSS'nin kapsayıcılığı %95'e kadar genişlemiştir.

Bununla birlikte Devlet, hastalık fonlarına desteğini hizmet sunumu kısmında vermektedir. Daha önceki yapılanmasıyla ülkemizdeki SSK'ya benzeyen bu fonlar, hizmet sunan kuruluşlar haline getirilmiştir. Bunun yanında bu fonlar, topluma devletin karşıladığı temel teminat paketleri dışındaki hastalıklara karşı hastalık sigortası da yapmaktadır.

Raporda bahsedilen diğer reformlar (ana öneriler içinden) henüz gerçekleştirilmemiştir. Yapılan diğer reformlar ise aşılama, aile planlaması, izlemler gibi koruyucu hizmetlerin parasızlaştırılması ile kapsayıcılığının artırılması, "Hasta Hakları Yasası'nın" uygulamaya alınması, Mental ve Psikiyatrik Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesidir. Bu çalışmalar, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğinin artırılması kapsamındadır (Rosen, 2003).



**SONUÇ**

İsrail'in sağlık sistemi daha önce de bahsedildiği üzere genel bütçeden finanse edilen, hizmet sunumunun kamu ve özel tarafından karşılandığı, hekimlerin ve hemşirelerin sistem içinde tam gün çalıştığı bir yapıdır. Sistemin diğer dinamiği olan hastalık fonları, kamunun temel paket dışında bıraktığı sağlık hizmetlerinin temini için özel sigortacılık yapan müteşebbislerdir. Aynı zamanda bu hastalık fonları hizmet sunucu özelliği de taşımaktadır. İlaç bazında olan tedavi giderlerinin hemen tamamı cepten ödeme şeklinde karşılanmaktadır.

İsrail'de yaşanan reform ise, temelde dünyanın içinde bulunduğu reform hareketiyle benzer olmakla birlikte, reformun olumlu sayılabilecek tarafı olarak sağlık hizmetinin finansal boyutunun devletin yükümlülüğü olarak kabul edilmesi gösterilebilir. Her ne kadar bu durum olumlu gelişme olarak görülse de, aslında devletin kendine ait harcama kalemlerinin düzensizliğini kontrol altına alma çabası olduğu da gözden kaçmamalıdır.

**KAYNAKLAR**

**CBS** (2007), Central Bureau of Statistics (İsrail Ulusal İstatistik Bürosu) Resmi İnternet Sayfası, Statistical Abstract of Israel. [www.cbs.gov.il](http://www.cbs.gov.il), Siteye ulaşım tarihi: Ocak 2007.

**Gross R ve ark.** (1998), Evaluating the Israeli Health Care Reform: Strategy, Challenges and Lessons, Health Policy 45: 99-117.

**Gross R ve ark.** (2001), Reforming the Israeli Health System: Findings of a 3-year Evaluation, Health Policy 56: 1-20.

**İsraili A. ve ark.** (1998), Israel: A Health System in Transition, Physician Executive, March-April.

**Rosen B. ve ark.** (2003), Health care systems in transition: Israel. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(1).

**Shvarts S** (1998), Health Reform in Israel: Some Aspects of Seventy Years of Struggle (1925-1995), The Society for The Social History of Medicine.

**WHO** (2005), Snapshots of health systems, Copenhagen.

**WHO** (2006a), World Health Report, Copenhagen.

**WHO** (2006b), Highlights on Health in Israel 2004, Copenhagen.

**WHO** (2007), Dünya Sağlık Örgütü Resmi İnternet Sayfası <http://www.who.int/countries/isr/en/index.html>, Siteye ulaşım tarihi: Ocak 2007.