

# FAS SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR  
Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Emine BİNBOęA  
Ayşegül UęAR  
Elif EMİROęLU  
Bahar PANAS  
Ayşe ŞAHİN

A. ERDAL SARGUTAN

**FAS SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	904
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	905
I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı	905
I.2. Tarihçe	905
I.3. İdari Yapı	906
I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı	907
I.5. Ekonomi Ve Sanayi	908
I.6. Dış Problemler	908
I.7. İç Problemler	908
<b>II. SAğLIK SİSTEMİ</b>	909
II.1. Genel Olarak Fas Sağlık Sistemi	911
II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	913
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	913
II.3.1. Kamu Sektörü	913
II.3.2. Kâr Amaçlı Özel Sektör	914
II.3.3. Kâr Amacı Gütmeyen Özel Sektör	914
II.3.4. Ayakta Tedavi Hizmetleri	914
II.3.5. Hastahaneler	915
II.4. İlaç	915
II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı	915
II.6. Sağlık Sigorta Sistemi	918
<b>III. FAS VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	920
<b>KAYNAKLAR</b>	922

## ÖZET

Gelişmekte olan ve Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sistemi uygulayan ülkede sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bakanlık merkez ve taşra teşkilatları olarak örgütlenmiştir. Sağlık hizmetleri kamu, kâr amaçlı özel ve kâr amacı gütmeyen gönüllü sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir ve bu kuruluşların kurulmaları, işletilmelerini, idari ve mali denetimlerini Sağlık Bakanlığı gerçekleştirmektedir.

Fas sağlık sistemi tepki verme açısından dünyada 15. mali desteğin adaleti yönünden ise 125. sıradadır. Bu göstergeler, sağlığın ve sağlık sisteminin performansının iyileştirilmesi için oldukça büyük çabalar harcanması gerektiğini göstermektedir.

Ülke sağlık hizmetlerinin sunumunda kentsel ve kırsal alanlar arasında dengesizlik fazladır. Kırsal alanlarda yaşayanların sağlık hizmetlerine erişim konusunda büyük sıkıntılar yaşandığı gözlenmektedir. Belirlenen hedeflerde kentsel bölgelerde başarıdan bahsedilebilirse de, kırsal bölgelerde başarı sağlanamamıştır. Bunun en büyük nedeni, Fas'taki köylü nüfusun çok dağınık bir alanda yaşıyor olması ve hizmetin bu kişilere istenilen biçimde ulaştırılamamasıdır.

Fas'ta sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir hale getirilebilmesi en önemli meselelerden biridir.

Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı ayakta tedavi hizmetleri ile hastahane hizmetlerine ayrılırken, koruyucu sağlık hizmetlerine çok az bir oranda harcama yapılmaktadır.

Sağlık harcamaları devletin yıllık ödemelerinin yanı sıra doğrudan kişisel harcamalarla ve çok az oranda da kamu ve özel sağlık sigorta kuruluşları vasıtasıyla finanse edilmektedir.

Fas'ta kişi başına toplam yıllık sağlık harcaması 1997 yılında 38 Euro olup, bu harcamaların 33.6 Euro'sunun yataklı tedavi hizmetlerinde kullanıldığı belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları içinde en yüksek tutar %53'lük oranla kişilerin doğrudan yaptığı (kişisel) ödemelerdir. İkinci sırayı ise hem ulusal hem de genel vergi gelirleri oluşturmaktadır (%25).

Toplam sağlık harcamaları içinde toplam kamu sağlık harcamaları payı %29,3 özel sektörün payı ise %60,7'dir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlık büyük oranda Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerindedir.

Fas'ta nüfusun %16,4'lük kısmı sağlık güvenliğine sahiptir. Kentsel ve kırsal bölgeler arasındaki kapsam bakımından çok fark vardır. Sağlık sigortası sistemi isteğe bağlı bir uygulamadır. Sağlık sigortasını içeren güvenlik programlarının zorunlu olmayışı sosyal güvenliğe sahip kişi sayısının düşük bir oranda kalmasına neden olmaktadır.

## FAS SAĞLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Mağrip Krallığı
YÖNETİM BİÇİMİ	: Parlamenter monarşi
YÜZÖLÇÜMÜ	: 724.730 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 32.000.000 (2000 tahmini)
BAŞKENTİ	: Rabat
PARA BİRİMİ	: Fas Dirhemi
RESMİ DİNİ	: İslam
RESMİ DİLİ	: Arapça (6/1026)

### I.1. Coğrafi Konum ve Yapı

Kuzeybatı Afrika ülkelerinden olan Fas, kuzeyden Akdeniz, doğudan Cezayir, güneyden Moritanya, batıdan Atlas Okyanusu'yla çevrilidir. Fas'ın en önemli sıradağ kütlesi olan Atlas Dağları, ülke topraklarını ikiye bölmektedir. Topraklarının %19'u tarım alanı, %47'si orlak, %12'si ormanlık ve çalılıktır.

Kuzeybatı'da platolar ve ovalarla (Merkez Plato, Garb, Şuaya) kaplı, görece nemli bir Akdeniz iklimine ve sürekli akarsulara (Sebu, Ümmü'r –Rabia) sahip Atlantik Okyanusu kıyısındaki kesimi uzanır. Fas'ın bu "işe yarar" toprakları kuzeyde, sarp bir kıyı şeridiyle Akdeniz'e inen Rif'le çevrilidir ve iklimi kurak, nüfusu düşük olan Doğu Fas'tan (yüksek platolar ve Muluya Vadisi) Atlas Dağları'nın oluşturduğu köşegenle ayrılır: Orta Atlas, Yüksek Atlas (Cebel Tubkal'da 4.165 m'ye yükselir) ve güneyde Sus Vadisi'ni kapatan Anti Atlas. Bunların ötesinde, Büyük Güney bölgesinde, kıyı kentlerinin serpili olduğu ve yerleşik yaşama geçme yolundaki göçebe kabilelerin yaşadığı Fas Sahrası başlar (6/1027).

### I.2. Tarihçe

Bölge MÖ XI. Yy'dan itibaren Fenikeliler, ardından Kartacalılar, sonra da Mağribîlerin krallığını (Fas'ın kuzeyi) ilhak edip Mauretania Tingitana eyaletini oluşturan (MS 42) Romalılarla ilişkide oldu. Vandallar tarafından istila edilen (V. Yy), Araplar tarafından fethedilip Müslümanlaştırılan (VIII. Yy'ın başı) ülke en parlak dönemini, Müslüman İspanya'da hüküm sürmekte olan (XI. ve XII. yüzyıllar) Berberi Murabit ve Muhavvit hanedanları döneminde yaşadı.

1660'tan sonra, bugün de ülkeyi yönetmekte olan Arap Alevi Hanedanı egemenliğini kabul ettirdi. Gücü zayıflayan Fas XVIII. Yy'dan itibaren Avrupalıların baskılarına maruz kaldı. Fransa, Almanya'nın muhalefetine rağmen Fas üzerinde denetim sağladı (Algeciras Konferansı 1906, Agadir Olayı 1911) ve 1912'de Rif'i ve İfni bölgesini İspanya'ya bırakarak protektorasını kabul ettirdi. Rif'te Abdülkerim önderliğinde başlayan ayaklanmanın (1921-1926) ezilmesine katkıda bulunan Lyautey, düzeni sağladı ve ülkeyi yeniden örgütledi.

