

**DOSYA/DERLEME****ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ**

Zeliha ÖCEK\*

**GİRİŞ**

Ulusal gelirden otomobil endüstrisine göre daha yüksek bir paya sahip olan ve ilişkili tüm alanlar dahil edildiğinde 4.2 milyon kişiyi istihdam eden sağlık sektörü Almanya'da hem üretim hem de tüketim açısından çok önemli bir alandır (**Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2004**). Çalışan ve sermaye çıkarlarının en çok çatıştığı alanlardan biri olan sağlık, Almanya'da politik tartışmaların merkezinde yer almaktadır.

**GENEL BİLGİLER**

Orta Avrupa ülkesi olan Federal Almanya Cumhuriyeti 357000 km<sup>2</sup> lik bir alana yayılmıştır. Ülkenin 82.5 milyon (42.2 erkek, 40.3 kadın) olan nüfusunun, 6.7 milyonu Alman vatandaşı değildir. En kalabalık yabancı topluluk 1.8 milyon nüfusları ile Türklerdir. Eski Demokratik Almanya Cumhuriyeti'ne ait eyaletler nüfusun %17'sini (Berlin hariç) oluşturmaktadır (**Busse, 2005**).

**Politik ve ekonomik durum**

Başkenti Berlin olan Almanya 16 eyaletten oluşan demokratik bir devlettir. Eyalet devletler tüm ülke düzeyindeki konular hariç yasama yetkisine sahiptir. Federal düzeydeki yasa koyucular Eyalet Temsilciler Meclisi ve Federal Meclistir. Temel fonksiyonları yasama, başbakanın seçimi ve yönetimin kontrol edilmesi olan Federal Meclis dört yılda bir seçilen 603 üyeden oluşur. Eyalet Temsilciler Meclisi eyalet hükümetlerinin üç-altı temsilcisinden oluşur ve Federal Meclise sunulmadan önce yasalar hakkında görüş belirtir. Yasaların yarısında, özellikle de eyaletler ile ilgili olanlarda, Temsilciler Meclisi'nin onayı şarttır. Çoğunluğu oluşturan taraflar birbirlerinden farklılık gösterebildiği için bazen iki meclisin de onayını gerektiren kararların alınması çok güç olabilmektedir. Federal cumhurbaşkanı Federal Meclis ve

eyalet temsilcileri tarafından beş yılda bir seçilir (**Busse, 2005**).

Almanya'nın ulusal geliri 2004'de 2178 milyar Avrodur ve bu kişi başı 26754 Avro'ya denk düşmektedir. 2004 yılında üretken çağdaki nüfusun %10.5'inin işsiz olduğu bildirilmiştir. 1992'den bu yana çalışanların toplam nüfus ve sosyal sigortalılar içindeki yüzdesi azalmaktadır (**Busse, 2005**).

**Demografik Yapı ve Sağlık Durumu**

Almanya'da ileride daha da güçlenmesi beklenen bir demografik dönüşüm yaşanmaktadır. 1970-2003 arasında 15 yaş altı nüfus %25'ten, %16'ya düşerken, 64 yaş üzeri nüfus %14'den, %17'ye çıkmıştır. 1991/1993 yıllarında erkekler için 72.6, kadınlar için 79.1 olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2001/2003 yıllarında erkeklerde 75.6'ya, kadınlarda 81.6'ya çıkmıştır. 1991-2001 arasında pek çok sağlık göstergesi önemli bir gelişme göstermiş, tüm ölüm nedenlerinin %50'sini oluşturan kalp-dolaşım sistemi hastalıklarına ve %25'ini oluşturan malign tümörlere bağlı ölüm hızları önemli düzeyde azalmıştır. Bu gelişmelere karşın başta sepsis ve viral hepatit olmak üzere enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölüm hızı artmıştır (Tablo 1). (**Busse, 2005**). Fakat 1960'lardan bu yana yapılan ulusal sağlık araştırmaları ülkede ciddi sağlık eşitsizlikleri olduğunu göstermektedir (**Deppe, 2005**).

**TARİHSEL SÜREÇ: ALMAN SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPI TAŞI OLAN YASAL SAĞLIK SİGORTASININ DOĞUŞU VE GELİŞİMİ**

Dünyadaki ilk sosyal sağlık sigortası olan Alman sağlık sigortası kuruluşundan bu yana toplumsal gelişmelerle birlikte pek çok değişime uğramıştır. İki Dünya Savaşı yaşamış ve çok ciddi ekonomik krizlere rağmen hayatta kalmaya devam etmiştir (**Deppe, 2005**).

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

Tablo 1. 1991 ve 2001 yıllarında bazı sağlık ölçütleri

Ölçüt	1991	2001
1000 doğumda perinatal ölüm hızı	5.0	5.9
100 000 canlı doğumda ana ölüm hızı	8.7	3.7
1000 canlı doğumda bebek ölüm hızı	6.9	4.3
1000 canlı doğumda beş yaş altı ölüm hızı	8.5	5.3
100 000 kişide yeni meslek hastalığı olguları	20.9	33.4
100 000 kişide iş kazası nedeniyle yaralanan kişiler	2568	1695
Tütün kullanımı ile ilişkili sonuçlara bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	101.6	62.0
Alkol kullanımı ile ilişkili sonuçlara bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	320.8	242.2
İntihara ve kendi kendine zarar vermeye bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	15.7	11.7
Belli enfeksiyon hastalıklarına ve paraziter hastalıklara bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	5.2	8.7
Klinik tanı almış yeni AIDS olguları <sup>1</sup>	2.3	0.9
Yeni tüberküloz olguları <sup>1</sup>	16.9	8.5
Solunum yolları, akciğer ve bronş kanserlerine bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	35.9	34.4
Kadınlarda göğüs kanserine bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	32.0	27.5
Malign oluşumlara bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	203.7	176.6
İskemik kalp hastalıklarına bağlı ölüm hızı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	158.5	122.9
Diabetes mellitusa bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	17.0	16.2
Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı standardize edilmiş ölüm hızı <sup>1</sup>	388.3	286.1

Kaynak: Busse, 2005. 1: 100 000'de

#### Oluşma Aşaması: Bismarck Modeli

Almanya'da işçilerin sağlık sigortasına yönelik yasanın 1884'te yürürlüğe girmesiyle birlikte Yasal Hastalık Sigortası (YHS, Gesetzliche Krankenversicherung) başlamıştır. YHS'yi, kaza, yaşlılık ve işgörmelik sigortaları izlemiş, böylece yüzyıl dönemin başbakanı Bismarck'ın sosyal yasaları ile sonlanmıştır. Kapsamı hastalığa bağlı iş görememe durumu, doktor tedavisi ve ölüm parasından oluşan YHS'ye verilen katılım payının başlangıçta 1/3'ü işverenler, 2/3'ü çalışanlar tarafından ödenmiştir. Dernekler, işletmeler, esnaf odaları, madenciler birliği vb örgütler tarafından kurulabilen ve YHS'nin taşıyıcıları olan hastalık sandıklarının karar komiteleri 1/3 oranında işveren, 2/3 oranında sigortalı temsilcileri tarafından oluşturulmuştur. 1885'te toplumun %10'u, 1911'de %18'i sigorta kapsamına dahil edilmiştir. Aslında YHS işçilere sisteme entegre olma olanağı vererek örgütlenmiş işçi hareketinin bastırılması amacıyla kurulmuştur. Bu nedenle işçi partileri yasayı önce ret etmişler, fakat daha sonra yön değiştirerek YHS üzerinde giderek artan bir etki kazanmışlardır (Deppe, 2005).

#### İmparatorluk Sigorta Düzenlemesi, Birinci Dünya Savaşı ve Weimar Cumhuriyeti

1914 yılında İmparatorluk Sigorta Düzenlemesi yasası ile sigorta zorunluluğu genişletilmiş, aile üyeleri de kapsama alınmıştır. Birinci Dünya Savaşı'nı izleyen enflasyon, Dünya ekonomisindeki kriz ve kitlesel işsizlik sandıkların görevlerini yerine getiremez hale gelmesine ve doktorlarla ciddi sorunlar yaşamalarına neden olmuştur. 1927'de işsizlik sigortası kabul edilmiş, 1930-32 arasında sigorta kapsamı daraltılmış, cepten ödemeler başlatılmış ve anlaşmalı doktor hizmeti uygulaması başlatılarak, bu doktorlara YHS Doktorları Birliği'ne üyelik zorunluluğu getirilmiştir (Deppe, 2005).

#### Hastalık Kasalarına Karşı Doktorlar

Bu kapsamda sigortalı olanları, hedefledikleri "müşteri" kitlesi içinde görmeyen doktorlar kuruluş aşamasında YHS'ye hiç ilgi göstermemiş, fakat sigortalı sayısının ve doktor yoğunluğunun artmasıyla birlikte konuya ilgi duymaya başlamıştır. Hekim örgütleri YHS hizmetlerini sunacak doktorları ve hizmet ücretlerini belirleme yetkisinin kendilerine ait olması ve serbest hekim özelliklerinin kaybolmaması için mücadele vermiş, bölgesel ve merkezi grevler yapmış ve en sonunda 1913'te YHS doktorlarının seçiminde ve çalışma koşullarının belirlenmesinde sandıklarla eşit söz hakkına sahip olmuşlardır.

Sigortalı temsilcileri aracılığıyla işçi hareketinin sandıklar üzerindeki etkisinin büyümesinin ardından sandıklar ile hem devlet hem de doktorlar arasında ciddi çatışmalar yaşanmaya başlamıştır. Bu çatışmalar 1923-24'te sandıklar kendi hizmetlerini vermeye zorlayan bir doktor grevi ile doruk noktasına ulaşmıştır. Sandıkların kendi hizmetlerini sunmaları serbest çalışan doktorlar tarafından her zaman önemli bir tehdit olarak görülmüştür (Deppe, 2005).

#### Faşizm Dönemi

Nasyonal sosyalistlerin iktidara gelmelerinin ardından sandıkların özerkliği kaldırılmış, sahip oldukları tedavi kurumları kapatılmış, yönetimlerindeki sol görüşlüler "temizlenmiştir" (Deppe, 2005), Yahudiler YHS kapsamından çıkartılmıştır (Busse, 2005). Hekimler ise yeni ideolojiyi hızlı biçimde benimsemiş, gerek ırkçı ideoloji kapsamındaki kimlik belirleme çalışmalarında gerekse savaş koşullarında gerekli oldukları için nasyonal sosyalistler tarafından da büyük destek görmüştür (Deppe, 2005).

