

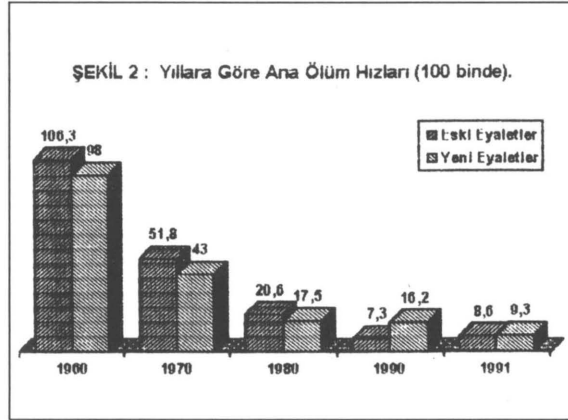


ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. M. Sarper ERDOĞAN*, Dr. Galip EKUKLU*

Federal Almanya'da geniş kapsamlı ve sosyal ağırlıklı bir sistemde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişi devletin Federal yapısıyla yakından ilgilidir. Çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Devlet, bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul eder.

"Uygarlık hastalıkları", tüm gelişmiş sanayi ülkeleri gibi Almanya'nın da en önemli sağlık sorunudur. Doğuşta beklenen ortalama yaşam süresi artmış, bu da sağlık sorunlarının profilini değiştirmiştir. Yaşlı nüfusun artmasıyla morbidite ölçütlerinde ileri yaş hastalıkları öne çıkmıştır. Ölüm olaylarının yarısı kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklardan -orantılı- ölüm oranı 1960'ta %39.8 iken 1990'da %49'a çıkmıştır. Ölüme yol açan hastalıklar arasında kanser 2. sırayı almaktadır. Kazalardan kaynaklanan ölümler ise 1960'taki %4.8'lik orandan 1990'da %3'e gerilemiştir. Tbc, kolera, difteri gibi enfeksiyon hastalıkları artık görülmezken AIDS yeni sorunlar doğurmaktadır. Almanya, sağlık düzeyi ölçütlerinde dünyanın en iyi ülkelerinden biridir. Şekil 1 ve 2, ülkedeki bebek ve ana ölümlerini sergilemektedir.



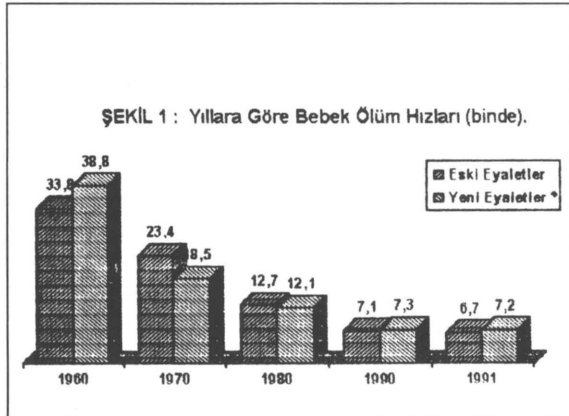
Sağlık Sisteminin Yapısı

Almanya'da sağlık hizmetleri kavramı toplumun sağlığını koruyan, geliştiren ve yeniden üreten tüm kişi ve kuruluşları kapsar. Resmi ve resmi olmayan birçok kurum bu hizmetlerin sunumunda yer alır. Resmi nitelik taşıyanlar özel görevler üstlenmiş Belediyeler, federe ve eyalet düzeyindeki tüzel kurumlardır.

Resmi hastalık sigortalarının (**Krankenkassen**) sağlık hizmetlerinde özel bir yeri vardır. Yasal yükümlülükleri, hastalık halinde sigortalıya kapsamlı koruma sağlamasıdır. Nüfusun %90'ı Krankenkasse'ye kayıtlıdır.

Bunların yanısıra, çok sayıda kamuya açık organizasyon da sağlık hizmetlerinde yer alır. İşçi sosyal yardım kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Yardım Birliği, Alman Kızılhaç'ı, Almanya Yahudi Sosyal Yardım Birliği gibi özel sosyal yardım kurumları bu gruptadırlar.

Yasal yükümlülük, sağlık hizmetlerinde eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüştür. Sağlık alanındaki önemli yetkiler anayasanın 74. maddesinde tanımlanmıştır Federal hükümet yasayı uygulama yetkisini kullanma gereği duymadığı sürece bu yetki eyaletlerindir.



* 1990'da Doğu ve Batı Almanya'nın birleşmesiyle Doğu Almanya'dan katılan eyaletler.

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi, Edirne

Federal Devlet, sağlık hizmetlerinin pekçok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır. Bu bağlamda başlıca yasalar şunlardır:

- Kamu Sağlık Sigortası Yasası
- Hekimler Yasası
- Diş Hekimleri Yasası
- Hekim, Diş Hekimi ve Eczacıların Eğitimlerini Düzenleyen Yasa
- İlaç ve Bağışıklama Hizmetleri Yasası
- Hastane Finansmanı Yasası
- Salgın Hastalıklar Yasası

Bu yasaları federe devletler düzeyinde uygulamak Eyaletlerin (= Federe Devlet) görevidir. Bunların yanında, sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen birçok eyalet yasası vardır (örn. Sağaltıcı Meslekler ve Odalar Yasası, Resmi Sağlık Hizmetleri Yasası). Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı yanında; Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa, Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı; Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yürütülmektedir.

Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'nda resmi sağlık sigortası dışında, sosyal sigortalar, sosyal tıp, işçi sağlığı, iş güvenliği ve esenlendirme (rehabilitasyon) konuları ele alınmaktadır. Doğa, Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı ise çevre kirliliği nedeniyle oluşan risklere karşı sağlığın korunması, hava, su ve toprak kirliliğinin önlenmesi, gıda maddelerinin korunması, radyasyon ve gürültüye karşı alınacak önlemlerin belirlenip uygulanması konularıyla ilgilidir. Bakanlık çatısı altında oluşturulmuş altbirimler çevre koruma çalışmalarında hükümete bilimsel ve teknik danışmanlık yapmaktadırlar. Bu altbirimler şunlardır:

- Hava, Su ve Toprak Hijyeni Enstitüsü
- Devlet Çevre Koruma Bürosu
- Devlet Radyasyondan Korunma Bürosu

Teknoloji ve Araştırma Bakanlığında, sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar üretilir. Bakanlık, "Sağlık Araştırması 2000" başlıklı hükümet programı çerçevesinde sağlık bakımı, hastalıklarla savaş ve sağlık hizmetleri konularında araştırmalar yapmaktadır. Diğer programlarda da tıp teknolojisi, çevre ve sağlık konulu araştırmalara yer verilmektedir. 1962'ye değin İçişleri Bakanlığı bünyesinde yer alan sağlık hizmetleri, bu tarihte ayrı bir bakanlık çatısı altında örgütlendi. Bakanlık, hava kirliliği, gürültüyle savaş, su ve atık su hijyeni, sağlığın korunması, radyasyondan korunma, gıda ve ilaç tüketicilerinin korunması gibi sağlık sorunlarını da içeren sağlık hizmetlerinden sorumluydu. 1969'da bakanlıkların sayısı azaltıldı ve Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Genç-

lik Bakanlığı birleştirildi. 1989'da kadın hakları da Bakanlığın bünyesine alınarak Gençlik, Kadın, Aile ve Sağlık Bakanlığı adını aldı. 1991'de ayrı bir Sağlık Bakanlığı kuruldu ve Yürütme, Finansman ve Eğitim bölümleri aynı çatı altında toplandı. Bu Bakanlık 5 ayrı bölümden oluşmaktadır:

- Kısaca Z adı verilen Merkezi Yönetim Bölümü.
- Sağlık Anayasası, Planlama ve Uluslararası İlişkiler Bölümü (Bölüm 1),
- Sağlık Bakımı ve Hastalık Sigortası Bölümü (Bölüm 2),
- Sağlık Bakımı, Hastalıkla Savaş Bölümü (Bölüm 3),
- Tüketicinin Korunması ve Veteriner Hekimlik Bölümü (Bölüm 4).

