



# İSPANYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Dr. Kayıhan PALA\*

## 1. ÜLKENİN GENEL NİTELİKLERİ:

- Yüzölçümü: 504.783 km<sup>2</sup>
- Nüfusu (1991): 39.316.000
- Km<sup>2</sup>'ye düşen nüfus: 78 kişi
- Kişi başına yıllık ulusal gelir (9188): 7740 dolar
- Kaba doğum oranı (1989): Binde 12
- Kaba ölüm oranı (1989): Binde 10
- Doğal nüfus artışı (1989): Binde 2
- Bebek ölüm oranı (1989): Binde 9
- Ana ölüm oranı (1989): Yüzbinde 5
- Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi (1988): Yüzde 1
- Beş yaşından küçüklerde ölüm oranı (1990): Binde 10
- Doğumda yaşam beklentisi (1990): 77 yıl
- Erkeklerdeki yaşam beklentisinin yüzdesi olarak kadınlarda yaşam beklentisi (1990) 108.1
- Kentsel nüfus oranı (1990): yüzde 78
- Eğitilmiş sağlık personelinin gözetiminde yapılan doğum yüzdesi (1990): 96
- Gebeliği önleyici yöntem kullanan doğurganlık çağındaki kadın yüzdesi (1990): 59

## İLK ÜÇ SIRADAKİ ÖLÜM NEDENLERİ

- Dolaşım sistemi hastalıkları
- Neoplazmlar
- Solunum sistemi hastalıkları

## PERSONEL BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

### PERSONEL UNVANI

Hekim	301
Diş Hekimi	6871
Hemşire ve ebe	191

## 2. GİRİŞ

Ulusal Sağlık Sigortası, 1947 yılında Franko rejiminde özel sağlık sigortası yaptırma gücü olmayan

yoksul işçilere yardım için başlatıldı. Giderek kapsamı genişletildi ve harcamaların yüzde 75'i işverenlerden, yüzde 25'i işçilerden alınan paralarla karşılandı. Başlangıçta hükümet bütçesinden katkı yapılmadı ve bu yüzden eleştirildi. Zaten sigorta, zorunlu hastalık sigortası gibi çalışıyor, sağlığı koruma ve daha iyiye götürme çabalarıyla ilgilenmiyordu. Çalışma Bakanlığına bağlı bir kuruluş halindeydi ve sağlık bakımıyla ilgili diğer kuruluşlarla hiçbir bağlantısı yoktu. Ama işçilerin sosyal güvenlik hizmetlerini de yüklediğinden, emeklilik ücretlerini, işsizlik ödencesiyle aile yardımlarını da kapsıyordu.

1972 Reformundan sonra özerk bir kuruluş haline gelen ve adını Sosyal Güvenlik olarak değiştiren sağlık sigortası, hastane inşa etmeye ve yönetmeye ağırlık verdi. Kısa dönemde çok yataklı lüks hastanelerin yapılması ve işletilmesi gerçekleştirildi. Bu arada evde ve ayakta hasta muayene ve tedavi hizmetleri ihmal edildiği için her türlü hastalık başvuruları hastanelere yapılabildi. Büyük hastanelerin yapımında akılcı bir planlama gözetilmediğinden çoğu kez büyük kentlere gereğinden fazla hastane yapıldı. Örneğin, ülkenin en büyük iki hastanesi, Madrid'de bir caddenin her bir yanına yapılmıştır.

Ülkede halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri, tümüyle illerdeki sağlık müdürlüklerinin sorumluluğuna verilmişti. Sağlık müdürlükleri İçişleri Bakanlığına bağlı genel müdürlükçe yönetilmekte olup il sağlık konseyi ile birlikte çalışıyordu. Her il bir genel hastane, bir doğumevi, bir akıl hastanesi ile çocuklar, yaşlılar ve yoksullar için gerekli sosyal kurumları yapmak zorunda bırakılmıştı. Bu kurumlardan ücretsiz yararlanacaklar için, yoksulluklarını belirten özel bir kart düzenlenmişti. Son yıllarda genel sağlık sigortasının kapsamı çok genişletildiğinden, il sağlık konseyleri akıl hastanesi, sosyal kurumlar ve yoksulların hastaneye yatırılması işleriyle uğraşmaktadırlar.

