

# ALMANYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Erman KAYA  
Aydın YILMAZ  
Emrah KEKLİK  
Ahmet DEMEZ

A. ERDAL SARGUTAN

**ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	142
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	143
I.1. Coğrafya	143
I.2. Tarih	144
I.3. Toplum Yapısı	145
I.4. Yönetmel Yapı	145
I.5. Ekonomi	146
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	148
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	148
II.2. Sağlık Yapısı	149
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapı	152
II.3.1. Federal Düzey (Land) Merkezi Yönetim	154
II.3.2. Federal Sağlık Bakanlığı	154
II.3.3. Federe (Lander) Düzey Yerinden Yönetim	155
II.3.4. Devlete Ait Olmayan Birlikler Düzeyi	155
II.3.4.1. Sunucular/Arz	155
II.3.4.2. Satın Alıcılar/Talep	155
II.3.4.3. Meslek Odaları.	156
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	156
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	156
II.4.2. İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	157
II.5 Sosyal Güvence Sistemi	158
II.6 İlaç Sektörü	158
II.7 Sağlık Teknolojisi	161
II.8. Sağlık İnsangucu	162
II.9. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları	163
II.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı	163
II.9.1.1. Zorunlu Sağlık Sigortası	164
II.9.1.2. Diğer Sosyal Sigortalar	164
II.9.1.3. Özel Sağlık Sigortaları	164
II.9.1.4. Doğrudan Ödemeler	164
II.9.2. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı	165
II.9.2.1. Toplam Sağlık Harcamaları.	167
II.10 Sağlık Reformu ve Devam Eden Projeler	168
<b>III. ALMANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	169
<b>KAYNAKLAR</b>	172

## ÖZET

Endüstrileşmiş ve zengin bir ülke olan Almanya'nın sağlık sistemi örnek alınacak bir seviyededir. Sağlık sistemi köklü bir geçmişe sahiptir. Dünya sağlık sistemleri içerisinde öncü bir rol oynayan ve Bismarck Modeli olarak adlandırılan hastalık sigorta fonu sistemini geliştirmiştir. Bu yapıyla Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemleri içine girmektedir ve bu tipe modellik etmektedir.

Almanya'da sağlık güvencesi 'sağlık (hastalık)', 'uzun süreli bakım' ve 'özel' sigortaları kapsar. Hizmet talebinde büyük oranda, işçi ve işverenin ödediği primlere dayanan zorunlu sağlık (ve sosyal) sigortası uygulanır. Almanya'daki sigorta sisteminde, sigorta kapsamına giren kişiler, gelirleri ile orantılı olarak sağlık sigortası primi öderler, işveren de çalışanlar adına sigorta primi öder. Bunların yanı sıra, hazineden ayrılan az miktardaki pay, halkın ödediği dolaylı bazı vergiler ve doğrudan ödemeler de sistemin finansal kaynaklarını oluşturur. Güçsüzler için kamu kaynaklı prim alınır. Kamu desteği yüksektir. Halkın % 99'u, 1.000 kadar sigortanın kapsamındadır. Geliri iyi olanlar sosyal sigorta kapsamına girmeyebilir. Ancak özel sigorta da olsa bir sigortaya bağlı olmak zorunludur.

Alman sağlık sistemi Federal (Land) Merkezi Hükümet düzeyi (Federal Sağlık Bakanlığı) ve Federe (Lander) Eyalet düzeyinde biçimlenmiş olup, federal ve eyalet çapında çeşitli bakanlıklar, görevliler ve sağlık birimleri yer alır. Sağlık hizmeti sunumundan sorumlu olan hekim ve diş hekimi birlikleri, sağlık harcamalarındaki talep kısmının finansmanını oluşturan hastalık fonu ve sağlık sisteminin diğer elamanları bu Federal ve Federe düzey şablonu içerisinde yer almışlardır.

Almanya'da sağlık hizmetleri geleneksel olarak yerinden yönetim temeline göre örgütlenmiştir. Sistemin en belirgin özellikleri merkezi hükümet yetkilerinin federe/eyalet yönetimlerine devri, özel sektörün kamu sektörünü tamamlaması ve yetkinin kendi kendini yöneten kuruluşlar arasında dengeli bir biçimde dağılımı olmasıdır. Sistemin yapısına uygun olarak yerelleştirme günümüzde de kapsamı artırılarak sürdürülmektedir. Yerel yönetimler hastahane yatırımlarını destekler.

Ayakta tedavi hizmetlerinin hemen tamamı, sıkı bir kontrol mekanizmasına tabi olan kar amaçlı özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulurken, hastahane hizmetleri karma bir yapıdaki özel ve kamu sektörü sunucuları tarafından sunulmaktadır.

Almanya ilaç sektöründe izlediği politikalarla bugün önemli bir ilaç ihracatçısı konumunda bulunmaktadır.

Sağlık teknolojisi pazarı Avrupa'nın en büyük tıbbi teknoloji üretimine sahip olup, küresel pazarda da Amerika ve Japonya'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır.

Almanya'da yapılan sağlık harcamaları ortalama olarak GSMH'nin %10'udur ve GSMH'den sağlığa ayrılan pay dikkate alındığında Almanya, Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır.

## ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Almanya Federal Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 357.000 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 81.904.100
YÖNETİM BİÇİMİ	: Federal Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Berlin
RESMİ DİLİ	: Almanca (2/1)
DİNİ	: % 38 Protestan, % 34 Katolik, % 1,7 Müslüman, % 26,3 diğer.
PARA BİRİMİ	: Euro (EU). (1/449).

#### I.1. Coğrafya

Orta Avrupa'nın kuzeyinde gelişmiş sanayi ülkesi. Yüzölçümü 357.022 km, nüfusu (2003) 81.904.100, başkenti Berlin'dir. Kuzey-güney doğrultusunda 840 km doğu-batı doğrultusunda 620 km boyunca uzanır. Kuzeyde Danimarka, doğuda Çek Cumhuriyeti ve Polonya, güneyde İsviçre ve Avusturya, batıda Fransa, Lüksemburg, Belçika ve Hollanda olmak üzere dokuz ülkeyle komşudur. Ayrıca Baltık Denizi ile Kuzey Denizine kıyısı vardır.

Almanya toprakları tıpkı doğu ve batı komşularında olduğu gibi kuzeyden güneye doğru gidildikçe yükselir. Ülke yüzey şekilleri açısından hemen hemen eşit büyüklükte üç bölgeye ayrılmıştır. Kuzey Almanya Ovası, Orta Almanya Yükseltileri ve Güney Almanya.

Almanya toprakları kuzeydeki kıyılardan Bavyera Alplerine gidildikçe sürekli yükseldiğinden akarsular büyük çoğunlukla kuzeye doğru akar. Bunlar Ren, Ems, Weser ve Elbe ırmaklarına katılarak Kuzey Denizine, Tuna, Karadeniz'e dökülür.

Almanya'da görece az göl vardır ve çoğu Buzul Çağı sonrasında kuzeydoğudaki ovaluklerde oluşmuş sığ göllerdir.

Almanya'nın ekilebilir bütün alanları tarıma açılmıştır. Bunların ancak küçük bir bölümü çok verimli topraklarla kaplıdır. Kuzey Almanya Ovasındaki topraklar büyük ölçüde kumlu ve killidir. Börde olarak bilinen verimli alanlar löslü toprakla kaplıdır.

İklim genel olarak ılımandır. Aşırı sıcak yazlar ve uzun süreli, şiddetli don olayının görüldüğü kışlar enderdir. Ayrıca yağışlar düzenli ve boldur. Buna karşılık Atlas Okyanusu üzerinden gelen sıcak batı rüzgârları ile Avrupa'nın kuzeydoğusundan gelen soğuk hava kütlelerinin çarpışması, hava durumunda hızlı değişikliklere yol açar. Kuzey ve Baltık denizlerine yakın kıyı düzlüklerinde ılıman deniz iklimi ağır basarken, doğuya ve güneydoğuya doğru gidildikçe kara iklimi özellikleri ortaya çıkar.

İnsan yerleşiminden önce neredeyse tamamen ormanlarla kaplı olan ülkede bugün doğal bitki örtüsü yok denecek düzeydedir. Ülkenin yaklaşık yüzde 20'sini kaplayan ormanların hemen hepsi sonradan yürütülen sistemli ağaçlandırma çalışmalarının ürünüdür. Almanya'nın yaklaşık üçte birini kaplayan ormanların yarısından fazlası devletin, eyaletlerin ve belediyelerin geri kalanı özel kişilerin mülkiyetindedir.

Almanya'da çok sayıda ulusal park vardır binlerce yöre doğayı koruma alanı olarak ayrılmıştır. Binlercesi de tarihsel önemi ya da doğal güzelliği nedeniyle korumaya alınmıştır (1/449-451).

## 1.2. Tarih

Alman İmparatorluğu, Kral Şarlman'ın (768'de Frankonya kralı ve 800 ile 814 tarihleri arasında Roma Kayzeri) Frankonya devletinden doğmuştur. Almanya İmparatorluğu 1871 yılında federal bir devlet yapısıyla kurulmuştur. İmparatorluğun ilk Şansölyesi Otto von Bismarck olmuştur. Ülke bundan önce 1815 yılından itibaren ilk Alman İmparatorluğu'nun parçalanmasından sonra bir dizi ufak devletlere bölünmüştü. Alman İmparatorluğu Birinci Dünya Savaşı'nın (1914-1918) sona ermesinin ardından yerini adına "Weimar Cumhuriyeti" denilen ilk Alman demokrasisine bıraktı.

Weimar Cumhuriyeti dönemi çok zor siyasal ve ekonomik şartların yanı sıra, özellikle Alman elit tabakasının yetersiz demokratik tutumlarından dolayı, 30 Ocak 1933 tarihinde Adolf Hitler'in Şansölye olarak atanmasıyla sona erdi. Hitler'in nasyonal sosyalist dikta rejimi İkinci Dünya Savaşı'nın sonuçlarından ve Yahudilere uygulanan genosit olaylarından sorumludur. Almanya 8 Mayıs 1945 tarihinde savaşı kaybettiğini kabul etti. Ülke İkinci Dünya Savaşı'nı kazanan Sovyetler Birliği, ABD, İngiltere ve Fransa tarafından işgal edilerek, dört bölgeye bölündü.

Batılı müttefiklerin işgali altındaki bölgelerden oluşan Federal Almanya Cumhuriyeti, 23 Mayıs 1949 tarihinde "Grundgesetz" isimli anayasa ile, müttefiklerin kontrolünde parlamenter bir demokrasi olarak kuruldu. Federal Almanya Cumhuriyeti'nin (FRG) kuruluş yıllarının ilk Federal Şansölyesi Konrad Adenauer oldu.

Sovyetler Birliği'nin işgalindeki bölgede ise 7 Ekim 1949 tarihinde Demokratik Almanya Cumhuriyeti kuruldu. Demokratik Almanya Cumhuriyeti'nin (DDR) 1949 yılındaki anayasası parlamenter demokrasi ilkelerinden yola çıkmasına karşın, politika Sosyalist Birlik Partisi'nin (SED) tekelinde gelişti.

Parçalanmış Almanya'da 1961 yılında çekilen Berlin Duvarı 50'li ve 60'lı yıllarda yaşanan doğu-batı çatışmalarının ve soğuk savaş yıllarının sembolüdür. Her iki Alman devleti ancak 70'li yıllarda Brandt/Scheel hükümeti döneminde başlayan yumuşama politikalarıyla birbirlerine yaklaşmaya başladılar. 80'li yılların sonunda DDR siyasal sistemi Sovyetler Birliği'nde uygulanan açıklık ve saydamlık politikalarının da etkisiyle çözüldü.

1989 yılının Ağustos ayındaki yurt dışına iltica akımının ve her pazartesi DDR'de demokratik yenilenme amacıyla yapılan protesto gösterilerinin ardından

Almanya'yı ayıran Berlin duvarı, barışçıl bir devrim sonucu 9 Kasım 1989 günü açıldı. 1990 yılının Mart ayında DDR'de ilk serbest seçimler yapıldı. 2 Temmuz 1990 tarihinde her iki Alman devleti arasında ortak para birliği, ekonomi ve sosyal güvenlik antlaşmaları imzalandı. 3 Ekim 1990 tarihinde ise her iki Almanya yeniden birleşti. İki Almanya'nın birleşmesinde ve Avrupa'nın birlikte gelişmesinde Federal Şansölye Helmut Kohl'un büyük katkısı olmuştur (3/2).

### I.3. Toplum Yapısı

Almanya'nın bugünkü idari sınırları aşan geleneksel bölgeleri hâlâ etnik köken, lehçe, geleneksel siyasal ittifak ve inanç farklılıklarına dayalı özelliklerle birbirinden ayrılır. Bölgesel bağlılık çok güçlüdür. Alman toplumunun üçte biri yüz binden fazla nüfuslu kentlerde yaşar. Nüfusu bir milyonu aşan yalnızca üç kent vardır (Berlin, Hamburg ve Münih) kentlerin çoğu küçük ya da orta büyüklüktedir. Bununla birlikte nüfus dağılımı bir ölçüde eşitsizdir. Ülkenin Batı kesiminde nüfusun yarısı on büyük metropoliten alanda toplanmıştır.