Bu düzenleme ile sağlık hizmeti sunumunda yeni bir adım atıldı. Bunu, kişilerin kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk alması gibi önlemlerin izlemesi planlanıyor.

Sağlık mesleklerinde eğitim ögesi yanında kronik hastalıklarla savaş, 3. Bölümün başlıca sorumlulukları arasında yer alıyor. Burada özellikle bulaşıcı hastalıklar, madde bağımlılığı ve genetik teknoloji konularına özel önem verilmektedir.

4. Bölümün ana görevleri, sağlıklı ve dengeli beslenme konularında halkın aydınlatılması ve gıda maddelerinin denetimi yoluyla tüketicinin korunmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 4 ana enstitü aşağıdaki şemada gösterilmektedir.



Federal Sağlık Makamlarınca Kurulmuş Enstitülerin görevleri şunlardır:

- İlaç güvenliği ve tüketiciyi koruma, çevre ve radyasyon güvenliği, tıp ve veteriner hekimlikte araştırmalar yapmak,
- İlaç ve bağışıklama, bağımlılık, yeşili koruma, kimyasal maddeler ve gen tekniği yasalarının uygulanması,
- Federal hükümete, diğer ulusal karar organlarına, Avrupa Birliği ve diğer uluslararası organlara bilimsel danışmanlık hizmetleri vermek.

Köln'deki **Federal Sağlık Eğitimi Merkezi**, (BZGA) pratik sağlık eğitimi ve açıklamalarıyla toplumun

sağlıklı kılınması ve korunmasından sorumludur. Sağlık politikaları üretimi için temel yasaları ve ilkeleri belirlemeye çalışmaktadır. Bu alanda çalışan personelin eğitilmesi ve giderek uzmanlaştırılması yanında sağlık eğitimi mesajlarını hedef kitlelere ulaştırmak için gerekli donanımı sağlamak ve önlemleri almak bu birimin görevleri arasındadır. Merkez, ek olarak 1992'de çıkarılan Gebe ve Aileye Yardım Yasası'yla bu alandaki sorumluluğu da üstlenmiştir. Böylece cinsel eğitim, gebelikten korunma ve aile planlaması, görevleri arasına girmiştir. Bu noktada Aile ve Yaşlılar Bakanlığı ile yetkileri çakışmaktadır.

Paul Ehrlich Serum ve Aşı Enstitüsü (Frankfurt), serum ve bağışıklama ürünlerinin denetimi, ruhsatlandırılması ve korunmasından sorumludur.

Köln'deki **Alman Tıbbi Dökümantasyon ve İnfomasyon Enstitüsü**, tıp ve biyolojik bilimler literatürünü izlemek, değerlendirmek ve yaygınlaştırmakla yükümlüdür.

★ ★ ★

Federal Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığı'na sağlığın desteklenmesi ve korunmaları konularında danışmanlık hizmetleri vermektedir.

Eyalet Sağlık Bakanlıkları, Eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Sağlıktan sorumlu Eyalet Bakanları ve senatörleri yasaları uygular, yasa tasarıları hazırlar, altbirimleri, sağlık meslek Odalarını ve hastanelerin planlama ve yatırım işlemlerini denetlerler. Eyaletler, sağlık alanındaki çalışmalarını Sağlık Bakanları Konferansı (GMK) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları Konferansları (ASMK) aracılığı ile koordine ederler. Bu Konferanslar Eyaletler ve yerel hükümetler düzeyinde izlenecek sağlık politikalarına ışık tutmak üzere sorunları belirler ve önerilerde bulunurlar. Kararları bağlayıcı değildir.

Belirli yükümlülüklerin yerine getirilmesi için, eyaletler toplumsal örgütler oluşturmuşlardır. Bu yolla halkın sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütümü ve denetimi süreçlerine katılımı sağlanmaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinde eğitim ve uzmanlaşmayı geliştirmek için, kuzey Eyaletleri Düsseldorf'ta, güney Eyaletleri ise Münih'te birer **Halk Sağlığı Akademisi** kurmuşlardır. Sorunların bilimsel araştırmalarla saptanması, hizmetlerin planlanması süreçlerinde görüşmelere, Münih Akademisi'nde eyaletlerin resmi sağlık hizmetleri temsilcileri de katılmaktadırlar. Her 2 Akademi, yeni Eyaletlerin kamu hekimleri için sürdürdükleri eğitim programlarıyla bilgi-beceri alanında standartlaşma çabaları için dedirler.

Hekim ve eczacıların eğitimi çerçevesinde, yazılı sınavların hazırlanması ve değerlendirilmesi, eyaletlerce, Tıp ve Farmakoloji Sınav Soruları Enstitüsü'ne (IMMP) verilmiştir.

Eyalet Sağlık Konseyleri, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein Eyalet Sağlık Bakanlıklarına danışmanlık hizmeti vermektedirler.

Belirli yönetim bölgelerine ayrılmış federal eyaletlerde, yönetim lideri en yüksek sağlık makamıdır ve sağlık sorunlarını sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri üstlenen tıbbi bölümlere dağıtır. Örn. bağımlılık ve salgınla savaş bölümleri gibi. Yönetim bölgelerine ayrılmamış eyaletlerde bu görevleri direkt ilgili bakanlıkların sağlık bölümleri üstlenmiştir.

Resmi Sağlık Hizmetleri

Önemli kamusal sağlık hizmetleri resmi sağlık kurumlarınca verilir. Resmi sağlık kurumları eyaletlerde farklı düzenlemlerde görev yapar.

- Eyalet Bakanlıklarının sağlık bölümleri,
- Yönetim bölgesine sahip eyaletlerde tıbbi bölümler
- Hinterlandı (Kreis) olan ve olmayan şehirlerin sağlık büroları.

Bu bölümlerin görevleri şunlardır:

- Bulaşıcı hastalıklarla savaş korunma.
- Hava, su ve toprak hijyeni.
- Sağlık hizmeti veren kurumların denetimi.
- Halka açık yerlerin kontrolü.
- Gıda maddeleri, ilaç ve toksik madde denetimi.
- Sağlıkla ilgili tüm mesleklerin denetimi.
- Sağlık açıklamaları ve sağlık eğitimi.
- Okul sağlığı.
- Ana ve çocuk sağlığı.

Zihin özürülüler, bakıma muhtaçlar ile tbc ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalananlara dönük sağlık hizmeti, resmi raporlar, sertifikalar ve ruhsatların düzenlenmesi, toplum sağlığı için anlamlı olabilecek verilerin toplanması ve değerlendirilmesi bu birimlerin belli başlı diğer görevleridir.

Birinci Basamak sağlık hizmetleri Almanya'da 524 birim tarafından yürütülmektedir. Geçen 100 yıl içerisinde büyük kentler, sağlık hizmetlerini donanımlı merkezi kurumlardan yerel sağlık örgütlerine taşımışlardır. Birinci Basamak sağlık birimlerinin başında kalifiye bir hekim bulunmaktadır. Onun yanında birimin büyüklüğüne göre yardımcı hekimler ve diş hekimleri, sosyal çalışmacı ve psikologlar, sağlık mühendisleri, röntgen ve laboratuvar asistanı ve dezenfeksiyoncular bulunmaktadır.

Sağlık Meslek Grupları

Çağdaş sağlık hizmetlerinin tüm ülkeyi kapsamı amaçlanmaktadır. Bu da ancak çok sayıda nitelikli elemanla mümkündür. Teknoloji yeni yeni uzmanlık alanları doğurmakta, yeni meslekler oluşturmaktadır. Bir milyon insan doğrudan sağlık hizmetlerinde yer almakta, 1,6 milyon kişi de yan sanayi kollarında (protez üreticileri, ilaç üreticileri vs) çalışmaktadır. Hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, veterinerlik akademik 4 sağlık meslek grubudur. Tıp eğitimi 6 yıl olup 1988 sonbaharından bu yana bir yıllık ücretli internlik dönemiyle sonlanmaktadır (Arzt im Praktikum).