### Savaş Sonrası Dönem

Sağlık, Doğu ve Batı Almanya'da tamamen farklı bir şekilde örgütlenmiştir. Doğu'da hizmetlerin sunumundan ve finansmanından devlet sorumlu olmuş, devlet poliklinikleri kurulmuş, basamaklı bir yapı oluşturulmuş ve sağlık, tüm ticari çıkarlardan arındırılmıştır. Buna karşın Batı'da devlet, doktor ve işveren birliklerinden oluşan koalisyon, sigorta sistemini liberal ekonomik yapıya çok uygun bir model olarak değerlendirmiş, fakat bu dönemdeki işçi hareketlerinin ve İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetlerinin etkisiyle YHS katılım payının işçi ve işverenler tarafından eşit biçimde paylaşılmasına karar vermiştir. Sigortalılar ise sendika bünyesinde 1956/57'de çok uzun süren bir grev ile hasta olduklarında maaşlarının ödenmeye devam etmesini talep etmişlerdir. 1950'lerin sonları ile 60'ların başlarında YHS reformu ve cepten ödeme gibi yapısal değişiklikler ilk kez gündeme gelmiş, fakat 60'lı yıllarda ekonomi büyüdüğü için reform çabalarından vazgeçilmiştir. 60'ların sonlarında sağlıktaki kriz yoğun bir tartışma konusu haline gelmiştir. Öğrenciler tarafından başlatılan muhalefet, üniversiteye, sendikalara, sol partilere ve basına yayılmış, bu eleştirilerin sonucunda 1967'de fizyoterapi YHS kapsamına dahil edilmiş, 1969'da sigortalılar hastalıkta maaşlarının ödenmesi hakkını sonunda elde edebilmiş, YHS kapsamındaki nüfus oranı %90'lara çıkmış, 1970'te erken tanı YHS kapsamına eklenmiş, 1972'de hastane hizmetleri kamusal hizmetler kapsamında kabul edilmiş, 1973'te işyerinde sağlığın korunması yasal olarak düzenlenmiştir (Deppe, 2005).

1974'teki ekonomik krize bağlı kitlesel işsizlik ve ücret artışlarının yavaşlaması YHS gelirlerinde önemli azalmaya neden olmuş ve sandıklar katılım paylarını yükseltmek zorunda kalmıştır. Bu sorunu çözümlmek için 1976'da YHS – Yeniden Gelişim Kanunu, bir yıl sonra da sandıkların harcamalarını çalışanların ücretlerindeki gelişmeye göre ayarlamalarının temelini atan YHS – Maliyet Azaltma Kanunu kabul edilmiştir. Katılım paylarındaki artışlar önlenemediği için bu yasaları 1980 ve 1990'larda daha pek çok maliyet azaltma yasası izlemiştir. Bir bütün olarak bakıldığında 1990'lı yıllarda farklı hükümetler tarafından yapılanlar bir birine oldukça benzer önlemlerden oluşmaktadır: farklı hizmet alanları için bütçeler oluşturulması, sandıklar arasında rekabet yaratılması, cepten ödemeler getirilmesi, YHS kapsamının daraltılması, YHS'ye özel sigorta mantığının yerleştirilmesi. 1990'da iki Almanya'nın birleşmesi ile Batı'nın sağlık sistemi yeni eyaletlere aktarılmış, bunun maliyeti de önemli oranda YHS katılım paylarından karşılanmıştır. Birleşme Almanya'nın sosyal devlet anlayışından giderek uzaklaşmaya başlamasında önemli rol oynamıştır (Deppe, 2005).

### SİSTEMİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Alman sağlık sistemi serbest piyasa ekonomisine dayalı bir toplumda uygulanan sosyal devletin bir parçasıdır. En önemli ayırıcı özelliklerinden birisi kolektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliği olan sistemin çekirdeğini çok geniş hizmet kapsamı ile YHS oluşturur.

Toplumun %90'ının sağlığını güvence altına alan kamusal nitelikteki YHS dört temel ilke üzerine kuruludur: yardımlaşma, belli bir gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğu, sağlık bakımı hakkı ve özerklik. Hizmet sunumunun en tipik özelliği ise halk sağlığı hizmetlerinin, ayakta hizmetlerin ve yataklı tedavi hizmetlerinin birbirlerinden çok kesin sınırlarla ayrılmış olmasıdır (Busse, 2005). Sistem üç temel özerk yönetim organından oluşur: Hastalık Sandıkları Birliği, YHS Doktorları Birliği, Federal Ortak Komite (Deppe, 2005).

Sistemin maliyetlerini üstlenen ve YHS'nin taşıyıcıları olan hastalık sandıkları kamu hukukunun organlarıdır ve kar amacı güdemezler. Devlet tarafından görevlendirilmişlerdir, ama yönetsel, örgütsel ve finansal olarak bağımsız yapılarıdır. Devlet sandıkların yönetimine karışamaz, sadece yasal zorunluluklarını yerine getirip getirmediğini denetleyebilir. Sandıkların yönetiminde sermaye ve çalışan temsilcileri eşit orandadır (Deppe, 2005). Sandıklar önce eyalet, daha sonra federal düzeydeki birliklerinin çatısı altında toplanırlar. İkinci yönetim özerk yönetim organı YHS hizmetlerini sunan doktorların üye olmak zorunda oldukları YHS Doktorları Birliği'dir (Busse, 2005). Kontrol ve temsil fonksiyonlarına sahip olan birlik, ayakta bakımın sağlanmasından ve denetlenmesinden sorumludur, bir temsil organı olarak ise YHS doktorlarının haklarını savunur, hizmetlerin türü ve fiyatı konusunda sandıklar ile sözleşme yapar. Federal Ortak Komite'de ise sandık birliklerini, hastaneleri, YHS doktor ve dişhekimli birliklerini temsil eden taraflar ve oy hakkı olmayan hasta temsilcileri bulunur. Komite YHS kapsamındaki hizmetleri belirler, yeni uygulama ve yöntemleri değerlendirir ve yönergeler geliştirir. Komiteye bu görevlerinde 2004 yılında ilaç endüstrisinin ve hekimler birliğinin çok şiddetli itirazlarına rağmen kurulmuş olan bir enstitü destek olur (Deppe, 2005).

### PLANLAMA, DÜZENLEME VE YÖNETİM

#### Federal Düzey

Federal düzeydeki aktörler Federal Meclis, Temsilciler Meclisi ve Sağlık Bakanlığıdır (SB). SB'nin çalışmalarını çeşitli enstitü ve merkezler destekler. Sosyal güvenliğin sağlıkla ilgili dört ayağı vardır: sağlık, kaza, emeklilik ve bakım sigortası. Bu ayakların dördü de anayasa tarafından düzenlenmekte, fakat farklı bakanlıklar tarafından yürütülmektedir. Federal yasalar sigortaların kapsamını, finansman şekillerini ve hizmetlerini belirler, düzenleme ilgili ayrıntıları sigorta kurumlarına ve hizmeti verenlere bırakır (Busse, 2005).

#### Eyalet Düzeyi

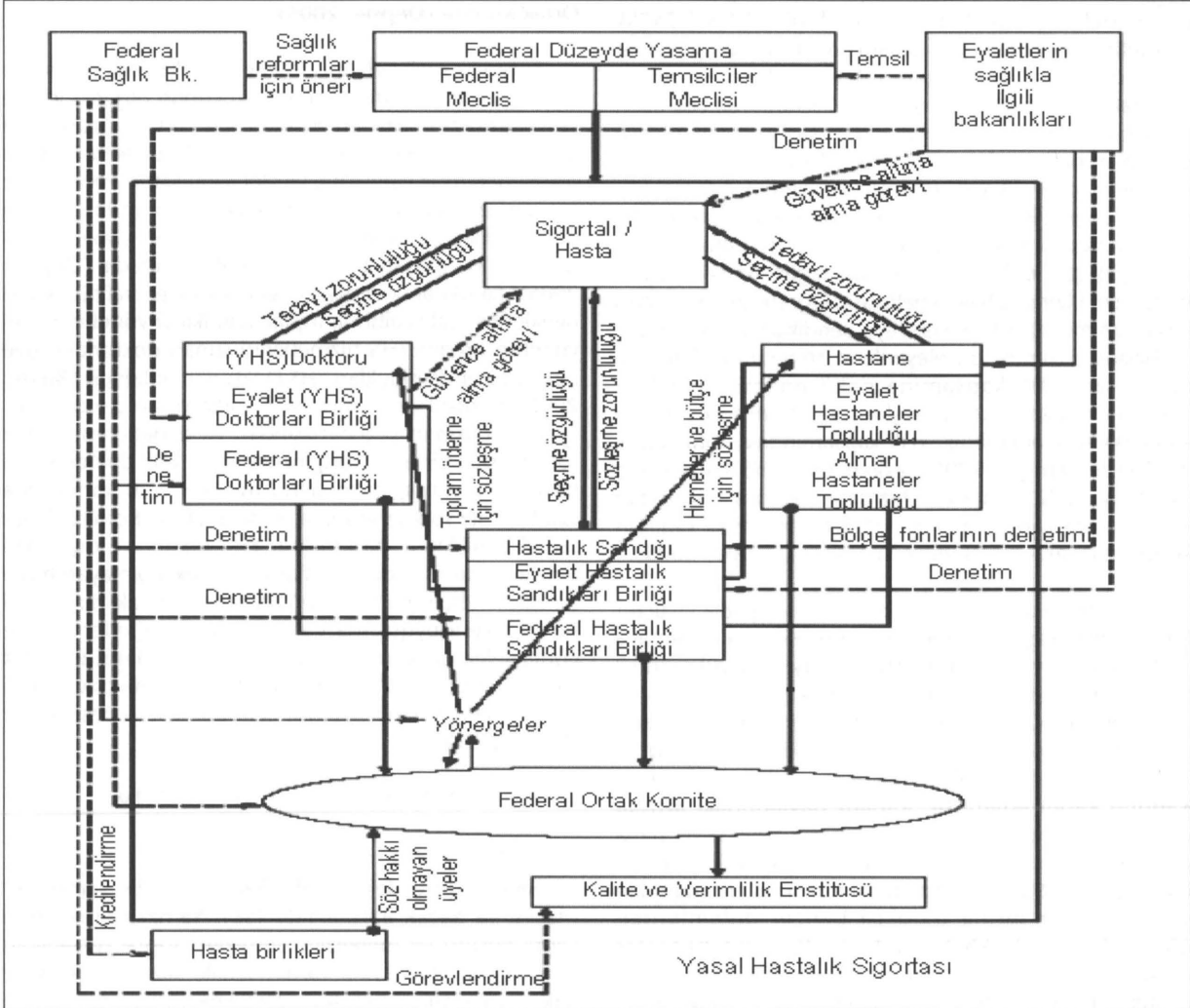
Eyalet devletlerinin çalışma, sosyal güvenlik veya aile vb konularla birlikte sağlıktan sorumlu bakanlıkları vardır. Eyalet yönetimleri hastanelerin planlanmasından ve yatırımlarının finansmanından, halk sağlığı hizmetlerinden, sağlık çalışanlarının eğitiminden ve hekim odalarının, YHS doktorları birliklerinin ve sandıkların denetiminden sorumludur (Busse, 2005).