Almanca konuşan halklar etnik kökenleri, lençeleri, siyasal ve kültürel mirasları açısından büyük farklılık gösterir. Bu farklılaşmada Protestan-Katolik bölünmesinin de önemli payı olmuştur. Almanya'nın coğrafi ve siyasal sınırlarının sürekli değişikliğe uğramıştır.

Almanya'nın nüfus yoğunluğu km<sup>2</sup> başına 231 kişi ile Avrupa standartlarına göre yüksek sayılır. Dünyada doğum oranının en düşük olduğu ülkelerden biri Almanya'dır. Ortalama ömür uzamakta ancak her yıl ölümler doğumları geride bırakmaktadır. 2001 verilerine göre doğum oranı binde 9 ve ölüm oranı binde 10'dur; buna bağlı olarak doğal nüfus artışı binde -1 düzeyindedir (1/453,454).

### I.4. Yönetmel Yapı

Almanya'nın devlet yapısı 23 Mayıs 1949'da da kabul edilen Temel Yasa'ya (Grundgesetz) dayanır. Başlangıçta 11 olan kurucu eyalet sayısı 1952'de 3 eyaletin birleştirilmesiyle 9'a indikten sonra, 1957'de Saarland'ın eyalet yapılmasıyla 10'a, 1990'da iki Almanya'nın birleşmesinden sonra da Berlin'le birlikte 16'ya çıkmıştır. Temel yasanın 23. maddesi ileride doğu kesiminin de federasyona katılmasını öngördüğünden, 3 Ekim 1990'da gerçekleşen birleşme bu maddeye dayandırılmıştır. Birleşmeyle birlikte Temel Yasa'da yapılan değişiklikle, sınırları dışında kalan eski Alman toprakları üzerindeki her türlü hak iddiasından vazgeçilmiştir.

Almanya'da devlet düzeni beş ilkeye dayanmaktadır:

- Cumhuriyettir
- Demokratiktir
- Federal Devlettir
- Hukuk Devletidir
- Sosyal Devlettir

Temel Yasa'nın İngiliz Amerikan demokrasi anlayışını yansıtan ve Almanya'nın bir önceki Weimar Anayasası'ndan gelen pek çok öğesi vardır. Parlamenter yönetimde İngiliz sisteminin birçok özelliği benimsenmiştir.

Ancak, cumhuriyetin federal olması nedeniyle ABD ve başka federal sistemleri örnek alan siyasal yapılara da önem verilmiştir. Temel Yasa'yla yargının bağımsızlığı sağlanmış, Federal Anayasa Mahkemesi'ne yasaları anayasaya uygunluk açısından değerlendirme ve iptal etme yetkisi tanınmıştır. Devlet başkanı özel olarak toplanan meclisin, beş yıllık görev süresi için seçtiği Cumhurbaşkanıdır ve devleti temsil eder, federal yasaları ve uluslar arası anlaşmaları imzalar. Hükümetin başı, cumhurbaşkanının aday göstermesi üzerine Federal Meclis'in çoğunluk oyuyla seçilen Başbakanıdır.

İki meclisli parlamento Federal Konsey (Bundesrat) ve Federal Meclis'ten oluşur. Parlamentonun alt kanadı niteliğindeki Federal Meclis çok daha geniş yetkilerle donatılmıştır. Bütün ulusal yasalar bu mecliste biçimlenir. Sistemin temelini oluşturan Federal Meclisin üye sayısı 672'dir. Parlamentonun üst meclisi niteliğindeki Federal Konseyde eyaletler kendi hak ve yetkilerini korur. Her eyalet Konseye büyüklüğüne ve nüfusuna göre en az 3 ve en çok 5 temsilci gönderir. Dış politika, savunma, para basma, posta ve telekomünikasyon hizmetleri, gümrük, dış ticaret ve yurttaşlık konularında yetki Federal Meclisindedir. Eyaletlerin yetkileri özellikle eğitim ve yargı konusunda geniştir.

Almanya'da bütün bidayet, istinaf ve ilk temyiz mahkemeleri eyalet düzeyindedir, son temyiz mercii ise federal düzeydedir (1/457-459).

### 1.5. Ekonomi

Almanya dünyanın en büyük ekonomik güçlerinden biridir. 1980'lerin sonunda tek başına dünyada dördüncü sırayı alan Batı Almanya'nın 1990'da Doğu Almanya'yla birleşmesi kısa dönemde ekonomiye büyük bir yük getirmekle birlikte eşi görülmedik bir büyümenin de yolunu açmıştır. 2000 verilerine göre ülkenin Gayri Safi Milli Hâsılası (GSMH), 2,1 trilyon ABD Doları, kişi başına ulusal gelir 25.120 ABD Dolarıdır. Ekonominin üçü temelde imalat sektörüne dayanır. Ülkede "sosyal" olarak nitelenen bir serbest piyasa ekonomisi geçerlidir. Devletin, işverenlerin, işçi sendikalarının ve mali sektörün piyasadaki rolleri konusunda açık bir görüş birliği vardır.

Ormanlardan elde edilen kereste ve kâğıt ürünleri iç tüketimin çoğunu karşılar; çam reçinesinden kimya sanayisinde yararlanılır.

Hayvancılık domuz, sığır ve koyun besiciliğine dayanır: tavuk, hindi ve ördek gibi kümes hayvanları beslenir. Ayrıca at yetiştirilir. Mandıracılık açısından önemli otlaklar buzeydeki kıyı ovaları ile Bavyera'dadır.

Serbest girişimin ve özel mülkiyetin anayasa güvencesi altında olduğu Almanya'da devlet daha çok düzenleyici bir rol oynar. Fiyatlara ve ücretlere müdahale etmekten olabildiğince kaçınır; buna karşılık piyasada haksız rekabet ve tekelcilik gibi uygulamalara izin vermeyecek önlemleri alır. Devletin doğrudan rol aldığı alanlar; ulaşım, posta hizmetleri, telekomünikasyon, taşkömürü madenciliği ve tarımdır. Ekonomide istikrarlı fiyat, tam istihdam, yeterli büyüme ve dengeli dış ticaret amaçları güdülür.



Ekonomik Politika Konseyi, Federal Ekonomi ve Maliye bakanları ile eyalet ve yerel yönetim temsilcilerinden oluşur ve Alman Federal Bankası'nın katılımıyla tek bir para politikasının benimsenmesini sağlar. Benzer bir yapıdaki Mali Planlama Konseyi federal, eyalet ve yerel yönetim düzeyinde mali politikaların eşgüdümünü sağlar. Almanya dünyanın dış ticaret hacmi en büyük ülkesidir (2000; 2,3 trilyon ABD Doları).

İşgücünün yaklaşık yüzde 2,5'ini istihdam eden tarımın Gayri Safi Milli Hâsıla'ya (GSMH) katkısı yüzde 1,2'dir. Almanya'nın verimli topraklarında en çok buğday, arpa, mısır ve şeker pancarı ekilir. Kuzeyde taşıntı ovalarındaki ve dağlık yörelerdeki görece verimsiz topraklarda mısır, çavdar, yulaf, yem bitkileri ve patates yetiştirilir.

Almanya doğal kaynaklar açısından zengin bir ülke değildir; gelişmiş sanayisi için gerekli ham maddelerin çoğunu ithal etmek zorundadır. Antrasit ve linyit yatakları gereksinimi karşılayacak düzeydedir. Elektrik enerjisi termik, nükleer ve hidroelektrik santrallerinden sağlanır.

Almanya'nın ekonomik gücü sanayiden kaynaklanır. GSMH'nin yaklaşık dörtte biri madencilikle birlikte imalat sektöründen sağlanır; işgücünün de yaklaşık dörtte biri bu sektörde çalışır. İmalat sanayisi çok çeşitlenmiştir. En önemli sanayi dalları motorlu araç ve makine üretimi, elektrik ve elektronik, kimya sanayi ve gıda işleridir. Sanayi kuruluşlarında yaklaşık yarısında çalışan sayısı 50 kişinin altındadır: Şirketlerin çok küçük bir bölümü 500'e daha fazla kişi çalıştırır; bunlar madencilik, çelik, petrol işleme ve motorlu araç üretiminde toplanmıştır.

Almanya otomobil üretiminde ABD ve Japonya'dan sonra dünyada üçüncü sırada gelir ve üretimin yüzde 60'ını ihraç eder. Makine, elektrik ve elektronik sanayileri de ihracata dönük üretim yapar. Geleneksel temel sanayilerin en önemlisi kimya sanayidir. Madencilik ve demir-çelik sanayileri onun ardından gelir.

Taşıt üretimi elektrikli lokomotif, yük vagonu, küçük otomobil ve hafif kamyonları kapsamaktadır. Makine üretimi daha çok güneyin sanayi kentleriyle Doğu Berlin çevresinde toplanmıştır (1/454-457).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Almanya'da oturan hemen hemen herkes yüksek kalitede kapsayıcı sağlık hizmetine erişim imkanına sahiptir. 1883 yılında Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabul edilmesinden bu yana, Zorunlu Sağlık Sigortası (Gesetzliche Krankenversicherung-GKV) kamuya sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli örgütsel yapıyı tanımakta ve bu yapı içinde yer alan ödeme taraflarının, hekimlerin ve hastahanelerin rollerini şekillendirmektedir.

1885 yılında GKV, düşük gelirlili işgücünün %26'sına ve toplam nüfusun %10'una sağlık güvencesi sağladı. Sosyal sigortayla birlikte, sağlık sigortası kapsamı da yavaş yavaş genişletildi ve daha fazla meslek grubu plana dahil edilirken, gelir seviyesi tavanı da yavaş yavaş yükseltildi. Belirlenen bu gelir seviyesi tavanından daha az geliri olanlar sigorta planına alındı.

1883 yılında Sağlık Sigortası Yasası hastalık fonları ile doktorlar arasındaki ilişkileri düzenlemiyordu. Hangi doktorun sigorta ile çalışabileceği, şartların ve kuralların ne olacağı konusunda; bu amaçla kurulmuş olan çok sayıdaki fonlar tam yetki sahibiydi. Doktorların bu konudaki memnuniyetsizliği gittikçe arttı ve 1900 yılında Tıp Birliği kuruldu ve birkaç kere greve gidildi. 1913 yılında doktorlarla hastalık fonları arasında kurallar belirlendi. O yıldan beri birçok defa yeni düzenlemeler ve uyarlamalar geçirmiş olmasına rağmen, günümüzde hâlâ bu sistem kullanılmaktadır.

Almanya eyaletlerinin 1940'lı yılların ikinci yarısında ikiye ayrılmasıyla, iki farklı sağlık sistemi oluştu. Doğu Almanya'da merkezi olarak yönetilen bir sistem kuruldu ve doktorlar devlet görevlileri oldular. Doğu ve Batı Almanya olarak Batı Almanya'da savaş öncesi sistem yeniden kuruldu. Sistem merkezi yönetim tarafından denetlenmekte, ancak yönetilmemekteydi. 1949 yılında kabul edilen Temel Yasaya göre, federal yönetim kamu sağlığı sigortası ve GKV politikalarının belirlenmesi konusunda geniş yetkiye sahipti. Federal yönetim yetkilerini özellikle sigortadan sağlanacak raydalar, uygunluk, zorunlu üyelik, risk kapsamı (fiziksel, ruhsal, akli tedavi ve koruma), geçici hastalıklarda gelirin korunması, işçi ve işverenlerin GKV'ye katkıları ve diğer merkezi konuların belirlenmesinde kullanmıştı. Bazı hizmetlerin ve hastahanelerin finansmanı ile planlanması dışında kalan sağlık hizmetlerinin sunumu ve idaresi sorumlulukları sağlık hizmeti sunucularının ulusal ve bölgesel birliklerini, Land (merkezi yönetim) hastahane birliklerini, kâr amacı olmayan sigorta fonlarını, özel sigorta şirketlerini ve gönüllü örgütleri içeren devlete ait olmayan kuruluşlara verilmiştir.

Almanya'da sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artışın önüne geçebilmek için 1970'li yılların ortalarından beri ciddi ve başından sonuna kadar hep aynı kalitede sürdürülen çalışmalar yapılmaktadır. 1970'lerin ilk yarısında sağlık giderlerinde görülen hızlı artış, 1977 yılında Sağlık Sigortası Maliyet Kontrolü Yasası'nın çıkarılmasına neden olmuştur. Bu yasa ile bir danışma kurulu olan sağlık hizmetlerinde Planlanmış Eylemler kuruluşu oluşturuldu.

Bu kuruluş, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artışının yavaşlatılmasına katkıda bulunsa da, sonrasında başka yasal düzenlemelerin de yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

1982 yılında, hastalık fonları üyelerinden tedaviler, diş tedavileri, hastahane hizmetleri ve diğer hizmetler için ek ödeme alınmaya başlanmıştır. Bu ödeme, 1989 yılında Sağlık Reformu Yasası ve 1993 yılında Sağlık Hizmetlerinde Yapısal Reformlar Yasası ile artırılmıştır.

1901 yılında taşımacılık ve ofis çalışanları, 1911 yılında tarım ve orman işçileri ve 1914 yılında devlet memurları kamu sağlık sigortası kapsamında alınmıştır. Kapsam 1918 yılında işsizleri, 1927 yılında denizcileri ve 1930 yılında üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişileri içine alacak şekilde genişletilmiştir. 1914 yılında gelirleri belirlenen düzeyin üstünde olan işçilere, gönüllülük esasına göre sigortaya üye olabilmeye imkânı verilmiştir. Aynı yıl tüm emekliler, 1965 yılında satıcılar, 1972 yılında çiftçiler ve 1975 yılında öğrenciler ve özürümler sigorta kapsamına dahil edilmiştir.