Bunların dışında Eğitim Bakanlığı Tıp Fakülterine bağlı hastaneleri, Adalet Bakanlığı ve Milli

\* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Doktora Öğrencisi

Savunma Bakanlığı kendi mensupları için oluşturdukları hastaneleri yönetmek ve yürütmekten sorumlu kılınmıştır. Kızılhaç Kuruluşu da hemen hepsi özel hastane gibi çalışan hastaneler açmıştır. Bunların yanında özel hastaneler, dinsel ve gönüllü kuruluşların kurduğu hastaneler de tedavi hizmeti sunmuşlardır.

Yaklaşık 40 yıllık diktatörlük yönetiminden sonra 1977'de demokratik bir yönetim oluşmuş ve bu yönetimin ilk yaptığı işlerden biri, Sağlık Bakanlığını kurmak olmuştur. Bu dönemde yönetimin bölgeselleşmesi başlamış ve belirli derecede bir özerklik verilerek 17 yerel yönetim oluşturulmuştur.

Şu anda İspanya'da kamu ve özel sektör karması bir sağlık bakım sistemi vardır. Ulusal Sağlık Sigortası tüm nüfusun yüzde 90'ını kapsamaktadır. Hangi işte olursa olsun halen çalışan ve emekli olanlarla bunların ailelerini kapsayan genel sağlık sigortasına tüm maaşlı ve ücretli olanların katılması zorunludur. Genel Sağlık Sigortası, bütçesinin yüzde 70'ini işverenlerden; yüzde 20'sini çalışanlardan toplanan ödentilerle sağlar. Yüzde 10'unu da hükümet karşılar. Hastalar sadece ilaç bedelinin yüzde 30'unu ve kimi malzemelerin bedelini öderler. Yaşlılar, emekliler ve sakatlar için bu tür ödemeleri sigorta yapar.

Ulusal Sağlık Sigortasının hastaneleri ve ayakta tedavi hizmeti sunan kuruluşları vardır. Ayrıca kimi yerlerde özel anlaşmalarla diğer kurumların ve özel hastanelerin hizmetlerinden de yararlanılır. Genellikle ulusal Sağlık Sistemine bağlı ayakta ve evde tedavi sunan kuruluşlar yeterli değildir. Hastanelerde çalışan personel ya sadece maaş karşılığı, ya da belirli bir maaş ek olarak muayene kartı başına alınan ücretler toplamından oluşan maaş karşılığı çalışırlar. Muayene başına alınan ücret, her sigortalı kişiye değil her sigorta kartına göre ödenir. Bir kartı ailedeki tüm bireyler kullanılabildiğinden alınan ücret, muayene edilenler sayısına değil sigorta kartı sayısına bağlıdır. Diş çekimi dışında, diş bakımı ve akıl hastanelerinde yatış ücretleri sigorta kapsamında değildir.

Geri kalan kamu sağlık sektörü, yerel düzeyde yönetilen ve yoksullarla akıl hastalarının ayakta ve yatırılarak tedavisini üstlenen il ve belediye hastaneleriyle halk sağlığı hizmetini yürüten kuruluşlardan oluşur. Savunma Bakanlığının sağlık hizmetleri tamamen ayrı ve kendine özeldir. Bu tür kamu sektörleriyle ulusal sağlık sigortası hizmetleri arasında yeterli bir işbirliği ve destek olduğu söylenemez.

Bunlardan ayrı olarak özel muayene hekimliği ve özel hastaneler de çoğunlukla genel sağlık sigorta-

sı kapsamındaki hastalara bakmak için özel anlaşmalar yaparak varlığını sürdürmeye çalışmaktadırlar.

### 3. KAYNAKLAR :

İspanya'da gereksinimden çok fazla hekim vardır. Hemşire ve tıbbi teknisyen sayısı yetersiz, ebe ve diş hekimi sayısı çok yetersizdir. Hekimler ve diş hekimleriyle ilgili bu dengesiz durumu oluşturan iki önemli neden vardır.

a - Tıp Fakültelerine kaydolmakta herhangi bir sınırlama yoktur. Ama Diş Hekimliği Fakültelerine kayıt yaptırmak çok zordur (Fakülte sayısı az olduğundan).

b - Diş Hekimliği hizmetleri genel sağlık sigortası kapsamında değildir.