Birçok hekim uzmanlaşmayı seçmektedir. Genel Tıp Uzmanlığı yanısıra 40'a ulaşan tıbbi uzmanlık alanı vardır. Almanya, dünyada hekim yoğunluğunun en fazla olduğu ülkelerden biridir. Eski eyaletlerde görevdeki sözleşmeli hekim sayısı 1960'tan 1992'ye 74 486'dan 209 255'e çıkmıştır. 1960'ta 705 kişiye bir hekim düşmekteyken bugün bu oran 1/310'dur. Yeni eyaletlerde 1992'de 42 622 hekim vardır ve 369 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu eyaletlerde özel muayenelerde 1992 sonu itibarıyla 16 526 hekim Kasa hekimliği yapmaktadır.

1960'ta 32 509 diş hekimi varken, 1992'de 44 499'a çıkmıştır. Yeni eyaletlerde 1992'de 11 843 diş hekimi vardır ve diş hekimi yoğunluğu bu eyaletlerde 1/1328 iken, eski eyaletlerde 1/1457'dir. Diş hekimliği eğitimi beş yıl sürer. Uzmanlık alanları çene ortopedisi, ağız cerrahisi ve kurum diş hekimliğidir.

1960'ta eski eyaletlerde 15 803 eczacı varken 1992'de 38 441'e çıkmıştır. Eczacıların birçoğu eczanelerde çalışırken bir kısmı ilaç sanayinde çalışmaktadır. Yeni eyaletlerde 3 928 eczacı vardır. Eczacılık eğitimi 4 yıl sürmektedir ve bir eczanede bir yıllık pratik eğitimle sonlanmaktadır. Eğitim, Avrupa Birliği standartlarında yürütülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde veterinerlerin yeri daha çok bulaşıcı hastalıklarla savaş ve gıda maddelerinin kontrolü ile ilgilidir. 3 614'ü yeni eyaletlerde olmak üzere 17 296 veteriner hekim vardır. Eğitim 5 yıl sürmektedir ve bazı alanlarda uzmanlaşma olanaklıdır.

Akademik eğitime dayalı sağlık mesleklerinin yanında, tanımlanmış bir eğitimi olmayan, doğal yollarla sağaltım konularında yetişmiş ve ilgili birimlerce yapılan sınavla görevlendirilen 14 000 sağlık personeli vardır (Heil-praktiker).

Yardımcı sağlık personeli eğitimi meslek okullarında verilmektedir. Bu grup, sağlık personeli içinde önemli yer tutmaktadır ve hasta bakımı ile ilgilenenler en büyük grubu oluşturmaktadır. Hemşireler, has-

tabakıcılar, çocuk hemşireleri liseden sonra 3 yıl eğitilirler. Hastabakıcı yardımcısı (masöz ve masörlere, hasta jimnastikçileri ve ebeler) için eğitim 1 yıldır. Bu meslek grupları, hastanelerde, hekim ve diş hekim muayenehanelerinde ve eczanelerde çalışmaktadır. Serbest çalışanları da vardır. Tablo 1'de sayısal bir döküm sunulmaktadır.

Tablo 1 : Mesleklere Göre Sağlık Çalışanları Dağılımı (1991)

Meslek Grupları	Eski Eyaletler	Yeni Eyaletler
Hekim	202 020	42 218
Diş Hekimi	43 135	11 837
Eczacı	37 550	4 057
Veteriner	13 682	3 614
Masör(z), hasta jimnastikçisi vb.	114 000	12 189
Hemşire, hastabakıcı ve ebe	708 000	116 659
Hasta bakımında yard. personel	122 000	18 039
Diyetisyen ve eczacı yardımcısı	36 000	16 384
Laboratuvar teknisyeni	109 000	23 801

Sosyal Sigorta Ağı

Almanya'da devlet, vatandaşları için kapsamlı olmayan bir sosyal sigorta hizmeti oluşturmuştur. Bu hizmetler yaşlılara ve ihmal edilen insanlara yönelik ve hastalık, iş kazası, mental fonksiyon yitimi, işgöremezlik ve işsizlik durumunda bu kişileri sigorta kapsamına alır. Finansman büyük ölçüde işçi ve işveren ödentileri ile sağlanmaktadır. Bu uygulama, resmi sağlık sigortalarının yürütülmektedir. Hastalık, kaza, işsizlik ve emeklilik sigortası dalları özerk yönetim biçiminde çalışmakta ancak son kararlarında yasa hükümlerine bağlı kalmaktadırlar.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, geliri, sosyal konumuna ve yaşadığı yere bakılmaksızın bütün vatandaşlara tanınmış bir haktır. 1.1.1991'den itibaren Almanya yeni eyaletlerdeki sigortalıların da dahil edildiği, fonksiyonel, denenmiş, uluslararası planda da tanınmış bir sağlık sigorta sistemi sunmaktadır. Sosyal sigortalıların en eskisi olarak hastalık sigortaları dikkati çekmektedir. Sağlık hizmetleri Almanya'da dayanışma ve yardımlaşma ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkenin güçlü bir yansıması özerk yönetimlerdir. Alman sağlık sisteminde devletin görevi bütün katılımcılar için gerekli yasal düzenlemeyi yapmak ve hizmetlerin çevrevesini çizmektir. Resmi hastalık sigortalarında 1992'de 1 111'i eski eyaletlerde olmak üzere 1 221 hastalık kasası vardır. Yeni eyaletlerde 1992'ye kadar 113 hastalık kasası kurulmuştur. Bunların bir kısmı tamamen yeni kurularken, bir kısmı eski eyaletlerdeki hastalık kasalarının etki alanlarını yeni eyaletlere doğru genişletmesiyle oluşmuştur. Kasalar, bölge, işletme, esnaf

kasaları ve yedek kasalar olarak sınıflanmaktadır. Çiftçiler çiftçi hastalık kasalarında, denizciler deniz hastalık kasalarında, maden işçileri Alman Madencilik Birliği'nde sigortalanmışlardır. Bunun yanında memur ve işçiler için Almanya'da 14 yedek kasa vardır. Sigortalılar, Sosyal Yasa'nın 5. kitabı hükümlerine uygun davranan kasalardan hizmet alırken herhangi bir ödeme yapmazlar. Hizmeti sunanlara ödemeyi kasalar yapar.

Resmi Hastalık Kasalarının İşlevleri

- Sağlık hizmetlerinin verilmesinde sağlık bakımı ve belirli hastalıkların erken tanısı için önlem almak: Sağlık danışmanlığı, kanser taramaları, sağlıklı toplumda check-up, çocuklarda erken tanı muayeneleri, kişi ve topluma dönük infeksiyon hastalıklarından korunma, gençlerde ve çocuklarda diş hastalıkları gibi.
- Hekimlik ve dişhekimliği hizmetleri,
- Destekleyici ve sağaltıcı gereçlerin sağlanması,
- Hastane hizmetleri,
- Sürekli bakım gereksinimlere yardım,
- Evde bakım hizmetleri, ev işleri yardımı,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Anne ve gebe bakımı,
- Yapay dölleme hizmetleri.

Hekimlik ve dişhekimliği hizmetlerinde sigortalı sözleşmeli hekimlerden istediğini seçebilir. Hastane hizmetleri, tüm tanı ve tedavi işlemlerini, yemek ve konaklama hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerin yanında resmi sigortalar finansal destek hizmetleri de sunarlar.