1990'ların ortalarında sigorta kapsamında faydalanılan sağlık hizmetleri ambülantör hizmetler (hekimlerin muayenehanelerinin dışında sundukları), hekim seçme hakkı, hastahane hizmetleri, anneler için ücretsiz sağlık hizmetleri (doğumdan altı hafta öncesi ve doğumdan sekiz hafta sonrasına kadar), evde bakım hizmetleri, sağlık taramaları, hasta yakınları için refakatçi izinleri, rehabilitasyon ve fiziksel terapi, protezler, ilaçlar ve birkaç yılda bir kaplıcalarda 1 aya kadar kalabilme gibi hizmetler dahil olacak şekilde genişletilmiştir. Ayrıca hastalığa bağlı olarak çalışamayacak durumda olanlara 6 haftalık ücretleri bir defada ve sonraki 78 hafta boyunca maaşlarının %80'i verilmeye başlandı. 1980'lerin başında, maliyetlerin kontrolü çalışmaları kapsamında, bu hizmetlerin bazılarında yararlanmak için ek ödeme (veya ödemeye katılma) yapılması gerekti.

Hastahane sınıplığı, bilinçli olarak yapılan politikardan ziyade, tarihi gelişimin ve bölgesel geleneklerin bir sonucudur. Bu sonuca göre ülkede üç tip hastahane oluşmuştur. Kamu, kâr amacı gütmeyen özel ve kâr amacı güden özel hastahaneler. 1972 ve 1986 yılları arasında federal hükümet ve merkezi yönetim (Lönder), hastahane politikalarının oluşturulmasında ortaklaşa sorumlu olmuşlardır. Fakat 1986 yılında Lönder yeniden tek sorumlu haline gelmiştir. Lönder, tıp fakültesi hastahanelerinin ve akredite olmuş eğitim hastahanelerinin sahibidir ve kısmen finansmanın sağlar (13/3,4,8).

## II.2. Sağlık Yapısı

2003 yılında Almanya'da nüfusun genel olarak doğuştan beklenen yaşam süresi 78,4 yıldır ve 77,8 olan OECD ortalamasının biraz üstündedir (24/2).

Almanya'da doğuştan beklenen yaşam süresi Avrupa-A ülkeleri ortalamasının biraz altında olmakla birlikte erkeklerde 75,6 ve kadınlarda 81,6'dır. 2030 yılında Almanya'da her dört kişiden birinin 65 yaş üstüne erişebileceği tahmin edilmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla, yaşlı insanlar yaşam tarzlarını değiştirmeye başlamışlar ve sağlıklı yaşam yılları artmaktadır.

Buna bağlı olarak sağlık sisteminin geriatrik hizmetlere, kronik hastalıkların önlenmesine, kontrolüne ve uzun dönemli bakım hizmetlerine daha fazla önem vermesi ihtiyacı doğmuştur (23/1).

**Tablo 1: Bazı Sağlık Göstergeleri**

Toplam Nüfus,2003	82.476.000
Yıllık Nüfus Artış oranı (%).1993-2003	0,2
60 yaş üstü nüfus. 2003	24.400.000
Toplam Doğurganlık Oranı, 2003	1,4
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2003	79
Erkekler	76
Kadınlar	82
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı( binde),2003	
Erkek	5
Kadın	4
Yetişkin ( 15-59 yaş ) Ölüm Oranı ( binde ),2003	
Erkek	115
Kadın	59
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi,2002	71,9
Erkek	69,6
Kadın	74

**Kaynak:** (13) WHO (2003) Country Health Indicators, Germany, World Health Organization, s:3

Diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi, Almanya'da da bebek ölüm oranında son 10 yılda önemli bir düşüş gerçekleşmiştir. 2003 yılında Almanya'da bebek ölüm oranı %0,42'dir. Almanya'da bebek ve neonatal ölüm oranı, Avrupa-A ortalamasının altındadır. Antenatal bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yeri vardır (24/2).

Almanya'da ölümlerin ana nedenlerinin başında bulaşıcı olmayan hastalıklar gelmektedir. Her 10 ölümden 4'ü kardiyovasküler hastalıklara, 2'si kansere ve 1'i dışsal nedenlere (kasıtlı ve kasıtlı olmayan yaralanmalar) bağlıdır.

1990 yılından beri kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerde 1/3 oranında azalma gerçekleşmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar içinde ölüme en çok neden olanı iskemik kalp hastalıklarıdır ve Almanya'da bu hastalığa bağlı ölüm oranı Avrupa-A ortalamasının erkeklerde %25, kadınlarda %40 üzerindedir (23/3).

Almanya'da yetişkin nüfusun yarısı fazla kiloludur. 15 yaş nüfus arasında, erkeklerde her 7 kişiden 1'i, kadınlarda her 18 kişiden biri pre-obezdir. Erkeklerin %2'si ve kadınların %1'i obezdir (23/4).

Almanya'da 1999 yılında %11,5 olan obezite oranı, 2003 yılında %12,9 olmuştur.

Son yirmi yıl içinde yapılan yasal düzenlemeler, toplumun bilinçlendirilmesi, reklam yasakları ve vergilerin yükseltilmesine bağlı olarak, sigara kullanım oranı azalmıştır. Almanya'da 1980 yılında %35 olan sigara kullanım oranı, 2003 yılında %24,3'e düşmüştür (24/2).

Sigara kullanma alışkanlığı Almanya'da Avrupa-A ülkeleri ortalamasının altındadır. Ancak son dönemlerde yapılan bir çalışmaya göre sigara bağımlılığı kadınlar arasında ve her iki cinsiyet için 15 yaş grubunda yaygınlaşmaktadır. 1990 yılından beri 35 yaş ve üzeri kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölüm oranı yükselmektedir.

1990'dan beri Avrupa-A ülkeleri ortalamasındaki düşüşe paralel olarak, Almanya'da intihara bağlı ölüm oranı düşmektedir. Günlük aktivitelerini yerine getiremeyecek derecedeki sakatlıklarda, nöropsikiyatrik semptomların ağırlığı da artmaktadır.

Almanya'da trafik kazalarına bağlı ölüm oranı oldukça düşük olmasına rağmen, bu tür kazalarda yaralanma oranı Avrupa-A ülkeleri ortalamasının yaklaşık %40 üzerindedir. Trafik kazalarına bağlı yaralanmaların topluma maliyetinin, ülkenin GSMH'sinin %2'sine yaklaştığı tahmin edilmektedir.

Almanya'da HIV virüsü taşıyanların yaklaşık yarısı, eşcinsel ilişkide bulunan erkeklerden oluşmaktadır. 1990'ların sonlarından beri HIV ve sfiliz enfeksiyonu oranı artmaktadır. Enfekte insanların yaklaşık %20'sini, HIV prevalansı yüksek bölgelerden gelen göçmenler oluşturmaktadır. %18'lik kısmı heretoseksüel ilişkiler yoluyla enfekte olmuştur.

1998-2001 yılları arasında, ilaç bağımlılığı tedavi merkezlerinde ve hapisanelerde yapılan kısıtlı bir hepatit C taramasına göre, enjekte edilerek kullanılan ilaç bağımlılarının %66-97'si hepatit C virüsü taşımaktadır.

1990 yılından beri Almanya'da servikal kansere bağlı ölümlerde bir azalma olmasına rağmen bu oran hâlâ Avrupa-A ortalamasının üzerindedir. 2000 yılında bu oran, Almanya'da kadınlar arasında erkelere göre 1/3 oranında yüksektir (23/5-11).

Sakatlanmalara veya fiziksel yetersizliklere neden olan hastalıkların etkileri, fiziksel yetersizliğe göre düzenlenmiş yaşam yılı göstergesiyle (DALY-The disability-adjusted life-year) ifade edilmektedir. Bu tür etkileri olan önde gelen 10 hastalık ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de verilmektedir. Bu hastalıklar içinde, hastalık yükünü / ağırlığını en çok artıran nöropsikiyatrik hastalıklardır. Çünkü nöropsikiyatrik hastalıklarda ölüm oranı diğer hastalıklara oranla daha düşük, günlük yaşantıda fiziksel yetersizlik oranı daha yüksektir (6/1).

**Tablo 2: Almanya'da sakatlıklara yol açan ana hastalıklar ve toplam DALY oranı, 2003**

Sıra	ERKEK		KADIN	
	Sakatlıklara yol açan ana hastalıklar	Oranları (%)	Sakatlıklara yol açan ana hastalıklar	Oranları (%)
1	Nöropsikiyatrik etkenler	24,3	Nöropsikiyatrik etkenler	28,1
2	Kardiyovasküler hastalıklar	20,8	Kardiyovasküler hastalıklar	18,8
3	Kötü niyetli tümörler	17,7	Kötü niyetli tümörler	17,0
4	Beslenme bozuklukları	6,1	Beslenme bozuklukları	5,5
5	Yaralanmalar	5,6	Yaralanmalar	5,5
6	Solunumla ilgili hastalıklar	5,6	Solunumla ilgili hastalıklar	5,2
7	Duyu organı hastalıkları	4,5	Duyu organı hastalıkları	5,0
8	Kas-kemik sistemi hastalıkları	3,3	Kas-kemik sistemi hastalıkları	3,0
9	İstemli yaralanmalar	2,9	İstemli yaralanmalar	2,0
10	Şeker hastalığı	1,9	Şeker hastalığı	1,6

**Kaynak:** (6) WHO (2005) Highlights on Health, Germany, Ten Leading Disability Groups, Germany, World Health Organization, Regional Office for Europe, s:41

### II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

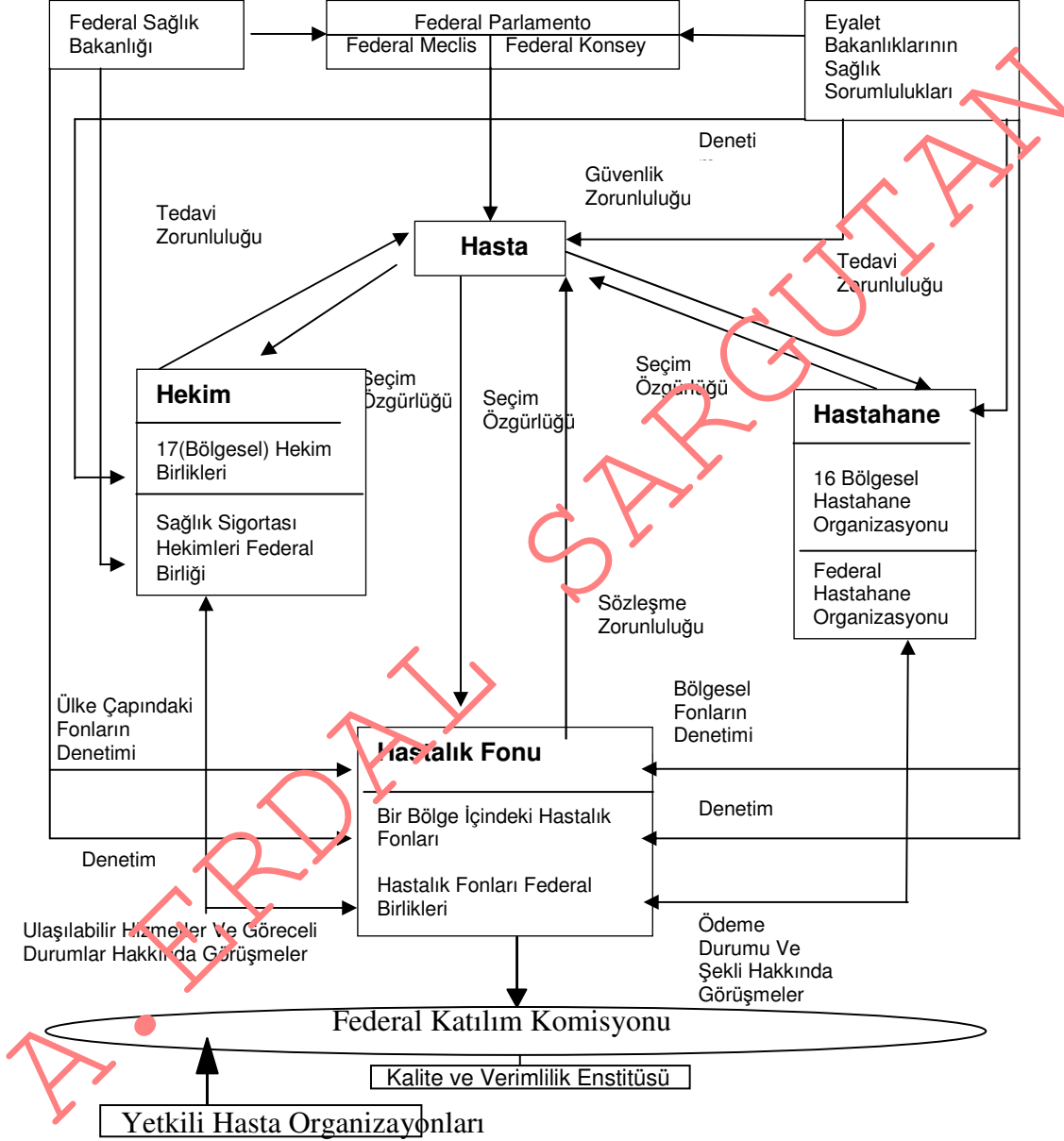
Sağlık hizmetleri sistemi yerinden yönetim şeklinde örgütlenmiştir. En belirgin özelliği federalizm ve sosyal sağlık sigortası sistemi içinde en büyük role sahip olan, devlete ait olmayan birliklere yetki devri yapılmış olmasıdır. Sosyal sağlık sigortası sisteminin sağlık hizmeti sunucuları ayağını hekim ve diş hekimi birlikleri, sağlık hizmeti talep edicisi ayağını hastalık fonları ve bu fonlara bağlı kuruluşlar oluşturmaktadır. Hastahaneler birliklere değil, özel yasalara bağlı kuruluşlardır. Sağlık sistemi içinde yer alan kuruluşlar federal ve devlet (Land-Länder) düzeyinde örgütlenmiştir (11/3).

