

## SAĞLIK SİSTEMLERİ

**Dr. Bülent KILIÇ\***,

**Dr. Çiğdem BUMİN\*\***

### A- SAĞLIĞIN ve SAĞLIK SİSTEMLERİNİN TANIMI:

Günümüzde, "Sağlık" bir çok etmenin oluşturduğu ve tanımlanması giderek zor bir kavram haline gelmiştir. Özellikle yüzyılımızın sonlarına doğru sağlık artık ekonomik, politik ve sosyolojik bir olgu olarak ön plana çıkmaktadır. Üstelik başlangıçta sadece gelişmiş olduğu kabul edilen ülkelerde öne çıkarken, günümüzde artık bütün ülkelerde sağlık, çözülmesi öncelik kazanan bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Hatta çağdaş toplumlarda sağlıktan bahsetmenin bir moda haline geldiği bile öne sürülmektedir.<sup>1</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta ise de sağlık, yaşamın bir göstergesi ve onun başarısının bir ölçüsü olduğu için sağlıkla ilgili değişik ve ilginç tanımlamalar yapılmaktadır. Örneğin:

**"Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilme sürecidir"**<sup>2</sup>.

İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar, toplumlarda sağlık lüks bir tüketim maddesinden farklı algılanmıyordu. Yani hükümetler tarafından herkese sağlık hizmeti sağlamak, herkese bir ev ya da araba almak zorunluluğundan daha farklı değildi. Dolayısıyla sadece parası olanlar, erişebildikleri kadarıyla sağlık hizmetlerini satın alabiliyordu. Savaş sonrası, batılı ülkelerde kapitalizmin içine girdiği "genişleyen dalga" sağlık alanına da yansımalar getirdi. Kapitalizmin kendine özgü sağlık politikası üretkenliğin arttığı dönemde sağlık harcamalarının artışı içeriyordu. Hükümetler de sağlık alanındaki bu harcamaları ve sosyal haklardaki artışları "sağlıklı olmak herkesin hakkıdır" gibi basit bir şekilde formüle edebileceğimiz popülist sloganlarla halka sundular. Yani sağlık bir zamanlar ayrıcalıklı bir hak haline geldi (veya öyle gözüktü). Ancak burada

bir nüans farkını gözden kaçırmamak gerekir. Hükümetin kişilere sağlık güvencesi vermesi, toplumun sağlıklı olmasına yetmez. Daha açık söylemek gerekirse toplumlara bu güvenceyi veren hükümetler, halkın gerçekten eşit bir sağlık hizmetine kavuşmasını sağlayamamışlardır.

Bugün ise artık ortaya çıkan önemli bir gerçek var. Sağlık alanında tüm dünyada bir "kriz" yaşanmaktadır. Doğaldır ki bu kriz kapitalizmin "depresif dalga" dönemine denk gelmiştir ve bunun yansıması olarak da giderek daha sağlıksız bir dünya tehlikesi ile karşı karşıya kalmış durumdayız. Zamanımızda bir taraftan tıbbi mucizelerin yaratıldığı son derece gelişmiş tedavi merkezlerinin açıldığı, pahalı tıp teknolojisinin giderek yaygınlaştığı bir sağlık sektörü varken bir yandan da sağlıkta giderek artan enflasyonist kısır döngüler, eşitsizlikler ve gittikçe artan bulaşıcı hastalıklar karşımıza çıkmaktadır. Yani sağlık sektöründe "başarı" ve "kriz" in bir arada görüldüğü bir paradoks söz konusudur.

DSÖ Avrupa Bölgesine üye ülkelerin tamamı 1980 yılında ortak bir sağlık politikasını benimsemiş ve 2000 yılına kadar ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını azaltma yönünde karar almışlardır. Şurası açık ki her alanda olduğu gibi sağlıkta da eşitsizlikler vardır. Bırakalım ülkeler arası eşitsizlikleri, gelişmiş olduğu kabul edilen bir ülkede bile farklı bölgelerde veya sınıflarda belirgin eşitsizlikler vardır. Bu konu, DSÖ dökümanlarında şöyle belirtilmektedir:

**"Tüm Avrupa bölgesinde, politik ve sosyal sistem her ne olursa olsun, aynı ülkede yaşayan farklı sosyal gruplar ve coğrafi bölgeler arasında belirgin sağlık farklılıkları tespit edilmiştir"**<sup>4</sup>.

Sağlık gibi tanımı zor, etki alanı geni ve kendisine de birçok faktörün etki ettiği bir alanda "eşitlik" kavramında tanımlanması oldukça zor. DSÖ'nün sağlıkta eşitlik tanımı da şöyle:

"üdeal olarak sağlıkta eşitlik herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakındıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimse- nin dezavantajlı olmamasıdır. Eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir"<sup>4</sup>.