Hastalık Ödentisi : İşveren, hastalığın yol açtığı işgöremezlik durumunda ilk 6 hafta için ücret

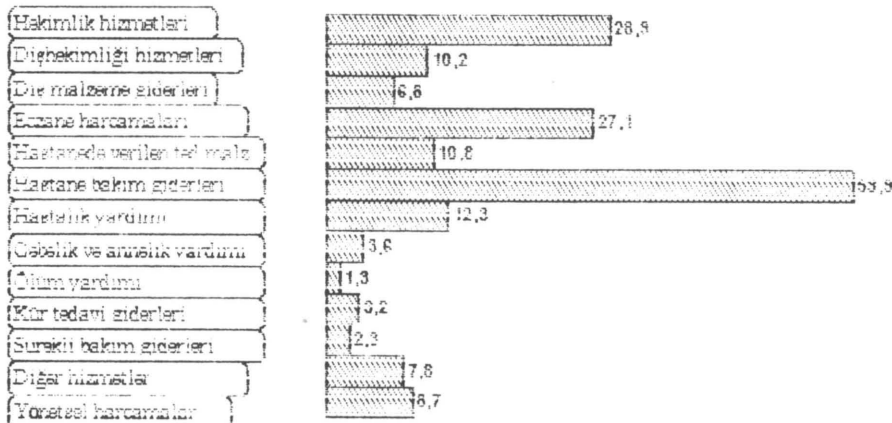
ödemesini üstlenir. 6 haftanın bitiminde veya ücret ödemeleri için herhangi bir istek gelmezse Kasa, son alınan ücretin %80'ini 3 yıl içinde (en fazla 78 haftada) bu hastalık için öder. Ayrıca sigortalılar, yılda 10 işgününe kadar hasta çocukları için hastalık parası alırlar (ana ya da babadan yalnızca birisince yetiştirilen çocuklar için 20 işgünü). Bu ödemelere ayrıca tedavi ve yol giderleri de eklenir.

Resmi sigortalar 1992'de eski eyaletlerde 168 milyar marklık harcama yapmışlardır. Bunun, 8,7 milyar DM'ı yönetsel harcamalardır. Harcamaların yaklaşık 1/3'ünü hastane giderleri oluşturmaktadır. Resmi sigortaların finansmanı esas olarak toplanan primlerden, az bir kısmı da devlet desteği ile sağlanmaktadır. 1992 yılı harcama profili Şekil 3'te sunulmaktadır.

Kasalar prim bedellerini kendileri belirlerler. Prim miktarını her kasanın finansman gereksinimi belirler 1992'de prim ödentileri ortalama olarak temel gelirin %12,7'sini oluşturuyordu. Yeni eyaletlerde ise %12,5'lik bir oran vardır. Sigortalıların eşleri ve çocukları sigorta kapsamına giren bir iş sahibi olmadıkça veya belli bir gelir elde etmedikçe ayrıca prim ödemeden sigortalanmış sayılırlar. Emeklilerin kendi kasalarında üyelikleri sürer ve aynı sigorta hizmetlerini almaya devam ederler.

Sağlıklı olmanın bir bedeli vardır ancak harcamalar halkın ekonomik gücünü ve tek tek bireylerin ödeme kapasitelerini aşmamalıdır. Vatandaşlar ödeyebilecekleri oranda bir prim karşılığında sağlık hizmetlerini sürekli alabileceklerini bilmelidirler. Sigorta sistemi yalnızca Almanya'da değil tüm dünyada finanse edilebilirliğini sürdürme sorunuyla karşıyadır. Yüz yıllık geçmişinde sigorta hizmetleri 1988'e dek ciddi bir reformdan geçmemiştir. Ekonomik

Şekil 3 : Resmi Sağlık Sigortalılarının Eski Eyaletlerdeki Harcamaları (1992, Milyar DM).



Resmi emeklilik sigortasının görevi ise hastalık veya zihinsel işlev yitimi ile oluşmuş işgöremezlik durumunu rehabilite edici önlemlerle azaltmak veya eski durumuna dönmesini sağlamaktır. Böylece sigortalının işgöremezlik durumu ortadan kaldırılmaya çalışılır. Bu amaçla emeklilik sigortaları 1992'de 878 802 adet yataklı kür uygulanmış ve 49 191 olguya 7.3 Milyar DM'lık bir harcama yapılmıştır. Her şeye karşın geri döndürülemez işgöremezlik durumunda sigortalı, resmi emeklilik sigortalarından yaşam boyu maaş alır.

Resmi ve özel sigortaların harcamaları tüm sağlık harcamalarının yalnızca bir bölümüdür. 1991'de sağlığa 379 milyar DM harcandı. Bu da toplam ulusal gelirin %10'udur. Kişi başına düşen sağlık harcaması 4 721 DM'tır. Esas olarak sağlık harcamaları resmi sigortalıdır. 1991'deki sağlık harcamalarının neredeyse yarısı (%48'i) resmi sigorta harcamalarıdır. İşveren (%16.3) ve genel bütçe (%13.6) ikinci büyük ödeme grubunu oluştururlar. Genel bütçeden hastaneler, resmi sağlık hizmetleri, sağlık alanında araştırma ve geliştirme çalışmaları, sağlık bakımı ve mesleki rehabilitasyona kaynak sayılır. İşverenler hastalık, annelik, işyeri hekimliği, hizmetleri ve erken emeklilik için ödemeler yapar. Kalan harcamalar oransal olarak, özel sigortalı %5.7, resmi emeklilik sigortası %6.4, resmi kaza sigortası %3.0 ve özel bütçe %9.5 düzeyindedir.

SAĞLIK BAKIMI:

1. Ayakta Bakım : Ayakta tıbbi bakım ağırlıklı olarak sözleşmeli hekim ve diş hekimlerince yürütülür. Görevli hekimler ve diş hekimleri kendi muayenehanelerinde ya da polikliniklerde çalışırlar. 1993 başından bu yana sözleşmeli hekim bir başka hekim istihdam edebilmektedir. Nüfusun %90'ı sigortalı olduğundan hekim ve diş hekimlerinin çoğu sigortayla anlaşmayı seçerler. 1992'de eski eyaletlerde 77 276 sözleşmeli hekim ve 35 427 sözleşmeli diş hekimini özel muayenehanelerinde çalıştırmaktaydı. Yeni eyaletlerde 1992'de 16 526 sözleşmeli hekim, 10 137 sözleşmeli diş hekimini görevliydi. Harcama-

lardan hekimler de sorumludur. Her hekim, kazandığı 1 DM için 4 DM'lık bir harcamaya neden olmaktadır. "Çok hekim çok sağlık demek değil ama kesinlikle çok harcama demektir." Sağlık Yapı Yasasıyla 1999'dan itibaren hekim ve diş hekimleri sayısı gereksinime göre kısıtlanacaktır. Ayrıca hekimler için 68 yaş, çalışma yaşı için üst sınır olacaktır. Hekim dağılımına ilişkin kimi bilgiler Şekil 5'tedir.

Genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütüyorlar. Genel pratisyenler genellikle tüm aileyi muayene ettiklerinden kendilerine aile hekimleri veya ev hekimleri deniyor. Aile hekimliği hizmetlerinin niteliğini artırmak için 1994 başından itibaren hekimler genel pratisyenlik için 3 yıllık bir uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra sigortayla anlaşabiliyorlar.

Uzman müdahalesi ya da özel tanı ve muayene yöntemleri gerektiren hastaları genel pratisyen bir uzman veya hastaneye sevk edebilir. Almanya'da hekimler arasında uzmanlaşmaya eğilim artmıştır. 1991'de eski eyaletlerde uzman hekim oranı %63'ü buluyordu.

Hekimlerin muayenehaneleri de yıllar içinde değişti. Tek hekimli muayenehanelerin yerini çok hekimli muayenehaneler aldı. Grup muayenehaneler (**grup pratiği**) adı verilen klinikler şu biçimde sınıflandırılabilir:

— **Toplum kliniği** adı verilen muayenehanelerde ekonomik ortaklık kuran iki veya daha fazla hekim Kasa ile ortaklık adına tek bir anlaşma yapar.