Almanya sağlık sisteminin örgütsel yapısında şu oluşumlar yer almaktadır.

- Federal/Merkezi Yönetim,
- Federe/Eyalet Yönetimi,
- Devlete ait olmayan birlikler,
- Yasalarla belirlenen haklar,
- Zorunlu üyelik,
- Kendi finansal kaynaklarını yükseltme hakkı.

Bu oluşumların Almanya sağlık sistemi içindeki yeri Şekil 1'de gösterilmektedir (7/2).

Şema 1: Almanya Sağlık Sisteminin Yapısı



**Kaynak:** (2) WHO (2004), Health Care System in Transition, Germany, European Observatory on Health Care System, World Health Organization, s:27.

### II.3.1. Federal Düzey (Land) Merkezi Yönetim

Ulusal düzeyde Federal Meclis, Federal Konsey Ve Federal Sağlık Bakanlığı temel örgütlerdir. 2002 yılında, önceki Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'na aktarıldı. Böylece, 1991 yılından önce olduğu gibi, sosyal güvenliğin işsizlik hariç tüm dallarından tek bakanlık sorumlu oldu. Bu tarihten bu yana Federal Sağlık Bakanlığı 8 birim şeklinde örgütlenmiştir ve her birimin kendine bağlı iki ya da üç alt bölümü bulunmaktadır (2/29).

Federal İlaç Ve Tıbbi Cihazlar Kuruluşu, ilaçlara lisans vermekten, ilaçların ve tıbbi cihazların güvenilirliğini denetlemekten sorumludur.

Federal Serum Ve Aşı Kuruluşu (Paul-Enrich Kuruluşu) serum ve aşılarla lisans vermekle sorumludur.

Federal Bulaşıcı Ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Kuruluşu (Robert Koch kuruluşu) hastalıkların yayılımı, tespit edilmesi, önlenmesi ve kontrolünün sağlanmasından sorumludur. Aynı zamanda bu tür bilgilerin yayınlanması, sağlık raporlarının ve epidemiyolojik bültenlerin hazırlanması da bu birimin sorumluluğundadır.

Federal Sağlık Eğitimi Merkezinin sorumluluğu sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır. Bu birim koruyucu sağlık hizmeti kampanyalarını örgütler, koordine eder ve destekler.

Alman Tıbbi Dokümantasyon Ve Enformasyon Kuruluşu, hayat bilimleri ile ilgili her alanda kamuya ve uzmanlara bilgi sağlar. Bu tür bilgiler öncelikle sağlık hizmetleri ve tıp alanlarına yoğunlaşmakta, sonrasında hayat bilimlerinin ve sosyal bilimlerin tüm dallarını kapsamına almaktadır.

Sağlık sistemi ile ilgili diğer federal kuruluşlar Federal Sağlık Enstitüsü, Federal Sigorta Yönetimi Ve Finansal Hizmetlerin Denetimi İçin Federal Yönetim'dir (2/32,33).

Federal yapı, temel olarak 16 eyalet yasasına tabidir. 2003 yılında 16 Lander yönetiminin 13'ü isminde "sağlık" kelimesi geçen bir bakanlığa sahipti. Ancak bunların hiçbirisi sadece sağlıkla ilgili bir bakanlık değildir. Bu bakanlıkların çoğu çalışma ve sosyal politika ile ilgili olup, bazılarında sağlık aile, gençlik ve çevre sağlığı ile birlikte yer almaktadır.

Bir Land'ın Çalışma Bakanlığı'nda, "sağlık" tipik olarak 4 ya da 5 birimden biridir (2/33).

### II.3.2. Federal Sağlık Bakanlığı

Almanya'da, demokrasi ve refah sistemi birbiriyle yakından ilgilidir. Refahın sağlanması için temel prensipler; dayanışma ve kişisel sorumluluktur. Bu prensiplerin gerçekleşmesi için devlet geniş esaslı sosyal servis ağı oluşturmuştur. Devletin amaçladığı refah düzeyinin koşulu; vatandaşlarının özgürlüğünü yasalarla koruyarak, işler bir sosyal güvenlik sistemi var edebilmektir (25/1).



Federal Sağlık Bakanlığı, sosyal sağlık sigortası olan zorunlu sağlık sigortası (ZSS) sisteminin yasal çerçevesini belirleyen, Parlamento tarafından kabul edildiğinde yasalaşmak üzere sağlık kanunlarını hazırlamaktadır. Bakanlık aynı zamanda birliklerin denetimi ve bazı alt-yönetim birimlerinin yardımıyla çeşitli lisans verme ve denetim görevlerini yerine getirmekte, bilimsel danışmanlık çalışmaları yürütmekte ve bilgi sağlama hizmetleri sunmaktadır (11/3).

### II.3.3. Federe / Eyalet (Lander) Düzeyi Yerinden Yönetimi

Kalabalık bir nüfusa sahip olan Almanya'da sağlık hizmetleri geleneksel olarak yerinden yönetim temeline göre örgütlenmiştir. Sistemin en belirgin özelliği merkezi hükümet yetkilerinin federe/eyalet yönetimlerine devri, özel sektörün kamu sektörünü tamamlaması ve yetkinin ZSS içindeki, kendi kendini yöneten kuruluşlar arasında dengeli bir biçimde dağılmış olmasıdır. Ayakta tedavi hizmetlerinin hemen hemen tamamı, sıkı bir kontrol mekanizmasına tabi olan kâr amaçlı özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulurken, hastahane hizmetleri karma bir yapıdaki özel ve kamu sektörü sunucuları tarafından sunulmaktadır (9/3).

### II.3.4. Devlete Ait Olmayan Birlikler Düzeyi

#### II.3.4.1. Sunucular / Arz

Zorunlu Sağlık Sigortası (ZSS) planında, "birlikler" sunucular tarafındaki ZSS ile ilişkisi olan hekim ve diş hekimleri birlikleri ile satın alıcılar tarafındaki hastalık fonlarını ve bunların birliklerini ifade etmektedir. Bu kuruluşların yarı kamusal kuruluşlar olduğu varsayılmakta ve zorunlu üyelik temeline dayanmaktadır.

ZSS kapsamındaki hastaları tedavi eden hekimler, bölgesel hekim birlikleri şeklinde örgütlenmiş olup, bu birliklere üyelik zorunludur. 16 Lander'in her birinde bir Hekim Birliği bulunmaktadır. Yalnızca nüfus sayısı oldukça yüksek olan Land Nordrhein-Westfalen'de iki adet hekim birliği yer almaktadır. 2005 yılından beri, bu 17 hekim birliğinin yönetimi, yarı-zamanlı gönüllü hekimler kurulu yerine, tam-zamanlı uzman yönetim kurulu tarafından sürdürülmektedir. 1999 yılında kabul edilen Psikoterapi yasası ile Psikoterapi alanında uzmanlık yapmış psikologlar da hekimler birliğine kabul edilmeye başlanmıştır. ZSS tarafından akredite edilmiş diş hekimleri de hekimler birliği gibi diş hekimleri birliği şeklinde Lander düzeyinde örgütlenmişlerdir. Ayrıca bir de federal ZSS Diş Hekimleri Birliği bulunmaktadır.

Alman Hastahane Örgütü zorunlu sağlık sigortası yapısı içerisinde, giderek bir karar alma organı haline gelmektedir. Resmi olarak bu örgüt, yarı kamusal bir konumda değildir ve özel yasalara dayanılarak örgütlenmiştir. Ancak yasal sorumlulukları gün geçtikçe artmaktadır. Alman Hastahane Örgütü'ne üye 16 Lander kuruluş ve üniversite, belediye veya kâr amaçlı özel gibi 12 farklı yapıda hastahane bulunmaktadır (2/34).

#### II.3.4.2. Satın Alıcılar / Talep

Talep tarafları bölgesel ve federal düzeyde örgütlenmiş otonom hastalık fonlarından oluşmaktadır. 2004 yılı Ocak ayında ülkede, yaklaşık 72 milyon sigortalısıyla (bunların 50,7 milyonu üye ve geri kalanı üyelerin bakımında yükümlü

oldukları kişilerden oluşmaktadır) toplam 292 zorunlu hastalık fonu ve 7,1 milyon üyesiyle 49 özel sağlık sigortası kuruluşu bulunmaktaydı.

Tüm hastalık fonları kâr amacı olmayan kuruluşlar konumunda olup, kendi kendilerini yönetmektedirler. Yasalarla hastalık fonlarına, üyelerin ödedikleri katılım paylarını yükseltme ve giderlerin karşılanabilmesi için gerekli katılım oranını belirleme hakkı tanınmıştır. Hastalık fonlarının çoğunda, içlerinden iki üyenin tam zamanlı olarak görev yaptığı bir yönetim kurulu ve fonun bütçesini hazırlayan, katılım oranlarına karar veren ve yönetim kurulunu seçen bir konsey bulunmaktadır (2/35).

### II.3.4.3. Meslek Odaları

Zorunlu sağlık sigortası alanının dışında, hekimler, diş hekimleri, eczacılar, veterinerler ve 2003'ten beri psikoterapi alanında uzmanlaşmış psikologların yasal olarak kurulmuş meslek odaları bulunmaktadır. Yasalara göre, bürsi geçen meslek uzmanları bu odalara üye olmak zorundadır. Odalar Lander düzeyinde örgütlenmiş olup, her oda bağlı bulunduğu Lander'in yasalarına tabidir. Odalar ikincil eğitim akreditasyon ve devamlı eğitim, mesleki, etik ve toplumsal ilişkiler standartlarının belirlenmesinden sorumludur. Hemşireler, ebeeler ve fizyoterapistlerin meslek odaları bulunmamaktadır, ancak bu meslek gruplarında çeşitli mesleki örgütlere gönüllü üyelik söz konusudur. Hemşire örgütleri, hemşireleri etkileyen zorunlu sağlık sigortası kararlarının alınmasında etkili bir pozisyonda bulunan Alman Hemşire Konseyi çatısı altında toplanmıştır (2/36).

## II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

### II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Ayakta bakım hizmetleri çoğunlukla anlaşma yapılmış olan Genel Pratisyen (GP) veya özel uzman hekim tarafından sunulmaktadır. Hastaların hekimleri, diş hekimlerini, psikoterapistleri, eczacıları ve acil hizmet sunucularını serbestçe seçebilme hakları vardır. GP'lerin sağlık sistemi girişinde bir tür süzgeç rolleri bulunmaktadır. Ancak 2004 yılından beri, hekimlerin bağlı oldukları kuruluşlar daha fazla güçlenmekte ve hastalık fonlarına bu konuda baskı yapmaktadırlar (11/4).

ZSS kapsamındaki sigortalılar, tüm ambülator bakım hizmetleri hekimlerinin %96'sına serbestçe erişebilmektedir. Geriye kalan %4'lük kısım ZSS ile anlaşmalı olmayıp, sadece özel sağlık sigortası kapsamındakilere veya doğrudan ödeme yapanlara özel sağlık hizmeti sunmaktadır. ZSS ile anlaşmalı hekimler hemen hemen tüm tıbbi uzmanlık alanlarında ambülator bakım hizmetleri sunmaktadırlar. ZSS ile anlaşmalı hekimlerin yarısı genel pratisyenlerden, dahiliye ve pediatri uzmanlarından oluşan aile hekimlerinden oluşmaktadır. ZSS ile anlaşmalı tüm hekimlerin ve 1998 yılından beri psikoterapistlerin bölgesel hekim birliklerine üye olmaları zorunludur. Bu hekimler bağlı oldukları bölgede mesai saatleri içinde ve dışında ambülator bakım hizmetleri sunmak zorundadırlar. Kısacası bu hekimler birincil sağlık hizmeti sunumunda tekel durumundadırlar ve çeşitli hastalık fonları ile yaptıkları anlaşmalar çerçevesinde faaliyet göstermektedirler (9/5).

#### II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Almanya'da hastahane hizmetleri geleneksel olarak yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Akut hastahaneler ayakta acil bakım hizmetleri sunarlar, yalnızca üniversite hastahaneleri resmi ayakta bakım hizmeti sunan kuruluşlardır. 2004 yılından beri hastahanelerde, düzenli olarak özel bakım hizmeti gerektiren hastalara ayakta tedavi hizmetleri sunulmaktadır.