Hekim fazlalığı iyice su yüzüne çıkınca, 1979 yılından itibaren her yıl tıp fakültelerine alınacak toplam öğrenci sayısı 7320 olarak belirlendi. 1977 yılında tıp fakültelerine 19.960 öğrenci alındığı ve 1983 yılında 10.346 hekimin mezun olduğu gözönüne alınırsa bu önlemin çok yerinde olduğu kabul edilecektir. Hekimlerin yüzde 57.6'sı uzmandır. Uzman sayısını arttırmamak için, her yıl alınacak asistanlar için ayrılan kadro sayısı 1336 olarak tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerini daha etkin duruma getirmek ve ülke sağlığını geliştirmek için Sağlık Bakanlığı şu önlemleri almaktadır:

- a - Toplum hekimliği ve aile hekimliği uzmanlarının sayısını arttırmak,
- b - Halk Sağlığı Uzmanlarının sayısını arttırmak,
- c - Diş Hekimlerinin sayısını arttırmak.

1983 yılında hastane sayısı 976 olup toplam 181794 yatak vardı. Bunlardan 422'si genel hastane (113.141 yatağı var); 433'ü özel dal hastaneleri (33.380 yatağı var) ve 111'i akıl hastalıkları hastanesi (35.273 yatağı var) idi.

Hastanelerden 391 adedi (121.748 yataklı) kamu kuruluşlarına, gerisi özel sektöre aitti. Kamu kuruluşlarına ait hastanelerden 179'u (56.266 yatağı var), 1977 den sonra Sosyal Güvenlik Tıbbi Bakım Hizmetleri (İNSALUD) adı verilen genel sağlık sigortasına bağlı idi. Sigorta, hekimlerin yüzde 53'ünü istihdam ediyordu. Bu hekimlerin yüzde 66'sı birinci basamak sağlık hizmeti görevini yüklenmişti. Bu son sayı, birinci basamak sağlık hizmetine çok önem verildiğini düşündürürse de, sigortanın sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmının hastane hizmetlerine ayrıldığı unutulmamalıdır.

### 4. SAĞLIK SİSTEMİ :

1986 yılında gerçekleşen sağlık reformuna göre sağlık hizmetleri şu üç sisteme uygun olarak örgütlenmiştir.

a - Üç alt sistemden oluşan INSALUD yani genel sağlık sigortası (illerdeki sağlık konseylerine bağlı genel hastaneler ve akıl hastaneleri, yoksullar için belediyelerce yönetilen tıbbi bakım hizmetlerini kapsamaktadır.)

b - Halk sağlığı hizmetleri,

c - Özel hastaneler, klinikler ve muayenehaneleri de içeren poliklinikler.

Her sistemin kendi bağımsız yönetimi vardır ve bu yönetimler güçlü bir merkezi otorite şeklindedir.

b - INSALUD yönetimi merkezi olmaktan çıkılarak yerel hale getirilecek ve yönetsel güç yerel yönetimlerin elinde olacak,

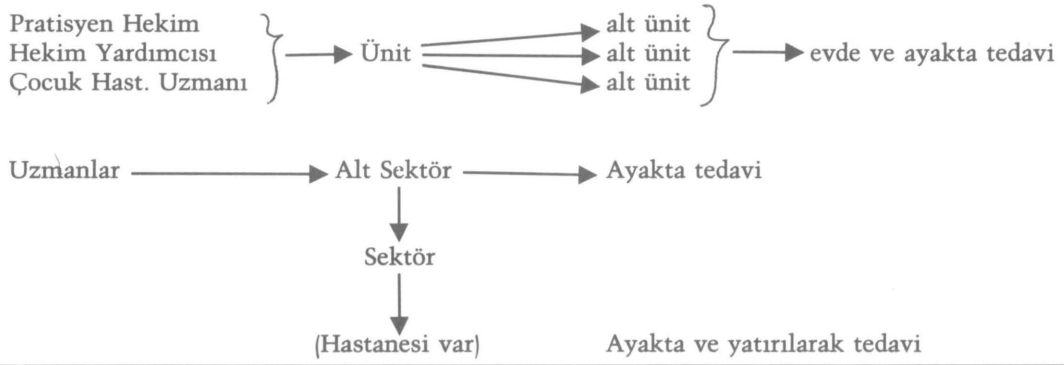
c - Yeni sistemin temelini birinci basamak sağlık hizmeti oluşturacak.