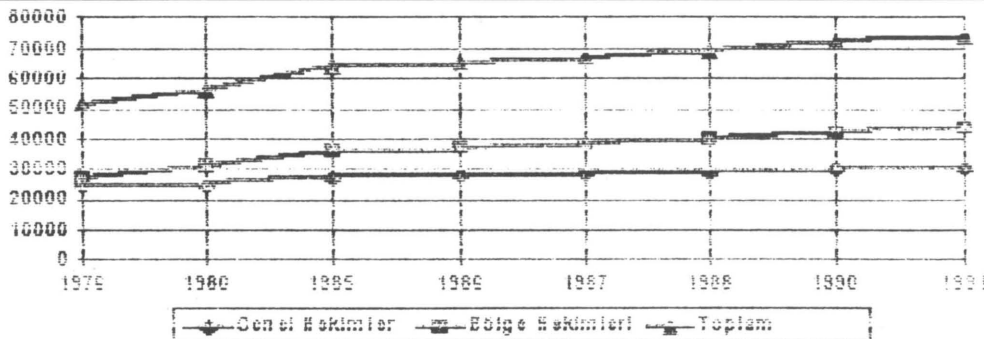
— **Klinik birliği** adı verilen muayenehanelerde ya muayene odası ortaklık, ya da bekleme salonları ortaklık.

— **Donanım ortaklığı**nda, tanıya veya sağaltıma dönük aygıtları ortak kullanmaktadırlar.

— **Laboratuvar ortaklığı.**

— **Praksis klinik;** muayenehane ortaklığı anlamında olup, yataklı sağaltım olanaklarını da içerir.

Şekil 5 : Eski Eyaletlerde Sözleşme Tipine Göre Hekim Dağılımı (1976-1991).



Hekimlerin uzmanlık alanlarına ilişkin bazı bilgiler Tablo 2'dedir.

Bölge hekimleri sayısının sürekli artması, ilerleyen teknoloji, ayakta sağaltım hizmetlerinde git-tikçe artan tanı ve sağaltım aygıtlarının kullanımına neden olmuştur. Eski eyaletlerdeki muayenehanelerin tıbbi-teknik donanımı çok yüksek standartlara erişmiştir. Yeni eyaletlerdeki gelişme trendi de bunu izlemektedir. Resmi sigortalı hasta sözleşmeli hekim ve diş hekimi seçme hakkına sahiptir.

3 aylık dönemler (Quartal) boyunca hasta, hastalık kartını (Krankenschein) verdiği doktora bağlıdır. Hekim bu hastayı başka bir hekime, özellikle bir uzman hekime sevk edebilir. Hasta geçerli sayılabilecek nedenlerle bir Quartal içinde hekimini değiştirebilir. Kural olarak acil olgularda genel pratisyen gece ve gündüz ulaşılabilir olmak zorundadır. Hafta sonlarında ve tatil günlerinde tüm Almanya'da acil hekimlik ve diş hekimliği hizmetleri verilmektedir. Acil hekimlerine telefon veya telsizle ulaşılabilir. Müdahaleden sonra acil hekimleri kısa hekimlerini bilgilendirirler ve ileri incelemelerin onlar tarafından yapılmasını isteyebilirler. Sigortalı ilk muayenede hastalık kartını hekime verir. Quartal içinde kartların dökümü Kasa Hekimleri Birliği'nce yapılır. En geç 1995 başından itibaren hastalık kartları hastalık sigorta kartlarıyla yer değiştirecektir. Verilerin gizliliği gerekçesiyle bu "akıllı kartlar" (chip ya da smart card) üzerinde hastalık kartındaki bilgiler bulunmayacaktır. Özel sigortalı ise yaptığı harcamayı belgeleyen faturayı sağlık sigorta şirketine belirtir ve harcama tutarı kendisine geri ödenir.

Tablo 2 : Eski Eyaletlerde Sözleşmeli Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı (1991)

Uzmanlık Alanı	Hekim Sayısı
Göz Hastalıkları	3 551
Genel Cerrahi	1 907
Kadın Hastalıkları ve Doğum	6 548
KBB	2 558
Deri Hastalıkları	2 030
İç Hastalıkları	11 231
Çocuk Hastalıkları	3 603
Laboratuvar Hekimliği	392
Nöroloji ve Psikiyatri	3 916
Ortopedi	3 261
Radyoloji	1 343
Üroloji	1 648
Diğer	1 604
Bölge Hekimliği	43 592
Genel Hekimlik / Pratisyen Hekimlik	30 471
Toplam	74 063

Kasa Hekimleri Birliği : Kasa hekimleri ve diş hekimleri birliği, hekim ve diş hekimlerinin kendi yönetim birlikleridir. Vizite bedellerinin hesaplanması yanında, bölge içi sağlık istemini belirlemek de görevleri arasındadır. Böylece ekonomik ve iyi hesaplanmış bir sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. Sürekli artan hekim sayısı gereksinimi aşan düzeyde ayakta sağaltım sunulma durumuna gelmiştir. Çok az alanda bölgesel olarak yetersiz hizmetten söz edilmektedir. Bu nedenle 1999'dan itibaren sözleşmeli hekim sayısına sınırlama getirilecektir.

Meslek Odaları : Her hekim bir bölgesel tabip odasının üyesidir. Yasal düzlemde oluşturulmuş bu meslek örgütlerinin görevleri; hekimlik ve diş hekimliği hizmetlerinin niteliğini artırmak amacıyla mezuniyet sonrası eğitim, mesleki yükümlülüklerin yerine getirilmesinin sağlanması, sağlık personelinin gözetilmesi, yasa tasarıları için görüş bildirme ve hükümetler için rapor hazırlamadır.

2. Yataklı Sağaltım Hizmetleri

Hastane hizmetleri, yataklı sağaltım, ameliyat öncesi veya sonrası yataklı bakım ve ayakta cerrahi girişimler şeklinde düzenlenmiştir. Sağlık Yapı Yasasıyla operasyon öncesi ve sonrası hastanede konaklama tıbben gerekli süre ile sınırlandırılmıştır. Her sigortalı, hastalığı gerektirirse kasanın onayladığı bir hastanede yataklı sağaltıma alınır. Hastalar ancak bir kasa hekiminin sevk ile veya ivedi girişim gerektiren koşullarda hastaneye başvurabilirler. 1991'de 247'si uzun süreli yataklı sağaltım gereken hastalara hizmet veren 2 411 hastane ve 1 181 rehabilitasyon ve bakım hizmeti veren kurum vardı. Kalan 2 164 genel hastanede ortalama yatış süresi 14.6 gün (Batıda 14.3, Doğuda 16.1), uzun süreli yataklı sağaltım gerektiren hastalara hizmetin verildiği diğer hastanelerde ise bu süre 80.4 gündür (Batıda 76.1, Doğuda 109.9 gün; bkz Tablo 3).

Tablo 3 : Genel ve Diğer Hastanelerde Ortalama Yatış Süresi (1991)

	Genel	Diğer
Eski Eyaletler	14.3	76.1
Yeni Eyaletler	16.1	109.9
Almanya Ortalaması	14.6	80.4

Eyaletler arasında yatak sayısı bakımından Almanlara göre "büyük" farklılıklar vardır. Örn. Hesen'de 1991 yılı için 10 bin kişiye 113.5 yatak düşerken, Schleswig-Holstein'da bu sayı 103.8'dir. Almanya ortalaması ise eski eyaletlerde 1992 yılı için

10 bin kişiye 100.9 yataktır. İşletilme esaslarına göre hastaneler, resmi, özel, dernek ve vakıf hastaneleri olmak üzere 3 grupta incelenirler.

Resmi hastaneler; belediyeler, devlet ve eyaletlerce işletilirler. Bu grup Almanya'nın toplam yatak sayısının %61'ini oluştururlar.

Özel hastaneler; toplam yatak sayısının %4'ünü oluştururlar.

Dernek ve Vakıf Hastaneleri : Kiliselerin veya halka açık derneklerin hastaneleridir. Örn. Kızıllaç hastaneleri. Toplam yatak sayısının %34'ünü oluştururlar.

1989'da yeni eyaletlerde 539 hastanenin 163 305 yatağı vardı. Bu durum 1991 sonunda 389 hastane ve 142 871 yatak şeklinde değişmiştir. Bunların %85'i resmi hastaneler, %14'ü dinsel kurumların hastaneleridir. Yeni eyaletlerde hastaneler süratle özelleştirilmektedir. Yılda 2.5 milyon hasta muayene edilmekte ve 1991 yılı için yatak işgal oranı %74.3 ve ortalama yatış süresi 17.7 gündür. Yataklı sağaltım hizmetlerini hızla iyileştirmek için devlet, eyaletlere bir toplum programı çerçevesinde finansman sağlayacağını açıklamıştır. 1995'ten 2004'e değin yıllık 100 milyon DM ayrılacaktır. Eyaletler de aynı miktar parayı ayıracaklar ve sigorta şirketleri projenin finansmanına katkıda bulunacaklardır.