Evet, saptamalar doğru da; gene aynı kuramlarla "yeni dünya ekonomik düzeni" çerçevesinde getirilen ve teknik raporlar olarak sunulan çözüm önerileri (sigortacılık, özelleştirme vs.) acaba ne kadar doğru? Çünkü DSÖ'nün batılı kapitalist ülkelerin ekonomik ve politik alanlardaki tutumlarının az gelişmiş

\*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

\*\*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

ülkelere aktarılması işlevini üstlendiği ve bu konuda teknik doğruları fazla, son derece iyi düzenlenmiş raporları kullandığı da bilinen bir gerçek<sup>5</sup>.

Ülkemizde bugün sağlık sorunlarına yaklaşımı özetlemek gerekirse şunu söyleyebiliriz: Özellikle 1980 sonrası iktidarlarda iyice belirginleşen ve son koalisyon hükümetiyle de doruk noktasına ulaşan bir özelleştirme ve Genel Sağlık Sigortası rüzgarı esmektedir. Bu konuların daha iyi tartışılabilmesi için şu soruların yanıtlarının bulunması gerekir: Acaba sağlık alanında sigortalar ve rekabete dayalı hekimlik anlayışı kendimize örnek olarak almaya çalıştığımız ülkelerde nasıl işlemekte? Sağlık gibi son derece önemli bir sektörde başarı kazanmış (veya başarılı gibi gözüken) ülkeler bu noktaya hangi sağlık sistemleri ile gelmişlerdir? Değişik ülkelerin sahip olduğu sağlık sistemleri arasındaki farklılıklar nelerdir ve nereden kaynaklanmaktadır? Bir başka ülkedeki sağlık sistemini aynen alarak kendi ülkemizde uygulamak doğru olur mu? Ülkemizin koşulları sigorta ve Aile Hekimliği gibi uygulamalara uygun mudur?

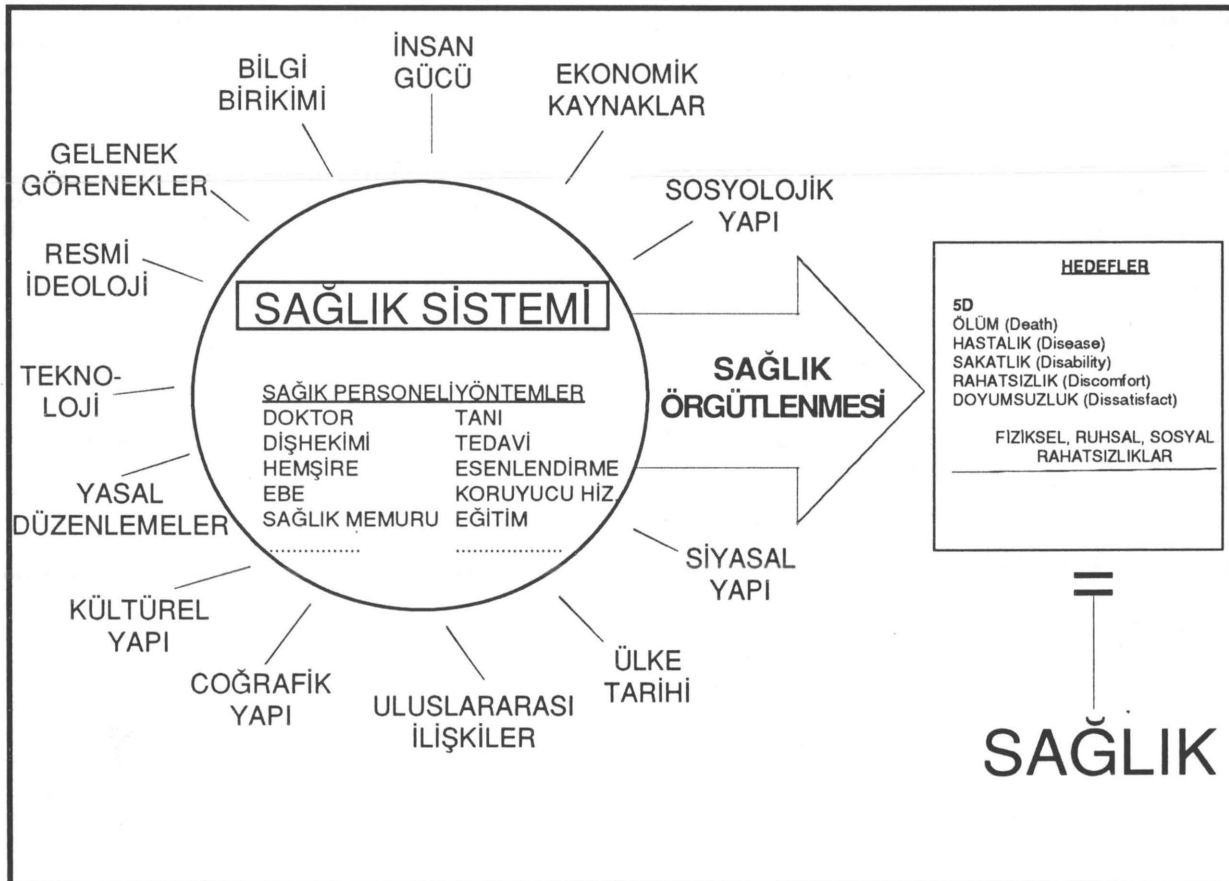
Bu soruların yanıtını verebilmek için sağlık