##### 5. FİNANSMAN :

Gerçek harcamayı saptamak güçtür. Ama yapılan tahminlere göre ulusal harcamaların yüzde 6.3'ü sağlık alanına yöneliktir.

INSALUD harcamaları güvenilir bir şekilde be-

##### INSALUD Örgütlenmesi Şöyledir:



Genel sağlık sigortası örgütlenmesinde her uzman, belirli sayıda pratisyen hekimin kendi uzmanlık dalıyla ilgili olarak gönderdiği hastalara bakar. Hastalar sigorta kartı ile başvururlar. Kart ya tüm aileye ya da bireye aittir. Her işçi ve işçi emeklisinin bir sigorta kartı vardır. Hekimler belirli sayıda sigorta kartına göre tayin edilir (bir kart aynı ailede birden fazla kişi için kullanılabilir). Genellikle bir pratisyen 700-1200 sigorta kartına bakar.

Uzmanların evde ve ayakta muayenesi, kesin olarak pratisyenin ya da pediatriğin havalesi ile yapılır. Herhangi bir daldaki uzman, yaklaşık 40 pratisyenin gönderdiği hastalara bakar. Endokrinoloji vb. gibi yüksek uzmanlık dallarında bu sayı daha yüksek, radyologlar için daha düşüktür.

Acil olgular dışında, ancak ünit ve alt sektör hekimlerince havale edilenler hastanelere başvurabilirler. Hastaneden taburcu edilenler, havale eden uzman veya pratisyene - izlenmeleri için - bildirilir. Hastane ve poliklinik (evde ve ayakta tedavi) hekimleri tipik olarak birbirlerinden ayrı çalışır ve bunlar arasında mesleki ilişki varlığından söz edilemez. Genel olarak INSALUD sisteminde ayakta ve evde muayene hizmetlerinin yetersiz ve niteliksiz, hastane bakımının ise iyi olduğu kanısı yaygındır.

1986 sağlık reformunun şu üç yeniliği gerçekleştirilmeye çalışıldığı bilinmektedir:

a - Kamu kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşları tek bir örgütün yönetiminde olacak,

lirledebilmektedir ve yıllık ulusal bütçenin yüzde 25.4'ü bu hizmete gitmektedir. Ama bunun içinde emekli ücretleri, işsizlik ve hastalık ödemeleriyle aile yardımları da vardır.

Sosyal Güvenlik gelirinin yüzde 70-75 kadarı işverenler, yüzde 20 kadarı çalışanlardan sağlanmakta, geri kalanı devletçe karşılanmaktadır. Devletin katkısı giderek artmakta olup 1975 de yüzde 3,8 iken 1984 de yüzde 20,4'e çıkmıştır. Diğer bir deyimle yıllık ulusal gelirin yüzde 3,4'ünün 1984 yılında sağlık harcamalarına gittiği söylenebilir.

Son yıllarda sürekli tartışılan konular, sağlık hizmetlerinde önceliğin koruyucu hizmetlere mi yoksa tedavi hizmetlerine mi, birinci basamak sağlık hizmetine mi yoksa hastane hizmetlerine mi verilmesi gerektiğidir. Bu hususlar uygulamada henüz bir çözüme ulaşmamıştır. Sağlık personelinin mesleki eğitimini daha iyi bir düzeye getirmek; halen uygulanan geleneksel sağlık sistemini yenilemek ve merkezi otoritenin gücünü bir dereceye kadar azaltarak yerel yönetimleri güçlü kılmak çabaları kısa sürede başarılı olmasa bile gelecekte gerçekleşecek gibi görünmektedir.

##### KAYNAKLAR

- WHO : Health Services in Europe (1981) 3rd Ed. Vol.: 2, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p.169-175.  
 Saturno, P.J. (1988): Spain, In: The International Handbook of Health Care Systems (Ed. Saltman, R.B.), Greenwood Press, New York, p.267-284.