1975'ten 1991'e genel hastane hekimlerinin sayısı %41.4 oranında artmıştır. Hastanede kadrolu çalışan hekimlerin (Belegaerzte) yanı sıra, hastaneleri salt operasyonlar ve yataklı sağaltım için kullanan "bölge hekimleri" (Gebietsaerzte) de vardır. 1991'de hastanelerde çalışan tüm hekimlerin %7'si Belegaerzt idi. Bu hekim grubu daha çok küçük ve orta boy hastanelerde çalışmaktadır. 1992'de toplam 389 511 yardımcı sağlık personeli genel hastanelerde çalışmaktaydı. 1992'den sonra 26 000 yeni yardımcı sağlık personeli kadrosu açılmıştır.

Çağdaş tıbbi yöntemlerin gelişimine bağlı olarak hastanelerde teknik aygıt kullanımını artmış ve bu aygıtların korunması için yasal düzenlemeler getirilmiştir: Tıbbi aygıtlarla ilgili düzenleme (Med GV), röntgen ışın düzenlemesi (RÖV) ve sabit montajı gereken aygıtlar için Avrupa Birliği'nin getirdiği düzenlemeler ve eski "Kazadan Korunma Yasası" yeniden düzenlenerek "Tıbbi Ürün Yasası" adıyla Alman hukuk sistemine dahil edilmiştir. Bu yasaların korunması ve uygulanabilmesi için hastanelerde tıbbi-teknik bölümlere mühendisler ve teknikerler atanmıştır.

3. Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri

Zihinsel özürülüler ve yaşlılara dönüktür. Almanya'da yaklaşık 1,2 milyon insan mental işlev yitiği ya da yaşlılık nedeniyle bakıma muhtaçtır ve bunların yaklaşık %80'i ev ortamında yaşamaktadır. Eğer evde bakılamayacak duruma gelirse yataklı kuruma alınmaları zorunludur. 700'ü yeni eyaletlerde olmak üzere yaşlılar ve zihinsel özürülüler için yataklı sağaltım ve bakım hizmeti sunan 4 500 kurum vardır. Bu kurumda çalışan yetişmiş hemşireler bakım ve yardım gerektiren kişileri evlerinde de ziyaret ederler. Aile hekimi (Hausarzt) tarafından düzenlenen bakım hizmetleri için gereken harcamayı hastalık sigorta şirketleri üstlenir. Ayakta sağaltım ve bakım hizmetlerinin yeterli olmadığı yerlerde yataklı sağaltım kurumları devreye girer. Yaşlılar yurdunda kendi kendine yetebilen, ancak bazı koşullarda yardıma gereksinim duyan yaşlılar kalabilirler. Bakımevleri ise ağır ve sürekli bakım gerektiren insanlar için yapılmıştır. 1992'de 10 bin yataklı kurumda 776 558 kişi yaşıyordu. Yeni eyaletlerde yaşlılar ve zihinsel özürülüler bakım kurumları devletten para yardımı alıyorlardı. Bu işletmeler günümüzde sosyal yardım dernekleri, vakıflar ve özel girişimcilerin elindedir. Konaklama için ödemeleri kişi kendisi yapar. Resmi kurumlarda çok az bir ücretle konaklama olanaklıdır. 1989 başında yürürlüğe giren bir yasayla ileri bakım gerektiren beyin özürülülere yönelik hizmetler de sigorta kapsamına alınmıştır. Evde bakım hizmet programı, temel bakım ve ev ekonomisiyle ilgili her ay 1'er saatlik 25 seansı içermektedir. Toplam harcama aylık 750 DM ile sınırlıdır. Bakım uygun bir ortam ve yeterli koşullarda yapılabilecekse sigorta bunun için 750 DM yerine aylık 400 DM'lik ödeme yapmaktadır. Bakım personeli izin veya başka gerekçelerle hizmet veremeyecekse hastalık sigortası uygun ortam ve yeterli koşullar sağlanmak kaydıyla yıl içinde en fazla 4 hafta için 1 800 DM ödeme yapmaktadır. Sigortanın sağlayacağı hizmetlerden yararlanabilmek için beyin özürülülüğünün saptanmasından en az 36 ay önce sigortalanmış olmak gereklidir. İlgili yasa 1986 başında yürürlüğe girmiştir.

Eczacılık Hizmetleri

İlaç trafiğinin denetim ve düzenlenmesi İlaç Enstitüsü ve eyaletlerin denetim makamlarınca yapılır. İlaçlar satış kurallarına göre 4'e ayrılırlar:

- Serbest satılan ilaçlar: Eczaneler dışında da tek tek satılabilirler (OTC ilaçlar).
- Eczanede satılması zorunlu ilaçlar: Eczanede satılabilen ancak doktor reçetesi gerektirmeyen ilaçlardır.

— Eczanede yalnızca doktor reçetesiyle verilebilen ilaçlar.

— Yalnızca eczanelerde satılabilen, özel bir şekilde reçete edilebilen ve sınırlı miktarlarda bulunurulan psitotrop ilaçlar.

Son yıllarda eczane sayısının sürekli artması nedeniyle, eczane başına düşen insan sayısı 1960'a göre %50 azalmıştır. Eczane başına düşen nüfus 1960'ta 6 316 iken, 1992'de 3 590 olmuştur. Eski Doğu Almanya'da 2 000 resmi eczane vardı ve eczane başına ortalama 8 000 kişi düşmekteydi. Şimdilerde yeni eyaletlerde özelleşmenin ardından 2 300 özel eczane faaliyettedir ve eczane başına 7 200 kişi düşmektedir. Eczacılar da diğer sağlık meslek grupları gibi Odalarda örgütlenmektedir. Odaların yanında gönüllülük zemininde Eczacılar Birlikleri de kurulmuş olup, bu Birlikler Odalardan farklı olarak eczacıların ekonomik sorunları ile ilgilenmektedir. Örn. eczacıların kasalarla yaptıkları sözleşmelerde taraftır. En tepedeki örgütleri ise eyaletlerdeki Odaların birleşmesiyle oluşturulmuş Alman Eczacılar Birliği'dir (ABDA).

İlaç dağıtım şirketleri ilaç endüstrisinin ürettiği ilaçları eczanelere taşır. Eczanelerle ilaç endüstrisi arasında aracı olan dağıtımçı firmalar 1960'ta 156 taneyken, 1993'te dağıtım 20 büyük firma tarafından yapılmaktadır (tekelleşme). Bu 20 firma çok geniş ilaç spektrumuna sahiptir ve eczanelerin ilaç gereksinimlerini günlük karşıladıklarından eczanede olmayan ilaç müşteriye birkaç saat içinde ulaştırılabilir.

Almanya'da ilaç endüstrisi, çok önemli bir sektördür. 1992'de eski eyaletlerde 31,2 milyar DM'lik ilaç üretimi yapılmıştır. Yeni eyaletlerde ise bu rakam 1,35 milyar DM'tir. İlaç üreticilerinin sayısının 1 100 dolayında olduğu tahmin edilmektedir. Bunların çoğu Alman İlaç Endüstrisi Birliği (BPI) üyesidir.

Alman İlaç Üreticileri Uzmanlık Birliğinin 280'i düzenli olmak üzere 360 üyesi vardır. Daha çok, kişinin kendi kendine kullanabildiği (Over The Counter = OTC) ilaçlar üretmektedirler.

Almanya, dünyanın en çok ilaç dışsatımı yapan ülkelerinden biridir. Tüm ilaç üretiminin %39,3'ü dış ülkelere satılmaktadır. Dünyada sağaltımda yeni kullanılmaya başlanan (1961-90 arası) ilaçların %13'ü Almanya tarafından üretilmiştir. Bu da Alman ilaç firmalarının araştırma çalışmalarına verdiği önemi gösterir. 1990'da Alman İlaç Endüstrisi Birliği üyeleri tarafından araştırma ve geliştirme çalışmalarına 3,829 milyar DM harcanmıştır. Almanya'da 5.100'ü doğal ilaçlar olmak üzere değişik adlarla yaklaşık 36 000 ilaç üretilmektedir.