Milliyetçi hareket, İkinci Dünya Savaşı'ndan yararlanarak özellikle İstiklal Partisi'nin çalışmalarıyla güç kazandı. 1953'te Fransa tarafından tahttan indirilen Sultan V. Muhammed 1955'te yeniden tahta çıkarıldı ve ülke bağımsızlığını elde etti (1956). 1961'de Muhammed'in yerine tahta çıkan II. Hasan ölümüne kadar (1999) etkili bir diplomatik politika uygulamadı. 1965'te çıkan Fransa-Fas bunalımı (Ben Barka olayı) çözüldü. Cezayir'le sınır sorunları 1963'ten beri canlıdır (bu tarihte iki ülkenin orduları Tinduf'un sahipliği konusunda çıkan anlaşmazlık nedeniyle savaşmışlardır). Kasım 1975'te 350.000 Faslı gönüllünün katıldığı "Yeşil Yürüyüş", o tarihe kadar İspanya'nın işgali altında olan Doğu Sahra'nın kuzey kesiminin geri alınmasını sağladı. Fas, Ağustos 1979'da Moritanya'nın boşalmış oldukları eski İspanyol Sahrası'nın güney kesimini de ele geçirdi. Fas ordusu, 1981'den itibaren "işe yarar" Batı Sahra'yı (bölgenin üçte birini oluşturan kuzey-batı kesimi) Cezayir tarafından desteklenen Sahra gerillalarının saldırılarından korunmak için bir dizi "duvar" (toprak) inşa etti; Eylül 1991'de BM gözetiminde bir ateşkes başlayacak ve Fas bölgesinin kendi geleceğini belirlemesi için bir referandum yapılmasını kabul edecekti.

1987'de GATT'a giren ilk Mağrip ülkesi olan Fas, fosfat fiyatlarının düşmesinin ve ticaret yaptığı ülkelerin korumacı önlemlerinin yarattığı güçlüklerin ortasında, ekonomisine yeniden dinamizm kazandırmanın yollarını aramaktadır (kamu harcamalarının azaltılması, dış borçların yeniden yeni bir takvime bağlanmasının sağlanması, özelleştirmeler, sanayi yapısının modernleştirilmesi). Öte yandan Fas Ortadoğu'da barış sürecini hızlandırmak için çaba harcayarak uluslararası sahnede önemli bir rol oynamaktadır. Bunlara koşut olarak 1991'de, 1973'ten beri hapiste olan siyasi tutukluların salıverilmesine ve 1992'de gerçekleştirilen bir anayasa değişikliğiyle rejimin demokratikleştirilmesi yolunda adımlar atıldı. 1997'de ilk kez olarak Temsilciler Meclisi'nin tüm üyeleri genel oyla belirlendi. 1998'de Kral II. Hasan sosyalist muhalefetin liderini başbakanlığa getirdi. 6 Eylül 1999'da II. Hasan öldü ve yerine oğlu Muhammed, VI. Muhammed adıyla tahta geçti (6/1027-1028).

### 1.3. İdari Yapı

Fas krallıkla yönetilen bir ülkedir. Kral resmîyette Emiru'l-mu'minin olarak adlandırılır. Ancak mevcut yönetim Batı yanlısı ve İslami kurallara dayanmayan bir çizgiyi takip etmektedir. Kral geniş yetkilere sahiptir. Hükümet Kral tarafından tayin edilir. Parlamentonun kabul ettiği kanunları veto etme ve gerek gördüğünde referanduma gitme yetkisi vardır. Ülke birden fazla siyasi parti kurulabilmekte ve bu konuda İngiliz modeli esas alınmaktadır. Ancak bir siyasi partinin kurulabilmesi için Kralın izin vermesi gerekir. Üyeleri seçimle belirlenen 333 üyeli bir parlamentosu bulunmaktadır. Ancak parlamentonun yasama yetkisi sınırlıdır ve Kralın veto ettiği bir kanun tasarısını yeniden görüşüp kabul etme hakkı yoktur (1/3).

### 1.4. Nüfus ve Etnik Yapı

Fas nüfusunun %55'ini Araplar oluşturmaktadır. Ancak bazı kaynaklarda Fas Araplarının çoğunun Berberi kökenli oldukları ve bunların ana dillerini unutarak Araplaştıkları ifade edilmektedir. Arapların %98,2'si Müslümandır. İkinci etnik grup olan Berberilerin oranı %34'tür.

Berberiler kuzeybatı ve batı Afrika ülkelerine yayılmış bir etnik topluluktur. Berberiler bu bölgenin yerlileri olarak bilinir. Bütün Berberilerin anladığı ortak bir dil yoktur. Ancak Berberi halkının konuştuğu birbirinden oldukça farklı lehçelerin tümüne birden Berberice denmektedir. Berberi lehçeleri içinde sadece Tuareg lehçesinin yazısı vardır. Diğer lehçelerin yazısı yoktur. Berberiler kendilerini İmazighen demektedir. Berberi isminin Avrupalılar tarafından bu halka verilmiş ve beraber kelimesinden gelmiş olması kuvvetli bir ihtimaldir. Berberiler arasında hiyerarşi hâlâ devam etmektedir. Batılı sömürgeci ülkeler Berberileri İslam'dan uzaklaştırarak İslam öncesi hayatlarına döndürebilmek için çeşitli hareketler başlattılar, ancak bu hareketler pek fazla etkili olmadı. Fas'taki Berberilerin tamamı Müslüman ve çoğunluğu Malikidir. Üçüncü sırada gelen etnik unsur %10'luk orana sahip Moorlardır. Moorlar Moritanya kökenlidirler. Kalan nüfusu da İspanyollar başta olmak üzere Avrupalı Hıristiyan azınlıklarla Yahudi azınlık oluşturmaktadır (1/2).

### I.5. Ekonomi Ve Sanayi

Resmi para birimi Fas Dirhemidir. Kişi başına düşen milli gelir 1.300 ABD Doları düzeyindedir.

Fas ekonomisi daha çok tarıma, madencilığe ve turizm gelirlerine dayanır. Tarım ürünlerinden elde edilen gelirin gayri safi yurt içi hâsıladaki payı %16'dır. Çalışan nüfusun %40'ı tarım alanında iş görmektedir. Ürettiği tarım ürünlerinin başında tahıl, pamuk, ayçiçeği, şeker kamışı, turunçgiller ve çeşitli meyve ve sebzeler gelir.

Fas'ın en önemli gelir kaynaklarından biri fosfattır. Fosfat rezervi bakımından dünyada birinci sırada gelmektedir. İhracat gelirlerinin %15'i fosfattan sağlanmaktadır. Fosfat ve diğer madenlerden elde edilen gayri safi yurt içi hâsıladaki payı %3'tür. Fas petrol ve doğal gaz rezervlerine de sahiptir. Ancak şimdilik üretilen petrol iş ihtivacı karşılamamaktadır.

Fas'ta sanayi nispeten iyi durumdadır. Bazı ağır sanayi tesisleri kurulmuştur. Bunların başında motorlu araçlar ve araba lastiği üreten fabrikalar gelir. Ayrıca petrol arıtma tesisleri de bulunmaktadır. Diğer sanayi kuruluşları kimyasal maddeler üretimi, dericilik, tekstil, konfeksiyon, mobilya, kâğıt, kauçuk, plastik, inşaat malzemeleri üretimi, metal işleri, elektrikli araç üretimi ve gıda maddeleri üretimi üzerinedir. Sanayi kuruluşlarının %80'i ülkenin nüfusça en kalabalık şehri olan ed-Dâru'l-Beyza'dır. Sanayi gelirlerinin gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı %19'dur (1/6).

### I.6. Dış Problemler

Fas'ın en önemli dış problemi Sebte ve Melilla meselesidir. Fas'ın kuzeyinde Akdeniz kıyısında bulunan ve halkının büyük çoğunluğu Müslüman olan bu iki şehir bugün hala İspanya işgali altındadır. İspanya yönetimi bu iki şehri zorla ve şiddet kullanarak hâkimiyeti altında tutmaktadır.

,Çok turist çekmesi ve turizm gelirleri yönünden ülke ekonomisine önemli katkıda bulunması dolayısıyla bu iki şehri işgal altında tutmakta ısrar eden İspanya, Septe ve Melilla Müslümanlarına vatandaşlık hakkı da vermemektedir. Dolayısıyla bu iki şehirde yaşayan Müslümanlar oy kullanma hakkına da sahip değiller. İspanya yönetimi bu şehirlerdeki Müslümanları azınlık durumuna düşürebilmek için buralara sürekli İspanyolları yerleştirmeye çalışmaktadır. Melilla'da İspanyollar için ayrı bir site inşa edilerek Müslümanların bu siteye yerleşmeleri yasaklandı. Fas yönetimi İspanya'nın bu şehirlerdeki işgaline son vererek buraları kendine bırakmasını istemektedir. Ancak bazı siyasi hesaplar dolayısıyla bu konuda pek etkili bir politika da izlenmemektedir. ABD yönetimi Septe ve Melilla meselesinde İspanya'nın politikasını desteklediğini ve bu şehirlerin İspanya'nın elinden alınmasına çalışılması halinde bu ülkenin yanında yer alacağını açıkladı (1/5).

### 1.7. İç Problemler

Fas'ın en önemli iç problemi Batı Sahra meselesidir. İspanyolların ve Fransızların Batı Sahra'yı işgal altında tuttukları dönemde bu işgal güçlerine karşı bağımsızlık savaşı vermek üzere kurulan Polisaryo Cephesi, Fas'ın ve Moritanya'nın bağımsız olmasından sonra yön değiştirerek Batı Sahra'da bağımsız bir devlet kurmak amacıyla bu iki ülkeye karşı gerilla savaşı başlattı. Bugün Fransa ve İspanya başta olmak üzere bazı Batılı ülkeler tarafından desteklenen Polisaryo Cephesi, Batı Sahra'nın bazı bölgelerini hakimiyetine almıştır. Ancak, 1993 yılında cephe gerillalarından ve komutanlarından bazılarının hükümet tarafına geçmesi üzerine ele geçirmiş olduğu toprakların önemli bir kısmını kaybetti. Batı Sahra meselesi ekonomik yönden Fas'a büyük bir yük yüklemektedir. Sömürgeci güçler Batı Sahra'nın zengin fosfat rezervlerine sahip olması dolayısıyla bu bölgeye özel önem vermektedirler. Batı Sahra halkını, Sahravi diye adlandırılan Sahra Berberileri oluşturmaktadır.

Fas'ın ikinci iç meselesi Berberi meselesidir. Berberi meselesi de Fransız sömürgecilerin bir mirasıdır. Fransız sömürgeciler Fas'ı işgal ettikten sonra bu ülkenin halkını Araplar ve Berberiler diye ikiye ayırdılar ve bunları birbirine düşman etmek için çeşitli yollara başvurdular. Fransızlar Berberilerin tarih boyunca Araplar tarafından mağdur edildikleri, kendi gerçek kimliklerinden uzaklaştırıldıkları iddiasını ortaya atarak, onları yeniden İslam öncesi hayatlarına döndürme çabası içine girdiler. Bu amaçla Berberilerin yaşadıkları bölgeleri diğer bölgelerden ayırarak bunlara kısmi özerklik verdiler. Buna ek olarak kendi yetiştirdikleri adamları vasıtasıyla bir Berberi kavmiyetçiliği akımı ortaya çıkardılar. Bugünkü Berberi meselesi de Fransız işgalcileri gözetiminde ortaya çıkan Berberi kavmiyetçiliği akımının sebep olduğu bir meseledir. Aslında Berberi halkın büyük çoğunluğu İslami kimliğe sahip çıkmakta ve Berberi kavmiyetçiliği akımını desteklememektedir. Ancak okumuş ve özellikle Fransız kültürü almış kesimden olan bazı Berberiler hala bu akımı ayakta tutma çabası içindedirler (1/5, 6).



## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Genel Olarak Fas Sağlık Sistemi

Fas, Gayri Safi Yurt İçi Hasılasının %1,1'lik kısmını kamu sağlık harcamalarına ayırmakta olup, bu oran benzer gelir düzeyine sahip ülkelerde %2 ila %2,5 arasında değişmektedir. Buna ek olarak, kamu sağlık harcamalarının büyük bir kesimi kentsel alanlarda gerçekleşmekte, harcamaların %78'i kentsel alan hastahanelerine ve kliniklerine ayrılmaktadır. Nüfusun %18'i içme suyu olanaklarından yoksundur, kırsal alanlarda yaş nüfusun %25'lik kesimi en yakın sağlık tesisine 10 kilometreden daha uzaktadır, nüfusun %35'lik kesimi temel ilaçlara erişememektedir. Kişi başına gelir düzeyi hemen hemen aynı olan Mısır, Gürcistan, Ürdün ve Sri Lanka'nın sağlık göstergeleri Fasa göre daha iyi düzeydedir.

2002 yılında, sağlıklı yaşam beklentisi 55,4 yıl olup, doğumda beklenen ortalama ömür süresi 69 yıldır. Fas sağlık sistemi tıbbi bakım açısından 15., mali desteğin adaleti yönünden ise 125. sıradadır. Bu göstergeler, sağlığın ve sağlık sisteminin performansının iyileştirilmesi için oldukça büyük çabalar harcanması gerektiğini göstermektedir.

Fas'ın ulusal sağlık sistemi sadece gelişmekte olan değil, sanayileşmiş ülkelerin sağlık sistemlerine benzer sorunlarla da karşı karşıyadır. Bulaşıcı hastalıklara ilişkin vakalardaki düşüslere rağmen, bu hastalıklar halen yürütülen sağlık programları içinde, önleme ve kontrol çalışmalarında önemli bir yük halindedir. Bunun yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıklar, kazalar ve travmalar da sağlık sistemi içinde, özellikle de bu tip rahatsızlıkların tedavi edildiği hastahanelerde önemli bir ağırlığa sahiptir.

Fas'ta ana ve çocuk sağlığına ilişkin konular son yıllardaki gelişmelere rağmen önemini korumaktadır.

Fas son yirmi yıl içinde çocuk doğum ve aile sağlığı göstergeleri alanında önemli gelişmeler kaydetmiştir. Çocuk ölüm oranı, 1979 yılında 138 iken 1995 yılında 62'ye düşmüştür (1000 canlı doğumda). Aynı dönem içinde gebelikten korunma önlemleri gebelikten korunan kadın oranı %19'dan %50'lere ulaşmıştır. 1987 yılında doğum sırasında eğitimli bir sağlık personelinden yardım alanların oranı %26 iken, 1995 yılında bu oran da %40'a yükselmiştir. Hamilelik öncesi konsültasyonlar 1987 yılında 200 bin iken 1993 yılında iki katına çıkarak 400 bine ulaşmıştır.

Bu tip göstergelerde en az gelişmenin görüldüğü alan ise hamilelik ve doğum esnasında hayatını kaybeden kadınların oranındadır. 1978 yılında 100 bin canlı doğumda 359 anne ölümü görülürken, 1992 yılında bu sayı 332'ye düşmüştür. Bu da her 42 kadından birinin doğum esnasında hayatını kaybettiği anlamına gelir ve bu oran Kuzey Afrika ülkeleri arasında en yüksek orandır (7/1).

Tablo 1'de verilen göstergeler bu konunun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Tabloda kentsel ve kırsal alanlarda sağlık göstergelerinin nasıl değiştiği de görülmektedir (3/9,10).

**Tablo 1: Sağlık Göstergeleri, 1997**

	Kentsel	Kırsal	Ulusal
Doğumda beklenen yaşam süresi	72,2	65,9	68,8
Toplam doğurganlık oranı	2,3	4,1	3,1
Doğum oranı (binde)	20,7	26,9	23,6
Ölüm oranı (binde)	5,1	8,1	6,5
Doğal nüfus artış oranı (yüzde)	1,6	1,9	1,7
Bebek ölüm oranı (binde)	23,8	46,1	36,6
Doğum öncesi anne ölüm oranı (binde)	15,1	22,1	19,7
Doğumda anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda)	125	307	228

**Kaynak:** (3) Partnerships For Health Reform, (2001) Morocco: National Health Accounts 1997/1998, Special Initiatives Report No. 37, s. 9.

Ulusal düzeyde 1997'de %36,6 olan bebek ölüm hızı kırsal kesimde %46,1'e yükselmekte; buna karşın kentsel bölgelerde %23,8'e düşmektedir. Bu da kentsel ve kırsal bölgeler arasında çok büyük uçurumların bulunduğunu göstermektedir. Bunda en önemli etmen eğitim düzeyi ve hizmetin ulaşılabilirliği olduğu belirtilmektedir.

Kırsal alanlarda yaşayan halk için en önemli sağlık sorunu sağlık hizmetlerine ulaşmakta çektiği zorluktur. Uzak alanlarda yaşayanlar için gezici sağlık hizmetleri sistemi kurulmuş ancak bundan istenen verim alınamamıştır (3/10).

Kırsal alanlar ve kentsel alanlarda yaşayanlar arasında sağlık tesislerinin kullanımı yönünden önemli bir fark görülmektedir. Kırsal alanlarda yaşayanların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı %56 iken kentsel alanlarda yaşayanlar için %71,4'tür.

Buna ek olarak kırsal alan hastaları herhangi bir sağlık tesisine ulaşmak için kentsel alanlarda yaşayanlara göre üç kat daha fazla yol katetmek zorundadırlar. Bu fark Sağlık Bakanlığı'na ait dispanserler, sağlık merkezleri ve kamu hastahaneleri için daha da artmaktadır. Kırsal alanda yaşayan hastaların evleri ile yukarıda belirtilen sağlık tesisleri arasında kentsel alanda yaşayanlara göre altı kat daha fazla mesafe vardır (3/30).

Bu sorunun giderilmesi için belirtilen hedefler; sağlık hizmetlerine ulaşım ve sunulan hizmet kalitesinin yetersizliği sorunlarının giderilmesi, toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için bazı kriterlerin belirlenmesi, dengelenmiş ve bütünleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tüm topluma sağlanması ve ulaştırılması olarak belirtilmektedir. Bu amaçla primer (birincil) sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerini birleştirecek bir yapının geliştirilmesi amaçlanmıştır (3/10).

## II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Fas'ta sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı birimlerle birlikte Fas vatandaşlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi durumda olmalarından sorumludur. Sağlık Bakanlığı ülke sağlık sistemini iyileştirilmesi ve korunması, kaynakların en iyi şekilde paylaşılması, koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sosyal yardımların sağlanması ile yükümlüdür.

Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık politikasının uygulamaya konulmasını sağlar, ayrıca teknik planlar ve yönetmeliklerle birlikte ilaç üretimini de denetler. Tüm sağlık çalışanlarının (doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, yardımcı sağlık personeli, eczacılar vs.) yasa ve yönetmeliklere uygun olarak çalışmalarını ve mesleki denetimlerini sağlar.

Sağlık Bakanlığı, Bakanlar Kurulu'nun bir üyesidir ve bir merkezi idare ile diğer hizmet birimlerinden oluşmaktadır.

Merkezi İdare'de yer alan alt birimler şunlardır:

*Genel Sekreterlik:* Bu birimin en önemli işlevi, sağlık alanındaki tüm gelişmeleri takip etmek, bunlarla ilgili Bakan'a bilgi vermek, diğer birimlerin yaptıkları işler ve çalışmalarla ilgili araştırmalar yapmak, anketler düzenlemektir.

*Genel Müfettişlik:* Bu birim Sağlık Bakanlığı'nda yapılan tüm işlerin denetlenmesinden sorumludur.

*Nüfus Müdürlüğü:* Bu müdürlük aile planlaması, kamuya yönelik sağlık programları, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, yaşlılar gibi gruplar için rehabilitasyon hizmetleri, topluma yönelik olarak sağlık eğitimi verilmesi gibi konulardan sorumludur.

Bu birim aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- Aile Planlaması Bölümü,
- Okul ve Üniversite Sağlığı Bölümü,
- Ana ve Çocuk Sağlığı Bölümü.

*Salgın Hastalıklar Ve Hastalıklarla Mücadele Müdürlüğü:* Bu müdürlük toplum içindeki salgın hastalıkların izlenmesi, önlenmesi ve kayıt altına alınması, toplumu etkileyen salgın hastalıkların karakteristiklerinin belirlenmesi, hastalıklarla mücadele konusundaki programların oluşturulması, bu konularla ilgili biyoloji laboratuvar ve araştırma merkezlerinin kurulması gibi konularla yükümlüdür.

Bu müdürlük aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

- Hijyen Bölümü,
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Bölümü,
- Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü.

*Hastahane Ve Ayakta Tedavi Birimleri Müdürlüğü:* Bu müdürlüğün başlıca görevi, hastahanelerde verilen hizmetlerin belirlenmesi, yürütülmesi, hastahanelere ilişkin teknik desteğin sağlanması, hastahane ile ilgili bilgi ve bilançoların derlenmesi, ayakta tedavi hizmetlerine yönelik olarak hizmetlerin belirlenmesi ve birimler arasında koordinasyonun sağlanması, hem hastahanelerde hem de ayakta tedavi hizmeti sunan birimlerde kalitenin artırılması, bir afet karşısında sağlık hizmeti sunan kurumlara lojistik destek sağlanması, acil servis hizmetlerinin ayarlanmasıdır.

Bu müdürlük aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- Acil Servis Ve Kurtarma Bölümü,
- Hastahaneler Bölümü,
- Ayakta Tedavi Birimleri Bölümü,
- Yardım Bölümü,
- Kan Nakli Ve Hematoloji Bölümü.

*İlaç Ve Eczacılık Müdürlüğü:* İlaçların ve eczacılıkla ilgili ürünlerin üretilmesi, saklanması, piyasada dolaşımı, satışı, bunların fiyatlarının belirlenmesi, özelliklerinin yönetmeliklere uygunluğunun denetlenmesi, teknik denetimin sağlanması, kalite hedeflerinin tutturulması gibi konular bu müdürlüğün sorumluluğundadır.

Bu müdürlük aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- Ulusal İlaç Denetimi Laboratuvarı Bölümü,
- Eczacılık Bölümü.

*Tıbbi Ekipman Ve Bakım Müdürlüğü:* Bakanlığın tıbbi ekipman alımı üzerine ayıracağı bütçenin belirlenmesi, sağlık hizmetlerine yönelik mimari projelerin, binaların ve inşaatların projelerinin izlenmesi, biyomedikal veya teknik ekipmanların incelenmesi ve alınması, tıbbi ekipmanların bakım ve tamirinin yapılması gibi konular bu müdürlüğün sorumluluğundadır.

Bu müdürlük aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- Bina Ve Mimari Bölümü,
- Biyomedikal Malzeme Ve Ekipman Bölümü,
- Mal Varlığı Ve Programlama Bölümü.

*İnsan Kaynakları Müdürlüğü:* Bu müdürlük sağlık personelinin mesleki formasyonlarını onaylar, atama, tayin ve terfi işlerini yürütür, insan kaynaklarının bölgeler arasındaki dağılımını düzenler, sağlık personelinin mesleki değerlendirmeleri gibi konularda çalışır.

Bu müdürlük aşağıdaki birimlerden oluşur:

- Personel Atama Bölümü,
- Formasyon Bölümü.

*Yasal Düzenlemeler Müdürlüğü:* Bu müdürlük, yürütülen işlerin, projelerin yasal prosedürlere uygunluğunu denetler, Bakanlığa sunulmak üzere yeni yasa teklifleri hazırlar, mahkemeye intikal etmiş olayları takip eder, uluslararası kuruluşlar ile ilgili yasal çerçeveleri belirler. Ayrıca mesleki uygulamaların yasalara uygunluğunu da denetler.

*Planlama Ve Mali Kaynaklar Müdürlüğü:* Ülkedeki sağlık hizmetlerinin planlanması, sektörel bazda ve sektörler arasında anketler yapılması, bunların değerlendirilmesi, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile işbirliğinin sağlanması, öncelikli ulusal programların belirlenmesi, mali kaynak yaratılması, bu kaynakların bütçelenmesi, gerekli görülen projelere mali destekte bulunması bu müdürlüğün sorumluluğundadır. Sağlık sistemi üzerine ekonomik incelemelerin yapılması ve değerlendirilmesi, mali konularda diğer kurumlarla işbirliğinin sağlanması gibi konularda bu müdürlüğün sorumlulukları arasındadır.

Bu müdürlük aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- Planlama Ve Etüt Bölümü,
- Mali İşler Bölümü,
- İşbirliği Bölümü.

*Tasdik Müdürlüğü:* Bu müdürlük çeşitli harcamaların onaylanması, tıbbi ekipman, ecza malzemeleri ve ürünlerin satın alınması, depolanması ve dağıtımının tasdiki gibi konulardan sorumludurlar.

*Araç Parkı Müdürlüğü:* Bu bölüm Sağlık Bakanlığı bünyesindeki her türlü ulaştırma aracının ve mobil sağlık ekiplerine ait araçların satın alınması ve bakımı ile sorumludur.

*Enformasyon Ve Yöntemler Müdürlüğü:* Enformasyon teknolojileri ile ilgili her türlü proje ve çalışma bu müdürlüğün sorumluluğundadır.

*Ulusal Sağlık İzaresi Enstitüsü (2/1-11)*

### **II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Fas'ta sağlık hizmetlerinin sunumu üç sektör tarafından gerçekleştirilir:

- Kamu sektörü,
- Kar amaçlı özel sektör,
- Kar amacı gütmeyen özel sektör (3/11).

Temel sağlık hizmeti kuruluşlarında sağlık hizmetleri teorik olarak ücretsizdir.

Bu özellikle düşük gelirli insanlar için geçerlidir. Ancak nüfusun %20'lik en fakir kısmı her muayene başına ortalama 28 Fas Dirhemi harcamakta olup, bu miktar en yüksek gelir grubu için 100 Fas Dirhemi'dir (3/30).

#### **II.3.1. Kamu Sektörü**

Kamu sektörü sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, diğer bakanlıklara bağlı bazı bölümler ve yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın idaresi altında bulunan Temel Sağlık Hizmetleri Ağı, mobil ekiplerden, dispanserlerden, sağlık merkezlerinden, destek birimlerinden ve yerel hastahanelerden oluşmaktadır. Temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak hizmet veren bu ağda 2.138 tesis bulunmaktadır. Bu tesislerde 2.294 hekim ve 10.081 yardımcı personel görev yapmaktadır. Bu sağlık hizmetleri ağı bünyesinde tedavi edici ve önleyici, ayakta tedavi hizmetleri ile kamu sağlığı hizmetleri sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bir hastahaneler ağı ile tamamen ya da kısmi olarak hastahane bakım hizmetlerini sunmasının yanı sıra, araştırma ve eğitim işlerini de yürütür. Bu hastahaneler ağı, genel kamu sağlık kliniklerinden, tek daldan uzmanlaşmış hastahanelerden, yarı otonom (bağımsız) hastahane merkezlerinden ve üniversite hastahane merkezlerinden oluşur. Bu hastahane ağında toplam 112 hastahane yer almakta olup, toplam yatak kapasiteleri 25.265'tir. Bu hastahanelerde 3.709 hekim ve 13.204 yardımcı sağlık personeli görev yapar.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde ayrıca çeşitli ulusal enstitüler ve laboratuvarlar da bulunmaktadır. Bunlarda hastalıkların önlenmesine yönelik araştırma ve deneyler yapılmaktadır.

Savunma Bakanlığı'na bağlı bazı kuruluşlar vasıtasıyla da Kraliyet Silahlı Kuvvetleri mensuplarına yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Diğer bakanlıklara bağlı olarak çalışan koruyucu sağlık hizmetleri, kazalarda yaralananların nakli, hapisane sağlık hizmetleri gibi konularda uzmanlaşmış birimler vasıtasıyla hastahane hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve eğitim hizmetleri sunulmaktadır.

Yerel yönetimlere bağlı olarak çalışan Belediye Sağlık Ofislerinde 327 hekim görev almakta olup, bu birimlerin görevi koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktır (3/11).

### II.3.2. Kâr Amaçlı Özel Sektör

Kâr amaçlı özel sektör büyük bir çoğunlukla kentsel alanlarda ayakta tedavi hizmetlerini sunarlar. Bunlar tıbbi bakım, diş ve ağız sağlığı, yardımcı sağlık uygulamaları gibi hizmetlerden oluşur,

Özel sektöre ait 227 laboratuvar tıbbi tahlillere yönelik olarak hizmet verilmektedir. Yine özel sektöre ait özel kliniklerin sayısı 183 olup bunların toplam yatak kapasitesi 4.135'tir. Bu kliniklerde hastahane hizmetleri de sunulur.

Özel sektöre ait 4500 eczahane ve ecza deposu da ilaçlar ve diğer sağlık ürünlerinin teminini sağlar.

Ülkede ayrıca 127 özel radyoloji kuruluşu ile radyoloji taramaları ve analizleri gerçekleştirilir (3/11).

### II.3.3. Kâr Amacı Gütmeyen Özel Sektör

Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, kliniklerden, ortaklaşa işletilen işletmelerden, Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu kliniklerinden, Fas Kızılayı tesislerinden, dernek ve kuruluşlara ait tesislerden oluşmaktadır.

Bu tesislerin Fas Kızılayı ile dernek ve kuruluşlara ait tesisler haricinde, toplam tesis sayıları 26'dır ve toplam yatak kapasiteleri 1.726'dır. Bu tesislerde ayakta tedavi hizmetleri ve hastahane hizmetleri verilmektedir (3/11).

### II.3.4. Ayakta Tedavi Hizmetleri

Bu tip hizmetler hastahane dışında verilen hizmetlerdir. Bu hizmetleri sunan kuruluşlar şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'nın temel sağlık hizmetleri ağı,
- Askeri revirler,
- Çeşitli bakanlıklara bağlı sosyal hizmet merkezleri ve revirler,
- Özel kurum ve kuruluşların revirleri,
- Genel pratisyen, uzman hekim ve diğer sağlık personeline ait özel sağlık işletmeleri,
- Tıbbi analiz laboratuvarları,
- Radyoloji ofisleri,
- Hükümet dışı kuruluşlara ait bakım odaları.

Bunun dışında işyerlerinde, hastahanelerde, okullarda, üniversitelerde ayakta tedavi hizmetleri verilmektedir.

Kamu sektöründe ayakta tedavi hizmetleri iki kategoride değerlendirilmektedir: Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle sağlık programlarıyla (kamu sağlığı etkinlikleri) ile ilgilidir. Örneğin, Ulusal Aşılama Programı, Aile Planlaması Programı, Tüberküloz Denetim Programı (3/4,5)

### II.3.5. Hastahaneler

Hastahaneler ve onlara eşdeğer kurumlar şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastahaneleri,
- Askeri hastahaneler,
- Kamu ve özel sektör işbirliği ile işletilen klinikler,
- Ulusal Sosyal Güvenlik Kuruluş'na ait genel klinikler,
- Özel klinikler,
- Hükümet dışı kuruluşlara ait klinikler (3/4).

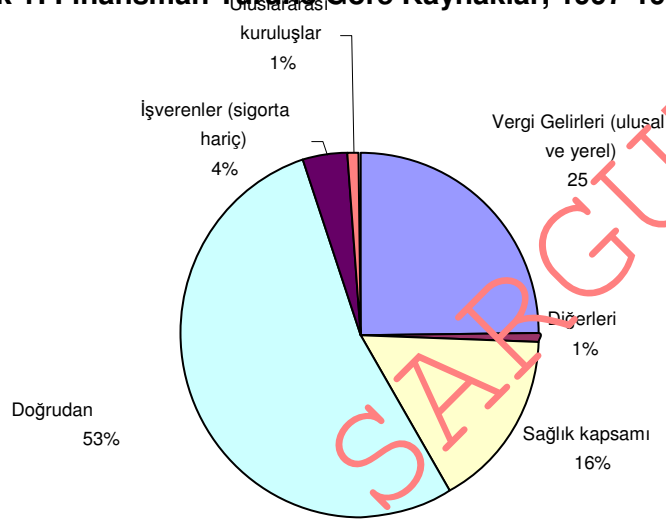
### II.4. İlaç

İlaç tüketimi için yapılan harcamalar ve ilaç tüketim düzeyi oldukça düşüktür. Bunun en önemli sebebi de sağlık hizmetlerinin ve ilaç fiyatlarının yüksek oluşudur. Örneğin, ortalama bir ilaç reçetesinin maliyeti 250 Fas Dirhemidir. Bu da asgari ücretin 4 günlük çalışma miktarına denktir. Diğer bir deyişle bu oran, Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %2'si kadardır.

Diğer bir örnek ise uzman hekime görünmenin maliyetidir. Bu da asgari ücretle 2,5 günlük çalışmaya denktir ve Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %1,2'si kadardır (3/XV).

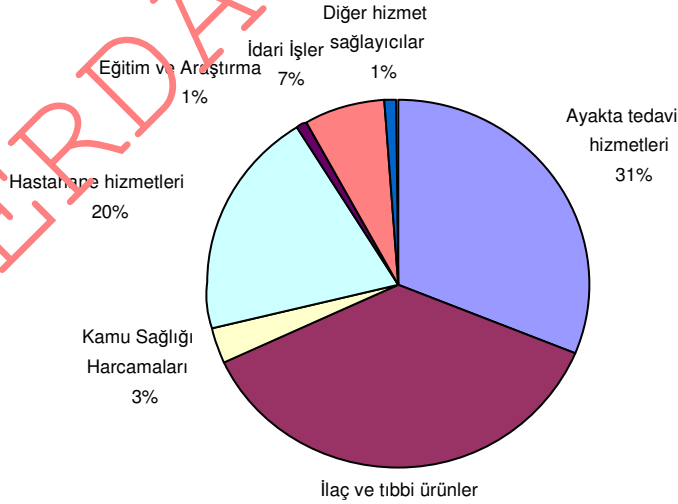
## II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

**Grafik 1: Finansman Türüne Göre Kaynaklar, 1997-1998**



**Kaynak:** (3) Partnerships for Health Reform, (2001) Morocco: National Health Accounts 1997/1998, Special Initiatives Report No. 37, s. 17.

**Grafik 2: Sağlık Harcamalarının Yapılan İşe Göre Dağılımı, 1997-1998**



**Kaynak:** (3) Partnerships for Health Reform, (2001) Morocco: National Health Accounts 1997/1998, Special Initiatives Report No. 37, s. 21.



Fas ulusal sağlık sistemi birçok sektörün bir arada yer aldığı karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık sistemi mali yapısı da birbirine girmiş öğelerden oluşmuştur. Bu yapının analizi oldukça zordur (3/49)

2001 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %5,1'dir. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ise 199 Amerikan Dolarıdır. Toplam sağlık harcamaları içinde genel hükümetin toplam sağlık harcamaları payı %39,3'tür. Genel hükümet toplam harcamaları içinde genel hükümet toplam sağlık harcamalarının payı ise %5,3'tür. Kişi başına düşen genel hükümet toplam sağlık harcaması ise 78 Amerikan Dolarıdır. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sektörün payı ise %60,7'dir (4/2).

Sağlık sisteminin finansman kaynakları şunlardır:

- Vergi kaynakları (hükümet bütçesi)
- Sigorta fonu kaynakları
  - \* Kişilerin yaptığı ödemeler
  - \* Devlet
  - \* Kamu kurum ve kuruluşları
  - \* Özel şirketler
  - \* Yerel yönetimler
  - \* Diğerleri
- Yerel yönetimler
- İşverenler
- Uluslararası kuruluşlar
- Kişilerin doğrudan yaptığı ödemeler
- Diğerleri

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları içinde en yüksek tutar %53'lük oranla kişilerin doğrudan yaptığı (kişisel) ödemelerdir. İkinci sırayı ise hem ulusal hem de genel vergi gelirleri oluşturmaktadır (%25).

Daha sonra sırayla sağlık kapsamı, işverenlerin sigorta hariç ödedikleri paralar, uluslararası kuruluşlar ve diğer kaynaklar gelir (3/XV)

Sağlık harcamalarının verilen hizmetlere göre dağılımı incelendiğinde, en büyük harcamanın ilaçlar ve tıbbi malzemelere yapıldığı görülmektedir. İkinci sırada avakta tedavi hizmetleri, üçüncü sırada hastahane hizmetleri yer almaktadır. Kamu sağlığı hizmetlerine ayrılan pay ise oldukça düşüktür (3/13,14).

Sağlık Bakanlığı Fas'ta sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu olmasının yanı sıra en büyük sağlık hizmeti sunucusudur. Sağlık harcamalarının genel devlet bütçesi içindeki payı %5'tir ve bu sunulmaya çalışılan hizmetlere yetişmemektedir. Bu oran yıllar içinde düşüş göstermiştir. Örneğin 1960'larda sağlık hizmetlerine ayrılan pay %7 dolayında olmuştur.

Sağlık Bakanlığı harcamalarının ana finansman kaynağı %83'lük bir oranla devlet bütçesidir. Diğer bakanlıkların Sağlık Bakanlığı etkinliklerine katkıları ise %4 dolayındadır. Diğer finansman kaynakları %3'le doğrudan kişisel ödemeler, %3'le sigorta ve ortak kuruluşlar, %3'le uluslararası kuruluşlar, %1'le yerel yönetimler ve %3'le diğer kaynaklardır (3/21).

Ulusal sağlık sistemi harcamalarının %31'lik kısmı ayakta tedavi hizmetlerine yapılırken, hastahane hizmetleri için sadece %20'lik bir oranda harcama yapılmaktadır. Ancak, ayakta tedavi için yapılan testlerde, randevuların yanı sıra acil hizmetler bu orana dahildir. Eğer bu hizmetler hastahane hizmetleri için dahil edilirse oranlar tersine dönmektedir (%20 ayakta tedavi, %31 hastahane hizmetleri).

Eczacılık sektörü ulusal sağlık harcamalarının en büyük kalemidir. Ulusal sağlık sistemi harcamalarının %37'sini ilaç ve tıbbi malzeme alımı oluşturmaktadır.

Sistemin idaresi için ayrılan pay %7'dir. Koruyucu sağlık hizmetleri göz önüne alınamayacak kadar azdır. Kişi başına düşen yıllık koruyucu sağlık hizmeti harcaması 14 Fas Dirhemidir. Eğitim, araştırma ve öğretim giderleri ise sağlık harcamalarının %1'lik kısmını oluşturmaktadır. Bunların içinde, Yüksek Eğitim Bakanlığı'nın öğretim görevlilerine yaptığı ücret ödemeleri çıkarılırsa bu oran %0,1'e düşmektedir (3/XVI).

## II.6. Sağlık Sigorta Sistemi

Sağlık sigortası Fas'ta isteğe bağlıdır. Fas'ın toplam nüfusunun sadece %16,4'lük kısmı sigorta kapsamı içindedir ve bu kapsam içindekilerden büyük bir çoğunluğu da şehirlerde yaşayanlardır. Bunlardan üçte ikisi kamu çalışanları ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

**Tablo 2: İsteğe Bağlı Sigorta Hizmeti Sunan Kuruluşlarca Kapsam İçine Alınmış Nüfus, 1997/1998**

Kuruluş	Üyeler	Bakmakla Yükümlü Olunanlar	Toplam Faydalanan Sayısı	Oranı (%)
CNOPS	996.000	2,099,900	3,095,900	68,6
CMIM	18,800	41,200	60,000	1,3
Çalışmayanlara Yönelik Sigorta Planları	120,000	424,000	544,000	12,0
Özel Sigorta	234,300	580,800	815,100	18,1
<b>Toplam</b>	<b>1,369,100</b>	<b>3,145,900</b>	<b>4,515,000</b>	<b>100</b>

**Kaynak:** (3) Partnerships for Health Reform (2001) Morocco: National Health Accounts 1997/1998, Special Initiatives Report No. 37, s. 33.

Sağlık sigortası çeşitli kurumlar tarafından sunulmaktadır. Kamu çalışanları için (Silahlı Kuvvetler mensupları, postahane çalışanları, eğitim çalışanları, ulusal hükümet çalışanları, yerel yönetim çalışanları, polisler, liman ve gümrük çalışanları gibi) 9 kamu kuruluşu hizmet vermektedir. Bu kuruluşlar Ulusal Sosyal Tasarruf Kuruluşları Fonu (CNOPS) tarafından yönetilmektedir. Aktif işçilerden aylık ücretlerinin %6'sı tutarında prim alınır (%2,5'i çalışan tarafından karşılanır). Emeklilerden ise %1,7'lik bir oranda kesinti yapılır.

Sigortanın sağlık hizmetlerini karşılama oranı oldukça yüksek gibi görünse de, geri ödeme sistemi ile piyasa fiyatları arasındaki dengesizlikler yüzünden gerçekte hizmetlerin sadece %50'lik kısmı ödenmektedir.

Bazı kamu şirket ve kuruluşlarınca çalışanlarına yönelik sağlık sigortası hizmeti verilmektedir. Bu hizmetler bir kuruluşun değerine değişiklik göstermektedir. Genel olarak söylenebilecek şey ise, işverenin ödediği prim tutarının çalışanlarından yüksek olduğudur. Hizmetlerin geri ödemeleri de değişiklikler göstermektedir. Genellikle geri ödeme kapsamı kamu çalışanlarına oranla daha iyidir.

Bankacılık ve hidrokarbon sektörlerinde çalışanlara yönelik olarak da uygulanan sağlık sigortası sistemi 256 kuruluşun çalışanını kapsamaktadır ve bu sistem Fas Mesleki Yatırım Şirketi (CMIM) tarafından yönetilmektedir. Çalışanlar ve işverenler eşit oranlarda sigorta primi ödemektedirler. Bu gruba ait sigorta hizmet kapsamı ülkedeki en yüksek seviyededir.

Özel sigorta kuruluşları az sayıdaki özel şirketin çalışanlarını kapsamaktadır. Primler seçilen faydalanma kapsamına göre değişmekte olup, gelire göre değişmekte ya da sabit bir miktarda ödeme yapılmaktadır. Çalışanlar işverenlerden daha yüksek ya da daha düşük oranlarda prim ödeyebilirler (3/32, 33).

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik en önemli çalışmalardan biri de sağlık sigortasının zorunlu hale getirilmesine yönelik olan projedir. Bu proje AMO (Zorunlu Sağlık Sigortası) projesi olarak bilinmekte olup, bu sistemi düzenleyecek olan kuruluşun bağımsız bir yapıya sahip olması tasarlanmaktadır. Ayrıca bu sigorta sistemi içine bazı kuruluşların da dahil edilerek hastahane yönetimi gibi konuların da yeniden ele alınması gündemdedir (3/xx).

A. ERDALI

### III. FAS VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 3: Fas ve Türkiye'ye İlişkin Bazı Göstergeler**

	Fas*	Türkiye**
Toplam Nüfus, 2003	30.072.000	71.325.000
Kişi Başına GSYİH (ABD Doları), 2002	3.887	6.448
GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması, 2002	5,1	6,5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması, 2002	60,7	34,2
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması, 2002	39,3	65,8
Genel Devlet Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması, 2002	5,3	10,3
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının Uluslararası Dolar Değeri, 2002	199	420
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Her İki Cins İçin), 2003	70,8	70,0
Çocuk Ölüm Hızı (e/k) (1.000 Canlı Doğumda), 2003	43/41	40/38
Toplam Doğurganlık Hızı, 2003	2,8	2,4

**Kaynak:** \*(4) World Health Organization (2004) Country: Morocco Statistics by Country or Region, s:1.

\*\* (5) World Health Organization (2004) Country: Turkey Statistics by Country or Region, s:1.

Hem Fas hem de Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasındadır. Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin ana sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Fas'ta ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tıbbi denetimlerini Sağlık Bakanlığı gerçekleştirmektedir.

Fas'ta sağlık hizmetleri, kamu sektörü, kar amacı gütmeyen özel sektör ve kar amaçlı özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bunlar içinde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunumunu büyük bir oranda kendi bünyesindeki hastahane ve klinikler vasıtasıyla yürütmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri; kamu sektörü ve kâr amaçlı özel sektör tarafından sunulur. Kâr amacı gütmeyen özel sektör yok denecek kadar azdır. Türkiye’de özel sektörün payı gün geçtikçe artmaktadır.

Fas’ta da Türkiye’dekine benzer çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları mevcuttur. Fas’ta bu kuruluşlar, hastalık, doğum ve ölüm gibi çeşitli risklere karşı kısa dönemli hizmetlerle birlikte emekli aylığı, sakatlık aylığı gibi uzun dönemli hizmetler de verilmektedir. Ayrıca özel sigorta programları da mevcuttur. Özel sigorta programlarının finansmanı işveren primleri ve kişisel primler ile sağlanmaktadır. Türkiye’deki sosyal güvenlik kuruluşları da bağımsız çalışanlar, çalışanlar ve işverenler ile bazı başka kişilerin çeşitli oranlarda katıldığı finansman kaynaklarından sağlanmaktadır. Ancak Türkiye’de sosyal güvence kuruluşlarının finansman kaynaklarının sağlanmasında üçüncü kişi olarak devletin değişebilen oranlarda katkısı mevcuttur.

Fas’ta sağlık sigortası sistemi, çoğunluk için isteğe bağlı bir uygulamadır ve nüfusun beşte dördünden fazlası herhangi bir sağlık sigortası kapsamına dahil değildir. Sağlık sigortası uygulamaları kamu, kamu ve özel sektör ortak girişimleri ile özel sektör tarafından sunulmaktadır.

Türkiye’de sağlık sigortası uygulaması belli gruplar için zorunludur ve nüfusun üçte ikiden fazla bir kesimi sağlık sigortası kapsamı içindedir. Ayrıca sağlık sigortası sistemi içine dahil olmayan ve ödeme gücü yetersiz vatandaşlar için de “Yeşil Kart” gibi uygulamalarla sağlık güvencesi sağlanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipli ülkeler arasında yer alır. Gelişmekte olan ve Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemi uygulayan Fas’ta sağlık sigortası sistemi isteğe.

Fas ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dağılımı konusunda çeşitli eşitsizlikler göze çarpmaktadır. Fas’ın kırsal alanlarında sağlık tesislerinin sayısı yetersiz olup, sağlık hizmetleri daha çok kentlerde yoğunlaşmıştır. Türkiye’de de benzer bir durum söz konusudur. Sağlık hizmetleri her ne kadar Fas’a oranla daha iyi dağılmışsa da, kırsal alanlar ile kentsel alanlar arasında büyük dengesizlikler görülmektedir. Fas’ta çok dağınık bir yerleşim şekli vardır, köylüler tarlalarının yanında ikamet etmektedir. Ayrıca ülke halkının bir kısmı da göçebe olarak yaşamaktadır.

Hem Fas’ta hem de Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmekte olup, ağırlık tedavi edici sağlık hizmetlerine yöneliktir. Türkiye’de ve özellikle Fas’ta koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici hizmetlere daha büyük bir önem verilmesi, hem sağlık harcamalarını hem de tedavi edici sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır.

Sonuç olarak Fas ve Türkiye sağlık sistemleri bazı açılardan benzerlik gösterse bile, sağlık ölçütleri açısından farklılıklar Türkiye’nin ekonomik olarak daha gelişmiş bir ülke olmasına, halkın sağlığın önemini daha iyi kavramasına, eğitimin daha yüksek seviyede olmasına nispeten fazladan daha iyi bir yönetim yapısına ve sağlık örgütlenmesine sahip olmasına bağlanabilir.

**KAYNAKLAR**

1. Varol, A. "Fas"  
<http://ansar.de/fas.htm>
2. Organisation du Ministère de la Santé (2005).  
<http://www.sente.gov.ma/>  
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Partnerships for Health Reform (2001) Morocco: National Health Accounts 1997/1998, Special Initiatives Report No. 37.  
<http://www.who.int/nha/country/mar.en>
4. World Health Organization (2004) Country: Morocco Statistics by Country or Region.  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=mar&language=en>
5. World Health Organization (2004) Country: Turkey Statistics by Country or Region.  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
6. Axis, (2000) Ansiklopedik Sözlük içinde "Fas" maddesi, Doğan Kitap, Cilt 2.
7. Communicating Safe Motherhood In Morocco (2000) The Family Planning / Maternal and Child Health Phase V Project. Johns Hopkins University Center.

A. ERDAL

A. ERDAL SARGUTAN