sistemlerini oluşturan ve değişimini sağlayan tüm öğeleri göz önüne almak gerekir. Sağlık sistemleri, sadece bir ülkenin siyasi ve ekonomik yapısı ile şekillenmez. O ülkenin kültürel ve sosyal yapısı, toplumun gelenek ve görenekleri, bilgi birikimi, teknolojisi, insan gücü, yasaları, tarihi, coğrafyası, uluslararası ilişkileri ve bunun gibi bir çok etken sağlık sistemi üzerinde etkilerde bulunur. İşte bu yüzden ki hemen her ülkede birbirinden farklı sağlık sistemleri bulunur. Sistemlerin arasındaki benzerlikler evrensel tıp ve bilim yasalarından, farklılıklar kültürlerden ve yukarıda saydığımız faktörlerden kaynaklanır. Bu durum Şekil-1'de gösterilmeye çalışılmıştır.<sup>6</sup>, değiştirilerek

#### B- SAĞLIK SİSTEMLERİNE YAKLAŞIM ve ANALİZ YÖNTEMLERİ:

Çeşitli ülkelerdeki sağlık sistemleri arasındaki benzerlik ve farklılıklar ile tek tek ülkeler arasındaki sağlık sistemlerinin gelişiminin incelenmesinde kullanılan belli başlı iki yöntem vardır. **Yatay analiz (cross-national)** yönteminde sağlık sistemleri, örgütlenmesinden finansmanına kadar her alanda ülkeler arasında karşılaştırılarak incelenir. Ülkeler arasındaki incelemede genellikle iki görüş öne sürülmekte-

ŞEKİL-1: SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK



dir. Bunlardan birincisi "universalistic" görüştür. Bu görüşe göre sanayileşme zamanla dünyadaki bütün sosyal yapıların ve sağlık sistemlerinin birbirlerine benzemesine yol açacak evrensel bir güçtür ve bu "konverjans" olarak adlandırılır. Bu nedenle sanayileşmiş ülkelerde sağlık sistemleri de zamanla birbirine benzeyecektir. Diğer teorik yaklaşım ise "particularistic" görüştür. Buna göre ülkeler arasındaki kültürel farklılıklar evrensel kuralların uygulanmasında bile farklılıklar yaratmaktadır ve bu da "diverjans" olarak adlandırılır. Örneğin bir Fransız hastanesi şekilsel olarak Amerikan hastanesine benzeyebilir, buna karşın Fransız kültür ve gelenekleri hastane kapısının dışında kalmaz, hatta belkide hastanın başındaki bir şişe şaraba kadar tedaviyi etkileyebilir<sup>6</sup>.

**Dikey analiz (historical)** yönteminde ise değişik ülkelerdeki sağlık sistemlerinin tarihsel gelişim incelenir. Bir ülkedeki sağlık sisteminin gelişimi, doğaldır ki o ülkenin değişik zamanlarda ortaya çıkan gereksinimlerini karşılamaya yönelik olacaktır. Örneğin ülkemizde 1876 yılında kurulmuş olan memleket tabiplikleri daha sonra kurulacak olan hükümet tabiplikleri ve sağlık ocağı hekimliğinin kaynağı olmuştur. Görüldüğü gibi geçmişte yapılan uygulamaların ve yakın sağlık tarihinin incelenmesi, sağlık örgütlenmelerinin başarılı olabilmesi için gereklidir. Çünkü doğaldır ki toplum daha çok alıştığı uygulamaları ister.

Sonuç olarak, en doğru yaklaşım hangisidir? Tıbbın evrensel bir sanat olduğu ve her ülkede aynı kuralların işleyebileceği düşüncesi mi, yoksa kültürel farklılıkların buna izin vermeyeceği mi? Bu konuda genel görüş sağlık sistemlerinin son aşamada giderek birbirine benzeyeceği, ancak eldeki verilerin şimdilik sağlık sistemlerini kültürel ve ulusal farklılıkların yönlendirdiği şeklinde<sup>6</sup>. Bu nedenle şunu söyleyebiliriz: **Sağlık sistemleri, tıp sanatının evrensel yönleri ile toplumların kentine özgü kültürleri arasındaki diyalektik bir çelişki sonucu farklılaşmaktadır.** Bugün dünyada görülen farklı sağlık örgütlenmelerinin nedeni bu olsa gerek.

### C- SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI:

19. yüzyıl sonlarına kadar olan sürede dünyada belli başlı bir sağlık sistemi yoktu. Tamamıyla kendiliğinden oluşmuş ve sadece hekimle hasta arasında gelişen ilkel bir sistem vardı. Sağlık hizmetinin diğer tüketim maddelerinden bir farkı yoktu ve parası olan erişebildiği kadarıyla "Sağlık Hizmeti" ni alırdı. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra özellikle kapitalist ülkelerin içine girdiği genişleyen dalga döneminde sağlık sistemleri ülkeden ülkeye değişen farklı örgütlenme ve finansman model-

lerine sahip oldular. Sosyalist ülkelerde ise kendi toplumsal modellerine uygun olarak ayrı bir sağlık örgütlenmesi gelişti. Bunun yanısıra gelişmekte olan ülkelerde ise yetersiz örgütlenmeler oluştu.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması, sistemin bir çok faktörden etkilenmesi nedeniyle oldukça zor bir iş. Sistemin finansmanı ve ülkedeki resmi ideoloji son derece önemli olduğundan sağlık sistemlerinin sınıflandırılması genellikle bu faktörler üzerine kurulmaktadır. Ayrıca 150'den fazla ülkenin bulunduğu da göz önüne alınırsa evrensel bir sınıflama yapmanın ve her ülkeyi bir sınıfa sokmanın ne derece zor olduğu anlaşılır. Buna rağmen dünyamızdaki sağlık sistemlerini belli başlı üç grupta altı ayrı tip olarak sınıflandırabiliriz. (Tablo-1):

GRUP-I: Sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri

Tip-1: Özel sigorta ağırlıklı  
Tip-2: Sosyal sigorta ağırlıklı

GRUP-II: Devlet ağırlıklı sağlık sistemleri

Tip-3: Ulusal sağlık sistemleri  
Tip-4: Sosyalist sağlık sistemleri

GRUP-III: Diğer sağlık sistemleri

Tip-5: Karmaşık yapıdaki sistem  
Tip-6: İlkel sağlık sistemleri

### GRUP-I: SİGORTA AĞIRLIKLIL SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bu tip sağlık sistemlerinde sigortacılık sistemin belkemiğini oluşturur. Dünya nüfusunun yaklaşık %20'sini oluşturan yirmiden fazla ülkede uygulanmaktadır. Tümü sanayileşmiş olan bu gruptaki ülkelerin çoğu Batı Avrupa'da bulunmaktadır<sup>8,9</sup>.

#### Tip-1: Özel Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemleri

En tipik örneği ABD'dir. Sağlık hizmetleri bir tüketim meddesi olarak kabul edilir. Finansman kişilerden toplanan özel sağlık primleri ile sağlanır. Kar etme amacı ile çalışan özel sigorta şirketleri kişi ile yaptığı anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti verir. Yüksek prim ödeyen daha çok olanaktan yararlanırken, asgari prim ödeyen en alt düzeyde sağlık hizmeti alabilir. Sigorta her hastalığı kapsamaz. Polişe düzenlenirken kişinin sağlık durumuna göre primler yüksek tutulabilir. Riskin paylaşımı kuralı uygulanır ve uzun sürebilecek tedavilerde giderlerin tamamını sigorta karşılamaz. Özellikle ilaç giderleri de belli bir fiyatın üzerini sigortalı karşılar. Çoğunluğunu özel sigortaların oluşturduğu (yaklaşık %75) ABD'de sistem herkesi kapsamaz. Yani vatandaşların tümüne sağlık güvencesi sağlamaz. Bunun yanı sıra devletin finanse ettiği, yoksul ve yaşlıların bir kısmını kapsayan sosyal sigorta kurumları da vardır. Fakat %5-10 arasında değişen oldukça düşük oranlardadır. Hükümet politikaları sistemi (özel sigortaları)

	GRUP-I SİGORTA AĞIRLIKLILIKLI		GRUP-II DEVLET AĞIRLIKLILIKLI		GRUP-III DİĞER SAĞLIK SİSTEMLERİ	
	TIP-1 ÖZEL SİGORTA AĞIRLIKLILIKLI	TIP-2 SOSYAL SİGORTA AĞIRLIKLILIKLI	TIP-3 ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ	TIP-4 SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİ	TIP-5 KARMAŞIK YAPIDA SAĞLIK SİSTEMİ	TIP-6 İLKEL YAPIDA SAĞLIK SİSTEMİ
GENEL TANIM	Özel sig. şirketleri çoğunlukta sosyal sig. az	Sosyal sig. ve sos. güvenlik grupları çoğ.	Kamuya dayalı sağ. sistemi var sigorta çok az	Tamamen devlet tarafından yapılmaktadır	Kısmen devlet kısmen sosyal sig. (yetersiz)	Kurulu bir sistem yok
GENEL FELSEFE	Çoğ. sağlık bir tüketim maddesi olarak görülür	Sağlık sig. ile güvenceye alınmış bir tük. mad.	Sağlık devletçe desteklenen bir tüketim maddesidir	Sağlık bir tüketim maddesi değildir	Sağlık genel. bir tüketim maddesi	Sağlık tamamen bir tüketim maddesi
KAPSAMI	Herkesi kapsamaz	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsamaz	Çok azı kapsar
FİNANS	Prim/kısmen vergi	Prim/vergi	Çoğunlukla vergi	Tamamen vergi	Vergi/prim	Özel harcama
HALKIN ÖDEMESİ	Doğrudan/ dolaylı	Çoğ. dolaylı	Dolaylı	Tam. dolaylı	Doğrudan/ dolaylı	Tam. doğrudan
OLANAKLAR (Bina vs.)	Çoğ. özel	Kamu/özel	Çoğ. kamu	Tam. kamu	Kamu/özel	Tam. özel
HÜKÜMETİN ROLÜ	Çoğ. dolaylı	Doğrudan /dolaylı	Çoğ. doğrudan	Tam. doğrudan	Doğrudan	Yok
HEKİMİN KONUMU	Özel	Özel/kamu	Özel	Tam. kamu	Kamu/özel	Tam. özel
HEKİMİN ÜCRETİ	Etkinliğe göre (yaptığı işlem)	Kişi başı/ maaş/ etkinliğe göre	Kişi başı/ maaş/ etkinliğe göre	Maaş	Maaş/etkinlik	Tam. Etkinlik
HEKİM ÖRGÜTÜ	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf/yok	Zayıf	Yok
ÜLKE ÖRNEĞİ	ABD, İSRAİL	ALMANYA, İSVEÇ, KANADA, JAPONYA	İNGİLTERE, İRLANDA, İSKOÇYA	KÜBA, SSCB (eski)	TÜRKİYE, ENDONEZYA	Yok

Tablo-I: Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması

doğrudan etkileyemez, ancak dolaylı etkileri bulunabilir. Bu ülkelerde tüm sağlık harcamaları içinde kamunun payı genellikle %50'leri geçmez (bkz. tablo-II). Hükümetin genel bütçeden yaptığı harcamalar özel sigortaların üstlendiği alanlarda olur. Bunlarda koruyucu sağlık hizmetleri ve az miktardaki sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarıdır. Hekimler ise özel hekim statüsünde olup ücretlerini yaptıkları etkinliğe göre sigortadan alırlar<sup>10, 11, 12, 13</sup>.

Bu gruba giren ülkeler ABD ve İsrail'dir.

#### TIP-2: Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemleri

İngiltere hariç Almanya, Fransa, İsveç ve benzeri diğer Batı Avrupa ülkeleri ile Kanada, Japonya gibi ülkelerde uygulanan sağlık sistemleridir. Temel özelliği kar amacını ön planda

tutmayan sosyal amaçlı sigortaların ve sosyal güvenlik kurumlarının çoğunlukta bulunmasıdır. Sigortacılık ağırlıktaki birinci gruptaki ülkelerin çoğunu bu tip ülkeler oluşturur. Fakat son zamanlarda bu ülkelerde de özel sigorta şirketleri artmaya başlamıştır. Buna rağmen sistem içerisinde özel sigortaların payı genellikle az olup ülkeden ülkeye değişen oranlarda sosyal sigortaların ve sosyal güvenlik kuruluşlarının ağırlığı vardır. ABD'den ayrılan tarafları toplam harcamalarda kamunun payının %70-90'lar arasında olması ve özel sigortaların ABD kadar gelişkin olmamasıdır. Sistemin önemli bir özelliği ise genellikle vatandaşların tümünü kapsamasıdır. Yani sağlık devlet tarafından çeşitli sigorta kurumları aracılığıyla garanti altına alınmıştır. İngiltere'den farkı ise toplam kamu harcamalarında hükümet payının (İskandinav

ülkeleri hariç) İngiltere kadar fazla olması ve sigortacılığın İngiltere'de çok az olmasıdır. Bu tip ülkelerde sağlığa ayrılan pay içerisinde hükümet harcamaları %10'lara, %80'ler arasında değişen geniş bir yelpazeye sahiptir (bkz. tablo-II). Hekimler ise genellikle özel hekim konumunda olup ücretlerini baktıkları hasta sayısına göre sigortadan alırlar<sup>14, 15, 16, 17, 18</sup>.

#### GRUP-II: DEVLET AĞIRLIKLILIK SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bu grupta yer alan ülkelerin en büyük özelliği sigortacılık uygulamalarının olmaması veya son derece az bulunmasıdır. İkinci büyük özellik ise finansmanın sağlık primleri yoluyla değil, genel vergilerden sağlanmasıdır. Bu nedenle devletin ağırlıklı desteği bulunan Tip-2'deki sosyal sigortalarla karıştırılmamalıdır.

##### TİP-3: Ulusal Sağlık Sistemleri:

İngiltere, İrlanda ve İskoçya'da görülen Ulusal Sağlık Sistemleridir. Sağlık hizmetleri devlet tarafından desteklenen bir tüketim maddesi olarak kabul edilir. Sağlıkla ilgili harcamalar, araç gereç %90 civarında hükümetçe karşılanır. Finansmandaki en büyük özellik, tamamıyla genel vergiler yoluyla yapılmasıdır. Dolayısıyla sağlığa ayrılan payın %90'ına yakını hükümet harcamaları oluşturur (bkz. tablo-II). Bu özelliği ile tip-2 ülkelerinden ayrılmaktadır. Mevcut olanakların çoğu kamundur. Ulusal sağlık sistemleri ülkedeki vatandaşların hepsini kapsar. Hekimler tek veya gruplar halinde çalışan özel hekim konumundadırlar. Hükümetin uyguladığı politikaların merkezi ve oldukça güçlü bir rolü vardır. Buna karşın hekim örgütleri de son derece güçlüdür. Ulusal sağlık sisteminin dışında özel sigortalar da bulunmaktadır. Fakat %7 gibi düşük orandadırlar<sup>19, 20, 21</sup>.

##### TİP-4: Sosyalist Ülkelerdeki Sağlık Sistemleri:

Eski SSCB, D. Almanya, Çekoslovakya, Bulgaristan ve günümüzde Küba, Çin gibi ülkelerdeki sistemdir. Sağlık hizmetleri tamamiyle devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmetidir. Ücretsiz hizmet en temel ilkelere birini oluşturur. Sistemin gereği sağlık alınıp satılan bir mal niteliğinden kurtulmuştur. Sağlık harcamalarının neredeyse %100'e yakın bir kısmı kamu harcamalarıdır ve bunun içinde hükümet payı yüksektir. Özel hekim ve özel sağlık kuruluşu olmadığından, özel harcamalar da %3-4'ü geçmez (bkz. tablo-II). Merkezsel bir örgütlenme esas olup, hükümet politikaları sistem üzerinde tam olarak etkindir. Hekimler devlet memurudur, sağlıklı ilgili tüm olanaklar kamuya aittir. Hekim örgütlerinin hükümet üzerine etki gücü ise zayıftır. Özel sigorta kurumları yoktur. Bununla birlikte bazı ülkelerde sosyal sigortalar bulunabilir<sup>22, 23, 24</sup>.

#### GRUP-III: DİĞER SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sistemlerinin tarihsel gelişimi içerisinde ilk zamanlar tamamıyla özel harcamalara dayanan bir durum olduğunu belirtmiştik. Daha sonraları ise kapitalist ve sosyalist ülkelerde bu ülkelere özgü sağlık sistemlerinin geliştiğini belirttik. Daha önce incelenen dört tipin dışında kalan karmaşık yapıdaki sağlık sistemlerini ve ilkel olarak adlandırabileceğimiz sistemleri ise "diğer sağlık sistemleri" başlığı altında inceleyeceğiz.

##### TİP-5: Karmaşık Yapıya Sahip Sağlık Sistemleri:

Sağlık sistemlerinde yarı sigortacılığın olduğu, yarı da devlet tarafından desteklenen sağlık örgütlenmesinin bulunduğu ülkelerdir. Yaklaşık olarak dünya nüfusunun yarısını kapsayan 100 civarındaki ülkede böyle bir yapı bulunmaktadır. Bu ülkelerin ortak özellikleri hemen hepsinin az gelişmiş olmasıdır. Sağlıkta finansmanın çoğunu devlet, genel bütçesinden sağlar. Fakat bu yeterli bir finansman değildir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının çoğu özel harcamalar olarak yapılır ve bu paranın da çoğunluğu muayenehane hekimlerine ve ilaç firmalarına gider. Bunun dışında zenginler için özel hastane ve sigortalar da bulunur. Devlet sosyal amaçlı sigortalar da kurmuştur. Fakat bu ülkelerde sağlık hizmeti genellikle yetersizdir ve vatandaşların hepsini kapsamaz. Hekim ücretleri düşüktür. Dolayısıyla hekimlerin çoğunluğu hem kamuda görevli iken hem de özel muayenehaneleri bulunur. Bu ülkelerde son zamanlarda Dünya Bankası, DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası örgütlerle finansmanın sigortaya dayalı olduğu ve hizmetin özel hekimlerden satın alındığı sistemler gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Böylece bu ülkelerde özelleştirmeler teşvik edilmekte serbest piyasa kuralları ile çalışan sağlık kuruluşları arttırılmaya çalışılmaktadır<sup>8, 9, 25</sup>.

Türkiye bu tip bir sağlık sistemine sahiptir.

##### TİP-6: İlkel Sağlık Sistemleri:

Sağlık sistemlerinin tarihsel gelişimi içerisinde var olmuş ve 19. yy. sonlarına kadar yaşamış ilk sistemleridir. Mevcut sistemler içerisinde en ilkel olanıdır. Sağlık sadece parası olanlar için satın alınabilecek bir maldır. Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu yoktur. İlkel tedavi türlerine dayalı, koruyucu hekimliğin olmadığı sistemlerdir. Günümüzde yaşayan örneği kalmamıştır<sup>6</sup>.

Şimdi buraya kadar anlattığımız tüm tipleri ayırt etmede bize son derece yardımcı olacak bir tabloya bakalım.

**TABLO-II: SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMAN KAYNAKLARINA GÖRE DAĞILIMI**

		HÜKÜMET HARCAMALARI	TOPLAM KAMU HARCAMALARI	ÖZEL HARCAMALAR
ABD*	(Tip-1)	31.0	42.7	52.7
FRANSA*	(Tip-2)	7.0	76.0	22.6
B. ALMANYA*	(Tip-2)	14.6	76.1	17.8
İSVEÇ*	(Tip-2)	78.5	91.6	8.4
İNGİLTERE*	(Tip-3)	87.3	92.3	7.0
SSCB (eski)#	(Tip-4)	77.1	96.3	3.7
TÜRKİYE &	(Tip-5)	34.1	51.0	49.0

\* 3 nolu k.

# 22 nolu k.

& 26 nolu k.

Tablodan da görüldüğü gibi sigortaya dayalı sağlık sistemlerinde kamunun payı %90'lara kadar çıkabilmektedir. Fakat buna rağmen hükümet harcamaları Ulusal Sağlık Sistemlerindeki kadar yüksek değildir. Sosyalist Sistemlerde ise fark kamunun payının çok yüksek, özel harcama payının ise çok düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo-II de gösterilen ülkelerin bazı ekonomik göstergeleri ise şöyledir.

**TABLO-III SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDEKİ EKONOMİK GÖSTERGE**

		Kişi Başına GSMH (\$)(1989 yılı)*	Enflasyon oranı (%) (1980-89)*	GSMH' dan sağlığa ay. pay (%) (1987)#
ABD	(Tip-1)	20.910	4	11.2
FRANSA	(Tip-2)	17.820	7	8.6
B. ALMANYA	(Tip-2)	20.440	3	8.2
İSVEÇ	(Tip-2)	21.570	7	9.0
İNGİLTERE	(Tip-3)	14.610	6	6.1
SSCB (Eski)	(Tip-4)	4.550	?	4.6 &
TÜRKİYE	(Tip-5)	1.370	41	3.0

\* 27 nolu k.

# 28 nolu k.

\$ 29 nolu k.(1984 yılı)

Tablodan da görüldüğü gibi Tip-1, Tip-2 ve Tip-3 ülkeleri sağlığa en çok pay ayrılan ve kişi başına milli geliri en fazla olan ülkelerdir. Aynı ülkelerdeki bazı sağlık düzeyi göstergeleri de Tablo IV'te verilmiştir.

**TABLO-IV SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDEKİ SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ**

		BÖH* (binde) (1990)	5YKÖÖ* (binde) (1990)	ANA OH* (yüzbin.) (1990)	Doğumda yaşam bek.* (yıl) (1990)	1000 kişiy düşen yatak# (1987)
ABD	(Tip-1)	9	11	8	76	5
FRANSA	(Tip-2)	8	9	9	76	11
B. ALMANYA	(Tip-2)	7	9	?	75	11
İSVEÇ	(Tip-2)	6	7	5	77	13
İNGİLTERE	(Tip-3)	8	9	8	76	7
SSCB (Eski)	(Tip-4)	23	31	21	71	13 &
TÜRKİYE	(Tip-5)	69	80	150	65	2

\* 27 nolu k.

# 28 nolu k.

& 29 nolu k. (1986 yılı)

Tablo-III ve IV'te görüldüğü gibi ABD sağlığa en çok para harcayan ülke olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri Tip-2 ve Tip-3 ülkelerden daha iyi değildir.

Türkiye'de ise 1991 yılı rakamlarına göre yataklı tedavi kurumlarının yaklaşık %95'i kamuya (Sağlık Bakanlığı, SSK, Milli Savunma Bakanlığı, Tıp Fakülteleri vs.), %3.1'i ise özel sektöre aittir<sup>26</sup>. 1987 yılı itibari ile sağlık hizmetlerinin toplam finansmanındaysa devletin payı %34.1 (genel bütçeden) olarak gerçekleşirken, %16.9 sigortalar aracılığıyla toplanan primler (çoğu SSK primleri) ve geri kalan %49.0 ise kişilerin ceplerinden yaptıkları direkt harcamalardır<sup>26</sup>.

Görüldüğü gibi sağlık harcamalarında Türkiye'de devletin ve toplam kamu payının azlığı, doğrudan yapılan harcamaların fazlalığı vardır. Olanakların çoğu kamuya aittir ve hükümetin merkezi bir rolü bulunmaktadır.

Sigortalarda ise sosyal sigortalar (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) ağırlıklı olup özel sigortalar gelişmemiştir. 1989 yılı itibari ile ülkemizde 19 milyon 911 bin kişi (nüfusun %35.2'si) SSK kapsamında, 2 milyon 400 bin kişi (%4.2) ise primini ödediği için Bağ-Kur kapsamındadır. Emekli Sandığı'na bağlı memurlar ise 9 milyon 692 bin kişidir (nüfusun %17.1'i)<sup>30</sup>. Görüldüğü gibi ülkemizde sigortalı veya sigortasız olan sosyal güvenceye sahip kişi sayısı ancak %56.5'u bulmaktadır. Geri kalan %43.5'un ise sosyal güvencesi yoktur.

Türkiye'deki sağlık örgütlenmesi ve finansmanı kapsamlı bir biçimde incelemeyi

gerektiren konulardır. Bu inceleme doğaldır ki bu yazının konusu dışındadır. Bu nedenle ayrıntılı tartışma bir başka yazıya bırakılmıştır.

### KAYNAKÇA

1. Field, M. "Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz", çev. Ö. Terim *Toplum ve Hekim*, 1991; 48: 27-32
2. Belek, İ. ve diğ. "Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi" Sorun yay. İstanbul, 1992: 15, 29, 30, 34.
3. Belek, İ. ve diğ. "Kapitalizmin ekonomi politikası çerçevesinde sağlıkta finansman sorunu" *Toplum ve Hekim*, 1992;50: 14-15.
4. Whitehead, M. "Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlişkiler" çev. Maradit, H. TTB Merkez Konseyi yay. Ankara, 1992: 1, 2, 9.
5. Soyer, A. "Alma-Ata bildirgesi ve DSÖ üçüncü dünyaya alternatif önerebiliyor mu?", *Toplum ve Hekim*; 1991; 48: 61.
6. Field, M. "Success and crisis in National Health Systems", *Routledge*, 1989: 1,4, 13-22.
7. Eren, N. "Sağlık Hizmetleri, Planlanmaya ve Örgütlenmeye İlişkin Genel Yaklaşım Yöntemleri", *Ankara ve İzmir TOB*, 1977; 17: 17.
8. Dirican, R. "Toplum Hekimliği" Hatiboğlu yay. Ankara, 1990: 292-96
9. Fişek, N. "Halk sağlığına giriş" HÜTF yay. Ankara, 1983: 141-47, 195-103.
10. Soyer, A. "ABD'de sağlık krizi ve alternatif tartışmalar" *Toplum ve Hekim*, 1992; 50: 45-47.
11. ATO Halk Sağlığı Bürosu "Hastaların sırtından kapitalistleşme" *Ankara ve İzmir TOB*, 1976; 6: 45- 48.
12. Ergör, A. "ABD sağlık sistemi iyi bir örnek mi?" *Tıp Dünyası*, 1992; 8: 6.
13. Iglehart, JK. "The American health care system" *N. Engl. J. Med*, 1992; 326: (14): 962-67.
14. TC Sağlık Bakanlığı "Genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar" Ankara, 1990: 36.
15. Babaoğlu, A. "Genel sağlık sigortası modelleri: Federal Almanya-I" *Ankara TOB*, 1986; 2-3: 14-15
16. Öktem, A. "Federal Almanya'da hekim örgütlenmeleri" *Sağlık ve Toplum* 1990; 4: 57-58
17. "İsveç'te sağlık ve tıbbi bakım" *Sağlık ve Toplum*, 1990; 4: 39-43.
18. "Avrupa Topluluğu ülkelerinde sağlık hizmetleri örgütlenmesi" *Sağlık ve Toplum*, 1990; 1: 24-31.
19. Vall-Spinosa, A. "Lessons from London: The British are reforming their national health service" *Am. J. Pub. H*, 1991; 81 (12): 1566-69.
20. Iglehart, JK. "The British national health service under the conservatives" *N. Engl. J. Med*, 1983; 309:(20): 1264-68.
21. Gökçay, İ. "İngiltere'de profesyonel tıp örgütleri" *Sağlık ve Toplum*; 1990; 1: 50-51
22. Aksakoğlu, G. "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi", *Toplum ve Hekim*, 1978; 7: 17-30.
23. Aksakoğlu, G. "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi (II)", *Toplum ve Hekim*, 1978; 8: 28-37.
24. Nikelly, AG. "Health care in Cuba" *Public Health*, 1988; 102: 19-25.
25. Ardıç, F. ve diğ. "Sağlık reform paketi neyin peşinde" Sorun yay. İstanbul, 1992: 24-30
26. TC Sağlık Bakanlığı "Sağlık hizmetlerinde mevcut durum" Ankara, 1992; 66: 126.
27. Grant, JP. "Dünya çocuklarının durumu 1992" UNICEF Türkiye temsilciliği, Ajans Türk Matbaa. San. Ankara. 1992: 72, 73, 82, 83.
28. TTB Merkez Konseyi "Sağlıkta Gündem: Herkese eşit fırsat mı? Serbest piyasa egemenliği mi?" Ankara, 1992: 54.
29. "Ana Birtannica Dünya Ülkeleri 1987" Ana yay., İstanbul, 1987: 179.
30. TTB Merkez Konseyi "Sağlık hizmetlerinde finansman sorunları ve GSS yasa tasarısı" Ankara, 1991: 58.

## İNSAN HAKLARI KONUSUNDA GENEL DEĞERLENDİRME ve TTB ve TABİP ODALARI TARAFINDAN YAPILMASI GEREKENLER

### Dr. Mustafa SÜTLAŞ \*

Günümüzde sağlık ve sağlıklı olmak olgusu; sağlıklı olma halinin, hem bir birey olarak insan, hem de bu insanların biraraya gelmesi ve örgütlenmesiyle oluşan toplum için "fiziksel, ruhsal, sosyal ve politik yönlerden tam iyilik hali" olarak ele alınmaktadır.

Yine günümüzde insanların ve toplumların, hedeflenen bu "iyilik halinden" çok uzakta olduğu da bilinen bir gerçektir.

İşte yukarıda belirtilen "sağlıklı olma" hedefi ile buna "sahip olunmadığı" saptamasının geçerli olduğu bir ortamda, gerek odalarda, gerekse TTB içinde, sağlıklı olmanın unsurlarından birisi olarak görülen, insan hakları konusunda ve bu hakların ihlal edilmesine karşı çıkma temelinde kurulmuş komisyonlar, bürolar

\*İstanbul Tabip Odası, İnsan Hakları Komisyonu üyesi.