### Yerelleşme

Alman federalizm sistemi tam olarak bir yerelleşme örneği değildir. Çok sayıda yetkiye sahip olmalarına rağmen, federal düzeydeki yetkilerin hiçbiri eyalet yönetimlerine devredilmemiştir. Sağlık sisteminde en belirgin yerelleşme unsuru devletin görevlerini özerk

yönetim organlarına delege etmesidir. İkinci unsur özelleştirilmedi. Ayaktan hizmetlerin kar amaçlı sunumunun yanı sıra çok sayıda hastanenin özel sektör tarafından satın alınması, kamu hastanelerinde taşeronlaşma, cepten ödemelerdeki artış ve özel sigortanın yaygınlaşması en tipik özelleştirme unsurlarıdır (Busse, 2005).

Şekil 1. Almanya sağlık sisteminin organizasyonel yapısı



Kaynak: Busse, Riesberg, 2005

### SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE HARCAMALAR

#### SAĞLIK HARCAMALARI

2003 yılında Almanya'da kişi başı sağlık harcaması 2851 Avro iken toplam sağlık harcaması 235.3 milyar Avro ile ulusal gelirin %11.1'ini oluşturmaktaydı. Almanya 2002 yılında OECD ülkeleri arasında ödeme gücüne göre standardize edilmiş kişi başı sağlık harcamaları bakımından altıncı, sağlık harcamalarının GSMH içindeki yüzdesi bakımından üçüncü sırada yer almıştır. Sağlık GSMH'daki payının yıllık artışı 1992-2002 arasında %2.2 olarak bildirilmiştir (Busse, 2005).

Toplam sağlık harcamalarında kamusal kaynakların yüzdesi bakımından Almanya, Avrupa ülkeleri arasında yedinci sıradadır. Fakat kamu kaynaklı sağlık harcamaları son on yılda azalmıştır (Tablo 2). Bunun en önemli nedenleri özel harcamalarındaki artış ve vergi ile finanse edilen hizmetlerin yüzdesindeki azalmadır. Her ne kadar sağlık harcamaları ile ilgili tartışmaların her zaman merkezinde yer alsalar da sandıkların sağlık harcamaları 2003'te tüm sağlık harcamalarının sadece %56.7'sini oluşturmuştur (Busse, 2005).

2003 yılında YHS kapsamındaki bireylerin nüfusun %88'ini oluşturduğu, toplumun %10'unun bir özel



**Tablo 2. Toplam sağlık harcamalarındaki farklı finansman kaynaklarının yüzdeleri**

	1992	2003
<b>Kamusal kaynaklar</b>	<b>77.7</b>	<b>74.6</b>
Vergi	13.0	7.8
Zorunlu Hastalık Sigortası	60.7	56.7
Zorunlu Emeklilik Sigortası	2.3	1.8
Zorunlu Kaza Sigortası	1.8	1.7
Sosyal Bakım Sigortası	-	6.9
<b>Özel kaynaklar</b>	<b>22.3</b>	<b>25.4</b>
Cepten ödeme / kar amacı olmayan örgüt	10.7	12.3
Özel sigorta	7.3	8.6
İşveren	4.3	4.1

sigortası olduğu bildirilmiştir. Toplumun % 0.2'sinin, yani 188 000 kişinin bir sağlık güvencesi yoktur. Sosyal güvencesiz gruba her geçen gün çok düşük gelirli ve özel sigorta primlerini ödeyemeyecek durumda olan serbest çalışanlar eklenmektedir (Busse, 2005).

#### YASAL HASTALIK SİGORTASI

##### Üyeleri ve katılım payı

Gelirleri belli bir sınırı aşmayan işçiler ve memurlar YHS'ye üye olmak zorundadır. Her yıl gelir oranındaki değişime ve paranın değerine göre belirlenen bu sınır 2005 yılında aylık brüt 3900 Avro düzeyinde tutulmuştur. YHS kapsamındaki bireylerin üçte biri aile üyesi olarak sigortalanmıştır. Geliri yıllık sınırı aşan kişiler isterlerse YHS'ye gönüllü olarak üye olabilirler. 2003'te toplumun %88'ini oluşturan YHS üyelerinin %78'i zorunlu, %10'u gönüllü olarak sigortalanmıştır (Busse, 2005). Özel hastalık sigortasına geçen gönüllü üyelerin, daha sonra tekrar YHS'ye geri dönmeleri çok güçtür. Zorunlu sigortalılar her ay gelirlerinin belirli bir yüzdesini katılım payı yani prim olarak öderler. Yaş, cinsiyet ve risk düzeyinden bağımsız olan katılım payı gelir ile birlikte bir üst sınıra kadar artar (2006'da 3562 Avro). Aile üyeleri katılım payı verilmeksizin birlikte sigortalanır (Alman, SB-a, 2006). Katılım payının yarısı çalışan yarısı işveren tarafından karşılanır. Emekliler ve işsizlerde işverenin yerini emeklilik ve işsizlik sigortası alır. Sosyal yardım alanların katılım payını sosyal yardım kurumları (belediyeler) öder. Öğrenciler ve stajyerler ortalama katılım payının yedide birini öderler (Busse, 2005).

Her sandık kendi katılım payını üyelerinin sayısına ve gelir düzeyine göre belirleyebilir (Deppe, 2005). Ortalama katılım payı 2005'te %14.2 olarak bildirilmiştir. 2005'te katılım payları %0.9 oranında azaltılmış, fakat sigortalılar için %0.9'luk bir ek katılım payı getirilmiştir. Sonuç olarak işverenlerin katılım payı %0.45 oranında azalırken, sigortalıların payı aynı oranda artmıştır ve artık katılım payının %54'ü çalışanlar, % 46'sı işverenler tarafından ödenmektedir (Busse, 2005).

##### Hizmet Kapsamı

Farklı oranda ve sürede katılım payı ödeyen kişiler hastalık durumunda aynı hizmetleri talep etme hakkına

sahiptir. YHS'nin görevleri aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir (Busse, 2005).

- İşyerinde hastalıklardan koruma ve sağlığın geliştirilmesi
- Hastalıkların erken tanısı
- Hastalıkların tedavisi (ayaktan hekim ve dişhekim tedavi, 18 yaşa kadar ortodontik tedavi, ilaçlar ve yardımcı gereçler, terapi hizmetleri, hastane tedavisi, evde bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım, doğum, rehabilitasyon ve sosyal tedavinin bazı alanları)
- Acil sağlık ve kurtarma hizmetleri, bazı sağlık durumlarında hasta nakli
- Hasta eğitimi gibi bazı diğer hizmetler

Çalışamayacak durumda olan sigortalılara işverenler ücretlerini altı hafta boyunca öderler, daha sonra, YHS'den hastalık parası alınır. Hastalık parası brüt ücretin %70 oranındadır, üç yıl içinde en fazla 78 hafta ödenir. Bakım gerektiren bir hastalığı olan 12 yaşının altındaki her çocuk için yılda 10 güne kadar hastalık parası verilmektedir (Alman SB-a, 2006)

YHS kapsamında yer alan hizmetler tüm sandıklar tarafından sunulmak zorundadır. Hizmet kapsamının belirlenmesinde Federal Ortak Komite'nin geniş bir karar özgürlüğü vardır. Örneğin sigortalılar hekim dışı sağlık çalışanlarının sadece komite tarafından onaylanmış olan hizmetlerinden yararlanabilirler. Ayaktan tedavi hizmetlerinin kapsamında sandık ve hekim birliklerinin yaptıkları pazarlıklar belirleyici iken, hastanelerin hizmet kapsamını her bir hastanenin kasalarla yaptığı pazarlıkların yanı sıra eyalet yönetimlerinin hastane planları belirler (Deppe, 2005).

2004 yılında reçete zorunluluğu olmayan ilaçlar, kısırlaştırma yardımı, ölüm ve doğum parası, 18 yaşından büyükler için gözlük yardımı (ileri düzeyde görme bozukluğu olanlar hariç) ve nakil hizmetleri (ileri düzeyde engelliler, diyaliz, kanser hastaları hariç) YHS kapsamından çıkarılmıştır (Busse, 2005). Diş protezlerinde eskiden maliyetin belli bir yüzdesi ödenirken, artık her bir endikasyon için belirlenmiş bir taban fiyatta ödeme yapılmaktadır. 1978'den sonra doğanlar protez için ek bir sigorta yaptırmak ve katılım payını tek başlarına ödemek zorundadır (Alman SB-a, 2006).

##### Hastalık Sandıkları

1993 yılında 1221 olan hastalık sandığı sayısı 2005 yılında 267 olarak bildirilmiştir. Sandıklar altı yılda bir seçilen eşit orandaki sigortalı ve işveren temsilcilerinden oluşan yönetim kurulları tarafından yönetilir. Bu kurullar katılım payına karar verirler, hizmet sunanlarla yaptıkları sözleşmelerde hizmetlerin fiyatını, miktarını, kapasitesini ve kalitesini düzenlerler (Busse, 2005).

Devlet 2004 yılından itibaren sandıkların annelik parası, gebelik izni, hasta çocuk parası gibi hizmetlerinin finansmanına vergiler aracılığıyla katılmaktadır. Fakat bu

katkı 2007'de azaltılacak, 2008'de tamamen kaldırılacaktır. Bu istisna dışında YHS'ye devletin herhangi bir finansal katkısı olmaz, devlet finansmana sadece yasaları belirleyerek karışır. Sandıklar kendi sağlık hizmetlerini sundukları merkezler açamazlar. 2004 yılında tüm sandıkların toplam harcaması 140 milyar Avro olarak bildirilmiştir. Bu harcamalarda ayaktan hizmetlerin payı %52 (%18 doktorlar, %17 eczaneler, vb), yataklı tedavi kurumlarının payı %39, sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetleri payı ise %1.5 tür. Sandıkların %5.5 düzeyinde olan yönetsel harcamaları uluslararası karşılaştırmalara ve özel sigortalara göre oldukça düşüktür (Busse, 2005).

### Sandıklar Arası Rekabet

Sandıklar 1993'e kadar meslek gruplarına yada çalışılan işletmeye göre ayrılırken, aşamalı olarak 1993 ve 1996 yıllarında tüm sigortalılara sandık seçme hakkı verilmiştir. Sadece bazı mesleklere ait olan (örneğin madenciler) sandıklar herkese açık değildir. Sandıkların pazara açılışının ardından amaçlandığı gibi hizmet kalitesi bakımından değil, risk seçimi açısından bir rekabet yaşanmış, sandıklar daha az riskli kişileri -sağlıklı, genç ve yüksek gelirli- kendilerine bağlama, en pahalı grubu ise kendilerinden uzak tutma çabası içine girmişlerdir. Sandıklar her ne kadar kendilerine başvuran herkesi kabul etmek zorunda olsalar da pahalı kişilere istemedikleri bürokratik zorluklar yaratma, net olmayan sözleşmeler hazırlama vb. stratejiler aracılığıyla belli etmektedir (Deppe, 2005).

Katılım payının artırılması durumunda en az 18 aydır sigortalı kişiler sandıklarını değiştirebilirler. Gönüllü olarak sigortalanmış olanlarda bu süre iki aya düşmektedir. En pahalı sandıktan en ucuz geçiş sigortalıların ve işverenlerin ayda yaklaşık 500 Avro tasarruf etmesini sağlamaktadır. Sandık seçimine işverenlerin müdahale ettiği, hatta sigortalının seçim hakkının işverenin seçimi hakkı şeklinde dejenere olduğu söylenmektedir (Deppe, 2005). Sandık değiştiren sigortalı yüzdesi 1998'de %9.3 iken, 2003'te %23.4'e çıkmıştır (Busse, 2005). 1991-2001 arasında sandık sayısı üçte bir oranında azalmış, özellikle yerel sandıklar pazardaki paylarını önemli ölçüde kaybetmiştir (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002).

### Risk Yapısı Eşitleme

1994'te sandıkların üyelerinin farklı risk yapıları nedeniyle ortaya çıkan harcama farklarını dengelemeyi ve böylece asıl rekabetin kaliteli hizmet sağlama konusunda yaşanmasını hedefleyen bir Risk Yapısı Eşitleme (RYE) uygulaması başlatılmıştır (Busse, 2005). Bu uygulamaya göre üyelerinin geliri, yaşı, cinsiyeti, aile büyüklüğü nedeniyle dezavantajlı risk yapısına sahip olan sandıklara para yardımı yapılır. (Vonder, Schulenberg, 2005) Fakat risk yapısını belirleyen asıl etmen olan üyelerin morbidite düzeyi ancak 2007'den itibaren bu uygulamada dikkate alınmaya başlayacaktır.

RYE kapsamında bir risk havuzu ve hastalık yönetim programları geliştirmiştir. Sandıkların yılda kişi başına 20

450 Avro'yu aşan harcamalarının %60'ı bu risk havuzundan karşılanacaktır (Busse, 2005). Fakat bu dağıtım sadece aşırı pahalı hastaları kapsamaktadır ve sorunun çözümüne önemli bir katkı sağlamamaktadır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002).

### Hastalık Yönetimi Programları

Hastalık Yönetim Programları (HYP) kronik hastaları muayenehane hekimlerinin ve hastanelerin işbirliği ile tedavi etmeye yönelik olarak sandıklar ve YHS doktorları arasında yapılan özel sözleşmelerdir. Bu programların amacı sandıkları kronik hastalar için daha iyi bakım olanakları sunmaya yönelik teşvik etmek ve birinci basamak ve ikinci basamak, ayaktan bakım ve yataklı bakım arasındaki kopukluğu gidermektir. Bu nedenle hastanelerin HYP çerçevesinde ayaktan hizmet sunmasına izin verilmiştir. Sandıklar HYP'ye katılan üye sayıları kadar RYE uygulamasından para alırlar (Busse, 2005) ve HYP'ye katılan üyelerine cepten ödemede, muayenehane parasında veya katılım payında indirim gibi bonuslar uygulayabilirler (Alman SB-a, 2006).

### Rekabeti Güçlendirmeye Yönelik Diğer Uygulamalar

2004 sağlık reformu sandıklar arasındaki rekabeti güçlendirebilmek için sandıklara hastalarının bilinçli davranışlarını, örneğin HYP'le katılımını, aile hekimliği hizmetlerinden, koruyucu hizmetlerden yararlanmasını, cepten ödemelerde, katılım paylarında veya muayenehane ücretinde indirim gibi bonus programları aracılığıyla ödüllendirme olanağı verilmiştir. Reformun rekabete yönelik bir diğer uygulaması sandıklara aile hekimleriyle, HYP'nin yürütücüleriyle, ileri uzmanlık gerektiren ayaktan bakım hizmetleri için hastanelerle doğrudan bireysel sözleşme yapmak için izin vermesidir (Alman, SB-a 2006).

### DİĞER FİNANSMAN KAYNAKLARI

#### Vergiler

Vergiler hastane yatırımlarının finansmanı, araştırmalar, sağlık meslek gruplarının eğitimi, polislerin, askerlerin, tutukluların, sosyal yardım alanların, mültecilerin sağlık bakımı için kullanılır. Vergilerin payının 2003'te %7.8'e düşmesinde yatırımların azalması önemli bir etmendir. 2004 öncesine kadar vergilerden pay almayan sandıklara bu tarihten itibaren aile ile ilgili bazı hizmetler için devlet bütçesinden belli bir miktar para aktarılmaya başlamıştır. Bu hizmetler, annelik parası, ebeveynlere hasta çocukları için para, in-vitro fertilizasyon, doğum kontrolü için sterilizasyon ve 21 yaşına kadar reçete zorunluluğu olan doğum kontrol araçlarıdır. Artan harcamaları dengelemek için federal yönetim 2005'ten itibaren bütün vergisini aşamalı olarak arttırmıştır (Busse, 2005).

#### Cepten Ödemeler

Toplam sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payı 1992-2003 arasında %10.7'den, %12.3'e çıkmıştır. Cepten ödemeler, YHS kapsamındaki hizmetler için yapılan ek ödemelerden veya kapsam dışındaki hizmetlerin tamamının ödenmesinden oluşmaktadır. YHS'ye ek

cepten ödemelerde ilaçların ve diş protezlerinin rolü çok büyüktür (Busse, 2005). Sigortalılar reçetelenen her bir ilaç başına en az 5, en fazla 10 Avro olmak üzere %10 oranında cepten ödeme yapmaktadır. Yüzde 10 uygulaması cepten ödeme yapılan diğer hizmetler için de geçerlidir. Medikal araçlarda %10 oranında ödemenin yanı sıra her bir araç başına 10 Avro ödenmektedir. 2004 yılından beri yılın her bir dördte birlik bölümünde sigortalılar muayenehane hekimlerine yaptıkları ilk ziyarette 10 Avro ödeme yapmaktadır. Üç ayda bir ödenen bu ücret, hastanın hekime kaç kez gittiğinden ve kaç hekime (sevk ile) gittiğinden bağımsızdır. Sevk ile gidilen hekim ziyaretleri sevk eden ilk hekime yapılan ziyaret bir önceki dördte birde bile olsa ödeme kapsamında değildir. Meme muayenesi gibi erken tanı hizmetleri, aşılar yada altı ayda bir yapılan ağız sağlığı kontrolleri için ücret alınmaz. Dişhekimleri için verilen ücret ayrıca düzenlenir (Alman SB-a, 2006). 2004 yılının başında başlatılan bu uygulamanın sonucu hekim ziyareti sayısının 2003 yılına göre %8 oranında azalması olmuştur (von der Schulenburg, 2005). Hastaneye yatışlarda gün başına 10 Avro ödenir, ama 28. günden sonra artık ek ödeme alınmaz. Evde bakım için de ek ödemeler 28 gün ile sınırlıdır (Alman SB-a, 2006).

Protez ve yol masrafları hariç, 18 yaşından küçüklerden cepten ödeme alınmamaktadır. Ayrıca cepten ödemeleri gelirlerinin %2'sini aşan kişiler (kronik hastalarda %1) muafiyet için başvurabilirler. Sandıklar bonus programlar çerçevesinde HYP'ye katılan üyelerine muayenehane ücretlerinde ve cepten ödemelerde indirim yapabilirler (Alman SB-a, 2006).

#### Özel Sağlık Sigortası

Özel Sağlık Sigortalıları Birliği çatısı altında toplanan 49 sigorta kurumu vardır (Busse, 2005). Özel sigortalılar genellikle yüksek gelirli beyaz yakalı çalışanlardan, serbest çalışanlardan ve devlet memurlarından oluşmaktadır. 2003 yılında tüm hastalık maliyetleri için özel olarak sigortalanmış 8.1 milyon kişi, YHS'ye ek olarak tamamlayıcı özel sigorta yaptırmış olan 7.9 milyon kişi bulunduğu bildirilmiştir (Deppe, 2005). Özel sigortalıların sayısı 1975-2002 arasında 6.9'dan 9.3'e çıkmıştır ve bu artış son yıllarda da daha da hızlanmaktadır (Busse, 2005). Bu gruptan elde ettikleri gelirin daha fazla olması nedeniyle doktorların özel sigortalılara daha nitelikli hizmet sundukları ve daha özenli şekilde davrandıkları bildirilmektedir (VDAA, 2006).

Özel sigorta primleri risk düzeyine göre belirlenir. Aile üyeleri için ek prim verilmesi gerekir. Özel sigortalar yüksek riskli kişileri kabul etmezler, ama kronik hasta olduğu için bir kişinin sözleşmesini iptal etme hakları yoktur (von der Schulenburg, 2005). Özel sigortadan YHS'ye geçiş çok güçtür (Deppe, 2005). Özel sigortalılar hizmetlerin ücretini doğrudan öderler, daha sonra paralarının tamamını ya da bir kısmını geri alırlar. En sık yaptırılan tamamlayıcı sigorta hastanede özel doktor (şef doktor) tedavisi ve özel hastane odası içindir (Busse, 2005).

Sandıklar tamamlayıcı sigorta sunamazlar, ama 2004 yılından itibaren özel sigortalılarla işbirliği yapma özgürlüğü kazanmışlardır (von der Schulenburg, 2005). Özel sigortalıların yönetim maliyetlerinin toplam harcamaları içindeki oranı (%19.1) YHS'den üç kat daha fazladır (Deppe, 2005).

#### HİZMET SUNUMU

##### AYAKTAN HİZMETLER

Ayaktan sağlık hizmetleri özel kazanç yönelimli olan doktor, dişhekim, eczacı, fizyoterapistler, psikoterapist, diş teknisyenleri vb. serbest çalışan sağlık meslek grupları tarafından sunulmaktadır. Hastalar hekimlerini, dişhekimlerini, psikoterapistlerini ve eczanelerini seçebilirler. Diğer sağlık çalışanlarından YHS kapsamında hizmet alabilmek için sandık hekiminin sevki zorunludur. Doğu eyaletlerindeki poliklinikler ve işyeri sağlık örgütleri birleşmenin hemen ardından kapatılmıştır, fakat çok sınırlı sayıda poliklinik hizmet vermeye devam etmektedir (Busse, 2005).

2004'te yılında ayaktan tedavi hizmetlerinde çalışan 306 400 doktorun 7500'ünün (%5.6) sadece özel hasta baktığı, 117 900'ünün ise YHS ile anlaşmalı olarak çalıştığı, 8000 doktorun da bir başka YHS doktorunun yanında maaş karşılığında çalıştığı bildirilmiştir. Doktorların büyük bölümü tek kişilik muayenehanede çalışmakta, sadece dördte biri grup pratiği yapmaktadır. Muayenehanelerin yatırımlarını ve sürekli masraflarını doktorlar finanse eder, hizmetlerin karşılığı YHS, özel sigortalar veya hastalar tarafından verilir (Busse, 2005).