Yataklı tedavi hizmetlerinin planlama ve düzenleme faaliyetleri Federal Sağlık Bakanlığı ve /veya Lander düzeyinde, federal yasalar çerçevesinde yapılmaktadır. Bu hizmetler kapsamında son derece özelleştirilmiş tedavi hizmetleri (örneğin nörocerrahi) ve ikincil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Hastahane planlamasının yöntem ve içeriği eyaletler arasında değişiklik göstermektedir. Son yıllarda bazı hastahane idareleri ihtiyaçların tanımlanmasında ve performansın belirlenmesinde araştırma kuruluşlarından yardım almaktadır. Hastalık fonları ve diğer sağlık hizmeti sunucuları Lander hastahane komitelerinde söz hakkına sahiptir, alınacak son karar politik-idari düzeyde belirlenmektedir.

2002 yılında ülkede toplam 2.221 hastahane ve 547.284 hasta yatağı bulunmaktadır. Bu hastahanelerin 274'ü psikiyatri hastahanesi (toplam 42.600 yatak) ve 1898'i genel (veya akut) hastahane (toplam 504.684 yatak)'dir. Genel hastahanelerin 712'si kamuya, 758'i kâr amacı olmayan özel sektöre ve 428'i kâr amacı olan özel sektöre aittir ve bu hastahaneler, toplam yatakların sırasıyla %54, %38 ve %8'ine sahiptirler.

1992 yılına kadar hastahane yatağı sayısında yatan hasta sayısında ve ortalama yatış sürelerinde yavaş yavaş değişiklikler görülmeye başlanmıştır. Akut hastahane yataklarındaki azalma büyük ölçüde yeni açılan koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunan kuruluşların yataklarıyla telafi edilmiştir. Yatış sürelerindeki kısalma ve yatan hasta sayısının artması sonucunda yatak işgal oranı ve hasta günü sayıları sabit kalmıştır. Son 10 yıl içinde akut hastahane yatağı sayısındaki azalmaya rağmen, Almanya'da akut hastahane yatağı sayısı Avrupa Birliği ortalamasının %50 üzerindedir. Son dönemlerde akut genel veya psikiyatri hastahanelerinin kabul oranı artmıştır. 2001 yılında her 100 kişilik nüfusun 20.5'i hastahanelere kabul edilmiştir. Ortalama yatış süresi 9,3 gün, yatak işgal oranı %80,1'dir.

Üniversite hastahaneleri hariç olmak üzere hastahaneler genel olarak yataklı tedavi sunarlar. Son 10 yıllık süre zarfında hastahanelerde ayakta tedavi hizmetlerinin sunumunda bir artış yaşanmıştır. 2003 yılından itibaren hastahanelerde son derece özelleştirilmiş tedavi gerektiren devamlı bakım hastalarına tedavi hizmetleri sunulmaktadır. 2004 yılından itibaren hastahanelerde gözlem altında tedavi gerektiren hastalıklara yönelik hizmetler de sunulmaya başlamıştır.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından karma bir şekilde sunulmaktadır. 2001 yılında hastahane yataklarının %53'ü kamu sektörüne, %39'u kâr amacı olmayan kuruluşlara ve %8'i kâr amacı güden özel sektöre aittir.

Son yıllarda, hastahanelerin yatak sayılarının ve ortalama yatış sürelerinin istikrarlı bir biçimde düşüş eğilimine girmesine rağmen, Almanya 2004 Mayıs ayı öncesinde, 15 Avrupa Birliği ülkesi içinde 1.000 kişilik nüfusa düşen hasta yatağı ve ortalama yatış süresi göstergeleri açısından hâlâ üst sıralarda yer almaktadır. Geleneksel olarak ayakta bakım hizmetleri ve hastahane hizmetleri arasındaki katı ayırım, son yıllarda hastahanelerde ayakta-hasta kliniklerinin kurulmaya başlanmasıyla yumuşama eğilimindedir (11/4).

### II.5. Sosyal Güvence Sistemi

Almanya sağlık sistemi, zorunlu sosyal sağlık sigortası temelinde dayanmaktadır. Zorunlu Sağlık Sigortası (ZSS) birbirini tamamlayan üç sigorta planından oluşmaktadır. 2003 yılında %77'si gelirin ve meslek grubuna bağlı olarak zorunlu, %10'u gönüllü olarak, nüfusun yaklaşık %87'si zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun %10'u özel sağlık sigortası ve %2'si hükümet sigorta planları kapsamında olup, %0,2'si herhangi bir sigorta kapsamında değildir.

Almanya'da nüfusun büyük bir kısmı sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun yaklaşık %87'si bir zorunlu sağlık sigortası ve yaklaşık %10'u özel sağlık sigortası kapsamındadır. Belli bir gelir düzeyine kadar (2005 yılında aylık 3.900 Euro veya yıllık 46.800 Euro) olan tüm çalışanlar zorunlu olarak toplam 315'in üzerindeki zorunlu sağlık sigortası planlarından birine üye olmak zorundadır. Belirlenen gelir düzeyinin üzerinde kazanan kişiler, istedikleri takdirde özel bir sigorta planına katılmakta serbesttirler. Zorunlu sigorta sistemi emeklileri, işsizleri ve öğrencileri de kapsamaktadır.

Çalışanların malullük, yaşlılık ve ölüm sigorta primleri çalışanlar ve işverenler ödediği primler ve devlet sübvansiyonuyla karşılanır. Hastalık, kaza ve bakım giderlerinde devlet sübvansiyonu yoktur. Prim oranı, sigorta fonuna göre değişmekle beraber ortalama, çalışan gelirin %14'ü civarındadır (12/3,4).

Kişiler, yıllık gelirlerinin toplam %2'sini (kronik hastalar %1) aşmamak üzere, aldıkları her sağlık hizmetine karşılık 5-10 Avro, ayrıca muayene için 10, hastahane yatışında 28 güne kadar her gün için 10 Avro katılım payı öderler (belli şartlar hariç).

Hastalık fonlarına benzeyen, sağlıkla ilgili diğer zorunlu sigortalar da bulunmaktadır. Bunlar iş kazaları ile ilgili olarak kaza fonları, emeklilik fonları ve 1995'ten beri uzun dönemli bakım hizmetleri fonlarıdır (2/36).

### II.6. İlaç Sektörü

Almanya'da ilaçların ecza depolarına ve eczahanelere dağıtımları ve ilaçların fabrika fiyatlarına yapılan ek fiyat artırımları en ince ayrıntılarına kadar düzenlemelere tabidir. Diğer taraftan ilaç endüstrisi, fiyatların ve etkinliğin artırılması ihtiyacıyla ilgili düzenlemelerde son derece liberaldir. Etklilik derecesi kanıtlanmamış ve sorgulanabilir düzeydeki ilaçların oranının önemli ölçüde artması sonucunda, 1976 yılında çıkarılıp, 1978 yılında yürürlüğe giren İlaç Yasası ile ilaçların lisans alması zorunlu hale getirilmiştir. Bu tarihten önce, ilaç ürünlerinin yalnızca ilaç olarak Federal Sağlık Birimi'ne kayıt edilmesi gerekmekteydi.

Almanya'nın ilaç endüstrisi, gelişmiş ülkeler içinde çok güçlü bir konumdadır ve uluslararası ihracat pazarına önemli katkıları bulunmaktadır. Ülkede yaklaşık 1.100 ilaç şirketi ve bu sektörde çalışan 115.500 kişi bulunmaktadır. İlaç pazarı, halk eczahanelerini (reçetelerle temin edilebilen, reçete edilmekle marketlerden satın alınabilen veya reçete olmaksızın marketlerden veya eczahanelerden alınabilen tüm ilaçlar) ve hastahane eczahanelerini kapsamaktadır.

1998 yılında, tamamen özel sektöre ait olan hastahanelere dağıtılan ilaçlar haricinde, ilaç pazarını tekeline bulunduran halk eczahanelerinde toplam 52 milyar DM (Alman Markı) tutarında ilaç satılırken, hastahanelerde kullanılan ilaçların tutarı yalnızca 4,8 milyar DM olmuştur. Almanya Batı Avrupa ülkeleri içinde ilaçlara koyulan ek fiyatların (fabrikadan çıkıp, müşteriye ulaşıncaya kadar araçların eklediği fiyatlar) ve vergilerin en yüksek olduğu ülkelerden biridir. Halk eczahanelerinde satılan 52 milyar DM'lik ilacın 44,4 milyar DM'ı reçeteli, 7,6 milyar DM'ı reçetesiz satılan ilaçlara harcanmıştır. 44,4 milyar DM'ın 33,4 milyar DM'ı zorunlu sağlık sigortası tarafından ödenmiş, 3,6 milyar DM'ı özel sigortalı insanlara satılmış ve 5,4 milyar DM'ı hastalık fonu üyelerinin ilaçlara katkı paylarına ödenmiştir. Özel sağlık sigortası sahiplerinin ödedikleri miktarın tamamen geri ödendiği farz edilirse, hastaların ilaçlara yaptıkları doğrudan ödemeler 13 milyar DM'ı, yani toplam ayakta tedavi giderlerinin %25'idir denilebilir.

Almanya'da ilaç sektörünün yapısı, ilaç endüstrisi ve hekim birlikleri tarafından, hekimlerin "tedavi özgürlüğü"nü koruma amacıyla desteklenmektedir. Bu yapıya bağlı olarak hiç bir etkisi olmayan veya etkililiği konusunda açık bir kanıt bulunmayan ilaçların, en çok satılan ilaçlar arasında yer alması şaşırtıcı değildir. Federal yasalar çoğunlukla maliyetin kısıtlanması konularının üzerinde durmaktadır.

İlaç harcamaları, özellikle zorunlu hastalık fonları açısından bakıldığında, Almanya'da son derece etkili bir şekilde kontrol altında tutan bir alandır. Ani fiyat artışlarını daima fiyat düşmeleri takip etmiştir. Bu kontrol yeteneğinin ana elementleri maliyet paylaşım hareketleri, reçete kısıtlamaları, 1989 yılında kabul edilen referans fiyatlar ve son olarak 1993-1997 yılları arasında ve 1999'dan bu yana belirlenen ilaç harcamaları tavanıdır. Referans fiyatların belirlenmesi, hastalık fonlarının geri ödeme yapabileceği bir üst limitin tanımlaması anlamına gelmektedir. İlaç harcamaları tavanı uygulaması, ilaç harcamalarının kısıtlanmasında etkili bir yöntemdir. Bu yöntemle, 1991 yılında yapılan 24,4 milyar DM ilaç harcaması esas alınır ve sonraki yıllarda ilaç harcamalarının yıllık 23,9 milyar DM'ı geçmemesi hedeflenir.

Almanya'da 1976 yılından sonra ilaçların lisans alması zorunlu hale getirilmiştir. İlaçlara lisans verilmesi günümüzde Almanya'da tıbbi teknolojiye en sıkı düzenlemelere tabi olandır. İnsanların kullanabileceği ilaçların satılabilmesi Paul-Ehrlich Kurumu (kan, kan ürünleri ve aşılarda) ve Federal İlaç Ve Tıbbi Cihazlar Kurumu'nun (geriye kalan tüm ilaçlar için) sorumluluğundadır. Bu zorunluluk 1978 yılında uygulamaya koyulan İlaç Yasası ile geliştirilmiştir ve rehber düzenlemeler, Federal Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Bir ilacın lisans alabilmesi için gerekli kriter şudur; etkililiğinin ve güvenliliğinin bilimsel olarak kanıtlanması, bu klinik olarak yapılan I. ve II. aşama çalışmalara tabi tutulmasını gerektirir.

Bu noktada maliyet etkililik önemli değildir. Bu kabul etme sürecinin yanında, bir de hızlandırılmış süreç uygulanabilir. Hızlandırılmış süreç potansiyel tedavi değerinin yanında kamunun ilgisini de çeken, ancak tedavi etkililiği konusunda henüz yeterli kanıt bulunmayan ilaçlara uygulanır. Ancak bu, yine de nadiren başvurulmuş bir yoldur ve çoğunlukla oldukça nadir rastlanan hastalıkların tedavisine yönelik ilaçlarda uygulanır.

Günümüzde çok yaygın olmamakla birlikte, ilaçların onaylanması ve lisans verilmesi için uygulanabilecek bir başka yöntem, müşterek kabul etme prosedürüdür ve bu prosedür Almanya'da, 75/319 Avrupa Birliği direktiflerine bağlı olarak, 1 Ocak 1995 tarihinde uygulamaya konulmuştur. Bu direktif doğrultusunda, ürettiği ilaç, bir başka Avrupa Birliği ülkesinde kabul edilen bir ilaç üreticisi, ilacını Almanya'da da satabilir. Ancak ilacın tehlikeli olduğu düşünüldüğünde, bu ilacın pazara sunulması Federal İlaç Ve Tıbbi Cihazlar Kurumu tarafından engellenebilir.

Ülkede ilaçların pazara kabul edildikten sonra zorunlu olarak kapsamlı ve sistematik bir biçimde takibini gerektiren bir yapı bulunmamaktadır. Ancak hekimlerden ve diğer sağlık uzmanlarından hastalarına kullandıkları ilaçlar ve diğer tıbbi cihazlarla ilgili sorunları Federal İlaç Ve Tıbbi Cihazlar Kurumu'na bildirmeleri istenir. Kurum elde ettiği yan etkiler, kontrendikasyonlar ve diğer sorunlarla ilgili bilgilerle, ilaçlar hakkında bir veri tabanı oluşturur. Oluşturulan kayıtlar tıp, ilaç ve toksikoloji uzmanları tarafından değerlendirilir. Sorunların şiddetine bağlı olarak, son derece ileri boyuttaki vakalarda, söz konusu ilaca verilen lisans iptal edilebilir.