Resmi sigortalar 1992'de eski eyaletlerde ilaçlar için 27 milyar mark harcamışlardır. Sigortanın ödediği bedel dışında hasta, ilaç giderlerine derecelendirilmiş bir oranda katılmak zorundadır. Bunun yanında sigorta kapsamına girmeyen ilaçlar da vardır. Özel sigortalar, sigortalıyla yapılan anlaşmalar çerçevesinde daha kapsamlı reçeteleri de ödeyebilmektedir.

1976'da çıkarılan İlaç Yasası ile, yeni ilaca alınacak ruhsat için, ilacın niteliği, etkisi ve güvenilirliğini ortaya koyan belgelerle Alman İlaçlar Enstitüsü'ne başvurma zorunluluğu getirilmiştir. Enstitü, eski ilaçların da bilimsel ölçülerde hazırlanmasını ve yasanın gereklerinin yerine getirilmesini sağlar. İlaç kaynaklı yeni riskler saptanırsa, Enstitü ilaç güvenlik önlemlerini yeniden düzenler. İlacın üretiminden tüketiciye giden yol üzerindeki her şey Alman makamlarınca izlenmekte ve denetlenmektedir. İlaçlardan kaynaklanan olumsuz etkileri doktorlar ve eczacılar ilaç komisyonlarına, ilaç endüstrisi de Alman İlaçlar Enstitüsü'ne rapor etmek zorundadırlar. Alman İlaç Endüstrisi Birliği üyeleri, ilaç güvenliği ile ilgili uyarıları, üzerinde kırmızı bir el bulunan dikkat çekici zarflar içinde doktor ve eczacılara göndermekle yükümlüdür.

Sağlık Eğitimi

Almanya'da koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü halkın sağlık eğitimi ve kitlelere mesajlara ayrılmıştır. Herkes kendi sağlığını korumakla yükümlüdür. Sağlık eğitiminde devlet, eyalet ve belediyelerce sorumluluğu paylaşılmış, iç içe geçmiş bir sistem vardır. Sağlık Bakanlığı ve eyalet düzeyinde en yüksek sağlık makamları sağlık eğitiminden sorumludur. Bakanlığa bağlı Devlet Sağlık Eğitim Merkezi (BZgA) sağlık eğitimini üstlenmiştir. Buradan kalkarak bazı eyaletlerde Sağlık Eğitim ve Çalışma Merkezleri kurulmuştur. Okullardaki sağlık eğitimini ise, Eğitim Bakanlığı ve eyaletlerin sağlık eğitimini üstlenmiştir. Resmi olmayan düzenlemede çatı örgütü Alman Ulusal Sağlık Derneği ve Alman Halkının Sağlığını Koruma Merkezi'dir. Sağlık Bakanlığının bu kurumlara finansal desteği vardır. Eyaletler ve devletin sağlık eğitimi alanındaki ortak çalışması, Devlet Sağlık Eğitimi Merkezi'nin kuruluşunda yer alan sağlık eğitimi uzmanlarından oluşan bir komisyon tarafından yürütülmektedir. Danışmanlığı yürüten bu komisyon, Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlıkla ilgili bakanlıkların, eyaletlerin eğitim bakanlıklarının temsilcileri ve Eyaletler Eğitim Bakanları Konferansı'nın sekreteryasından oluşmaktadır. Resmi hastalık sigortaları, resmi emeklilik sigortaları, resmi kaza sigortaları ve özel hastalık sigortaları sağlık eğitimini desteklerler.

Bu konu 5. Sosyal Yasa kitabınının 20. bölümünde yasal hükme bağlanmıştır.

Almanya'da sağlık eğitim hizmetleri; medya, broşürler, sergiler, filmler, kurs ve danışmanlık programları aracılığıyla yürütülmektedir. Bu hizmetler şunlardır.

- Gebelik, doğum, yenidoğan ve çocukluk dönemlerinde sağlığın desteklenmesi (promosyonu),
- Sağlığa yönelik tehlikelerin erken tanısı ve sağlığı destekleyen yaşam biçiminin yerleştirilmesi için okul sağlık eğitimi,
- Sağlığa zarar veren yaşam biçimlerinin değiştirilmesinin sağlanması,
- Hastalıklarla savaşmada kronik hastalara, zihin özürlülere ve onların yakınlarına yardımcıdır.

Bu hizmetlerin yanında yeni yeni ağırlık verilen korunma alanları da vardır. İlaç kötü kullanımıyla savaş, yakın geçmişte güçlendirilmiştir. Eyalet ve devlet-hükümet başkanlarınca 1990 yılında, ortaklaşa oluşturulan psikoaktif maddelerle savaş planı temelinde yeni koruyucu önlemler alınmış ve bu maddelerin yalnızca sağaltımda kullanımına ilişkin bir yapı ve işleyiş oluşturulmuştur. Bir diğer konu da son yıllarda ağırlık verilen AIDS eğitimidir.

Devletçe alınan başlıca erken tanı önlemleri, anelik bakımı, kanser erken tanısı, çocuklarda erken tanı, sağlık danışma hizmetleri ve sağlıklılara check-up'tır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sigortalı anneler hekimce izlenme ve ebe yardımı alma hakkına sahiptir. Gebe, doktorundan 10 antenatal muayenin tarih ve sonuçlarının işleneceği bir "anne karnesi" alır. Çocuklar, bedensel ve ruhsal gelişimlerini bozabilecek hastalıkların erken tanısının yapılabilmesi için 6. yaşlarını doldurana dek kontrolden geçerler. Erken tanı programında doğumdan 6. yaşın sonuna dek 9 kez hekim muayenesi yer almaktadır. 1989'da Sağlık Reform Yasası ile zihinsel özürlüler ve zihinsel özürlülük riski altında olan çocuklar konusunda uzmanlaşmış pediatrik merkezler açılmış ve yaygınlaştırılarak ulaşılabilirlikleri artırılmıştır. 12 yaşa değin çocuklara, anaokulları ve okulların işbirliği ile Kasalar, diş bakımı hizmetleri sunmaktadır. 6-20 yaş arası gençler bir yılda 2 kez diş muayenesi yaptırma hakkına sahiptir.

35. yaştan itibaren tüm sigortalılar her iki yılda bir check-up yaptırma olanağına sahiptirler. Özellikle kalp-dolaşım sistemi hastalıkları, böbrek bozuklukları ve DM gibi hastalıkları ortaya çıkarmaya yönelik muayeneler yanında laboratuvar incelemeleri (kolesterol, glikoz, üre, kreatinin ve idrarda protein,

glikoz, nitrit ve hematüri araştırılması) da yapılmaktadır.

Sigortalılar, erkekler 40. yaştan, kadınlar da 20. yaştan sonra olmak üzere kanser erken tanısı için yılda bir kez muayene edilirler.

Sağlığın Korunması : Enfeksiyon tehlikelerinden ve çevre kaynaklı risklerden insan sağlığını koruma çalışmaları Almanya'da eski bir gelenektir. Çok önceleri Alman hijyenciler hava, su ve toprak kirliliğiyle ortaya çıkabilecek tehlikelere dikkat çekmişler, ölçüm yöntemleri geliştirmişlerdir. Zararlı çevre etmenlerini azaltma, onlardan korunma ve çevre denetimi için temel ilkeler belirlemişlerdir. Bugün birçok yasa sağlığı tehdit eden maddelerin üretimini ve çevre koruma çalışmalarını düzenlemektedir. Resmî ve özel çok sayıda kurum bu yasaların uygulanmasını denetlemektedir. Sağlık korumasının önemli alanları, iş güvenliği, çevre koruma ve gıda denetimi alanlarıdır.