2002 yılında çalışan 116065 YHS doktorunun %51'inin (58844) aile hekimi, %49'unun (57221) uzman hekim olduğu bildirilmiştir. Uzmanlar hem hastanede hem muayenehanede çalışabilmektedir. YHS doktoru başına düşen nüfus 1990'da 898 iken, 2000'de 717'e düşmüş, bu da doktorlar arasındaki rekabeti şiddetlendirmiştir. Doktorların dağılımının düzenlenmesi amacıyla planlama bölgeleri oluşturulmuştur. Her bir bölgede hizmet kapasitesi %110'u aşan uzmanlık alanında yeni muayenehane açılmamaktadır. Sadece doktor sayısına göre hesaplanan bu sınırdan nüfusun gereksinim düzeyi dikkate alınmamaktadır. Planlamaya rağmen dağılımda önemli eşitsizlikler yaşanmaktadır. (Busse, 2005). Doğu eyaletleri en dezavantajlı bölgeler arasındadır (Deppe, 2005).

1999'da Almanya'da tedavi olan hastaların %93'ünün tedavisi YHS doktorları tarafından ancak %7'si hastanelerde gerçekleştirilmiştir ve YHS doktorları harcama hacminin yaklaşık %80'ini belirlemektedir. Bu nedenle hekimlerin çalışmalarının düzenlenmesi sağlık politikasının son derecede merkezi ama çok da güç bir sorunudur (Deppe, 2005).

Cerrahi alanlardaki YHS doktorları hastanede yatmış olan hastalarına ayaktan postoperatif bakım hizmeti

verebilmektedir. Doktorların %5'i hastalarını küçük cerrahi işlemler için hastanede tedavi edebilmektedir. 2004 yılında kar amaçlı çok disiplinli ayaktan bakım merkezlerinin kurulmasına karar verilmiştir (Busse, 2005).

#### Aile Hekimliği Hizmetleri

Aile hekimlerinin %54'ü bu alanda bir uzmanlık eğitimi almıştır, %19'unun herhangi bir uzmanlığı yoktur, %18'i iç hastalıkları, %9'u ise çocuk hastalıkları uzmanıdır. 1994 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmeti verecek doktorlar için aile hekimliği uzmanlığı zorunlu hale getirilmiştir. Çocuk hekimlerine ve iç hastalıkları uzmanlarına da aile hekimi olarak çalışma olanağı verilmiş, fakat 2002 yılına kadar aile hekimliği alanında mı yoksa kendi uzmanlık alanlarında mı hizmet vereceklerini seçme zorunluluğu getirilmiştir (Busse, 2005).

Sigortalılar yılın dörtte birlik bölümü içinde değiştirmeyecekleri bir aile hekimini seçmeye yönlendirilirler. Sandıklara aile hekimliği hizmetlerinden yararlanan sigortalıları ödüllendirme ve aile hekimleri ile bireysel sözleşme yapma olanağı verilmiştir. 2000'den bu yana aile hekimlerine ve uzman hekimlere ayrı bir havuzdan ve giderek farklılaşan ödeme cetvelleri üzerinden ödeme yapılmaktadır. Ayrıca 2005'ten itibaren YHS Doktorları Birliği içinde aile hekimleri kotalara göre temsil edilmektedir (Busse, 2005).

#### YATAKLI HİZMETLER

2002 yılında ülkede 1343 koruma ve rehabilitasyon merkezi, 2222 hastane (%90'ı genel, %10'u özel uzmanlık) bulunduğu ve 10000 nüfusa 66.3 yatak düştüğü bildirilmiştir. Genel hastanelerin %41'i vakıflara, %37'si federal devlete, eyalet devletlerine veya belediyelere ve %22'si özel sektöre aittir (Busse, 2005). Uzmanlık hastanelerinin büyük bölümü ise özeldir. Ayrıca serbest hekimlerin hastalarının tedavisini tam teşekküllü bir hastanede yapmalarını sağlayan hastaneler de vardır (Deppe, 2005). 1990'ların ortalarından bu yana hastane sahiplerinde önemli bir değişim yaşanmakta, belediye hastanelerinin büyük bölümü kar amaçlı yatırımcılara satılmaktadır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002). Özel sektörün en fazla kar getirebilecek alan olarak hastaneleri belirlediği bildirilmektedir (Attac, 2003).

Hastanede tedavi için bir sandık hekiminin sevki zorunludur. Fakat hasta istediği hastaneyi seçebilir. 1991-2002 arasında hastanede kalma süresi %54 oranında azalırken, olgu sayısı %20 oranında artmıştır. 1992'de hastaneler ayaktan ve yataklı bakım sektörleri arasında bir bağlantı kurulması amacıyla operasyon öncesi ve sonrası bakıma ve ayaktan operasyonlara açılmıştır. 2004'de hastanelere HYP'ye katılarak YHS hekimleriyle işbirliği yapma izni verilmiştir (Alman SB-a, 2006).

Hastaneleri temsil eden Alman Hastaneler Topluluğu'nun gücü hastane sahiplerinin çok çeşitlilik

göstermesi nedeniyle oldukça zayıftır. Hastanelerin yatırım harcamaları eyalet devletleri tarafından vergiler aracılığıyla finanse edilir, hasta bakımı ile ilgili masraflar ise YHS tarafından karşılanır. Sandıklar hastaneleri denetleme ve sözleşmelerini feshetme hakkına sahiptir (Deppe, 2005). Sigortalılar hastanede kaldıkları 14. günden itibaren 28. güne kadar her gün için bir cepten ödeme yaparlar. 2002'den bu yana hastanelerde 2009'a kadar aşamalı bir şekilde olgu başına ödeme sistemine (tanıyla ilişkili gruplar) geçilmektedir. Yeni sistem, hastaneleri kar merkezli hale getireceği, hastaların gerekenden çok daha kısa bir sürede taburcu edilmelerine ve hastanelerin personel azaltmalarına ya da daha niteliksiz personel istihdam etmelerine neden olacağı gerekçeleriyle eleştirilmektedir (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002).

#### HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE KORUYUCU HİZMETLER

Halk sağlığı hizmetleri büyüklük, yapı ve görev tanımı bakımından standart olmayan yaklaşık 350 sağlık dairesi tarafından sunulmaktadır. Sağlık dairelerinin dörtte üçü eyalet yönetimine, dörtte biri belediyelere bağlıdır. 1970'lere kadar bu daireler tarafından yürütülen bağışıklama, tarama, sağlık eğitimi vb hizmetler bireysel düzeye indirgenerek YHS doktorlarına aktarılmıştır. Bunun en önemli sonucu bağışıklama oranlarının düşmesi olmuştur. Aşıların uygulanması sıklıkla gecikmekte, kabakulak ve kızamık aşılarının ikinci dozu çocukların sadece %25'ine uygulanabilmektedir (Busse, 2005). Kamu sağlık kurumlarının görevleri danışma, planlama, eğitim, kurum denetimi, gıda, çevre ve bulaşıcı hastalık hijyeni, aile sağlığı danışmanlığı, okul sağlığı, gençlerin ağız-dış sağlığı, engelliler, yaşlılar ve bağımlılar için sağlık yardımı ve bilirsizlik işleri gibi çok genel düzeydeki hizmetler ile sınırlıdır (Deppe, 2005). Bu alanda çalışan doktor sayısı 1970'te 4900 iken, 2003'te 3000'e düşmüştür. 1992-2003 arasında kamu sağlığı hizmeti harcamalarının GSMH içindeki payı %0.12'den %0.09'a düşmüştür (Busse, 2005).

2000 yılında enfeksiyon hastalıklarının bildirim, sürveyans ve kontrolüne yönelik süreçler daha etkin biçimde şekillendirilmiş, sağlık daireleri hastane ve muayenehaneleri daha sıkı bir şekilde denetlemeye başlamış (Busse, 2005), iş yerinde sağlığın geliştirilmesine yönelik önlemler ve sınırlı düzeyde de olsa birincil koruma hizmetleri YHS kapsamına alınmıştır (Deppe, 2005).

#### İLAÇLAR

1992-2003 arasında toplam ilaç harcamaları 25.9 milyar Avro'dan, 37.6 milyar Avroya, YHS'nin ilaç harcamaları 18.7 milyar Avro'dan 26.2 milyar Avro'ya, cepten ödemelerden kaynaklı harcamaları 4.7 milyar Avro'dan 6.8 milyar Avro'ya, YHS'nin eczanelerden alınan ilaçlar için bildirilen harcamalarının GSMH içindeki yüzdesi 1.03'ten, 1.11'e çıkmıştır (Busse, 2005).



Reçete zorunluluğu olmayan ilaçlar bazı istisnalar hariç YHS tarafından karşılanmamaktadır. Reçetelenen bir ilaç için YHS'nin yapacağı ödeme sınırını tanımlayan referans fiyatları aşan ilaçlarda fark sigortalılar tarafından ödenmektedir. İlaçların kalitesi ve fiyatı üzerinde devletin hiçbir kontrolü yoktur (Deppe, 2005). 2004 yılında ilaç pazarının liberal yapısı daha da güçlendirilmiş, eczacıların sahip olabilecekleri eczane sayısı dörde çıkartılmış, reçete zorunluluğu olmayan ilaçların fiyatlarının belirlenmesinde eczacılar serbest bırakılmıştır (Busse, 2005).

### SAĞLIK ÇALIŞANLARI

#### Sağlık Çalışanlarının Sayısı

2003 yılında toplam 4.19 milyon kişinin yani tüm çalışan nüfusun %10.8'inin sağlık sektöründe çalıştığı, ön hizmetlerde çalışan 0,3 milyon kişi çıkartıldığında bu sayının 3.89 milyona (yaklaşık olarak; 1.7 milyon ayakta hizmetlerde, 1.7 milyon yataklı hizmetlerde, 0,05 milyon sağlığın korunmasında, 0.05 milyon kurtarma hizmetlerinde, 0.21 milyon yönetim hizmetlerinde ve 0.1 milyon diğer hizmetlerde) düştüğü bildirilmiştir. 1997-2003 arasında sağlık alanında çalışanların sayısı sabit kalmıştır. 90'lı yıllardan bu yana özellikle teknik hizmetlerde ve bakım hizmetlerinde çalışanlar olmak üzere hastane personelinin sayısı azalmaktadır (Busse, 2005).

2004 verilerine göre ülkedeki 394 432 doktorun 306 435'inin bir işi vardı ve işi olan doktorların 146357'si hastanede, 133400'ü ayakta hizmet sektöründe (117900'ü YHS doktoru, 8000'i YHS doktoru yanında çalışan, 7000'i sadece özel muayenehane), 10 300'ü halk sağlığı hizmetlerinde, yönetsel görevlerde, 16 400'ü sağlıkla ilgili diğer alanlarda (örneğin ilaç endüstrisi), 87 997'si sağlık dışı alanlarda çalışıyordu. Bu son iki grup hesap dışı bırakıldığında 100 000 kişi başına 337 hekim düşmektedir. 2003 yılında 100 000 kişi başına 78 dişhekim, 58 eczacı ve 2001 yılında 100 000 kişi başına 973 bakım personeli düştüğü bildirilmiştir. Hekim sayısındaki artış yüzdesi 1980'lerde %3 iken, 2000'lerde %1'e düşmüştür. Uzman hekimlerin yüzdesi artarken, pratisyen hekimlerin hem toplam hekim sayısı içindeki yüzdesi hem de nüfus başına düşen sayıları sürekli bir azalma içindedir (Busse, 2005).