Birçok ilaç için, ilaç pazarına kabul edilmek, zorunlu sağlık sigortası planlarının kapsamına da girdiği anlamına gelebilir. Ancak bu konuda, üzerinde dikkatle durulması gereken bazı istisnalar vardır.

1983 yılından bu yana, 78 yaşının üzerindeki sigortalılar için bazı rahatsızlıklarla ilgili ilaçlar (soğuk algınlığı ilaçları, mantar ilaçları hariç ağız için kullanılan ilaçlar, laksatifler ve ruhsal hastalık ilaçları) yasal olarak hastalık fonu paketinden çıkarılmıştır.

Sosyal Kod Kitabı, Federal Sağlık Bakanlığı'nın "etkili olmayan" ilaçların (örneğin amaçlanan alanda etkili olmayan ya da üçten fazla ilacın kombinasyonu sonucu, asıl etkisinin değerlendirilebilmesinin mümkün olmadığı ilaçları) ilaç paketinden çıkarılmasına izin vermektedir.

İlaçların geri ödeme kapsamına alınması ile ilgili düzenlemeler Federal Hekim ve Hastalık Fonları Komitesi'nin sorumluluğundadır ve iki taraf arasında federal düzeyde yapılan bir sözleşmeye dayanmaktadır. Bu anlaşma bir rehber niteliğinde olup, ilaçların uygun kullanımının sağlanması amacıyla hizmet etmektedir. Bu anlaşma bazı ilaçların belirli endikasyonları olduğunda kullanılmasına izin vermektedir ve bazen bu ilaçların ancak tıbbi olmayan tedavilerin başarısız olduğunda kullanılmasını sağlamaktadır. Fakat, genel olarak, bu rehberin çok etkili olduğunu söylemek güçtür.

1999 yılında federal Komite ilaç rehberini tamamen yenilemiştir. Bu rehber gere göre ilaçların pazara sunulabilmesi için lisans alması gereklidir, ancak bu lisans ilacın sosyal sigorta kapsamına dahil edilmesi için yeterli bir ön koşul değildir. Bazı ilaçların sigorta kapsamına alınmaması için:

- Hastalığın tedavisi için gerekli olmaması,
- Diğer ilaçların daha etkili ve/veya maliyet-etkili olması,
- Tıbbi olmayan tedavilerin daha etkili ve/veya maliyet etkili iken kombinasyon terapinin kullanılmaması,
- Etkili olduğunun kanıtlanmamış olması.

Reçete edilmesi kısıtlanan veya yasaklanan ilaçların sayısı gittikçe artmaktadır (16/2-4).

## II.7. Sağlık Teknolojisi

Geçmiş yıllarda, sağlık teknolojisinin düzenlenmesi ve kontrolü, Almanya'da önemli konular arasından yer almıyordu. Almanya'da teknoloji ile ilgili düzenlemeler, özellikle ilaçlar ve tıbbi cihazlar konusunda uluslararası standartları karşılamaktadır. Ancak diğer alanlardaki teknolojilere gereken özen gösterilmemektedir. Ülkede sağlık teknolojisi ile ilgili düzenlemeler sağlık sisteminin yapısına ve örgütlenmesine, kullanılan teknolojinin çeşidine ve düzenleme yapılan düzeye bağlıdır (16/3).

Almanya'da sağlık teknolojisi pazarının değeri 19 milyar Euroya ulaşmıştır ve Almanya Avrupa'nın en büyük tıbbi teknoloji pazarına sahip olup, küresel pazarda da Amerika ve Japonya'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır.

Alman sağlık teknolojisi piyasasındaki şirketlerin temel talep finansman kaynağını, zorunlu sağlık sistemi oluşturmaktadır.

Ülkede sağlık teknolojisinin değerlendirilmesinden sorumlu bazı kuruluşlar vardır. Bu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği kurulamamıştır. Bu kuruluşlardan bir olan DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) Federal Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Kuruluş, teknoloji piyasaya sürüldükten sonra sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmaktadır. Kuruluşun değerlendirilmeleri, zorunlu sağlık sigortası sistemi için bağlayıcı değildir.

Daha önceleri hastahane ve dış hekimliği alanlarında ayrı ayrı çalışmalar yapan bazı sağlık teknolojisi değerlendirme kuruluşları Birleşik Federal Komite çatısı altında toplanmışlardır. Bu komite Kalite Ve Ekonomik Etkinlik Kurumu'nu kurmayı amaçlamıştır. Kurumun son zamanlarda hazırlanan sağlık reformu yasalarının geliştirilmesi ve sağlık teknolojisi değerlendirme kuruluşlarının kendi kendini yöneten organlar haline getirilmesi konusunda çalışmalar yapması planlanmıştır.

Birleşik Federal Komite tarafından kurulması planlanan bu kuruluş 2004 yılında "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Ve Kalite Kurumu" adı altında kurulmuştur. Kurumun temel sorumlulukları Almanya'da sağlık hizmetlerinin ve ilaçların etkililiğinin ve kalitesinin değerlendirilmesidir (18/2).

Almanya'da tıbbi cihaz endüstrisinde rekabet ön plandadır. Bu alandaki ürünlerin üretiminin gelişmesi, Almanya üretim endüstrisi ortalamasının üzerindedir.

Sağlık teknolojisi alanında çalışmaların sayısı ve ihracatın düzeyi gittikçe artmaktadır. Özellikle bilgisayarlı tomografi, radyoloji ekipmanları ve manyetik rezonans cihazları konusunda elde edilen iyi bir pazar pozisyonu ve teknoloji liderliği, yüksek kalitede standartlara ulaşılması ve son olarak General Electric Şirketinin ülkeye doğrudan yatırım yapmasıyla Almanya, tıbbi cihaz endüstrisinde lider konuma gelmiş ve bu sektörde büyük bir rekabet gücü kazanmıştır.

Tıbbi cihaz endüstrisi, yüksek teknoloji sektörünün bir koludur ve Almanya'da bu sektörün araştırma ve geliştirme faaliyetlerine %8 sermaye devri yapılmaktadır. Bu miktar, tüm üretim sektörüne ayrılan miktarla kıyaslandığında, iki katından fazlasına denk gelmektedir.

Sağlık politikaları çerçevesinde yürütülen yasal reform süreci, sağlık teknolojisi ve tıbbi cihazlar sektörünü de etkilemektedir. Bu anlamda en önemli uygulamalar yatan hastalara kullanılan tıbbi malzemeerde DRG sisteminin kullanılmaya başlamasıyla ayakta tedavilerde yeni geri ödeme kurallarının belirlenmesidir. Bu uygulamalar, Almanya'da sağlık sektöründe serbest pazar ekonomisinin kurulmasının en büyük adımlarıdır (20/4,5).

Son on yılda bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans (MR) gibi teşhis teknolojilerinde hızlı bir artış olmuştur (4/2).

### II.8. Sağlık İnsangücü

Almanya'da 2003 yılında 1.000 kişilik nüfusa düşen hekim sayısı 3,37, diş hekimi sayısı 0,78, eczacı sayısı 0,58, ve ebe sayısı 0,10 dur (14/3).

1990-2002 yılları arasında Almanya'da hekim sayısında %20'lik bir artış olmuş ve Avrupa-A ülkeleri ortalamasıyla aynı seviyeye gelmiştir. 2001 yılında ülkedeki hemşire sayısı %3 artmıştır. 2001 yılında yataklı hasta tedavisinde görevli sağlık personelinin yaklaşık yarısını maaşlı çalışanlar oluşturmaktadır (22/4).

Almanya'da ambulatör sağlık hizmetleri muayenelerinde sağlık hizmeti sunan hekimler temelinde örgütlenmiş olup, bu tür hizmet sunan ve hastahanelerde çalışan sağlık personelinin ödemeleri hizmet başına ödeme şeklinde yapılmaktadır (15/5).

Muayenelerinde sağlık hizmeti sunan hekimlerin ödemeleri, bağlı oldukları bölgenin Hekim Birliği tarafından yapılmakta ve elde edilen kaynağı genel pratisyenler arasında hizmet temeline göre tahsis etmektedir (22/4).

Almanya'da sağlık insangücü arzı üzerinde bir kontrol mekanizması bulunmamaktadır. Sağlık insangücünün sayısı ile ilgili bir planlama yapılmamaktadır (22/6).

Ülkede 36 adet tıp fakültesi bulunmaktadır. Bu fakülteler buldukları bölgeleri merkezi bir kuruluşa bildirmektedirler fakat bu merkezi kuruluş okulların kapasitesini belirlemek konusunda etkili değildir (22/14).



Almanya'da sağlık sektörü önemli bir istihdam alanıdır ve ülkede toplam 4,2 milyon kişi sağlık sektöründe çalışmaktadır. Bu sayı 2002 yılında ülkedeki toplam istihdamın %106'sını oluşturmaktadır.

Sağlık personelinin eğitimi federal hükümet, eyalet yönetimleri ve mesleki birliklerin ortak sorumluluğundadır. Federal yapıya göre, 16 Lander sağlık uzmanları da dahil olmak üzere, çeşitli meslek uzmanlarının denetiminde ve kayıt altına alınmasından olduğu kadar, eğitiminin düzenlenmesinden ve finansmanından da sorumludur. Ancak sağlık meslek grupları, eğitimleri ile ilgili ulusal düzenlemeler, uzmanlık eğitimleri ile ilgili kuruluşların özerk yapısı ve eğitimlerinin sürekli olması yönünden diğer meslek gruplarından ayrılmaktadır. Akademik ve akademik olmayan uzmanlık eğitimi ücretsizdir. Ancak tedavi alanında uzmanlık eğitimi veren özel okullarda aylık 300-700 Euro arasında bir ücret ödenmesi gerekmektedir. Hemşirelik eğitiminde olduğu gibi, sağlık kuruluşlarında verilen uygulama eğitimlerinde öğrencilere düşük bir ücret ödenmektedir. Üniversite eğitimi eyaletler tarafından finanse edilirken, uygulama eğitimi her hastahane ile ayrı ayrı yapılan sözleşme çerçevesinde, hastalık fonları tarafından finanse edilmektedir. Ülkede toplam 36 tıp fakültesi, 31 diş hekimliği fakültesi, 23 eczacılık ve 5 adet veterinerlik fakültesi bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelik, çocuk hemşireliği, yaşlı bakımı ile ilgili olarak eğitim veren ve kamu tarafından finanse edilen birçok kuruluş bulunmaktadır. Aynı zamanda fizyoterapist, masör, ebe, diyetisyen ve konuşma terapisti yetiştiren okullar da bulunmakta olup, bunların çoğu özel kuruluşlardır ve bu kuruluşlarda eğitim ücretlidir.

Almanya'da zorunlu sağlık sigortasına bağlı olarak muayenehanelerinde çalışmak isteyen hekimler ve veterinerler uzmanlaşmak zorundadır. Uygulama temelli uzmanlık alma süreci genellikle akademik olmayan uzmanlar için iki ya da üç yıl, akademik uzmanlar için 4-6 yıl sürer (2/124,128,132).

Almanya'da diğer OECD ülkelerine göre daha fazla sağlık insangücü ve fiziksel kaynaklar kullanılmaktadır. OECD ülkelerinde 1.000 kişilik nüfusa düşen hekim sayısı ortalama 2,9 iken, Almanya'da bu oran 3,4'tür. Son yıllarda Almanya'da, belli bir nüfusa düşen hekim sayısı yavaş yavaş, fakat istikrarlı bir biçimde artmaktadır. 1.000 kişilik nüfusa düşen hemşire sayısı 9,7'dir (24/1).

## II.9. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Harcamaları

### II.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Talebin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinde talebin finansmanı, çeşitli sağlık hizmetlerine göre şu şekilde gruplandırılabilir;

2001 yılında yataklı tedavi giderlerinin %74'ü sosyal güvence fonları ve %9'u merkezi yönetim tarafından olmak üzere toplam %83'ü finanse edilmiştir. Yataklı tedavi giderlerinin yalnızca %17'si özel sektör tarafından finanse edilmiş olup, bunun %4'ü özel sigortalar, %4'ü doğrudan kişisel ödemeler ve %3'ü kâr amacı gütmeyen örgütler tarafından sağlanmıştır.

Ayakta tedavi hizmetlerinin kullanımında da, yine sosyal güvence fonları ve merkezi yönetim en önemli finansman kaynaklarıdır ve bu tür giderlerin finansmanındaki payları %77'dir. Ayakta tedavi hizmetlerinin %12'si Özel Sigortalar tarafından ve %11'i doğrudan kişisel harcamalarla finanse edilmektedir.

Hemşirelik hizmetleri ile ilgili veriler, yalnızca uzun dönemli hemşirelik hizmetlerini içermektedir. Bu tür hizmetlerin büyük bölümü uzun dönemli bakım hizmetleri sigortası tarafından sağlanmaktadır. Doğrudan kişisel ödemelerin evde bakım hizmetlerinin kullanımının finansmanı içindeki payı %8'dir.

Ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinde destek sağlık hizmetleri olan laboratuvar hizmetleri, teşhis amaçlı görüntüleme hizmetleri, hasta nakil ve acil yardım hizmetlerinin %76'sı sosyal güvence fonları tarafından finanse edilirken, özel sigortanın bu tür hizmetlerdeki payı %13 ve doğrudan kişisel ödemelerin payı %3'tür.

Tıbbi malzemelere (örneğin protezler) yapılan ödemelerin %26'sını, kişisel doğrudan ödemeler oluşturmakta, %65'i sosyal güvenlik fonları tarafından yapılmaktadır. İlaçlara yapılan ödemelerin %70'i sosyal güvenlik fonları ve %26'sı özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir (5/13).

#### II.9.1.1. Zorunlu Sağlık Sigortası (ZSS)

Zorunlu Sağlık Sigortası 2002 yılında toplam harcamalarının %57'sini finanse etmiştir. Zorunlu Sağlık Sigortası'na ödenen katkı oranları riske değil, kişinin kazancına bağlıdır. 1949 yılında 2005 yılına kadar, sigortaya ödenen katkılar, sigortalı çalışan ile işvereni arasında eşit olarak paylaşılmaktaydı. 2005 yılı Temmuz ayından itibaren işverenlerin ödediği oran artırılmış, katkılara katılım oranı, 54/46 oranına yaklaşmıştır. Katkı oranları eşitli hastalık fonları arasında değişmekte olup, ortalama prim oranı gelirin %14,2'si civarındadır (9/3).

#### II.9.1.2. Diğer Sosyal Sigortalar

Zorunlu Emeklilik Sigortasının, toplam sağlık harcamalarına katılım oranı %1,8'dir. Bu sigorta özellikle çalışanların tıbbi rehabilitasyon hizmeti kullanımını finanse etmektedir. Kaza sigortasının (iş kazaları), toplam sağlık harcamaları içindeki finansman oranı %1,7'dir. 1995 yılından beri, zorunlu sağlık sigortasının bir dalı olarak uzun dönemli bakım hizmetleri sigortası da sağlık hizmetlerinde talebin finansmanına katılmaktadır.

Zorunlu uzun dönemli bakım hizmetleri sigortasının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %7'dir (11/3).

#### II.9.1.3. Özel Sağlık Sigortaları

2002 yılında, toplam sağlık harcamalarının %8'i özel sağlık sigortaları tarafından finanse edilmiştir. Bu tür sigortalar, nüfusun yaklaşık %10'unu kapsamına alan (özellikle serbest meslek çalışanları ve yüksek gelir sahibi gönüllü sigortalılar) ikame sağlık sigortalarını ve ZSS kapsamında olup da ek sağlık sigortası kapsamına giren bir diğer %9'luk kısmı içermektedir. Ülkede, primlerin riske göre belirlendiği 49 adet özel sağlık sigortası bulunmaktadır (9/5).

#### II.9.1.4. Doğrudan Ödemeler

2002 yılında kişiler tarafından yapılan doğrudan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının %12'sini oluşturmuştur. Bu finansman kaynağı hizmet kullanımı için yapılan doğrudan ödemelerle, sigorta finansmanının yanında yapılan ek ödemelerden oluşmaktadır. Resmi olmayan (rüşvet vb. gibi) ödemelere rastlanmamaktadır. 2004 yılında yapılan ek ödemeler yataklı tedavilerde 1 hasta günü için standart olarak 10 Euroya çıkarılmıştır. Ayrıca bir hekime (Genel Pratisyen olması şart değildir) veya dış hekimine ilk muayenede 10 Euro ek ödeme talep edilmektedir (9/4).

ZSS üyeleri reçete edilen ilaçların, pansuman ve bandaj giderlerinin bir kısmını kendileri ödemektedir. Ayrıca kullanılan malzemelerin %15'ini, destek hizmetlerinin %20'sini, dış tedavilerinde %50'ye kadar değişen oranda bir kısmını ve seyahat giderlerinin 13 Euro'sunu kullanıcılar doğrudan ödemektedirler (10/3).

Doğrudan yapılan ödemelerin büyük kısmını sigorta kapsamında ödenmeyen ilaçlara yapılan ödemeler ve reçete edilen ilaçlara yapılan ek ödemeler oluşturmaktadır (11/3).

#### II.9.2. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Finansmanı

2002 yılında toplam sağlık harcamalarının %3'ü federal hükümet, Lander ve belediyeler kaynaklı olmak üzere kamu kaynaklarından finanse edilmiştir. Teknolojik ekipman, bina yapım ve bakım giderleri ile hemşire bakım evlerinin kapasitelerinin artırılması için yapılan harcamalardaki açıklar, federal ve Lander hükümetleri tarafından yapılan finansmanla kapatılmaktadır (9/4).

Hastahanelerin iki tür finansman kaynağı vardır; birincisi; oluşturulan hastahane planlarına bağlı olarak devlet ve federal hükümetler tarafından sağlanan finansman; ikincisi, hastahane ücretlerinin ödemesi amacıyla hastalık sigortaları tarafından sağlanan finansman.

Hastahane ödemelerinde daha önceleri yapılmakta olan karma ödeme sistemi yerine, Almanya'nın Avustralya'da uygulanan Teşhise Bağlı Gruplandırma (Diagnosis Related Groups-DRG) sistemine adaptasyonu ile oluşturulan sistem kullanılmaktadır. Ocak 2004 tarihinden bu yana hastahanelerin sundukları hizmetlerin dokümantasyonunu DRG planına göre hazırlamaları gerekmektedir (11/4)

Almanya'da en önemli sağlık hizmeti sunucuları hastahanelerdir. 2001 yılında toplam sağlık harcamalarının %31'i hastahanelerde sunulan sağlık hizmetleri için yapılmıştır. Aynı yıl toplam sağlık harcamalarının %7'si hemşirelik hizmetleri, %28'i ambülator sağlık hizmetleri sunumu için yapılan harcamalardır. Grafik 1'de gösterilmektedir.

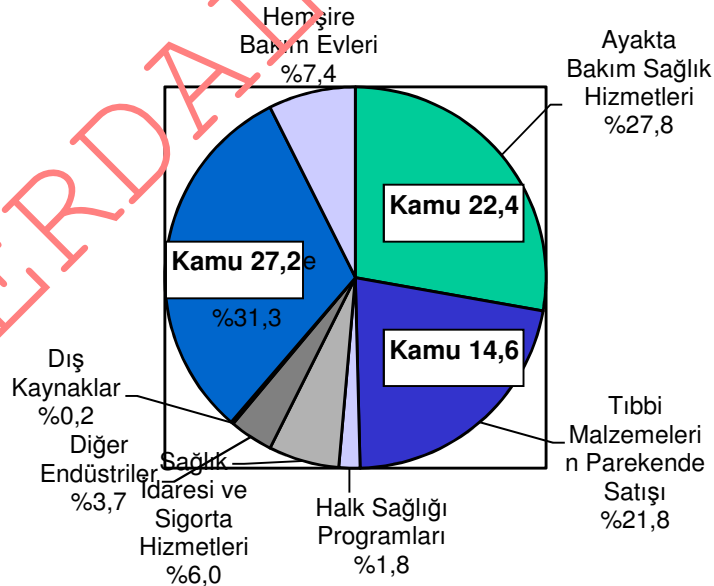
2001 yılında, sosyal sigorta fonları, toplam sağlık harcamalarının %71'ini finanse etmiştir. Bu durum, hemen hemen tüm sağlık hizmeti sunucularının elde ettikleri finansmanın yarısından fazlasını sosyal güvence fonlarından sağladıkları anlamına gelmektedir.

Ancak halk sağlığı programlarının yönetimi ve halk sağlığı hizmetlerinin sunumu buna dahil değildir. Bu alanda yapılan hizmetlerin finansmanının %53'ü kâr amacı gütmeye örgütler, %47'si merkezi yönetim tarafından sağlanmaktadır (Sosyal güvenceye sağlanan finansmanın dışında).

Hastahane giderlerinin %81'i sosyal güvence fonları, %9'u özel sigortalar ve %6'sı merkezi yönetim tarafından finanse edilmektedir. 2001 yılında hemşire bakım evlerinin giderlerinin %51'i sosyal güvence fonları, %29'u kişisel doğrudan ödemeler ve %19'u merkezi yönetim tarafından finanse edilmiştir. Aynı yıl, ambülantör sağlık hizmetlerinin %73'ü sosyal güvence fonları, %10'u özel sigortalar ve %8'i kişisel doğrudan ödemelerle finanse edilmiştir (5/12).

Bölgesel hekimler birliği, her yıl, ayakta tedavi hizmetleri ile ilgili olarak, zorunlu sağlık sigortası ile anlaşmalı hekimlerle görüşmeler ve sözleşmeler yapmaktadır. Hastalık fonları, bir hekimler birliği bölgesinde yaşamakta olan, ZSS, sigortalı kişinin durumuna göre, bölgesel hekimler birliğine ödeme yapmaktadır. Bölgesel hekimler birliği, bölgesel olarak belirlenmiş kuralları çerçevesinde, kaynakları aile hekimleri, uzman hekimler ve diğer üyeler arasında dağıtmaktadır. Özel sağlık sigortalarının ödemeleri çoğunlukla hizmet başına ücret şeklinde belirlenmektedir (9/8,9).

**Grafik 1: Sağlık Harcamalarının Sağlık Hizmeti Sunucuları Arasındaki Dağılımı**



**Kaynak:** (5), OECD (2001), National Health Accounts, Germany, Organisation for Economic Co-operation and Development, s:9

## II.9.2.1. Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 3: Almanya Ulusal Sağlık Harcamaları

I. Harcama Oranları (TSH)*	2000	2001	2002	2003	2004
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı (%)	10,06	10,18	10,9	11,1	10,9
Toplam kamu sağlık harcamalarının TSH'ye oranı (%)	78,6	78,4	78,6	78,2	78,1
Özel Sağlık Harcamalarının TSH'ye oranı (%)	21,4	21,6	21,4	21,8	21,9
TKSH'nin** genel kamu harcamalarına oranı (%)	18,2	17,4	17,6	17,6	17,8
Dışsal Kaynakların TSH'ye oranı (%)	0	0	0	0	0
II. Harcama Tutarları					
Toplam Sağlık harcamaları (Euro)	215432	223689	230592	235324	236690
Toplam kamu sağlık harcamaları (Euro)	169248	175348	181150	184067	184800
Toplam kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamaları (Euro)	147723	152642	157938	160899	160400
Özel sağlık harcamaları (Euro)	46184	48340	49442	51257	51890
Özel sağlık harcamaları içinde net doğrudan ödemeler (Euro)	22920	24043	23848	24533	24800
Özel sağlık harcamaları içinde özel ön ödemeli sigorta olanlarına yapılan ödemeler (Euro)	17868	18677	19726	20612	20890

**Kaynak:** (8), WHO (2005) Country National Health Accounts Data, National Expenditure on Health, Germany, World Health Organisation, s:2

\*TSH: Toplam Sağlık Harcamaları

\*\*TKSH: Toplam Kamu Sağlık Harcamaları

2002 yılında Almanya'da, yapılan sağlık harcamaları GSMH'nin %10,9'udur ve bu miktarın %79'u kamu tarafından finanse edilmiştir. GSMH'dan sağlığa ayrılan pay dikkate alındığında Almanya, Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır. Yine 2002 yılında, Almanya'da kişi başına yapılan toplam sağlık harcaması 2.817 ABD \$'dır.

Toplam sağlık harcamalarının %57'si zorunlu sağlık sigortası, %7'si zorunlu uzun dönemli bakım sigortası, %4'ü diğer zorunlu sağlık sigortaları, %4'ü işverenler ve kâr amacı olmayan örgütler ve %12'si doğrudan yapılan kişisel ödemelerle finanse edilmiştir (11/3).

Aynı yılı ambülatör sağlık hizmetlerinin %73'ü sosyal güvenlik fonları, %10'u özel sigortalar ve %8'i doğrudan kişisel ödemelerle finanse edilmiştir (5/12).

## II.10. Sağlık Reformu Ve Devam Eden Projeler

Son Alman Sağlık Reformu veya "Gesundheitsreform 2000" ile Alman Teşhise Dayalı Gruplandırma (German Diagnosis Related Group-G-DRG) sisteminin 2003 yılından itibaren hastahane sektöründe tamamen uygulamaya başlaması hedeflenmiştir. Bu zamana kadar Alman Sağlık Sisteminin C-DRG sistemine uyumlaştırılması çalışmaları yürütülmüştür. Bu reformla Avustralya DRG Sistemi'ne dayalı olan hastahane finansman sistemi değiştirilmiştir. Ancak psikiyatri bölümleri DRG finansman sisteminin dışında tutulmuştur (17/3).

Almanya 2006 yılında yeni nesil e-sağlık kartının kullanıma başlanması için gerekli hazırlıkları tamamlamıştır. Bu yeni versiyon e-sağlık kartının, kullanılmakta olan sigorta kartlarının yerini alması planlanmaktadır. Avrupa'da, akıllı kart teknolojisinin son örneği olmaktadır. Bu kartın aynı zamanda reçete bilgilerini de içermesi, hatta modern e-devlet uygulamalarında dijital imza için kullanılan standart kartların işlevlerini de görmesi hedeflenmektedir (21/4).