- Çalışanları meslek hastalıkları ve iş kazalarından koruma,
- Havadaki gazların, buharların ve tozların zarar veren düzeylerinin azaltılmasının sağlanması,
- Çalışanları gürültüden koruma,
- Koruyucu giysilerin sağlanması.

Teknik araçlar düzenli olarak denetlenmekte ve onlardan kaynaklanabilecek sağlığa yönelik riskler için önlem alınmaktadır. Radyoaktif maddelerle çalışılan işyerlerinde işçiler sürekli uzman hekimlerin izlemi altındadırlar.

Yeni teknolojilerin ortaya çıkması ve beraberinde işyeri koşullarının sürekli değişmesi, sosyal iş güvenliği konusunun önemini giderek artırmaktadır. Sosyal iş güvenliği öncelikle korunma gerektiren kişileri kapsamaktadır. Buna göre:

- Çocuklar çalıştırılmazlar.
- 1976'daki Çalışan Gençleri Koruma Yasası ile gençlerin işe girişte ve bir yıl sonrasında muayenelerini zorunlu kılmaktadır. Gerektiğinde tamamlayıcı muayenelerin de yaptırılması yasal bir zorunluluktur. Aynı yasaya göre gençler fiziksel kapasitelerini aşan işlerde çalıştırılmazlar.
- Kadın işçiler doğum öncesi 6, doğum sonrası 8 ay çalıştırılmazlar. Anne adaylarına gebelik muayeneleri için ve annelere doğum sonrası çocuk bakımı için gerekli izin verilmelidir.
- Çalışma sürelerinin ve ek çalışma saatlerinin denetimi sosyal iş güvenliği kapsamındadır.

Yasaların uygulanması, resmi işletme gözlemcileri, yasal meslek kuruluşları ve işveren ile işçi örgütleri tarafından sağlanır. Bu bağlamda izlenen yöntem, habersiz yapılan denetlemelerdir.

İşyeri hekimliği üst düzeyde uzmanlaşmayı gerektirir. Bu hekimler, işyeri hekimliği merkezlerinde, işyerlerinde veya ek iş olarak, işyeri hekimliği yapabilirler. İşyerlerindeki veya işle ilgili kazalarda 1971'de 4 871 ölüm görülmüşken 1991'de bu sayı 2 226'ya düşmüştür. Bu, önemli oranda iş güvenliğinin bir başarısıdır.

Sağlığı tehdit eden çevre etmenlerinin denetimi, iyonlaştırıcı olan ve olmayan ışınlar ve gürültüden korunmak üzere emisyon ve imisyon değerlerini saptamak Alman hükümetinin çevre politikasıdır. Bunların yanında, tehlikeli özelliklere sahip maddelerin tanımlanması, sınıflanması, sınırlanması veya yasaklanması da bu ürünler piyasaya sürülmeden önce yapılan çevre politikası çalışmalarıdır.

Tüketicinin Korunması : Tüketici kendisine sunulan gıda maddelerinin sağlığını tehdit etmeyeceğini bilmelidir. Bunu sağlamak devletin bir görevidir. 1974'de çıkarılan Gıda ve Tüketim Maddeleri Yasasıyla, sağlıklı besin için temel ilkeler ve besin maddeleri korunma koşulları ortaya konmuştur. Bu konuda getirilen yasaklar şöyle özetlenebilir:

- Sağlığa zarar verebilecek gıda maddelerinin üretimi ve dağıtımı,
- Gıda maddelerini morötesi ve iyonlaştırıcı ışınlarla işlemek,
- Hayvansal gıdaların üretim aşamasında veteriner hekimlerce belirtilen sürelerle uymamak,
- Gıda maddelerinde sağlıkla ilgili propoganda yapmak.

Besinlerde kullanılan ek maddeler izne bağlıdır. Besin içerisindeki ek maddeler paketin üzerinde etiketle ayrıca belirtilmelidir. Gıda maddelerinin denetimi eyaletlerin görevidir. Bu kontrolü hekim, kimyager ve veterinerden oluşan bir kurul yapar.

Araştırma ve Geliştirme (AR-GE)

28 tıp ve 24 dişhekimliği fakültesi tıp ve yan dallarında yaptıkları araştırmalarda devlet ve özel kurumlarla işbirliği halindedir. İşbirliği içindeki, üniversite dışı resmi ve resmi olmayan önde gelen 19 kuruluştan bazıları Klinik Biyomedikal Araştırma Birliği'ne üyedir. Sağlık Bakanlığı bu AR-GE çalışmalarını sağlık bakımı, hastalıkla savaş, hastalık sigortası ve tüketiciyi koruma alanlarında destekler.

Alman Sağlık Bakanlığı ve Araştırma ve Teknoloji Bakanlığı'nın ortaklaşa yürüttükleri "**Sağlık Araştırması 2000**" programında klinik ve biyomedikal araştırmalar önceliklidir. Programın ağırlık noktaları;

- Sağlık bakımı • Sağlığın korunması
- Hastalıkla savaş • Sağlık hizmetlerini geliştirmedir.

İşyerindeki sağlığa zararlı etkenlerden korunmaya dönük "iş ve teknik" ve sağlıklı çevre oluşturmak amacıyla yürütülen "çevre araştırması ve çevre teknolojisi" konulu programlar önem verilen çalışmalar arasındadır. Büyük oranda Alman İlaç Enstitüsü tarafından desteklenen ilaç araştırmaları için ilaç endüstrisi 1990 yılında 3,8 milyar DM harcamıştır.

Uluslararası Çalışmalar

Almanya DSÖ'nün üyesidir ve birçok etkinliğe katılır. DSÖ'ye en çok yıllık prim ödeyen 4 ülkeden biridir. 1991'de DSÖ bütçesinin %9.18'ine denk düşen 29 milyon Dolar ödeme yapmıştır. Hemen tamamen bütün yönetici kurullarda yer alır. Ülkede sağlığın geliştirilmesi için bilimsel deneyimlerini DSÖ'deki uluslararası platforma taşıyan 37 ortak çalışma merkezi vardır. Almanya, Lion'daki Uluslararası Kanseri Araştırma Merkezinin 16 üyesinden biridir. 1965'te aralarında Almanya'nın da bulunduğu 5 üyeyle kurulan bu merkez, bugün kanser etyolojisi ve korunma alanlarında önemli araştırmalar yapmaktadır. Almanya 1977'deki "**2000 Yılında Herkese Sağlık**" konferansında ve 1980'deki DSÖ Avrupa kolu ülkelerinin oluşturduğu "**Sağlık 2000**" konulu programda yer almıştır. Bu programlar doğrultusunda "**Temel Sağlık Hizmetleri ve Koruyucu Tıp**"ın geliştirilmesi Almanya'nın hedeflerindedir. ILO üyesi olarak Almanya ve iş işçi sağlığı için uluslararası zeminde görüş bildirmektedir.

Almanya Avrupa Birliği ortak sağlık politikasına da aktif olarak katılmaktadır. Başta gelen etkinlikleri arasında üye ülkelerin yüksek bir sağlık düzeyine ulaştırılmasının da yer aldığı AB projesi vardır. Ek olarak "**Avrupa Kansere Karşı!**", "**Avrupa Karnesi**", "**Toksikoloji Programı**", "**AIDS, Alkol ve Uyuşturucu Bağımlılığına Karşı Savaşmada İşbirliği**" gibi ortak programlarda da yer almaktadır. Almanya; Macaristan-Polonya ve Bağımsız Devletler Topluluğu-Çin ikilileri ile ayrı ayrı üçlü sağlık sözleşmelerine imza atmıştır.

Teşekkür : Gerekli düzeltmeleri yaparak makaleye son biçimini veren Doç. Dr. Ahmet SALTİK'a katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Aufgaben und Organization, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn Dezember 1993.
- Die Gesetzliche Krankenversicherung Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1993.
- Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachverständigenrat für die Kennzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1994, Kurzfassung Bonn 1994.
- Gesundheit in Deutschland, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn November 1993.
- Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, December 1992.
- Tatsachen über Deutschland, Societats-Verlag Frankfurt/Main, November 1992.