#### Sağlık Çalışanlarının Ücretlerinin Ödenmesi

Hastane çalışanları memur yada işçi statüsündedir ve maaş karşılığında çalışırlar. Kamuya ait hastanelerde ortak bir ücret tarifesi uygulanırken özel hastanelerde kamuya göre daha düşük ya da daha yüksek maaşlar olabilir. Hastane doktorları, özellikle de şef doktorlar maaşlarının yanı sıra özel hastalardan ek gelir elde etmektedir. Serbest çalışan hekim, dişhekim, eczacı, ebe ve birkaç başka meslek grubunun hizmetlerinin ücreti bir ücret tarifesine göre ödenir. En sıkı ücret tarifesi hekimler ve dişhekimleri için uygulanır. YHS kapsamındaki hizmetler ile özel olarak ödenen hizmetlerin ücret tarifeleri farklıdır (Busse, 2005).

#### YHS kapsamındaki ayakta hizmetlerin ödenmesi

YHS doktorları üç ayda bir bağlı oldukları YHS doktorları birliğine faturaları aracılığıyla gerçekleştirdikleri hizmetleri bildirirler. Her bir hizmet tipinin standart bir puanı vardır. Birlik sandıklarla pazarlık yaparak toplu bir ödeme alır, bu ödeme toplam puan sayısına bölünerek her bir puanın değeri hesaplanır. Doktorların alacakları parayı puan sayısı ile puan değerinin çarpımı belirler. Ödemeler aylık olarak yapılır (Alman SB-a, 2006).

YHS dışında özel hastalardan ve cepten ödemelerden de gelir elde eden YHS doktorları Almanya'da en çok kazanan serbest meslekler arasında yer almaktadır. Örneğin iç hastalıkları uzmanları vergilerden önce ortalama 96 000 Avro kazanmaktadır (Busse, 2005). Fakat doktorlar arasında ciddi gelir eşitsizlikleri bulunmaktadır (Deppe, 2005).

#### Meslek Örgütleri

YHS kapsamındaki hizmetleri sunan hekimler için eyalet ve federal düzeydeki YHS Doktorları Birliklerine ve Tabipler Birliği'ne üyelik zorunludur (Busse, 2005). Eyalet düzeyindeki YHS Doktorları Birliği, sandıklarla toplu ödeme için pazarlık yapar, toplu ödemeyi doktorlara dağıtır, sağlık hizmetlerinin denetler. Federal düzeyde ise hizmet puanlarının belirlenmesi konusunda çalışır, ayakta tedavi hizmetlerinin güvence altına alınmasından sorumludur (Deppe, 2005).

Birliğin politikasının en temel özelliği üyelerinin gelir düzeyinin yüksek olmasına, serbest meslek özelliklerinin korunmasına ve ayakta hekimlik hizmetlerinin monopolünü elinde tutmaya yönelik çabalarıdır. Dişhekimleri de hekimlerle aynı şekilde örgütlenmektedir. Bu iki birliğin yanı sıra dişhekimlerinin, eczacıların, veterinerlerin ve psikoterapistlerin vb meslek gruplarının birlikleri ve uzmanlık alanına veya politik faaliyetlerine göre bir araya gelen hekimlerin ve sağlık çalışanlarının oluşturdukları dernekler vardır. Hastane doktorlarının çıkarlarını temsil eden Hastane Doktorları Birliği (Marburger Bund) özellikle son dönemde sağlık politikası alanında aktif bir rol oynamakta ve üyelerinin çalışma koşullarının düzeltilmesini talep etmektedir.

Demokratik Hekimler Birliği (VDAA) ise toplumun sağlığını doktorların çalışma koşullarından ve gelirlerinden daha öncelikli gördüğü için diğer örgütlerle muhalefet içinde olan önemli bir aktördür (Busse, 2005).

#### Sağlık çalışanlarının eğitimi

Sağlık çalışanlarının eğitimi ile ilgili sorumluluk ve yetkiler federal yönetime, eyalet yönetimlerine ve ilgili meslek örgütlerine aittir. 36 tıp, 31 dişhekimliği, 23 eczacılık, beş veterinerlik fakültesi vardır. 1980'lerden bu yana maliyetlerin yükselişi gereğiyle sağlık politikacıları tarafından öğrenci sayısı azaltılmaktadır (Busse, 2005).



## ALMANYA'DA SON DÖNEMDE GERÇEKLEŞEN SAĞLIK REFORMU SÜRECİ

### Reform Gerekçesi: Maliyet Patlaması

Almanya'da sermaye çevreleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından hemen her fırsatta toplumun giderek yaşlanması nedeniyle sağlıkta bir maliyet patlaması ve bunun da sigorta katılım paylarının ve işçilerin maliyetlerinin yükselmesine, Alman ekonomisinin uluslar arası alandaki rekabet gücünün zayıflamasına ve işsizliğin artmasına yol açtığı savunulmaktadır (Alman SB-a, 2006).

Almanya'da mutlak sağlık harcamalarının son 25 yılda en az beş kat arttığı doğrudur. Ama ulusal gelir de bununla orantılı olarak artmıştır. 1970'lerden bu yana maliyetlerin sınırlandırılmasına yönelik pek çok önlem uygulanmıştır ve YHS harcamalarının ulusal gelir içindeki yüzdesi 1975-2001 arasında, 1990'ların başında iki Almanya'nın birleşmesi nedeniyle ortaya çıkan harcamalar hariç, önemli bir değişim göstermemiştir (Deppe, 2005). Fakat politikacılar ve işverenler tarafından bu yüzdenin üzerinde durulmamakta ve sağlık harcamalarının göstergesi olarak sadece katılım paylarındaki artış alınmaktadır (1975'te %10.4, 2004'te %14.2) (Busse, 2005).

Almanya'da demografik dönüşüme bağlı maliyet artışının sadece %0.8-1 düzeyinde olacağı hesaplanmış, bir işyerinin hastalık sigortasından kaynaklı masraflarının tüm masraflarının %1'i düzeyinde olduğu ve bunun da Alman ekonomisinin rekabet gücünü zayıflatmaktan çok uzak bir oran olduğu saptanmıştır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002). Buna karşın, Almanya'daki sağlık harcamalarının en az dörtte birinin koruyucu hizmetler aracılığıyla önlenabilir sağlık sorunları için yapıldığı belirtilmektedir (Ver.di, 2006). Sağlık harcamalarının yüksekliğinin asıl nedenin ilaç ve medikal teknik sektörünün yüksek karları, pazar yönelimli sağlık politikaları olduğu belirtilmektedir. Pazarın yarattığı hasta taleplerini karşılamak için doktorlar muayenehanelerinde gereksinimlerinin çok üzerinde donanımına sahip olmakta ve bu donanım maliyetini karşılamak için gerekli olmayan durumlarda da kullanılmaktadır. YHS harcamalarının %10'unun gereksiz tedavilere gittiği tahmin edilmektedir (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002)

Neoliberal ekonomi politikalarının işsizliği arttırması ve işçi ücretlerini düşürmesi katılım paylarını arttırmaktadır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2004). Sonuç olarak yapılmak istenen sahte bir maliyet patlaması krizi yaratarak halkın yardımlaşma ilkesinden uzaklaşmaya ve sağlık reformlarına ideolojik olarak hazırlanmasıdır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002). Sağlık Bakanlığı bu amaçla topluma yönelik olarak hazırladığı yayınlarda yüksek düzeydeki sağlık harcamaların ancak kişilerin kendi sağlıkları konusundaki sorumlulukları üstlenmeleri ve cepten ödemeler ile sisteme katılmaları sayesinde önlenebileceğini belirtmektedir (Alman SB-a, 2006).

## REFORMLAR

### KIRMIZI YEŞİL SAĞLIK POLİTİKASI

1998 Yılındaki Federal Meclis Seçimi ve Yasal Hastalık Sigortasında Yardımlaşmanın Güçlendirilmesi Yasası 27 Eylül 1998'de gerçekleşen genel seçimlerde Hıristiyan Demokrat (CDU) ve Liberal Demokrat koalisyonu büyük bir yenilgiye uğramış ve yönetimi Sosyal Demokrat Parti (SPD) ve Yeşiller koalisyonuna devretmiştir. Yeni yönetimin sağlık bakanlığını Yeşiller Partisi'nden Andrea Fisher üstlenmiştir. Ocak 1999'da yürürlüğe giren YHS'de Yardımlaşmanın Güçlendirilmesi Yasası ile katılım paylarını azaltmayı ve YHS'nin finansal durumunu düzeltmeyi ilk amaç olarak belirlemiş, tüm bakım alanlarındaki harcamaları belli bir zaman için sınırlandırarak sektörel olarak bütçelendirilmiş, tüm hizmetlerdeki harcama hacmini asgari ücret artışına bağlanmış, ilaç bütçesinin planlanan miktarı aşması durumunda YHS doktorlarının bütçesinden %5 oranında kullanılmasına karar vermiştir. CDU hükümetinin getirdiği cepten ödemeler ve hizmet sınırlamaları geri alınmış, bu nedenle ortaya çıkacak harcama artışının ilaç pazarının yeniden düzenlenmesi, YHS kapsamındaki ilaçları sınırlayan pozitif liste uygulamasına geçilmesi ve biri dizi yeni düzenleme ile kompanse edilmesi amaçlanmıştır. Bu düzenlemeler arasında emeklilik sigortası zorunluluğunun genişletilmesi, hastalık durumunda tüm çalışanlar için ücretlerinin %100'ü kadar maaş ödeme zorunluluğu getirilmesi, işgörmezlik durumundaki izinlerinde çalışanların maaşlarından kesinti yapılmasının yasaklanması gibi adımlar yer almıştır (Deppe, 2005).

Sendikalar ve sandıklar tarafından desteklenen yasaya başta işverenler, ilaç endüstrisi, YHS Doktorları Birliği, Eczacılar Birliği ve Hastaneler Topluluğu olmak üzere çeşitli çevreler büyük tepki göstermiştir. YHS Doktorları Birliği gelirindeki artışın asgari ücret artışına bağlanmasını ve ilaç harcamalarının sınırlandırılmasını protesto etmek amacıyla 18 Aralık 1998'de grev düzenlemiştir. Tüm tabip odalarının desteklemediği grevi Alman Demokratik Hekimler Derneği (VDAA) YHS Doktorları Birliğinin kendi başarısızlığını örtme manevrası olarak tanımlamış, doktorlar arasındaki gelir eşitsizliklerinin birliğin ücret dağılımındaki hatalarının sonucu olduğunu bildirmiştir (Deppe, 2005).

### 2000 Sağlık Reformu Çerçevesindeki Kavga

YHS'de Yardımlaşmanın Güçlendirilmesi Yasası'nın ardından hükümet planladığı asıl yapısal değişimleri kapsayan yasa tasarısını kamuoyuna sunmuştur. Rehabilitasyon hizmetlerinin, koruyucu hizmetlerin, birinci basamağın güçlendirilmesini, ilaçlarda pozitif liste uygulanmasını, sandıkların hastanelerin yatırım maliyetlerini üstlenmelerini ve hastane planlamasına katılmalarını, hastanelerde ödeme sisteminin değiştirilmesini kapsayan yasa tasarısına göre sandıklara hizmet sunucular ile bireysel sözleşme yapma hakkı verilecek, hastaneler sınırlı bir düzeyde ayaktan hizmetlere açılacak, YHS doktorlarına kısa süreli yataklı tedavi olanağı

verilecek, pahalı medikal tekniğin ortak kullanımı sağlanacaktı. Plana göre global bir bütçe aracılığıyla sektörlerin birbirlerinden tamamen ayrı olan finans sistemleri değiştirilecek, sandıkların eyalet düzeyindeki birlikleri ile YHS doktorları birlikleri ilaç bütçesi ile bağlantılı olan bir bütçe üzerinde anlaşacak, yataklı tedaviler için bir toplu ödeme yapılacaktı (Deppe, 2005).

Haziran 1999'da sağlık meslek gruplarının ağırlıkta olduğu 36 farklı örgütün (YHS Doktorları Birliği, hekim, dişhekim, eczacı, fizyoterapistler, ebe vb birlikleri) bir araya geldiği bir hareket doğmuştur. Bu hareketin yola çıkış noktasını global bütçenin tüm hizmetler için yeterli olmayacağı ve sağlık çalışanlarının işlerini kaybedecekleri korkusu oluşturmuş, ayrıca sandıkların gücünün artmasına da karşı çıkmıştır. Farklı şehirlerde gerçekleşen çok geniş katılımlı protesto yürüyüşlerinde "global bütçeye hayır", "sağlıkta büyüyen pazarın tehlikeye atılmasına hayır" gibi mesajlar yer almıştır. Sağlık başta olmak üzere sosyal haklar alanında halkın beklentilerini karşılamakta yetersiz kalan koalisyon partileri 1999 yılı boyunca gerçekleşen eyalet seçimlerinde önemli yenilgiler almış ve temsilciler meclisindeki çoğunluklarını kaybetmiştir. Bunların sonucunda yasa tasarısı ancak global bütçe ve pozitif liste uygulamalarının, hastane planlamasının ve finansmanın yeniden şekillendirilmesi kararının çıkartılmasından sonra 1 Ocak 2000'de yürürlüğe girmiştir (Deppe, 2005).

#### Kırmızı – Yeşil Reformun Ara Sonuçları

Kırmızı yeşil koalisyonun pozitif liste, koruyucu hizmetlerin YHS kapsamına dahil edilmesi vb çabaları sağlığa pazar unsurlarını yerleştirmeye çalışan CDU politikasından çok farklıdır. Bununla birlikte YHS'nin finansmanını GSMH'daki dinamiklere değil, ücretlerdeki artışa bağlaması sermayenin çıkarlarına uygun bir adımdır (Deppe, 2005). YHS ve özel sigorta arasındaki rekabette YHS lehine düzenlemeler yapılmış, özel sigortalıların YHS'ye geçişleri güçleştirilmiş, özel sigortalılar aşırı prim yüklerinden korunmuştur. Aile hekimlerinin YHS Doktorları Birliği içindeki söz hakları artmış, bütçeleri diğer uzmanların bütçelerinden ayrılmıştır ve sandıklara aile hekimleri ile doğrudan sözleşme yapma olanağı verilmiştir. Hizmet sunanların özel bakım formları için sandıklarla sözleşme yapabilmesine olanak sağlanmış, sandıkların uzman hekimlere aile hekiminin sevk ile giden hastalara bonuslar sunması gibi yöntemler aracılığıyla gönüllülük düzeyinde kapı tutuculuğun teşvik edilmesi amaçlanmıştır. Hastane sektöründe de yeni entegre bakım formları tanımlanmış, 2009'a kadar aşamalı olarak olgu başı ödeme sistemine geçiş planlanmıştır. Reform sandıkların konumunu güçlendirmiş, ama bu global bütçenin ve hastanelerin monistik finansmanının geri çekilmesi nedeniyle amaçlanan ölçüde gerçekleşmemiştir (Busse, 2005; Riesberg, 2005) Sandıklar arasındaki rekabet güçlenmiş, yardımlaşma ilkesi üzerine kurulu olan YHS'a neoliberal araçları yerleştiren orta yolcu bir politika izlenmiştir (Deppe, 2005).

#### Yeni Sağlık Bakanı

Doktorların ve ilaç endüstrisinin planlanan düzeyi aşan ilaç bütçesinin doktorların bütçesinden karşılanacak olmasına büyük tepki göstermesi ve halkı da gerekli ilaçlara ulaşmalarının engelleneceğine ikna etmesinin sonucunda bakan Fischer istifa etmek zorunda kalmıştır (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002). SPD'li yeni sağlık bakanı Ulla Schmidt ilaç bütçesi yasasını iptal etmiş, bunun yerine muayenehaneye özel ilaç harcama hacimlerinin belirlenmesine, bu hacmi aşan doktorların geri ödeme yapmalarına karar verilmiştir (Busse, 2005). 2002 ocağından itibaren sigortalılara yeni kaydoldukları sandıkta en az 18 ay kalma zorunluluğu getirilmiş, özel sigortaya geçişi sınırlamak amacıyla YHS sınırı yükseltilmiş, fakat katılım payı üst sınırı değiştirilmemiştir. 2002 ocağında RYE çerçevesindeki risk havuzu oluşturulmuş, sandıklara HYP sunma olanağı verilmiştir (Busse, 2005).

#### 2010 Ajandası

Ulla Schmidt 2002 seçimlerine kadar sağlık alanında sakin bir dönem geçirmeyi başarmış ve 2003 Martında Alman sosyal güvenlik sisteminin iki temel direği olan sağlık ve emeklilik sigortalarına yönelik çok ciddi bir darbe olarak tanımlanan 2010 ajandasını açıklamıştır. (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2004). Rekabetin güçlendirilmesi, YHS kapsamının daraltılması, hastalık parası için özel sigorta yaptırılması, cepten ödemelerin artırılması gibi önlemlerle katılım paylarını %13 oranında azaltılacağı belirtilen ajanda SPD'nin sağlık politikası alanında CDU ile koalisyon içinde çalışmaya başlamasının ürünü olarak değerlendirilmektedir. 2003 yılındaki Yasal Hastalık Sigortası Modernleştirme Yasası'nda da bu iki partinin uzlaşma kararları önemli ölçüde yer almıştır (Deppe, 2005; Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2002).

#### Yasal Hastalık Sigortası Modernleştirme Yasası

2010 ajandasının bir bölümü olan ve 2004 Ocağında yürürlüğe giren yasa aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir (Deppe, 2005; Busse, 2005)

- Sigortalıların sandıklar aracılığıyla uygun tamamlayıcı özel sigortalılarla sözleşme yapmalarının kolaylaştırılması, koruyucu programlara ve HYP'ye katılan hastalara sandıkların bonus düzenlemeler sunmaları.

- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi, kaliteye yönelik bir enstitü kurulması, sağlık çalışanlarının kalite güvencesi konusunda eğitimi ve YHS Doktorları Birliği'ne bu konuda güçlü bir sorumluluk verilmesi.

- Çok disiplinli ekipler tarafından hizmet verilen kar amaçlı sağlık bakım merkezlerinin kurulması, sandıkların aile hekimleri ile doğrudan sözleşme yapabilmesi, hastanelere HYP'ye katılma olanağı verilmesi.

- 2007'den itibaren YHS doktorlarına yapılan ödemenin belli bir üst sınıra kadar sabit puan değerleri aracılığıyla hesaplanması.

- Diş protezleri için sadece sigortalılar tarafından finanse edilen, gelir düzeyinden bağımsız ek bir sigorta yaptırılması, zorunlu tutulmayan bu sigortanın istenirse özel olarak da yaptırılabilmesi .

- Hastalık parası için %0.5 oranında ek bir katılım payı uygulanması ve bunu sigortalıların tek başlarına karşılamaları. Ölüm parası, doğum parası, görme yardımı, kürtaj, yol masrafı ve cerrahi sterilizasyonun kapsam dışı bırakılması. Cepten ödemelerde ciddi artışlar gerçekleşmesi ve sosyal yardım alanların da cepten ödeme yapmak zorunda bırakılması.

- Reçete zorunluluğu olmayan ilaçların kapsam dışı bırakılması ve ilaç pazarının daha da liberalleşmesi

### 2010 Ajandasının Getirdikleri

2010 Ajandası ile Alman toplumu YHS'de seçmeli ve zorunlu hizmetler ayrımı ve bireysel sigorta seçenekleri gibi kavramlarla tanışmıştır. "Kendi kararlarını verme özgürlüğü" ve "bireysel sorumluluğun güçlendirilmesi" gibi süslü sözcüklerle örtülen bu özelleştirme adımları YHS kapsamının daraltılmasını, sağlığın işverenlerin hiçbir katkısının olmadığı bireysel tamamlayıcı sigortalar ve cepten ödemelerle finanse edilmesini ve özel sigortacılığın geliştirilmesini amaçlıyordu (**Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, 2004**). 2004 ajandasının sigortalıları çok büyük kayba uğratacağı, kaliteye yönelik önlemlerin ortaya çıkan eşitsizlikleri hiçbir şekilde tolere edemeyeceği konusunda çeşitli çevreler tarafından uyarılar yapılmış, toplumda ciddi bir huzursuzluk doğmuş, parti içinde büyük kopuşlar yaşanmasına rağmen SPD, CDU ile uzlaşma içinde aldığı kararlardan vazgeçmemiştir (**Deppe, 2005**).

### 2006 Sağlık Reformu

18 Eylül 2005'te gerçekleşen genel seçimlerden ilk sırada çıkan CDU, SPD ortaklığında bir koalisyon hükümeti kurmuş, sağlık bakanı olarak yeniden Ulla Schmidt görevlendirilmiştir. Koalisyon hükümeti daha ilk günlerinde ülkedeki bütçe açığını sosyal güvenlik sistemindeki kesintiler ve vergi artışları ile kapatmayı amaçladığını açıklamıştır (**BBC Türkçe, 2005**). Bununla birlikte sağlık, hükümetin kuruluş aşamasında en sıkıntılı maddelerden biri olmuştur. Sistemdeki açığı kapatmak için vergilerden yararlanmayı ve kamu sigortasının herkes için zorunlu olmasını, sadece tamamlayıcı hizmetler için özel sigorta yaptırılmasını öneren SPD ile, herkesin gelirinden bağımsız olarak ödeme yaptığı ve sadece sigortalılar tarafından finanse edilen bir sağlık sigortasını savunan CDU ancak 3 Temmuz 2006'da reform konusunda bir uzlaşmaya varabilmiştir (**von der Schulenburg, 2005; Deutsche Welle, 2006**).

Aşamalı olarak yürürlüğe girecek olan 2006 sağlık reformunun amacı hizmet kalitesini geliştirmek, seçim özgürlüğünü arttırmak, daha fazla verimlilik, şeffaflık, daha güçlü rekabet ve daha az bürokrasi ile sağlıkta ekonomik kararlılık sağlamak olarak tanımlanmıştır. Reformun getirdiği en önemli değişikliklerden biri 2009'da yürürlüğe girecek

olan "Sağlık Fonu"dur. İşçi ve işverenlerin gelir düzeyinden bağımsız olarak ödeyecekleri katılım payları ile kurulacak olan fona özel sigortalılar dahil edilmeyecektir. Buna ek olarak YHS'ye işçilerin katılım paylarının arttırılmasına, işverenlerin sosyal güvence için yaptıkları maaşa ek ödemelerin ise %1 oranında azaltılmasına karar verilmiştir (**Alman SB, 2006**).

Reforma göre çocukların hastalık sigortası artık vergilerden karşılanacak, bu yolla 2008'de 1.5, 2009'da 3 milyar Avro sağlanacaktır (**Alman SB-b, 2006**). Bu vergilendirmenin çocuklar için yeterli bir finansman sağlamakdan çok uzak olduğu belirtilmektedir. Ayrıca devletin sandıklara hasta çocuk parası vb hizmetler için verdiği destek azaltılarak 2008'de kaldırılacak, tütün vergisinden sağlığa yapılan sübvansiyon geri çekilecek, sağlıkta katma değer vergileri yükseltilecektir. Bu adımların hükümetin sağlık alanındaki finansal sorumluluğundan çekilmesi anlamına geldiği ve verginin tek amacının işverenleri sağlığın maliyetinden kurtarmak olduğu belirtilmektedir (**Ver.di, 2006; VDAA, 2006**).

Başka herhangi bir sağlık güvencesi olmayan herkes sigorta zorunluluğu kapsamına dahil edilecektir. Reform, YHS'den özel sigortaya geçişi kolaylaştırmakta, fakat YHS'den çıkıp özel sigortalara giden sigortalılara yeniden YHS'ye dönüş yolunu tamamen kapatmaktadır. Özel sigortalar, hastalık riskinden ve gelir bağımsız bir taban fiyat belirleyecek, isteyenler daha fazla prim ödeyebilecektir (**Alman SB, 2006**). Sendikalar ve diğer çalışan örgütleri reformun sağlıkta iki farklı sınıf yaratacağını, parası olanların istedikleri özel sigortaya üye olarak daha iyi hizmet almalarının yolunun açıldığını, parası olmayanların sırtına bindirilen faturanın da kabartıldığını açıklamıştır (**Arkadaş Gazetesi, 2006**).

2009'dan itibaren uzman hekimler ve aile hekimleri için farklı ödeme sistematiği uygulanacaktır. Ağırlıklı olarak kişi başına ödeme ve daha düşük oranda hizmet başı ödeme kombinasyonuna geçiş planlanmaktadır (**Alman SB, 2006**). Bu ödeme sistemi, YHS doktorlarının gelirini arttıracak ve sağlık sisteminin daha da pahalılaşmasına neden olacağı gerekçesi ile eleştirilmektedir (**Ver.di, 2006**).

2006 yılı içinde Almanya sağlık çalışanlarının oldukça yoğun eylemlerine ve grevlerine tanık olmuştur. Hastanelerde görev yapan doktorlar ve sağlık çalışanları çalışma saatlerinin ve ücretlerinin iyileştirilmesini talep etmiştir (**BBC Türkçe, 2006**). Sağlıkta maliyet azaltma ve reform çabalarından en çok etkilenenlerin kamu çalışanları ve sağlık meslek gruplarının hiyerarşik olarak en alt kademelerinde yer alan çalışanlar olması bu eylemlerin haklılığını göstermektedir. Nitelikli bakım personelinin yerini eğitimsiz personelin aldığı, bir düşük ücretliler sektörü yaratıldığı, özlük haklarının zayıfladığı, iş yoğunluğunun aşırı düzeyde arttığı belirtilmektedir (**Ver.di, 2006**). Fakat bu eylemlerin bir bölümü YHS Doktorları Birliği ile birlikte gerçekleştirilmekte ve ayakta tedavi olanaklarının ve doktor seçiminin sınırlandırılması gibi mesajlar öne çıkmaktadır (**Yeni Özgür Politika, 2006**).

Birliğin reforma karşı çıkış noktasının toplumun sağlık hakkı ile herhangi bir şekilde ilgili olmadığı tam aksine doktorların tek endişelerinin özel ödemelerden ve özel sigortalı hastalardan elde ettikleri kazançların tehlikeye düşmesi olduğu ve aslında reformun bu sonuca da yol açmayacağı açıklanmaktadır (VDAA, 2006).

#### ALMAN SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI

Alman sağlık sisteminde yönetimin çok parçalı olması, ortak bir amaca yönelmeyi güçleştirmekte, planlama ve finansmanın aynı yetki alanında birleşmesini önlemekte ve sistemin bütünü konusundaki sorumluluğun belirsiz kalmasına neden olmaktadır. Sistemin farklı parçaları arasında işbirliği ve eşgüdüm çok yetersizdir, çünkü birlikler altında örgütlenen farklı gruplar farklı önceliklere sahiptir. Özellikle YHS Doktorları Birliği'nin aşırı güçlü iktidarı sistemin doktorların çıkarlarına fazlasıyla uygun bir yapıda şekillenmesine neden olmaktadır. Sistemin hemen tüm alanlarında ticari çıkarların ve karlılığın en belirleyici etmen olması, sağlıkla ilgili karar süreçlerinde ilaç endüstrisinin çok etkin biçimde katılması, YHS Doktorları Birliği içindeki uzman iktidarı, sistemde aşırı uzmanlaşmaya, medikalizasyona ve aşırı ilaç ve teknoloji tüketimine neden olmuş, birinci basamak sağlık hizmetleri ve toplumsal riskleri önlemeye yönelik çalışmalar ihmal edilmiştir (Deppe, 2005).

Alman sağlık sisteminin yardımlaşma ilkesi ilaç endüstrisinin, hastane yatırımcılarının, doktorların, sandıkların ve işverenlerin lobilerinin yürüttükleri politikalar sonucunda uzun yıllardır neoliberal reformların saldırısına uğramakta, sağlığın maliyeti giderek daha fazla oranda halkın sırtına yüklenmekte, yararlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı ise daraltılmaktadır. Sağlıkta maliyet azaltma politikaları sağlık çalışanlarını da etkilemekte, YHS doktorları çok büyük kayba uğramazken, önemli büyük özlük hakkı ve gelir kaybını hekim dışı sağlık çalışanları yaşamaktadır (Deppe, 2005).

Hizmet sunumunda önemli düzeyde eşitsizlikler yaşanmaktadır. Ayaktan hizmetlerin güvence altına alınmasında en büyük sorumluluğa sahip olan YHS Doktorları Birliği eşit doktor dağılımı sağlamak için üstüne düşenleri yapmamaktadır, ülkenin bazı bölgelerinde çeşitli uzmanlık alanlarında ciddi eksiklikler yaşanmaktadır. Buna ek olarak, toplumunun onda birinin özel sigortalı olması iki sınıflı sağlık hizmeti yaratmaktadır. Son reformun bu ayrımı daha da güçlendireceği belirtilmektedir (Ver.di, 2006).

Sonuç olarak, sağlık sisteminin bu karmaşık ve yönetimi güç yapısı ve bu yapının içinde piyasa ekonomisi araçlarının en belirleyici rolü oynaması Almanya'da çok yüksek sağlık harcamalarına rağmen toplum sağlığının istenilen düzeyden uzak olmasına ve ciddi sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır (Deppe, 2005).

#### KAYNAKLAR

Deppe HU. (2005). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik

in Deutschland. 3. aktualisierte Auflage. Verlag für akademische Schriften. Frankfurt.

Busse R, Riesberg A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europaeischen Observatoriums für Gesundheitsysteme und Gesundheitspolitik.

von der Schulenburg JMG. German Health Care System in Transition (2005). The difficult way to balance cost containment and solidarity. Eur J Health Econom 6: 183-187.

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2002). Sondermemorandum. Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marketorientierung. <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/sm0213.pdf>

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2004). Memorandum 2004. Beschäftigung, Solidarität und Gerechtigkeit – Reform statt Gegenreform. <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/memo04ku.pdf>

Alman Sağlık Bakanlığı-a (Bundesministerium für Gesundheit) (2006). Das Glossar zur Gesundheitsreform. <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/az.html>

Attac (2003). Position der Berliner Attac-Arbeitsgruppe "Soziale Sicherung gegen Privatisierung" zum gegenwertigen Reformstreit. [http://www.attacberlin.de/fileadmin/ags/sozsicherheit/27\\_1\\_4.3\\_Grundposition.pdf](http://www.attacberlin.de/fileadmin/ags/sozsicherheit/27_1_4.3_Grundposition.pdf)

Arkadaş Gazetesi (Ekim, 2006). 122. sayı. [http://www.arkadasgazetesi.com/haber\\_detay.asp?busayi=112&menuno=9&haberno=436](http://www.arkadasgazetesi.com/haber_detay.asp?busayi=112&menuno=9&haberno=436).

BBC Türkçe (22.11.2005). [http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2005/11/051122\\_merkel\\_elected.shtml](http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2005/11/051122_merkel_elected.shtml)

BBC Türkçe (23.03.2006). [http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2006/03/0603323\\_germanydoctors.shtml](http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2006/03/0603323_germanydoctors.shtml)

BBC Türkçe (03.07.2006). [http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2006/07/060703\\_germany\\_health.shtml](http://www.bbc.co.uk/turkish/europe/story/2006/07/060703_germany_health.shtml)

Deutsche Welle (04.07.2006), <http://dwelle.de/turkish/politik/1.188210,1.html>

Yeni Özgür Politika (05.11.2006). <http://www.yeniozgurpolitika.org/?bolum=haber&hid=10965>

Alman Sağlık Bakanlığı-b (Bundesministerium für Gesundheit) (2006). Das bringt die Gesundheitsreform den Versicherten. gesundheitsreform\_2006\_versicherte\_v03\_26101006

Ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Birleşik Hizmetler Sendikası) (11.07.2006). Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/verdiGesundheitsreform2006.pdf>

VDAA (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Demokratik Hekimler Birliği), Schwarzkopf-Steinhauser G. (09.10. 2006). Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Gesundheitsreform. <http://www.vdaee.de/>

VDAA (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Demokratik Hekimler Birliği), Beck W, Dietrich W. (29.11.2006). Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur KV-Kampagne "Geiz macht krank. <http://www.vdaee.de/>

VDAA (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Demokratik Hekimler Birliği), Beck W. (26.08.2006). Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte vom zur Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.vdaee.de/>