Almanya'da yapılan en önemli reformlardan biri, gittikçe yaşlanmakta olan nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için zorunlu uzun dönemli bakım sigortasının yürürlüğe girmesidir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri, hasta eğitimi ve akıl hastaları için sosyoterapi ile ilgili olarak bazı sağlık hizmetleri Zorunlu Sağlık Sigortası kapsamındaki ayakta bakım hizmetlerine dâhil edilmiştir.

Federal Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlık reformlarına dayanak olan ve sağlık hizmetlerini etkileyen önemli yasalar çıkarılmıştır. Bu yasalardan en önemlileri şunlardır: Sağlık Sektöründe maliyet kısıtlama amacını taşıyan birçok reform, 1989 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Reformu Yasasıyla uygulamaya başlamıştır. 1990'lı yıllarda yapılan önemli sağlık reformlarının dayanağı olan ve 1993 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Yapısı Yasası iki stratejiye yöneliktir. Bunlardan biri maliyetin düşürülmesi çalışmalarının artırılması, diğeri etkinliğin artırılması amacıyla özellikle hastalık fonları arasında ve hastahane sektöründe rekabetin artırılmasıdır. 1998 yılında Zorunlu Sağlık Sigortasında Dayanışmanın Güçlendirilmesi Yasası kabul edilmiştir. Bu yasayla ilaç ve dış malzemelerinde hastaların katkı oranları düşürülmüş ve sağlık harcamalarında tavan miktarı yeniden belirlenmiştir. 2000 yılında Zorunlu Sağlık Sigortası Reform Yasası kabul edilmiştir. Bu yasayla etkili olmayan veya etkili olduğu tartışmalı olan teknolojiler ve ilaçlar, hastalık fonu geri ödeme kapsamından çıkarılmıştır. 2004 yılında kabul edilen Zorunlu Sağlık Sigortasının Modernizasyonu Yasası'nın amacı Zorunlu Sağlık Sigortası için ek gelir kaynakları yaratılmasıdır. Ayrıca bazı sağlık hizmetleri ve özellikle reçetesiz satılan bazı ilaçlar sigorta kapsamından çıkarılmıştır (2/188/203).

### III. ALMANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 4: Bazı Sağlık Göstergeleri**

Göstergeler	ALMANYA	TÜRKİYE
Nüfus (2003)	82.476.000	70.847.000
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye oranı (%) (2003)	11,1	7,6
Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına oranı (%) (2003)	78,2	71,6
Doğmda Beklenen Yaş Süresi (2003)	79	70
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (binde) (2003)	4,5	36
Yetişkin (15-59) Ölüm Oranı (binde) (2003)	87	146
1000 kişiye düşen hasta yatağı (2003)	6,6	2,6
1000 kişiye düşen hekim sayısı (2003)	3,37	1,3
1000 kişiye düşen hemşire sayısı (2003)	9,7	1,7
Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Genel Kamu Harcamalarına Oranı (2003)	17,6	13,9
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları) (2003)	2817	528

**Kaynak:** (19) WHO (2003) Country Health Indicators, 'Germany' ve 'Turkey' bölümleri, World Health Organization, s:3,6

Almanya Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemiyle toplumun tüm fertlerine standart olarak yüksek kalitede ve dengeli hizmet sunabilmektedir. Türkiye'de farklı kalitelere ve dengesiz hizmet sunumu mevcuttur.

Almanya'da sistemin en belirgin özelliği merkezi hükümet yetkilerinin federal yönetimlere devri, özel sektörün kamu sektörünü tamamlaması ve yetkinin Zorunlu Sağlık Sigortası (ZSS) içindeki, kendi kendini yöneten kuruluşlar arasında dengeli bir biçimde dağılmış olmasıdır. Federal Sağlık Bakanlığı sosyal sağlık sigortası sisteminin yasal çerçevesini belirleyen sağlık kanunlarını hazırlar, birliklerin denetimi ve bazı alt-yönetim birimlerinin yardımıyla çeşitli lisans verme ve denetim görevlerini yerine getirir, bilimsel danışmanlık çalışmaları yürütür ve bilgi sağlama hizmetleri sunar.

Türkiye'de yerel yönetimlere kendi kendini yöneten sağlık kuruluşları kapsamında bir yetki devri söz konusu değildir. Sağlık Bakanlığı, Almanya Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yanında, Almanya'da yerel yönetimlere devri yapılan görevleri de gerçekleştirir.

Köklü bir sağlık sigortası geçmişine sahip olan Almanya, günümüzde yapılan reformlarla, dünya sağlık ve sosyal güvence sistemlerindeki öncülük rolünü devam ettirmektedir. Türkiye kendi sosyal güvence sisteminin bugünkü şeklini alması sürecinde Alman modelinden faydalanmıştır.

Almanya'da nüfusun büyük bir kısmı sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun yaklaşık %87'si bir zorunlu sağlık sigortası ve yaklaşık %10'u özel sağlık sigortası kapsamındadır. Türkiye'de nüfusun %33,02'si SSK'lı, %14,50'si Emekli Sandığı mensubu, %13,13'ü Bağ-Kur'lu, %18,66'sı Yeşil Kartlı ve %20,67'si sigorasızdır.

Almanya'da sağlık hizmetleri çıktılarının yaşam kalitesi üzerine olan pozitif etkileri sonucunda, ortalama yaşam sürelerindeki artışa bağlı olarak ve toplumun sağlık hizmetlerinden olan beklentisinin artması sonucunda, sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesine, örneğin geriatri hizmetlerinin yoğunlaştırılmasına neden olmaktadır. Türkiye'de geçmişten günümüze sağlık hizmetleri toplumun yaşam kalitesinde Almanya kadar verimli ve etkili olmamıştır.

Özel sağlık sorunları, Almanya sağlık sorunları içinde önemli bir yere sahiptir. Türkiye'de ise genel sağlık sorunlarına, yoğunluğu sebebiyle daha fazla kaynak ayrılmakta olup, özel sağlık sorunlarına ayrılan kaynak sınırlıdır.

Almanya'da ayakta bakım hizmetleri çoğunlukla anlaşma yapılmış olan Genel Pratisyen (Aile Hekimleri) veya özel uzman hekim tarafından sunulmaktadır. Türkiye'de bu hizmetleri sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri ve özel polikliniklerde kamuya bağlı olarak çalışmakta olup ek olarak özel sağlık kuruluşlarında da çalışan ve kamuya bağlı olmayıp sadece özel sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık personelleri tarafından verilmektedir.

Almanya'da sağlık teknoloji pazarının değeri 19 milyar Euro'ya ulaşmıştır ve Almanya, Avrupa'nın en büyük tıbbi teknoloji pazarına sahiptir. Tıbbi cihaz sektörü ileri teknoloji sektörünün bir koludur ve tıbbi cihaz endüstrisinde rekabet ön plandadır. Türkiye'de sağlık teknoloji pazarında yeterince gelişme sağlanamamış olup tıbbi cihaz üretimi kısıtlı ve dışarıya bağımlılık vardır.

Almanya sağlık sisteminde yerinden yönetim ve desantralizasyon uygulamalarına uyumlu biçimde şekillendirilmiş olarak, hizmet sunumunda hekim ve diş hekimi birlikleri, talebin finansmanında da "hastalık fonları" önemli rollere sahiptir. Merkezi yönetim uygulamaların geçerli olduğu Türkiye'de hizmet sunumunda hekim birliklerinin, diş hekimi birliklerinin rolleri Almanya'da olduğu kadar belirleyiciliğe sahip değildir. Yine Sosyal Güvence Sistemi de, daha merkeziyetçi bir yapı arz eder.

Almanya'da ilaç sektörü üzerinde etkili bir denetim mekanizması çalışmakta iken, Türkiye'de ilaç sektörü üzerinde etkili bir denetim mekanizması kurulamamıştır.



Almanya'nın GSMH'den sağlığa ayrılan paylara g6re 6lkelerin karşılaştırılmasında ilk 6çe girmesi devlet politikası olarak sağlığa 6nem vermekte olduğunu g6stermektedir. T6rkiye'de sağlık harcamalarına ayrılan pay Almanya'nın 6ok uzağındadır.

Almanya'da 6ağın son teknolojik gelişmelerine paralel ve 6nc6 niteliğinde sağlık hizmeti sunum projeleri ve reformlarına b6y6k bir hızla devam edilmekte olup, bu reform ve projeler etkinliğin artırılması amacıyla sağlık reformlarına dayanarak olan ve sağlık hizmetlerini etkileyen 6nemli yasalarla desteklenmektedir. T6rkiye'de de reformlarla, sağlık sisteminde etkinliğin ve verimliliğin artırılması ama6lanmakta ve yasal değişiklikler devam etmektedir.

Almanya'da sağlık insan g6c6 topluma sağlık hizmeti sunımında 6nemli bir yeterlilik arz etmektedir. T6rkiye'de sağlık insan g6c6 yeterliliği ve dağılımlı b6lgelere g6re dengesizlik ve adaletsizlik teşkil etmektedir.

İla6 sekt6r6nde ihracat yapabilecek kapasiteye sahiptir. T6rkiye ithalat yapan 6lkeler sınıfındadır.

A. ERDAL SARGUTIMIN

**KAYNAKLAR**

- 1) Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi , Ana Yayıncılık A.Ş., Cilt:2, İstanbul
- 2) WHO (2004) Health Care System in Transition, Germany, European Observatory on Health Care System  
<http://www.euro.who.int/observatory/ctryinfo/CtryinfoRes?COUNTRY=DEU&Ctry>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 3) Handbuch-Deutschland (2006) Almanya için el kitabı,  
[http://www.handbuch-deutschland.de/book/tu/002\\_004.html](http://www.handbuch-deutschland.de/book/tu/002_004.html)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 4) ADVAMED (2005) Germany Medical Technology Issues Ceo Tool Kit, Advanced Medical Technology Association,  
[http://www.advamed.org/publicdocs/germany\\_ceo\\_toolkit.pdf](http://www.advamed.org/publicdocs/germany_ceo_toolkit.pdf)  
(Sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 5) OECD (2001) Germany National Health Accounts, Organisation for Economic Co-operation and Development  
<http://www.oecd.org/dataoecd/9/21/33664362.pdf>
- 6) WHO (2005) Highlights on Health, Germany, World Health Organization Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/burden/2005031\\_1\\_5](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/burden/2005031_1_5)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 7) DIMDI (2005) The Development of HTA in Germany, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und information,  
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/index.html>
- 8) WHO (2005) Country National Health Accounts Data, National Expenditure on Health, World Health Organization  
<http://www.who.int/nha/country/deu/en/>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 9) WHO (2004) Health Care System in Transition Hit Summary-Germany, World Health Organization Regional Office for Europe  
<http://www.euro.who.int/Document/E854472sum.pdf>
- 10) NCHC (2005) Health Care in Germany, National Coalition on Health Care  
<http://www.nchc.org/facts/Germany.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)

- 11) WHO (2004) Highlights on Health Germany, World Health Organization Regional Office for Europe,  
[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/system/20041123\\_2](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/system/20041123_2)
- 12) BMG (2006) Brief Outline of the German Long-term Care Insurance System Germany, Bundesministerium für Germany,  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_617014/EN/Long-term-care-insurance/Long-term-care-insurance-node,param=html\\_nnn\\_true](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_617014/EN/Long-term-care-insurance/Long-term-care-insurance-node,param=html_nnn_true)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 13) German Culture (2006) Development of the Health Care System in Germany,  
[http://www.germanculture.com.ua/library/facts/bl\\_health\\_care\\_develop.htm](http://www.germanculture.com.ua/library/facts/bl_health_care_develop.htm)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 14) WHO (2006) Global Atlas of the Health Workforce, World Health Organization, <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 15) CHSRF (2003) Health Services Research Foundation, Planning Human Resources in Health care ,Canadian Health Services Research Foundation [www.chsrf.ca/final\\_research/commissioned\\_research/programs/pdf/bloor\\_report.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/programs/pdf/bloor_report.pdf)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 16) WHO (2002), Pharmaceuticals, World Health Organization, World Health Organization Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425\\_2](http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 17) Health Affairs (2004) Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System  
<http://www.healthaffairs.org/cgi/content/full/23/3/56>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 18) USA German Embassy (2005) Germany's Evidence-Based Health Care, System Policy  
<http://www.germany.info/relaunch/index.html>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 19) WHO (2003) Country Health Indicators, 'Germany' ve 'Tutkey' bölümleri, World Health Organization  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=deu>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 20) BMWI (2005) Medical Technology in Germany, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie  
<http://www.bmwi.de/English/Redaktion/Pdf/medical-technology-in-germany,property=pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)

- 21) NMN (2005) Germany Leads the Way With e-health, News-Medical.Net  
<http://www.news-medical.net/?id=9187>  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 22) WHO (2004) Highlights on Health Germany, Total Expenditure on Health, World Health Organization Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/system/20041123\\_2](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/system/20041123_2)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 23) WHO (2004) Life Expectancy, World Health Organization Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/burden/20050311\\_3](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/burden/20050311_3)  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
- 24) OECD (2005) Health Data, How Does Germany Compare,  
<http://www.oecd.org/dataoecd/16/6/34970073.pdf>
- 25) BMG (2006) Task of the Federal Ministry of Health, Almanya Sağlık Bakanlığı Resmi Sitesi  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nr\\_000110/EN/Home/homepage\\_node.para.html\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nr_000110/EN/Home/homepage_node.para.html_nnn=true)

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN