

FRANSA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Eshabil AKPINAR

Emrah ÖZTEPE

Mahmut YAŐAR

Ömer KÖSE

Yasin ORUN

A. ERDAL SARGUTAN

FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	986
I- ÜLKE TANITIMI	989
I.1. Coğrafi Özellikler	989
I.2. İklim Ve Bitki Örtüsü	990
I.3. Tarihçe	990
I.4. Nüfus	992
I.5. İdari Yapı	993
I.6. Ekonomi	993
I.7. Ulaşım Tarım Ve Ormancılık	994
I.8. Eğitim	994
I.9. Kültürel Yaşam	995
II- SAĞLIK SİSTEMİ	996
II.1. Nüfusun Sağlık Durumu	996
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	996
II.2.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	996
II.2.2. Sağlık Sisteminin Örgüt Yapısı	997
II.2.2.1. Yönetimdeki Uzmanlar ve Bağımsız Otoriteler	998
II.2.2.2. Planlama, Düzenleme Ve Yönetim	998
II.2.3. Sağlık Sisteminin Yerelleşmesi	1002
II.2.3.1. Bölgesel Kuruluşlar	1003
II.2.4. Mesleki Örgütler	1003
II.2.5. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları	1003
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1004
II.3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim	1004
II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	1004
II.3.2.1. Ambulator Bakım	1005
II.3.2.2. Evde Bakım	1005
II.3.2.3. Halk Sağlığı Hizmetleri	1005
II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1007
II.3.3.1. Hastahanelerin Yapısı	1007
II.3.3.1.1. Devlet Hastahaneleri	1009
II.3.3.1.2. Özel Hastahaneler	1009
II.3.4. Teshis Hizmetleri	1009
II.3.5. Rehabilitasyon Hizmetleri	1010
II.4. Sosyal Hizmetler	1010
II.4.1. Yaşlı Bakım Evleri	1010
II.5. Eczahane Hizmetleri Ve İlaç Endüstrisi	1010
II.6. Tıbbi Donatım Endüstrisi	1011
II.6. Sağlık İnsan Gücü Ve Eğitimi	1012
II.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	1013
II.7.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanın Yapısı	1013
II.7.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	1014
II.7.2. Sağlık Sigortasının Gelişimi	1014
II.7.3. Sosyal Sigorta	1017
II.7.4. Kullanıcı Katılımları	1017
II.7.5. Geri Ödeme	1017
II.7.6. Sağlık hizmetlerine Erişim	1018
II.8. Reformlar	1018
III. FRANSA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1021
KAYNAKLAR	1024

ÖZET

Fransa sağlık sistemi büyük ölçüde Refah Yönelimli / Sigorta tipindedir ve nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır.

Fransa sağlık sistemi, 1996 yılında sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerelleşmiş bir yapıya dönüşmüştür. Artan maliyetlerin kontrolü, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sistemin idaresinin geliştirilmesi için önemli reformlar yapılmıştır.

Hastalar doktorlarını serbestçe seçme hakkına sahiptirler. Vatandaşlar devlet hastahanesine ya da özel hastahanelere gidebilirler, sağlık hizmetlerine kolay erişim, tedavi için sıra beklemenin olmaması gibi sebeplerle sistemin iyi işleyişinden dolayı, 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nce dünyada birinci ve diğer sağlık sistemlerine örnek olacak sistem olarak seçilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda genel olarak problem yoktur. Ancak sağlık personelinin özellikle de hekimlerin bölgelere dağılımı istenen düzeyde değildir ve bölgesel dengesizlikler söz konusudur. Bu, merkezde veya taşrada aynı derecede ve aynı meslek dalında (örneğin biyolog veya cerrah olarak) çalışanların, ülke çapında aynı şekilde ücretlendirilmesinden kaynaklanmaktadır.

Sağlık sistemi, nüfusun sağlık düzeyini korumak ve yükseltmekte oldukça yeterli olmasına rağmen, sağlık harcamalarının artması, dengesiz doktor dağılımı gibi sorunlarla karşı karşıyadır.

Sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı olup, sistem temel olarak devlet ve Ulusal Sağlık Sigortası tarafından düzenlenmektedir. Bakanlık sorumluluklarını çeşitli birimlerle özellikle Bölgesel Hastahane Birimleri ile yerine getirmektedir. Sistem sigorta temelli yapıdadır, yerelleşmiş devlet kontrollü yapıya geçmektedir.

Sağlık sisteminin idaresi oldukça yerelleşmiş olup bölgesel düzeyde faaliyet gösteren birçok sağlık kurumu mevcuttur. Yerel toplulukların da sistemi düzenlemede katkısı vardır. Primer sağlık hizmetleri belediyelerce verilir. Özellikle Bölgesel Hastahane Ajansları'nın (ARH) bu alanda etkinliği oldukça fazladır. Her bölgenin bölgesel hastahane ajansı, her sağlık kurumunun stratejisini, bütçesini veya fiyat tarifesini kontrol etmektedir. Hastahaneler yönetsel olarak alt gruplara ayrılmıştır. Planlar hem ulusal düzeyde hem de yerel düzeyde belirlenmektedir. Bölgesel düzeyde Bölgesel Stratejik Sağlık Planları belirlenmektedir.

Fransa'da, hastalık sigortası ve ek sigortaların karışımından oluşan karma bir sigorta sistemi vardır. Ücretli çalışanlar için Ulusal Hastalık Sigortası Sandığı endüstri, ticaret ve devlet çalışanlarını kapsar. Çiftçiler için ayrı bir sigorta, zanaatkar ve küçük işyeri sahipleri için bir hastalık sigortası vardır.

Hastalık sigortasının yanı sıra, halkın büyük bir bölümünü kapsayan ve işverenler tarafından sağlanan gönüllü / isteğe bağlı sağlık sigortası vardır.

İsteğe bağlı sigortalı oranı, daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sigortalarındaki geri ödeme oranının azalması gibi nedenlerden dolayı artmaktadır. Düşük gelirli kişilerin de katılabileceği gönüllü sigortalar, nüfusun yaklaşık %10'unun kapsamaktadır.

Özel sigortalar, tıbbi hizmet ve malların kamunun ödemek için belirlediği fiyattan yüksek olduğu durumlarda devreye girer ve ödeme yaparak tamamlayıcı rol oynar.

Nüfusun %84'ü Ulusal Hastalık Sigortası Sandığı, %7,2'si Tarım İşçileri Sandığı, %5'i Serbest Çalışan Sandığı, sandığın %1,6'sı Genel Sağlık Yasası kapsamında primsiz sistem kapsamında sağlık hizmeti alır. %2,2'si özel ve diğer uygulamalara tabidir. Sandıklar sigortalıların ailelerini de kapsamaktadır.

Sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla'ya oranı yaklaşık %10'dur ve Fransa Türkiye GSMH'sına civarında sağlık harcaması yapmaktadır.

Fransa'da sağlığa harcanan paranın %80 kadarı kamu kaynaklıdır ve özellikle hastahaneleri destekler.

Sağlık hizmetlerinin arzının finansmanı devlet tarafından, talebinin finansmanı ise büyük oranda prim kesintisine dayalı Ulusal Sağlık Sigortası tarafından finanse edilmektedir.

Talep finansman modeli ağırlıklı olarak (toplam sağlık harcamasının %70 kadarı) sağlık sigortası primine dayanır. Bu miktarın da yaklaşık %75'i Ulusal Hastalık Sigortası Fonu, %7'si Tarım İşçileri Fonu, %9'u işverenlerce sağlanan gönüllü sigortaların fonları, %5'i Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel fonlar, %4'ü ise özel kuruluşlar tarafından yapılmaktadır..

Doğrudan kişisel harcamalar %15-20 arasındadır.

Sağlık hizmeti alındığında ödenen ücretler kişilerin bağlı oldukları sandık tarafından kişiye geri ödenmektedir. Kişi aldığı sağlık hizmetinin parasını ödedikten sonra bağlı olduğu fonları ödediği paranın %75'ini geri alır.

A. ERDAL SARGUTAN

FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ

I- ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	:Fransa Cumhuriyeti (1/101)
NÜFUSU	:60.496.000 (16/1)
YÜZÖLÇÜMÜ	:543.965 km ²
RESMİ DİLİ	:Fransızca
İDARE ŞEKLİ	:Cumhuriyet
BAŞKENTİ	:Paris
DİNİ	:Nüfusun yaklaşık dörtte üçü kısmı Katolik, büyük kısmı doğu bölgelerde toplanmış Protestanlar, %5'den fazla bir azınlık oluşturan Müslümanlar ve Paris, Marsilya ve Alsace'ta küçük Yahudi topluluklar (1/101).
PARA BİRİMİ	:Avro (2/5).

I.1. Coğrafi Özellikler

Avrupa'nın ikinci büyük ülkesi olan Fransa, kabaca altıgeni andıran 543.965 km²'lik bir alanı kaplar. Kuzeyde Lüksemburg, Belçika ve Manş Denizi, batıda Atlas Okyanusu ve Biskay körfezi, güneyde İspanya ve Akdeniz, doğuda da İtalya, İsviçre ve Almanya ile çevrilidir.

Fransa jeopolitik bakımdan üç ana bölgeye ayrılır: Plato görünümlü masifleri oluşturan yaşlı dağ kıvrımları, kuzey ve batıdaki tortul ovalar; güney ve güneydoğudaki genç dağlar ile bunların arasında uzanan dar ovalar.

Fransa'nın en geniş yüzey şekli olan yaşlı dağlar, Hersiniyen dağ oluşumu (yaklaşık 345–225 milyon yıl önce) kıvrımını izleyen dev bir V biçimli iki kol üzerinde sıralanır. Doğu kolunun en kuzeyinde bulunan Ardennes'in yalnızca batı kesimi Fransa içinde kalır. Sambre ve Meuse (Maas) ırmaklarının dar vadiyle yarılmış olan bu tortul kayac platonun güneyinde, dik kayalıklar Alsace Ovasına inen Vosges Dağları uzanır. Güney kesimi daha yüksek olan bu aşınmış sıradağ Guebwiller doruğunda 1.424 metreye ulaşır. Ülkenin orta güney kesiminde her iki kol üzerinde yayılan Masif Central, yaklaşık 91.000 km²'lik bir alanı kaplar.

Fransa'nın kuzey ve batı kıyıları büyük bir çeşitlilik gösterir. Kuzeyde Artois Tepelerinin oluşturduğu burnun batısındaki tebeşir yarılar Sen Irmağının ağzına kadar uzanır. Normandiya kumsallarından sonra Cotentin ve Bretenya yarımadalarının girintili çıkıntılı kıyıları başlar. Batı kıyılarının kuzeyinde derin Loire ve Gironde haliçlerinin yanı sıra, sivri burunlar ve adalar bulunur. Landes kıyı şeridi dümdüz bir çizgi izleyerek güneye iner.

Fransa ile İspanya arasında 450 km'lik doğal bir set oluşturan Pireneler'in daha yüksek olan orta kesimi paralel sıradağlar biçimindedir.

Alpler'in Fransa'da kalan bölümünde Avrupa'nın sürekli kar ve buzulla kaplı büyük bölgesi yer alır. Bu bölgelerin birinde ülkenin en yüksek doruğu Mont Blanc (4.807 m) bulunur.

Aube, Marne, Oise ve Yonne kollarıyla beslenen ve Paris Havzasındaki akarsu ağının eksenini oluşturan Sen Irmağı düzenli ve ağır akışıyla ulaşımına son derece elverişlidir. 780 km'lik bir çığırda sonra Manş Denizine dökülür. Fransa'nın en uzun (1.020 km) akarsuyu olan Loire Irmağının su toplama alanı yaklaşık 117.000 km²'yi bulur.

Genevre Gölünden çıkan Rhone Irmağı, Saone'un yanı sıra birçok kaynaktan beslenir. Su miktarı en yüksek olan Rhone'dan sulama ve enerji üretiminde geniş bir biçimde yararlanılır (1/100,101).

1.2. İklim Ve Bitki Örtüsü

Akdeniz, okyanus ve kara iklimi özelliklerinin bulunduğu Fransa'da genelde ılıman bir iklim görülür. Atlas Okyanusunda esen rüzgarlar ülkenin büyük bölümünü etkiler. Ülkenin kuzeybatısında okyanus iklimi hüküm sürer. Bu bölgede ortalama sıcaklık ocakta 6 C°, temmuzda 16 C° dir. Nem oranı çok yüksek, ortalama yağış miktarı ise 900mm dolayındadır. Okyanus iklimi kuzey doğru yerini kışların daha ılık geçtiği bir kuşağa bırakır. Güneydeki Akitanya havzasında ise kışların daha soğuk ve yazların sıcak olduğu bir okyanus iklimi görülür.

Okyanus ve kara iklimleri arasında bir geçiş bölgesi olan Paris Havzasında yıllık sıcaklık ortalaması 12 C° dir. Yaz aylarında sıcaklık 35 C°'ye kadar çıkar. Yıllık yağış miktarı (600 mm) ülke ortalamasının altındadır.

Kara iklimi özellikle doğudaki korunaklı ovalarda etkilidir. Sert geçen kış aylarında don görülen günlerin sayısı 80'i aşar. Kar haftalarca yerde kalır. Yıllık sıcaklık farklılığının en yüksek olduğu yer Alsace'tir.

Fransa topraklarının dörtte birinden fazlası ormanlarla kaplıdır. Çayır ve otlakların oranı dörtte biri yaklaşır; ekili ve dikili alanların oranı ise üçte biri geçer (1/101).

1.3 Tarihçe

Fransa, Avrupa'da insanlığın evrimini yansıtan en kapsamlı kalıntıları barındıran birkaç ülkeden biridir (1/106).

Roma yönetim yapısında 3. yüzyılda başlayan genel çözülme çok geçmeden bu dönemde Galya adı verilen bugünkü Fransa topraklarında da etkisini gösterdi. Ekonomik çöküş sonunda küçük çiftçilerin toprakları Aristokratların elinde toplandı. 350'de patlak veren iç savaş yeni akınlara zemin hazırladı. Roma ordusunda görev alan Franklar kısa sürede üst kademelere yükseldiler (1/107).

Germen halklarının Galya'ya girişi iki ayrı uygarlığın izlerini taşıyan ve Hıristiyanlıktan güçlü bir biçimde etkilenen özgün bir toplumsal yapı doğurdu. Eski toprak sahibi Roma aristokrasisi Germenlerin askeri aristokrasisiyle kısa sürede kaynaştı.

Saray görevlilerinin ve büyük din adamlarının bu çevrelere katılmasıyla ortaya çıkan feodal sınıf sürekli iktidar çekişmelerinden de yararlanarak siyasal ve toplumsal konumunu giderek güçlendirdi. Kral adına kullandıkları yetkileri doğrudan üstlenmeye başlayan feodal beyler, kralliyet otoritesini zayıflatan yerel güç odakları durumuna geldiler. Mutlak yetkileri taşıyan Frank Kralları Germenler'in seçim geleneğine son vererek krallığa bir hanedan yapısı kazandırdılar (1/108). II. Philippe (Auguste) (hükümdarlık dönemi: 1179-1223) Frankların Kralı yerine Fransa Kralı unvanını aldı (1/109).

Siyasal katılıma olanak vermeyen sistem aşağıdan yukarıya doğru toplumsal bir hareketi kaçınılmaz hale getirdi. 17 Haziran 1789'da Tiers-État (halk meclisi) kendini Ulusal Meclis ilan etti ve Kralın engellemelerini boşa çıkararak 9 Temmuz'da Kurucu Meclis adını aldı. 27 Ağustos'ta İnsan Ve Yurttaş Hakları Bildirisi kabul edildi (1/114).

Kabul edilen yeni anayasanın öngördüğü göstermelik temsili sistem çerçevesinde birinci Konsül unvanıyla bütün yetkileri ekinde toplayan Napoléon öncelikle vergi sistemini ve mali yönetimi düzene koydu (1/115). Meclislerin kararı ve halkın onayı ile imparator unvanını alan (Mayıs 1804) Napoléon krallığa dönüş umutlarına son vermek istedi (1/116). Başarıyla sonuçlanan Rusya seferi sonunda Napolyon sürgün edildi.

XVIII. Louis'in tahta geçmesinden sonra kralcıların yol açtığı karışıklıklar Napoleon'un geri dönmesine fırsat yarattı. Yüz Gün olarak bilinen bu dönem, Waterloo Çarpışması'nda (Haziran 1815) alınan yenilgiden sonra Napoleon'un Sainte-Helena Adasına sürülmesiyle noktalandı. Kral olarak kabul edilen XVIII. Louis'in ölümü üzerine katı bir monarşiden yana olan X. Charles tahta geçti.

Charles'in yerine tahta geçen Louis-Philippe'in toprak sahibi aristokrasi yerine büyük burjuvaziye dayanan bir meşruti monarşi kurdu. Aralık 1848'deki seçimlerde cumhurbaşkanlığına değişik çevrelerden destek gören, Napolyon'un yeğeni Louis-Napoleon Bonaparte seçildi.

Danimarka (1864) ve Avusturya'yı (1866) yenerek Avrupa'daki güç dengesini değiştiren Bismarck yönetimindeki Prusya, Fransa için ciddi bir tehdit durumuna gelmişti. Temmuz 1873'te İspanya tahtının veraseti konusunda patlak veren anlaşmazlık, çok geçmeden Fransız-Alman Savaşına dönüştü. Fransız ordularını yenilgiye uğratan Prusya kuvvetleri Louis-Napoleon'u tutsak alarak Fransa içlerine ilerlemeye başladı. Yenilgi haberinin Paris'e ulaşması üzerine 4 Eylül'de cumhuriyet ilan edildi. Ulusal Meclis'te çoğunluğu ele geçiren monarşi yanlıları, yürütme görevinin başına Louis-Napoleon'un önde gelen muhaliflerinden Adolphe Thiers'i getirdi. Thiers bir süre sonra cumhuriyetçi saflara geçti (1/376-378).

Yeni siyasal dengenin hükümete yansımaya fırsat kalmadan I. Dünya Savaşı patlak verdi. Hükümeti Balkanlar'daki çatışmada Sırbistan ve Rusya'nın yanında yer alması üzerine, Almanya 3 Ağustos 1914'te Fransa'ya savaş açtı. Uzun süren mücadeleler sonunda Alman direnişinin kırılmasıyla 11 Kasım 1918'de ateşkes imzalandı. Savaş sonunda Fransa 1.3 milyon asker kaybetti ve yaklaşık 1 milyon Fransız askeri de yaralanmıştı.

Bu savaş nedeniyle ülkede sanayi üretimi %60 kadar düştü ve ağır savaş harcamaları uzun yıllar sürecek bir ekonomik bunalıma zemin hazırladı. Paris Barış Konferansı'nda ABD ve İngiltere ile işbirliğini sürdürmek için toprak ihhaklarından ödün verme pahasına Versailles Anlaşması'nı (1919) imzaladı.

Hitler tehdidinin ortaya çıkmasından sonra yeni ittifaklara yönelen Fransa, İngiltere'nin yatıştırıcı politikası, İtalya'nın Almanya'ya yanaşması ve SSCB ile ilişkilerin soğuması nedeniyle giderek yalnızlaştı. Bu nedenle Hitler'in 1936'daki Ren Bölgesi'ne asker çıkarmasına ses çıkarmadı. Daha sonra Almanya'ya karşı savaşa girdi ve 1940 yılında kısmen, 1942'de tamamen işgal edildi. 1943'te General Charles de Gaulle direniş hareketlerini birleştirdi ve sürgünde bir hükümet kurdu. Yenilen Almanya'nın Fransa'dan çekilmesinden sonra Gaulle, Ocak 1946'da geçici olarak seçildiği cumhurbaşkanlığından çekildi. Mayıs'ta yapılan halkoylamasında reddedilen anayasa tasarısının yerine büyük ölçüde Üçüncü Cumhuriyet'i temel alan yeni bir tasarı hazırlandı. Bu tasarı ekimde kabul edildi. Yeni seçilen Ulusal Meclis'teki güç dağılımı nedeniyle Fransa bir kez daha güçsüz koalisyon durumuna girdi. Siyasal alandaki kararsızlığa karşın, ekonomide hızlı bir büyüme başladı. Bu büyümeye önemli katkılarda bulunan sömürge halklarının beklentilerinin yeterince karşılanamaması, bağımsızlık hareketlerinin yükselmesine neden oldu. Japon işgalinden sonra Vietnam'ın kuzeyinde komünistlerin öncülüğünde kurulan bağımsız yönetime girilen savaş 1954'de Fransa'nın yenilgisiyle sonuçlandı. Altı ay sonra Cezayir ayaklanmaları patlak verdi. Ayaklanmaların yayılmasını önlemek amacıyla 1956'da Tunus ve Fas'a bağımsızlık verildi. Bu gelişmeler paralelinde Ulusal Meclis, Gaulle'yi altı aylık bir dönem için tam yetkiyle göreve çağırdı.

General Charles de Gaulle'ün bir komisyonla birlikte hazırladığı anayasa halk oylamasında yüzde 76'lık bir çoğunlukla kabul edildi. Böylece yerel yönetim temsilcileri tarafından seçilen Cumhurbaşkanının geniş yetkiler taşıdığı bir yönetim biçimine geçildi. General Charles de Gaulle ekonomide sağladığı istikrarla Fransa'nın AET içindeki konumunu güçlendirdi. NATO'nun askeri kanadından çekilme kararı alarak ABD'den bağımsız bir dış politika izlemeye başladı. Eylül 1992'de Avrupa Birliği'ne (AB) geçişi öngören Maastricht Antlaşması halkoyuna sunuldu ve çok küçük bir farkla kabul edildi. AB üyesi 10 ülke ile birlikte ortak para sistemine katıldı (1/1992).

1.4. Nüfus

Etnik ve kültürel açıdan kendilerini Fransız sayanlar nüfusun yüzde 94'üne yakındır. Ülkenin başlıca eski azınlık toplulukları çoğunlukla Alsace bölgesinde yaşayan Almanlar (%2.5), Bretonlar (%1), Katalanlar ve Basklardır. Daha yakın dönemdeki göçlerle ülkeye yerleşen topluluklar arasında Cezayir ve Fas asıllılar ağırlıkta olmak üzere Araplar (%2.5), Portekizliler (%1), İtalyanlar, İspanyollar ve Türkler sayılabilir.

Fransa halkının yaklaşık dörtte üçü Katolik'tir. Dinin etkili olduğu yerler belirli bölgelerle sınırlı kalır. Daha çok doğuda toplanmış olan Protestanlar, çeşitli mezheplere ayrılmıştır. Kuzey Afrika'dan gelen göçmenler dolayısıyla Müslümanlar oran olarak %5'i geçen önemli bir azınlık oluşturur. Paris, Marsilya ve Alsace'ta küçük Yahudi toplulukları vardır (1/101).

1.5. İdari Yapı

Fransa'nın Parlamenter Cumhuriyet yönetimi, yürütme gücünün ağırlıkta olduğu çok partili bir demokrasiye dayanır. 1958'de kabul edilen ve 1962'de bazı değişiklikler yapılan Beşinci Cumhuriyet Anayasası uyarınca yürütme gücünün başında beş yıllık bir dönem için genel oyla seçilen Cumhurbaşkanı bulunur. Bakanlar Kurulunu, yüksek kamu görevlilerini ve yargıçları atayan Cumhurbaşkanı'nın yönetimle ve yasalarla ilgili konularda halk oylamasına başvurma ve Ulusal Meclisi dağıtma yetkisi vardır. Bakanlar Kurulu toplantılarına başkanlık ederek önemli kararları imzalar. Ayrıca olağanüstü durumlarda bütün yasama ve yürütme yetkilerini elinde toplayabilir.

Yasama yetkisi Ulusal Meclis ve Senato'dan oluşan parlamento tarafından kullanılır. Ulusal Meclisin 577 üyesi beş yılda bir genel seçimle belirlenir. Senato'nun 321 üyesi, dokuz yıllık bir dönem için, her ilde ve ayrı bir seçimler kuruluyla seçilir. Bu kurullar temelde belediye meclisi üyelerinden oluşur.

Yasama çalışmalarında Senato'nun sınırlı bir ağırlığı vardır; Ulusal Meclis daha üstün konumdadır. Hükümet parlamentodan belirli bir süre için kanun gücünde kararname çıkarma yetkisi alabilir. Parlamento hükümet üzerindeki denetimini soru, soruşturma ve güvensizlik önerileri aracılığıyla uygular.

Hükümet hem Cumhurbaşkanı'na, hem parlamentoya karşı sorumludur. Anayasa ülke yönetimiyle ilgili politikaları belirleme ve yürütme görevini hükümete vermiştir. Bununla birlikte kurumsal yapılar, dış politika ve savunma gibi konularla ilgili önemli kararlarda Cumhurbaşkanı'nın belirgin bir ağırlığı vardır.

Fransa yönetsel bakımdan 22 planlama bölgesine (region de programme), bu bölgeler 96'sı Fransa'da, 4'ü deniz aşırı topraklarda olmak üzere 100 il'e (department), illerde ve bucaklara (commune) ayrılmıştır. Bütün illerde en önemli yönetim organı, altı yılda bir seçilen canton temsilcilerinin oluşturduğu Genel Meclis'tir. Merkezi hükümetin temsilcisi olan vali (prefet) aynı zamanda Genel Meclis'in yürütme görevlisidir. İllerin bölündüğü ilçelerin (arrondissement) başında vali yardımcısı (sous-prefet) bulunur. En küçük yönetim birimi olan bucaklar altı yılda bir seçilen, en az dokuz üyeli belediye meclislerince yönetilir. Meclisin seçtiği Belediye Başkanı merkezi hükümete karşıda sorumludur (1/105).

1.6. Ekonomi

Karma bir yapıya dayanan gelişmiş Fransız ekonomisinin en önemli özelliği, 1950'lerde koruyucu gümrük duvarları ve yüksek devlet sübvansiyonları sayesinde öteki ileri sanayi ülkelerinin çoğunu geride bırakan bir büyüme hızı göstermiş olmasıdır. Bunu izleyen dönemde de sanayiye dünya piyasalarında rekabet gücü kazandırmak amacıyla, yeniden yapılanma yönünde önemli adımlar atılmıştır. Bununla birlikte sanayi sektörü, Almanya ve İngiltere gibi ülkelere oranla hâlâ dar bir temele dayanır. Tarım sektörü ekonomide önemli bir yer tutar. Fransa mandıracılık ürünleri, buğday ve şarap üretiminde dünyada ilk sırada yer alır. Ekonominin dış ticarete bağımlılığı Avrupa Birliği (AB) ülkelerine göre düşüktür.

Son yıllarda ekonomide karşılaşılan başlıca sorunlar işsizlik ve enflasyon olmuş, ödemeler dengesinde güçlükler yaşanmıştır. 1981 öncesindeki hükümetler bu sorunların üstesinden gelmek için ekonomiyi daraltma politikası izlerken, daha sonraki sosyalist hükümetler ekonomiyi canlandırarak işsizliği azaltmayı temel almıştır (1/104).

Fransa'nın verimli toprakları ve ılıman iklimi tarım için güçlü bir temel oluşturur. Su kaynakları boldur. Başlıca mineral kaynakları demir cevheri, boksit ve kömürdür. Ayrıca ülkenin çeşitli yerlerine dağılmış çinko, kurşun, bakır, titanyum, tungsten ve antimon yatakları vardır. Petrol ve doğal rezervleri iç gereksinimini karşılamaktan uzaktır. Yüksek hidroelektrik enerji potansiyeli büyük ölçüde değerlendirilmektedir (1/104).

1.7. Ulaşım, Tarım ve Ormanlık

Fransa'nın yaygın ve gelişkin karayolu ağının uzunluğu 893.000 km'yi geçer. Karayoluyla yük taşımacılığı 1950'lerden beri sürekli bir artış göstermektedir. Toplam uzunluğu 32.000 km'yi bulan demiryolu ağının en belirgin özelliği coğrafik bir merkezilik göstermesidir. Havayollarının iç taşımacılıktaki payı küçük olmakla birlikte, dış hat seferleri son derece işlettir.

Fransa tropik ürünler ve hayvan yemi dışında temelde kendine yeterli olan bir ülkedir. En önemli tahıl ürünü olan buğday, arpa ve mısır izler. Rhone Deltası ve çevresinde pirinç ekilir. Bağların büyük bölümü güney ve güneydoğuda toplanmıştır. Ülkenin çeşitli yerlerinde yürütülen meyvecilik ve sebzeçilik son derece gelişmiştir. Başlıca kök bitkileri şekerpancarı, patates ve şalgamdır. Güneybatıda ve Alsace' ta tütün yetiştirilir. Parfüm ve ilaç yapımında kullanılan bitkilerin üretimi de yaygındır.

Hayvancılık Fransa'nın büyük bölümünde bitkisel üretimden önde gelir. Çiftlik hayvanlarının yaklaşık yarısını oluşturan sığır, Akdeniz bölgesi dışında ülke düzeyinde dengeli bir dağılım gösterir. Fransa dünyanın önde gelen peynir ve yağ üreticileri arasında yer alır.

Ormanların ekonomiye katkısı önemlidir. Fransa tomruk üretiminde Avrupa'nın ileri gelen ülkelerinden biridir. Ormanların dörtte birinden fazlası merkezi ve yerel yönetimlerin elindedir. Ulusal Orman Dairesi geniş çaplı bir ağaçlandırma çalışması başlatmıştır (1/106).

1.8. Eğitim

Eğitim 6-16 yaş arasında zorunlu ve parasızdır. Beş yıllık ilköğrenimin ardından öğrenciler ortaöğrenimin birinci basamağını oluşturan okullara devam ederler. Bu okullardan 15 yaşında mezun olun öğrenciler, iki yıllık teknik okullardan mesleki eğitim diploması (brevet d'etudes professionnelles) olarak doğrudan meslek yaşamına atılabilecekleri gibi, daha sonra yükseköğrenimi sürdürmek üzere üç yıllık liselere de girebilirler. Yüksekokullara yalnızca bakalorya (baccalaurat) sınavını veren lise mezunları alınır.

Fransa'da en tanınmış Sorbonne olmak üzere çok sayıda büyük ve köklü üniversitenin yanı sıra Siyasal Bilimler Enstitüsü gibi saygın meslek yüksek okulları da (grandes ecoles) vardır. Büyük bölümü Katolik Kilisesi'ne bağlı olan özel öğretim kuruluşları üzerinde devlet belirli bir denetim uygular. 1968'deki öğrenci olayları sonrasında Fransız üniversitelerinin merkeziyetçi ve disiplinli yapısı önemli ölçüde yumuşatılmıştır. Öğretmenler ve öğrenciler geniş bir örgütlenme özgürlüğünden yararlanmaktadır (1/106).

I.9. Kültürel Yaşam

Fransa'nın Kelt, Yunan-Roma ve Germen Öğelerini uyumlu bir biçimde kaynaştıran köklü bir kültürel mirası vardır. Manastır ve üniversitelerin geliştirdiği zengin ortaçağ kültürü, 15. yüzyıl sonlarında bilimsel ve teknik gelişmenin önünü açan güçlü bir hümanizm geleneğine kaynaklık etmiştir.

Kültürel etkinlik gösteren kurumlar çeşitli bakanlıklara bağlıdır. Bütün önemli kentlerde bulunan kültür merkezlerinde değişik gösteriler ve etkinlikler yürütülür. Başka ülkelerle kültürel alışverişe büyük önem veren Fransa, başta Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) olmak üzere birçok uluslar arası kültür kuruluşunun da merkezidir (1/104).

A. ERDAL

SAYGUSALAN

II- SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Nüfusun Sağlık Durumu

Ölümlerin ana nedenlerini, kalp-damar hastalıkları (%31.3), kanser (%27.7), kazalar (%8.3), akciğer hastalıkları (%8.1) oluşturmaktadır. Bebek ölüm hızı düşük olup, ortalama %04,4'tür (3/1). Bu oran erkeklerde %05, kızlarda ise %04'tür (4/1).

Ortalama yaşam süresi erkeklerde 76 yıl, kadınlarda 83 yıldır. Erkekler ve kadınlar arasındaki bu yaşam farkı, Fransız erkekleri arasındaki trafik kazaları, intiharlar ile aşırı tütün ve alkol tüketimi yüzünden meydana gelen yüksek ölüm oranından kaynaklanmaktadır.

65 yaş ve üzerindeki kişilerin ortalama yaşam süresi Fransa'nın da içinde bulunduğu çoğu OECD ülkesinde olduğu gibi son 20 yıldır yavaş yavaş yükselmektedir. Fransa'da 65 yaş ve üzeri nüfusun yaşam sürelerindeki bu artış yaşlı insanlar arasında oluşan kalp hastalıkları ve sinir kas tipi hastalılardan doğan ölüm oranlarındaki çarpıcı düşüşten kaynaklanmaktadır.

Fransa'daki bebek ölüm oranı diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi son 20 yıl içinde önemli ölçüde düşmüştür. Bu düşüş tıbbi ilerlemeler ile annelerin ve bebeklerin yaşam koşullarındaki gelişmeleri göstermektedir (5/5,6).

Son 20 yıl içerisinde, yetişkinler arasındaki sigara kullanım oranı düşmüştür. Bu oran 1980'de %30 iken, 2000'de %27'ye düşmüştür. Bununla birlikte sigara kullanan kadınların oranı da 20 yıldır artmıştır.

Fransa'da toplam alkol tüketimi OECD ortalamasına göre yüksek olmasına rağmen 1970'den itibaren alkol tüketiminde önemli bir düşüş yaşanmıştır. Tüketimdeki azalma, sıkı kontrol önlemleri ve özellikle alkol reklâmının yasaklanmasıyla mümkün hale gelmiştir.

Fransa'da obez kişi oranı yükseliyor olmasına rağmen, bu oran diğer ülkelere göre çok daha düşük kalmıştır (2000'de %9). Yapılan bir araştırmada (Institut Roche de l'Obésité) ortaya çıkan veriler Fransa'daki obezite prevalansının 1997'de %8.2, 2000'de %9.6 ve 2005 yılında %11.3 olduğu görülmüştür.

Obezitenin ve kronik hastalıklardaki (diyabet ve astım gibi) yükselme Fransa'nın gelecekteki sağlık problemleri ve bununla ilgili harcamalar bakımından önemli ipuçları vermektedir (5/6,7).

II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

II.2.1. Sağlık Sisteminin Tarihiçesi

2000 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sağlık sistemi performansı ile, birinci; tedaviye cevap vermesiyle on altıncı sırada ve sağlık kazanımı seviyesiyle üçüncü olarak belirlenen Fransa Sağlık Sistemi, diğer bütün dünya sağlık sistemleri için örnek olacak niteliktedir. Özellikle, sistemin tüm vatandaşlar için kapsamlı bir hizmet sunma yetisi, hizmet sunucuların çeşitliliği, fakirler ve özürülüler için ücretsiz sağlık programları, önemli masrafların geri ödenmesi dikkati çeker.

Ayrıca, Fransa yasadışı göçmenlere hizmet veren yardımsever 'Sınırsız Doktor (*Médecins sans Frontière*)' toplulukları ile ve 2000 yılı boyunca sağlık eğitimi, muayene, önleme ve kontroller için ücretsiz danışmanlıklar sunan klinikler sayesinde nüfusuna önemli bir sağlık sigorta ağı sunmaktadır (6/16).

Bugünkü sosyal güvenlik sistemi, 19. ve 20. Yy. ortak fayda ilişkisine dayanmaktadır. 1930 yılında, gelir düzeyi düşük çalışanlar için ve nüfusun 2/3'ünü kapsayan zorunlu sağlık sigortası oluşturuldu. II. Dünya Savaşından sonra Ulusal Sağlık Sigortası oluşturuldu. 1974 yılında Ulusal Sağlık Sigortası nüfusun tamamını kapsayan bir yapıya ulaşmıştır. Sağlık Sistemindeki diğer değişiklikler ise fona yapılan katkıya göre vergilendirmeyi ve Parlamento'nun sağlık sistemindeki etkisinin artmasını içermektedir (3/2).

II.2.2. Sağlık Sisteminin Örgüt Yapısı

Devlet (hükümet, meclis ve bakanlıklar), sağlık hizmetinin ve sağlık politikasının düzenlenmesi sağlık sigorta sistemleri ve bölgesel örgütlenmeler yoluyla yapmaktadır. Sistem 1996'daki Juppe reformu ile köklü değişikliğe uğramıştır. Sağlık sistemi üzerinde hükümetin kontrolü yanında sigorta kurumlarının ve bölgesel yönetimlerin de kontrolünü getirilmiştir.

1996'dan beri her yıl meclis sosyal sigorta ile ilgili yeni yasalar çıkarmaktadır (Hesaplar Komisyonu raporuna ve Ulusal Sağlık Konferansı'na göre). Bu yasalar;

- Sağlık güvencesi harcamalarına bir üst sınır koymak,
- Sosyal sigortadaki ve sağlık sigorta sistemindeki eğilimleri onaylamak,
- Düzenlemeler hakkında öngörülerde bulunmak için çıkarılmaktadır.

Örneğin 2001 tarihli yasa kend. işinde çalışan insanların da maaşlı devlet memurları kadar geniş bir sigorta kapsamına sahip olmasını uygun görmüştür. Ayrıca bu yasa, hastahanelerin yenilenmesi için de ödenek ayrılmasını uygun görmüştür. 2002 yasa, sağlık çalışanları örgütlenmesi ile sağlık sigorta kurumları arasındaki anlaşmayı yenilemiştir.

Son düzenlemelerden sonra sağlık sisteminin en üst örgütü olan Sağlık Bakanlığı'nda görev dağılımı şöyledir:

Genel Sağlık Yöneticiliği: Sağlık politikalarından sorumludur.

Hastahane Ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği: Kaynakların kullanımından sorumlu olup daha önceden görev alanı sadece hastahanelerle sınırlı iken, şimdi yetkileri tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Sosyal Sigorta Yöneticiliği: Finansal meseleler ile ilgilenir ve sosyal sigorta kurumlarını denetler.

Sosyal Politika Yöneticiliği: Sosyal hizmetlerle (yaşlı, düşkün ve engellilerin bakımı gibi) ilgilenmektedir.

Sağlık Bakanlığı ayrıca bölgesel birimlere sahiptir. Bakanlık hükümetin belirlediği çerçevede sağlık harcamalarını da kontrol etmektedir. Bakanlığın sorumlu olduğu alanlar:

- Bütçeyi ve harcamaları bölgeler ve sektörler arasında paylaşmak,
- Her yıl tıp fakültesine girecek olan öğrenci sayısını belirlemek,
- Hastahane yatak sayılarını ve hastahanelerin ihtiyacı olan donanımı belirlemek,
- Kendi içinde çalışan sağlık profesyonelleri ile sağlık sigorta şirketleri arasındaki anlaşmaları onaylamak,
- Tıbbi işlemler için fiyat belirlemektir (7/19,20).

II.2.2.1. Yönetimdeki Uzmanlar Ve Bağımsız Otoriteler

Son 10 yılda devlet bazı işlemleri yerine getirmek için pek çok komite kurdu. 1991'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Halk Sağlığı Yüksek Komitesi halk sağlığı problemlerine çözüm getirici ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde karar verici birim olarak kuruldu. Genel nüfusun sağlık problemlerini belirlemek, bu problemler hakkında analizler yapıp sonuçlara ulaşmak, halkı bilgilendirici yayınlar yapmak ve koruyucu önlemler almak üzere görevlendirildi. Bu birim, tedavi sürecinde de danışma makamıdır. 1996'daki Juppe reformundan beri bu kurum yıllık raporlar hazırlayarak Meclis'e ve Ulusal Sağlık Konferansı'na sunar.

Tıbbi güvenlik ve uyarı sistemleri içinde, gıda ürünlerinin güvenliğinden ve halk sağlığının gözlemlenmesinden sorumlu iki birim oluşturuldu. 1997'de Ulusal Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Ve Değerlendirme komitesi kuruldu. Komitenin görevleri tedavi yönergelerini değerlendirmek ve ayrıntılandırmak, doktorların ve sağlık çalışanlarının becerilerini eğitimler ve yönergeler ile artırmak, hastahaneler için akreditasyon protokollerini uygulamak, sigorta tarafından ödeme yapılacak tıbbi girişimleri belirlemektir. Bu komite 150 kişiden oluşur (doktorlar, diğer sağlık çalışanları, ekonomistler vb.). Gündemleri Sağlık Bakanlığının gereksinimleri doğrultusunda belirlenir. Komite ilaçların ve tıbbi cihazların yıllık bütçeye göre fiyatlarını belirler. İlaç firmaları ile olan uzun süreli anlaşmaları kontrol ve fes edebilir.

Tüm hastahanelerden gelen bilgileri toplayıp, değerlendirip, hastahane planlaması ve hastahanelerin finansal yapılandırması için Hastahane Bakımı Teknik Bilgi Komitesi adlı bir kurum oluşturulmuştur. Nisan 2001'de Çevre Sağlığı Ve Güvenliği birimi de bu kurumlar arasına katılmıştır 2002 yılından beri Komite hasta haklarını gözlemlemeden sorumludur.

Ulusal Sağlık Konferansı yılda bir kez meclise öncelikleri sunar ve yıllık sağlık politikası hakkında önerilerde bulunur. Konferans sağlık profesyonellerinin temsilcilerinden oluşur (7/22,23).

II.2.2.2. Planlama, Düzenleme Ve Yönetim

Kaynak planlaması hem sağlık insangücünün hem de maddi kaynakların yönetimini gerektirir. Doktor ve ilerdeki muhtemel uzmanlık alanları ihtiyacı yönetim tarafından belirlenir. Bu sistem ulusaldır ve bölgesel düzeyde de uygulanır. Her bölgenin doktor ihtiyacı belirlenir ve doktorların dengesiz dağılımı önlenmeye çalışılır. Uzmanlık ve pratisyenlik, hastahaneler tarafından açılan bir sınav (concours d'internal) ile belirlenir. Sınav sonucuna göre doktorlar temel dallara ayrılırlar; dâhiliye, cerrahi, psikiyatri, biyoloji ve halk sağlığı gibi.

Dâhili ve cerrahi bilimlerde uzmanlaşma hastahanedeki çalışma süresindeki performansa ve doktorun isteğine göredir. Son zamanlarda bazı özel uzmanlık alanlarına başvuru olmayışı (anestezi, kadın doğum, yoğun bakım, pediatri) giriş sınavlarında bu alanlarda daha çok kontenjan açılması ile çözülmeye çalışılmaktadır.

Doktor dağılımındaki bölgesel eşitsizlikler son yıllarda hemen hemen dengelenmiştir. Uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranı dengesiz olup, son üç yılda uzmanlaşmaya olan eğilim iyice artmıştır. Serbest çalışan doktorlar istedikleri yerde çalışabilirler fakat kamuda çalışanların çalışma yeri atama ile belirlenir. Hastahane planlaması tıbbi plan ve bölgesel stratejik sağlık planı olmak üzere iki koldan yürütülmektedir. Her bölgedeki tıbbi plan, medikal ve psikiyatrik bakımı olarak ikiye ayrılmaktadır. Her bölge en az 200.000 nüfustan oluşmaktadır.

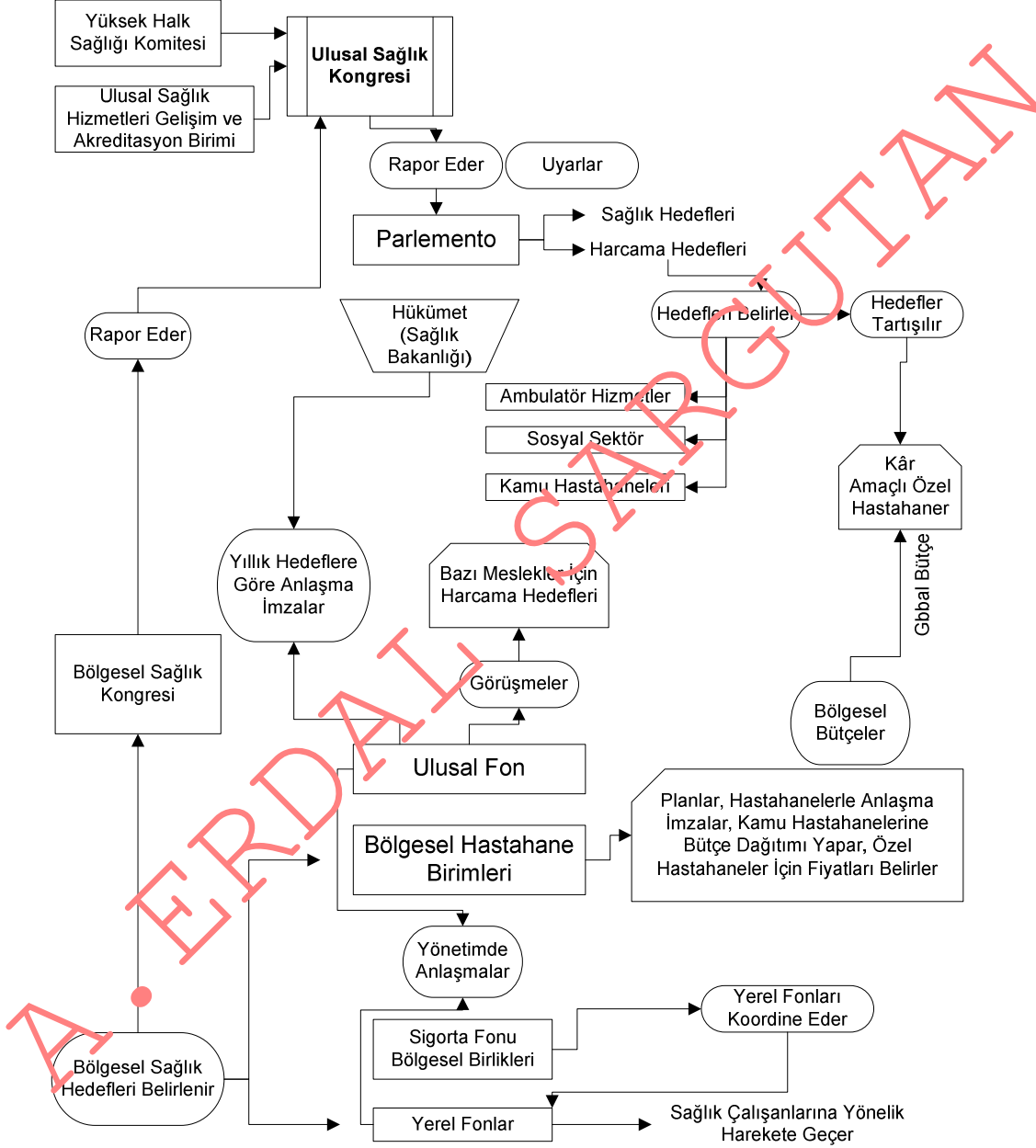
Hastahanelere yeni yatak eklenmesi, mevcut yatakların değişmesi, hem özel hem de devlet hastahanelerinde Bölgesel Hastahane Ajansı'nca (*Agence Régionale de l'Hospitalisation: ARH*) planlanmaktadır (7/28,29). 1990'lı yılların başından beri ve özellikle Nisan 1996 tarihli talimatlarla, Devletin himayesi gittikçe daha fazla rol oynamaya başlamıştır. Hatta bu himaye bölgeselleşmiştir. Her bölgenin bölgesel hastahane ajansı, her sağlık kurumunun stratejisini, bütçesini veya tarifesini kontrol etmektedir (8/7). Tıbbi planlar, diyaliz makinesi, radyolojik cihazlar, MR cihazları gibi sağlık donanımı alımında da uygulanmaktadır.

Geçen 10 yıl boyunca Sağlık Bakanlığı organ nakli, büyük yanıkların tedavisi, kalp cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi, tüp bebek, acil tedaviler, resusitasyon gibi özel hizmetlerde denetimini yoğunlaştırmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tıbbi plan yerine Bölgesel Stratejik Sağlık Planı'nı (*Schéma Régional d'Organisation des Soins: SROS*) uygulamaya geçirmeye karar vermiştir. Bu değişim 5 yıl boyunca bölgesel ve ulusal gereksinimlere göre bölgesel gelişime öncelik vermeyi hedeflemektedir. Daha önce 1999–2004 yılları arasında uygulanan Bölgesel Stratejik Sağlık Planı acil bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım ve kanser tedavisi ile ilgiliydi. Bu üç alana yoğunlaşma, hastahane politikasında yeni bir eğilimi yansıtmaktadır. Her hastahane kendi donanımına uygun bir alanda daha yoğun hizmet vermek ve hastahaneler birbirleri ile sıkı iletişim halinde olmak durumundadır.

Doğum hizmetleri için tüm hastahaneler çocuk sağlığı hizmeti veren merkezlerden, yenidoğan yoğun bakım ünitesine sahip servislere kadar dört düzeye ayrılmıştır. Acil bakım hizmetleri için de bölgedeki birkaç hastahane tam donanıma ve diğer hastahaneler de daha küçük acil birimlerine sahiptir. Hastahaneler birbirleri ile iletişim halindedirler ve gerekirse birbirlerine personel desteğinde bulunmaktadırlar.

Kanser tedavisi de özel sektör ve devletin işbirliğini gerektiren bir diğer alandır. Buna göre hastalar hangi kurumdan giriş yaptırdığına bakılmadan, kurumlar arası gerekli yerlere sevk edilebilmektedir. Hangi tedavi nerede en kapsamlı şekilde yapılıyorsa hastalar o merkeze yönlendirilmektedir. Bunun için de üç düzey belirlenmiştir. Bunlar, ilk bakım merkezleri, kanser tedavisi sağlayan hastahaneler ve referans hastahanelerdir.

Şema 1: Fransa Sağlık Sistemi Örgüt Şeması



Kaynak: (7) WHO (2004) Health Care System in Transition-France s:21

Bu alanlardan başka her hastahane kendine bir uzmanlaşma alanı seçecektir, örneğin kalp damar hastalıkları, intihar merkezi, geçici sağlık merkezi, böbrek yetmezliği merkezi gibi.

Bölgesel Stratejik Sağlık Planı hedefler belirler, standartlar koyar ve hizmet kalitesini yükseltir. Bölgesel Hastahane Ajansları (ARH) devlet hastahanelerini üç ila beş yılda bir denetler, kalkınma planları hazırlar ve hastahanelere sorumluluklar verir. Bu sorumluluklar sağlık hizmetlerinin kalitesi, bilgi sistemleri, yönetimin etkinliği konularında olmaktadır. Bu standartlar için ulusal bir sözleşme yoktur, içerikleri değişkendir. Bazı bölgelerde sözleşme süreleri dolmuşken bazı bölgelerde Haziran 2001'den beri hâlâ başlamamıştır. Kâr amaçlı özel hastahanelerle yapılan sözleşmeler, ücretlendirmeyi standart hale getirmek için daha ayrıntılı düzenlenir (7/28-30).

Ulusal Sağlık Sigortası

Ana sağlık güvencesi sistemi şunlardan oluşur:

—**Genel plan:** Ticaretle uğraşanlar ve endüstride çalışanlar ve onların ailelerini (toplam nüfusun %84'ü) ve Kapsamlı Hastalık Sigortası (CMU: Couverture Maladie Universale) kapsamındakileri kapsar.

—**Tarım planı:** Tarımda çalışan çiftçiler ve ailelerini kapsar.

—**Kendi işinde çalışanlar planı:** Esnaf ve serbest çalışanları kapsar.

—**Genel Sağlık Yasası:** Prim ödemeyenler kapsar.

Tablo 1: Planların Kapsamı

PLANLAR	KAPSAM (Toplam Nüfusa Oranları)
Genel Plan	%84
Tarım Planı	%7,2
Kendi İşinde Çalışanlar Planı	%5
Genel Sağlık Yasası (Primsiz)	%1,6
Diğer ve Sigortasızlar	%2,2

Kaynak: (7) WHO (2004) Health Care System in Transition-France s:23

Diğer planlar da insanları işlerine göre kapsar. Bunların çoğu genel plana dâhil edilmiştir, belediye memurları, öğrenciler askerler gibi. Diğer planlar (maden işçileri, demiryolu çalışanları, denizciler, rahipler gibi) kendi örgütlerine dâhildirler ve bu örgütler özerk olarak çalışmaktadır.

İlk üç plan, buldukları bölgedeki yerel yönetimler ve Ulusal Sağlık Sigortasınınca finanse edilirler.

Genel plan şunları içermektedir:

- Üyelerin ve CMU yasası kapsamında olanların tedavi masraflarını karşılayan yüz yirmi dokuz yerel Hastalık Sigortası Sandığı (CPDM: Caisses Primaires D'assurance Maladie),
- İş kazaları ve mesleki hastalıkların tedavisinde kullanılan on altı bölgesel fon,
- Ücretli Çalışanlar İçin Ulusal Hastalık Sigortası Sandığı (CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

Çeşitli seviyedeki fon birimleri bünyesindeki 2.500 doktor, eczacı ve dış hekimleri ile sağlık hizmeti de vermektedir. Bu birimler ayrıca halk sağlığı projelerini de yürütürler. Ulusal birimler bölgesel birimleri kontrol eder. Ulusal ve yerel birimler eşit miktardaki çalışan temsilcisinden oluşur. Sağlık sigortası planları Sosyal Sigorta Bakanlığı'nın kontrolü altındadır. Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigorta Bakanlıkları her yıl, çalışanların sigortası için ayrılacak toplam bütçeyi belirlerler. Bu üç genel plan, belirlenen bütçeyi (tahsis edilen harcama hedefi) uygulamakta görevlidir ve gerekli görülen profesyonellerle görüşerek bütçenin uygulanmasını yürütür. Bu uygulama 2000 yılında işe yaramasına karşın 2001'de hedef bütçeye ulaşılamamış, 2002'de ise hedef bile belirlenmemiştir.

Bu üç sigorta planı ayrıca özel çalışan sağlık personeli ile de anlaşma yaparak hizmet satın alır. Pratisyenler, uzmanlar, dış hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, ebeler, biyologlar, konuşma terapistleri, optikçiler, ambulans personeli bunlar arasındadır. Bu personelin hangi tedavi için ne kadar ücret talep edeceği belirlenir. Sağlık Bakanlığı tarafından uzmanlar için de çeşitli düzenlemeler getirilmiştir.

Serbest çalışanlar için de yerel veya mesleki ödenekler vardır ve çalışanlar 31 çeşit ödenekten oluşan bu sigorta tiplerinden kendilerine en uygun olan birini seçebilirler. Yevmiyeli çalışanlar ve tarım sektöründe çalışanlar da tarım planına göre güvence altına alınırlar (1/23,24).

II.2.3. Sağlık Sisteminin Yerelleşmesi

Fransız sağlık sistemini yerelleştirme çalışmaları 1990'ların ilk yarısında başladı. İlk adımda bu girişim bölgelerdeki sosyal kurumlar ve sağlık yönetim birimleri temel alınarak yapıldı.

Bölgesel Hastahane Ajansları (ARH), hem özel hem de devlet hastahanelerinin planlanmasından sorumludur. Bütçeyi, ödenekleri ve devletin sağlayabileceği sağlık hizmetini göz önüne alarak bölgesel düzeyde sağlık sektörünü yönetir. Bu kurumların yöneticileri Bakanlar Kuruluna ve Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur.

Bölgesel bütçe birimleri üç ana sigorta planını bölgesel düzeyde uygular, ödenekleri denetler, bölgesel politikalara risk yönetimi konusunda destek verir. Bölgedeki Serbest Çalışan Doktorlar Birliği sağlık sisteminin analizi, özel sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ihtiyaçları, epidemiyolojik çalışmalar, çalışan doktorlara ve bölgedeki hastalara bilgi sağlama gibi çalışmaları yürütmektedir.

Ayrıca bu birlik diğer bölgesel kurumlarla işbirliği içinde çalışır. Tüm bu kurumlar halk sağlığını korumak, halkın sağlık gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemekten sorumludur. Bu kurumlar her sene Ulusal Sağlık Konferansına rapor verirler.

Bölgesel sistem etkin bir şekilde çalışmaktadır. 2001 tarihli Sosyal Sigorta Yasası bölgesel kurumlara daha fazla özgürlük vererek, bu sistemi daha da yaygınlaştırmayı hedeflemektedir (7/25).

II.2.3.1. Bölgesel Kuruluşlar

Bölge düzeyindeki pek çok sağlık birimi ve sosyal hizmet birimi, Genel Danışma Kurulu denetiminde çalışmaktadır;

- Yaşlı ve engellilerin bakımı için olan kuruluşlar, tıbbi olmayan kurumlardır. Sosyal yardımlarla oluşturulan bütçe ile görevlerini yerine getirirler. Bunlar da Genel Danışma Kurulu denetimindedirler. Yaşlı ve engelliler için tıbbi bakım veren birimler de vardır ve bunlar devlet denetimindedir.
- Düşük gelirli, yaşlılar ve engelliler için finansal destek programları, çocuk koruma hizmetleri, anne çocuk sağlığı merkezleri de bölge düzeyindeki kurumlardandır.
- Verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kanser gibi hastalıklarla mücadele ve önleme kurumları bu kurumlardandır. Buna ek olarak belediyeler halk sağlığından sorumludurlar (çevre sağlığı, arındırma vb.) (7/25,26).

II.2.4. Mesleki Örgütler

Genel olarak iki tür mesleki örgüt vardır:

—Doktorlar, eczacılar, diş hekimleri, ebeler için etik ve üst değerlendirme dernekleri

—İş dernekleri (sendikalar) ve bu derneklerin alt grupları. Bu alt gruplar mesleklere göre olduğu gibi maaş durumlarına göre de ayrılır. Serbest çalışan doktorlar için 6 tane birlik vardır ve ödenek anlaşmalarını imzalarlar. Çoğu birlik hem pratisyenleri hem uzmanları kapsar ve Fransız Hekimler Konfederasyonu, Serbest Çalışan Doktorlar Birliği, Fransa'daki Doktorlar Federasyonu gibi mesleki örgütlerden oluşmaktadır. Fransız Cerrahlar Birliği gibi bazı birlikler uzmanlık alanlarına dönüktür Pratisyenlerin sadece %29'u Fransız pratisyenler birliğine üyedir. 1.000 özel laboratuvar için 4 örgüt vardır. Örgütler, Sağlık Bakanlığı temsilcileri ile görüşürler ve bütçeden pay alırlar. Hastahaneler statülerine göre değişik örgütler tarafından temsil edilirler. Eczacıların ve medikalıcıların kendi birlikleri vardır (7/27).

II.2.5. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları

Son yıllarda sağlık hizmetini kullananların fikrini almak en önemli gündem haline gelmiştir. Bazı hasta dernekleri bu gelişmede önemli bir faktördür. AIDS salgını bu tarz bir dönüşümün kaynağıdır.

Bu kurumlar hastaları desteklemek, hastalara finansal yardımda bulunmak gibi geleneksel rollerin yanında, hastayı sağlık hizmetlerinin aktif bir parçası yapmaya da çalışmaktadırlar. Bu tür derneklerin gelişmesi başka amaçlı örgütlere de (tüketici hakları derneği gibi) ilham kaynağı olmuştur. Son zamanlarda sağlık hizmetleri ile ilgili dernekler tekrar yapılandırıldı ve tek bir çatı altında toplandılar. 2002 hastalık sigortası yasası ile bu tür derneklerin görevleri belirlendi (7/27).

Hastalık sigortası ne hastaların serbest seçebilmesini ne de doktorların serbest reçete yazmalarını kısıtlar. Bununla birlikte doktorların tıbbi refahlarını engelleyebilecek yasalar gündeme gelmiştir. Genel tıp doktorları (pratisyen hekimler) birçok Avrupa ülkesinde kendilerine verilen sağlık sistemindeki yönlendirici rolünü oynamamaktadırlar. Hastalar serbestçe uzman doktor tedavilerine erişebilmektedirler. Kasım 1998'deki bir sözleşmeyle danışman doktorun seçtiği pratisyen hekimler tedavi üyeleri olarak gündeme gelmiştir. Hastalar bu sözleşme çerçevesinde yönlendirilmek isterse, ikincil tedavilere geçmeden önce danışman doktora danışmak zorundadırlar. Bu danışma hasta için bir ödemeye tabii değildir (8/9,10).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Hastalar hizmeti verecek kişi veya kurumu seçmekte serbesttir. Hastalar herhangi bir pratisyen veya uzmana hastahane veya özel klinikte, sevk sistemi olmadan muayene olabilirler. Hastalar kendi seçimine göre özel hastahane veya devlet hastahanesinde yatabilir. Kırsal alanda veya kent çevrelerinde ulaşım zorluğuna bağlı olarak bazı fazladan ödemeler olabilmektedir. Tedavinin Fransa'da yapılamayacağına karar verilirse hasta yurt dışına gönderilebilir. Bu acil bakım için geçerli değildir. Hastanın tek bir tıbbi kaydı yoktur. Hastanın Sağlık Kartında her türlü bilgisi bulunur (sağlık sigorta şirketi, ödeneği, ek ödemeleri...). Bu kartın amacı acil durumlarda hastaya ait bilgilere kart üzerinden ulaşmaktır, fakat uygulamaya geçmesi güvenlik ve gizlilik duygusu gibi nedenlerden dolayı gecikmektedir (9/6).

Doktorlar istediği bölgede çalışma hakkına sahiptir. Ancak bu uzun süredir doktor dağılımında bölgesel dengesizliğe sebep olmaktadır. Örneğin bölgesel tıbbi kapasite farklılıkları pratisyen hekimler için 1-1.5, uzman hekimler için 1-2.2 arasında değişmektedir. Ve bu konuya çözüm getirici herhangi bir yasal düzenleme şimdilik yoktur. Fransa'nın kuzeyinde, daha fazla sağlık hizmetlerine ve doktorlara ihtiyaç duyulmasına rağmen, Paris'e ve güneyine göre doktor yoğunluğu daha azdır. Bu dengesizlik, bölgelerde de kırsal kesimle kent arasında daha çoktur. Son zamanlarda yapılan bir araştırma, Fransız halkının %86'sının hizmetlerine erişimin kolaylığı bakımından memnun olduğunu tespit etmiştir. Fakat halkın % 36' sı kırsal kesimde yaşamaktadır ve uzaklıktan dolayı sağlık hizmetlerine erişimin zorluğundan yakınmaktadır (7/63).

II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

Poliklinik bakımının çoğu doktorlar, diş hekimleri ve tıbbi yardımcıları tarafından verilmektedir. Hekimlerin çoğu bireysel olarak çalışmaktadırlar.

Doktorların %38'i bir grup içinde çalışmaktadırlar. Özel sektördeki doktorlara yıllık kişi başına başvuru sayısı pratisyen hekimler için 4.7 ile 4.9 arası iken, uzman hekimler için 3–3,5'tir. Hastahanelerin poliklinik birimlerindeki doktorlara başvuru sayısı toplamın %15'idir. Halkın sağlık hizmetlerine yıllık kişi başı başvuru sayısı 7.6 ile 11.5 arasında değişmektedir.

Hastaların yaklaşık %1'i bir pratisyen hekim ile anlaşmalıdır. Hastalar bu hekimler aracılığıyla gerekli uzmana sevk edilirler. Ancak bu sevk zincirinin kullanımı mecburi değildir. Hastaya faydası ise, konsültasyonlar için hastanın para ödememesidir.

2000 yılı itibariyle Fransa'da çalışan doktorların %51'i uzman, %49 pratisyen hekimdir (toplam:194.000). Birincil sağlık hizmeti veren doktorların tahmini sayısı 110.000 (100.000 kişiye 186 doktor)'dur. Bunların %60'ı pratisyen, %40'ı uzmandır, 100.000 kişi için 114 pratisyen hekim mevcuttur ayrıca 62.000 hemşire de birinci sağlık hizmetlerinde görev alır.

Mesai harici hizmet sağlamak üzere her pratisyen belirli bir bölgeden sorumludur. Ayrıca özel çağrı merkezleri mevcuttur. Fakat insanlar genelde acil servise başvururlar. Birincil sağlık hizmeti doktorundan aynı gün randevu almak mümkündür. Anket sonuçlarına göre hastaların çoğu kendi pratisyen hekimlerinden memnundur (9/40).

Diğer hizmetlerde olduğu gibi birincil sağlık hizmetlerinde doktorların dağılımında bölgesel dengesizlikler uzun süredir vardır. Örneğin, ülkenin kuzeyindeki doktor sayısı güneyine ve Paris'e göre oldukça azdır. Benzer şekilde kent ve kırsal kesimler arasında da bu dengesizlik mevcuttur (3/6).

II.3.2.1. Ambulatör Bakım

Bu hizmet pratisyen hekimler ve evlere sağlık hizmeti veren aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Hastalar ödemeyi kişisel doğrudan ödeme şeklinde yapmaktadır. Yapılan bu ödeme tutarı sosyal sigorta kurumunca hastaya geri ödenir. Ülkedeki Halk Sağlığı merkezi sayısı azdır ve var olanlar da kapanmaktadır. 2002 yılında gezici sağlık hizmeti harcamaları 36.2 milyon Avro'dur. 2001'de büyüme hızı %5.1 olan ambulatör bakım sektörünün yıllık büyüme hızı %7.4'tür (10/18).

II.3.2.2. Evde Bakım

Fransa'da bu hizmet çok gelişmemiştir. Evde bakım hizmeti 4.262 yerde 80 hizmet noktası ile verilmektedir. Bu noktaların %58'i Paris bölgesinde bulunmaktadır. Bu sektördeki yetersizlik evde bakım hizmeti veren özel şirketler tarafından tamamlanmaktadır. İlerideki yıllarda bu sektörün gelişme göstereceği tahmin edilmektedir. Çünkü yaşlı nüfus artmakta, bunlar evde bakıma ihtiyaç duymakta ve çoğu hastalığın tedavisi evde de mümkün olabilmektedir (ağrı tedavisi, kas sinir hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, bazı kanser türleri ve enfeksiyon hastalıkları gibi). Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti vermek için uygun yerlerin sayısını 8.000'e çıkartmayı hedefleyen bir programı yürürlüğe koymuştur (10/18).

II.3.2.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

1998 yılında, sağlığı tehdit eden risklerle mücadele amacıyla Fransız Gıda Sağlığı Ajansı (AFSSAPS: Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), Fransız Tıbbi Ürün Güvenliği Ajansı (AFSSAPS: Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) ve Ulusal Halk Sağlığı İdare Merkezi (INVS: Institut National de la Veille Sanitaire) kurulmuştur (3/5).

Fransız Gıda Sağlığı Ajansı (AFSSA: Agence Française de la Sécurité sanitaire des Produits Alimentaires) :Gıda sağlığı ve kontrolü ile bu alandaki araştırma-geliştirme faaliyetlerini yürütür. Bu birimler Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyette bulunmaktadır.

Fransız Tıbbi Ürün Güvenliği Ajansı (AFSSAPS: Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé): Tıbbi araç-gereçlerin bilimsel ve ekonomik bakımdan değerlendirilmelerini düzenlemektedir. Ayrıca tanı, teşhis ve tedavilerde kullanılan araç-gereçlerin doğru kullanımıyla ilgili standartlar belirler, önerilerde bulunur (7/57). Ajans, sağlık veya kozmetik amaçlı ürünlerin deneme, üretilme, değişik pazarlanma ve kullanım süreçlerine ve kullanımlarına ilişkin kanun ve yönetmeliklerin uygulanmasına katılmak durumundadır. Bu kurum ayrıca, ilaçların piyasaya sürülmesine ilişkin yetkilendirme verir ve sağlık kontrolörlüğü görevlerini yerine getirir (18/5).

Çevre Sağlığı Ve Güvenliği Ajansı: (AFSSE: Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale) 2000 yılında kurulmuştur ve fiziki çevreye bağlı riskler konusunda uzman incelemelerinin hızlandırılmasını ve koordinasyonunu sağlamakla yükümlüdür (18/6).

Fransız Kan Kurumu (1992): Değişken kan ürünleri konusunda ihtiyaçları karşılamak, Fransız kan nakli sisteminin işleyişinde azami güvenliği garanti etmek, bu alanda tıbbi ve bilimsel gelişmeleri takip etmek ve uygulanmasını sağlamakla görevlidir (18/6).

Fransız Organ Nakli Kurumu (1994): İdari nitelikli kamu kuruluşu olarak numune alımı ve aşılarla ilgili uluslararası aşı filizi ticaretinin koordinasyonunu sağlar. Kurum, değerlendirme yapabilmek için gerekli bilgileri toplar ve bağışıklık bilimine ilişkin eşlemlerin kalitesinin korunmasını sağlar. Numune alımı ve nakil işlemlerinin uygulanmasında görüş bildirir (18/6).

Ulusal Halk Sağlığı İdare Merkezi, toplumun sağlık durumunu belirler ve geliştirmeye çalışır. Bu amaçla, toplum sağlığını tehdit eden etkenlere ilişkin epidemiyolojik bilgi toplar, bu bilgileri analiz eder ve bu yönde değerlendirme yapar. Bu birim, bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı ve iş sağlığı gibi konularda da faaliyetlerde bulunmaktadır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve bu hastalıkların teşhis işlemleri Ulusal Sağlık Kongresi'nin çeşitli organları aracılığı ile gerçekleştirilir. Bu birimler alkol ve madde bağımlılığı kontrolünden de sorumludur.

Fakat bu alanda özellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri yoğunlukla serbest çalışan doktorlar, çeşitli kuruluşlar ve dernekler tarafından gerçekleştirilmektedir. Özellikle HIV/AIDS testleri genel sağlık sigortası tarafından finanse edilir (7/58).

Bağışıklama programları, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenirken, aşılama için büyük kısmı serbest çalışan doktorlar tarafından gerçekleştirilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası bağışıklama programları, doğrudan devlet tarafından finanse edilir.

Kanser taramaları, madde bağımlılığı ve alkol kontrol hizmetleri bölgesel otoriteler tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık geliştirilmesi ve sağlık eğitimi, başta Sağlık Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı olmak üzere birçok birim tarafından birlikte gerçekleştirilmektedir (3/5).

Devlet, sosyal güvenlik örgütleri ve diğer ilgili organlar, iş hastalıkları ile ilgili politikaları işbirliği içinde belirler. Bu alanda Ulusal İş Sağlığı Geliştirme Ajansı ve Ulusal Güvenlik Ve Araştırma Kurumu ilgili kurum ve örgütlere rehberlik eder.

İş sağlığıyla ilgili risklere yönelik mücadelede temelde üç organ rol alır. Birincisi, Çalışma Bakanlığı'nın İşyeri Teftiş Kurulları olup bunlar işyeri düzen ve hijyen kuralları ile, güvenlik ve çalışma koşulları standartlarına uygunluk denetimi yaparlar. Her işletme ve işveren, düzenleme ve standartlara uymak durumundadır. İkincisi, Güvenlik, Hijyen ve Çalışma Koşulları Komitesi'dir ve işyeri risk analizi yaparak, çalışma koşulları ve iş organizasyonuna ilişkin görüş belirterek işçileri temsil eder. Kazalarla ilgili tazminatlar kişilerin bağlı olduğu sigorta tarafından karşılanır. Üçüncüsü olan çalışanların tıbbi kontrol ve muayeneleri sağlık açısından adaptasyon eğitimleri, işyeri hekimleri tarafından yapılır. 2000 Yılında, 1.327 işyerinde yaklaşık 6.500 hekim görev yapmaktaydı (7/59).

II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Hastalar doktorlarını seçim hakkına sahiplerdir. Randevu için bekleme zamanları oldukça değişkendir.

Hasta başına düşen yatak sayısı %04,3'tür (Yatakların %29'u, kar amaçlı özel sektöre aittir). Yani politikalar hastahanelerin birleşmesini ve yatak sayısının azaltılmasını teşvik etmektedir (9/40).

Fransız sağlık sektöründe ve sağlık kuruluşlarında 1.600.000 sağlık çalışanı istihdam edilmekte olup bunlar tüm çalışanların %1,6'sını oluşturmaktadır. Sağlık insan gücünün hemşire ve hemşire yardımcıları oluşturmaktadır (383.000 hemşire ve 377.000 hemşire yardımcısı vardır) (7/83).

İkincil sağlık hizmetleri için 14.0000 doktor ve 234.000 hemşireye ihtiyaç duyulmaktadır ve aylık 35 saat çalışmayı zorunlu kılan yasadan sonra bu ihtiyaç iyice artmıştır (9/40,41).

II.3.3.1. Hastahanelerin Yapısı

Bir devlet hastahanesinde standart bir ameliyathanenin kurulumu yaklaşık olarak 2.3 milyon Avro'dur. Tıbbi cihaz ve donatımın %4'ü hükümet tarafından temin edilebilmektedir. Bu da Fransa'da hastahane tıbbi cihazlarının teknolojik donatım olarak oldukça geri olmasına neden olmaktadır. Özel sektördeki hastahaneler günlük ücret ile finanse edilmektedir (günlük ödeme sosyal güvenlik kurumu tarafından hastalığın tipine göre belirlenmektedir). Hastahanelerin yönetimi otonom olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı, Birleşik Hastahane Organizasyonları Yönetimi (DHOS: Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins) adlı bir alt birim oluşturmuştur ve bu birim sayesinde hastahaneleri kontrol etmektedir. Vatandaşlar isterse devlet hastahanesine isterse özel hastahaneye gider (10/16).

Tablo 2: Her 100.000 Kişiye Düşen Sağlık İnsan Gücü

Sağlık İnsan Gücü	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Tüm Doktorlar	146,7	293,7	266,2	306	322,3	330,3
Genel Pratisyenler	91,7	121,5	151,1	162,2	163,7	161,3
Uzmanlar	54,9	72,2	115,1	143,8	159,6	169
Diş Hekimi	47,7	56,4	63	67	68,8	69
Hemşire	356,5	457,1	513,8	538,2	590,6	651,9
Ebe	16,7	17,5	16,6	18,9	21,2	24,4
Eczacı	56	67,9	79,7	90,8	97,7	99,4
Tıp Öğrencileri	195,2	157,9	101,6	82,5	92,2	82,3
Örenci Hemşireler	98,9	87,7	72,9	66	91,4	86,2

Kaynak: (7) WHO (2004) Health Care System in Transition-France s: 83

Hastahane yataklarının yaklaşık üçte ikisi kamu sektöründedir ve geriye kalanlar kâr amaçlı olan ve kâr amaçlı olmayan sektörlere aittir (13/29). 2001 yılında özel sektörde 2.042 hastahane vardır (Fransa'daki 3.052 hastahanesinin %67'sini oluşturuyor) fakat 162.306 yatak sayısı ile toplam yatak kapasitesinin %34,4'ünü oluşturur. Kamu sektöründe 1.010 hastahane vardır (%33) ve toplam 471.353 yatağın 30.9047'sine sahip olarak yatak kapasitesinin %65,6'sını oluşturur. Hastahaneler tam zamanlı 888.653 kişi istihdam etmektedir bu da çalışan nüfusun %3,3'üdür. Kamuda 670.826 kişi, özel sektörde 217.827 kişi çalışmaktadır.

Bazı gelişmiş kentsel bölgelerde hastahaneler yönetsel olarak alt gruplara ayrılmıştır. Paris bölgesinde 2000 yılında A.P-H.P (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) adlı devlet hastahanesi yönetim grubu 24.977 yatak, 39 hastahane ve 30.658 personeli idare etmekteydi. A.P-H.P 2000'in ilk yarısında Georges Pompidou Avrupa Hastahanesini açtı. Bu hastahane genel bakımın yanı sıra özel dal bölümlerine de sahiptir. (AIDS bakım ünitesi, travma bakım ünitesi, ortopedik cerrahi gibi). Bu hastahane aynı zamanda o bölgedeki bir üniversiteye bağlıdır. Asıl reform hastahanedeki yatakların akut bakım yatakları ve kronik bakım yatakları olarak ayrılmış olmasıydı. Böylece kısa akut bakımın için kullanılan yatak sayısı azaltıldı ve hastahaneye daha fazla sayıda kronik hasta kabul edilebildi.

Geleneksel kısa yatışı alternatif olarak ambulatör bakım ünitelerinin, otodiagnostik biriminin ve evde bakımın sunulması da kısa yatış yataklarına olan ihtiyacı azalttı. Bu tip alternatiflerin ortaya çıkması tıbbi cihaz gereksinimi de azaltmıştır.

Hastahanedeki bakımı gereken yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bu da kronik bakıma olan talepte önemli artışlara neden olmuştur (10/16,17). Hastahaneler hem kamu sektöründe hem de özel sektörde bulunmaktadır (6/16).

Hastahaneler, tıbbi haritalar (niteleyici araçlar) ve bölgesel stratejik sağlık planlarına (nicelleyici araçlar) göre planlanırlar. Tıbbi haritalar, her bölgeyi sağlık hizmetleri sektörüne göre sınıflandırmaktadır (3/3).

II.3.3.1.1. Devlet Hastahaneleri

Devlet hastahaneleri kronik tedaviler için pek çok alternatif sunmaktadır. Bölgesel hastahaneler (çoğu üniversite hastahaneleri) araştırma yaptıkları gibi, özelleşmiş pek çok küçük resüsitasyon, yoğun bakım, göğüs kalp damar cerrahisi gibi birime de sahiptirler.

Birçok psikiyatrik ve pediatrik hastahane, kamu sektörüne aittir. Tek bir konu üstüne yoğunlaşmış, pnömoloji, romatoloji ve genel cerrahi gibi hastahaneler de mevcut. Kamu sektörünün sorunları kısıtlı bütçe, bölgeden bölgeye değişen eşit dağılımlı olmayan donanım ve sıkı vergilerdir. Gelirin %70'i personel maaşına gitmektedir (10/17). Psikiyatrik bakım genelde devlet tarafından yapılmaktadır (9/42).

II.3.3.1.2. Özel Hastahaneler

Fransız Özel Hastahaneler Federasyonu'na göre her yıl 6.5 milyon insan özel hastahanelere başvurmakta ve ülkede yapılan cerrahi girişimlerin %60'ı özel hastahanelerde verilmektedir.

Özel sektör 3 ana federasyona sahiptir: Özel Hastahaneler Ve Sağlık Hizmetleri Federasyonu, Özel Hastahaneler Federasyonu, Özel Klinikler Ve Hastahaneler Derneği.

Özel sağlık kuruluşları 1.151'i ticari klinik (93.511 yatak), 891'i özel kâr amacı gütmeyen hastahane (68.856 yatak) olarak dağılım göstermektedir.

Özel hastahaneler TIPS (*Tarif interministériel des prestations sanitaires*: Bakanlıklar Arası Tıbbi Tedavi Fiyat Tarifesi) tarifelerini uygulamak zorundadırlar. Bu tarifeye yuma zorunluluğu ilk bakışta özel hastahaneler için kısıtlama gibi görünse de iyi bir ödeme politikasıdır (10/17,18).

Hastahaneye başvuran her 100 kişiden 20,4'ü akut tedavi hizmeti almaktadır, ortalama yatış süresi 5,5 gün, sistemin kapasite kullanım oranı %80,9'dur.

***Araştırmacı Notu:** Sağlık Bakanlığı, sağlık kuruluşları tarafından yapılan işlemler için önceden fiyat listesi oluşturmaktadır. Kurumlar, ödemelerini bu listeye göre yapmaktadırlar.

Anketlerde hastalar ikincil sağlık hizmetlerinden yüksek oranda memnuniyet belirtmişlerdir. Fakat hastahanelerde yardımcı sağlık personeli sıkıntısı bulunmaktadır (9/40,41).

II.3.4. Teşhis Hizmetleri

Poliklinik ve laboratuvar hizmetleri özel çalışan uzman hekimler veya hastahaneler tarafından yürütülmektedir. 4.000 özel laboratuvar ve 5.000 özel radyolog vardır. 1 milyon nüfusa 2.6 tane MR cihazı, 9,8 tomografi cihazı düşmektedir (9/41).

II.3.5. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bu hizmet hem özel sektör hem kamu sektörü tarafından sağlanmaktadır. Kâr amaçlı özel hastahaneler bu alandaki yatak sayısının dörtte birine sahiptir. 1.000 kişiye 1,5 yatak düşmektedir. Uzun süreli yataklı tedaviledeki hasta yataklarının %90'ı kamu hastahanelerine aittir. 1999 yılında kamu hastahanelerinde bu alanda 1000 kişiye 1,4 yatak düşmektedir (9/42).

II.4. Sosyal Hizmetler

Yaşlıların ve engellilerin barınma ve bakımı yerel yönetimlerin sorumluluğu altındadır. Finansmanları hastalar, sosyal sigorta kurumları ve yardım kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri giderlerini (doktor hemşire bakımı, tıbbi cihazlar ve ilaçlar) sigorta şirketleri karşılamaktadır. Ayrıca sigorta şirketleri özürli çocukların tüm masraflarını da karşılar. Sosyal bakım genelde kâr amacı gütmeyen kurumlar tarafından yürütülür.

0–19 yaş arası her 1000 kişiye 5.6 yatak (özürli çocukların bakımı için), ağır derecede engelli her 1.000 kişi için 7 yatak, çalışabilecek durumda olan engellilere 1000 kişi için 3.36 yatak, 1.000 yaşlı hasta için (75 yaşından büyük) kurum bakımı ve evde bakım amaçlı 14.2 yatak düşmektedir (9/42).

II.4.1. Yaşlı Bakım Evleri

1 Ocak 2001 verilerine göre Fransız nüfusunun %20,7'si 60 yaş üstü, %8'ide 75 yaşın üstündedir. 2030 yılında 17 milyon kişinin, 2050'de ise 23 milyon kişinin 60 yaşın üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Bakım evine yatırılan hastaların yaş ortalamaları 76'dır. 85 yaşın üstündeki nüfusun %70'ten fazlası evde yaşamakta, %4 kadarı bir bakım evinde kalmaktadır. Bu bakım evleri, huzurevleri (%83.1), devlet hastahanelerine bağlı bakım evleri (%0.6) ve tek başına barınma imkânı veren huzureveridir (%16.3). 2002 yılında bu tip bakım evlerindeki yatak sayısı 392.197'dir (227.560'ı standart, 164.637'si tıbbi donanımlı) (10/19).

II.5. Eczahane Hizmetleri Ve İlaç Endüstrisi

Eczahaneler ilaç dağıtımı konusunda sektörü ellerinde tutmaktadırlar. Bir eczacı birden fazla eczahaneye sahip olamaz. 2000 yılındaki verilere göre Fransa'da 22.700 eczahane bulunmaktadır. Her hastahane kendi eczahanesine sahiptir. Yeni bir eczahanenin açılması bölgenin nüfusuna ve o çevredeki eczahanelerin yakınlığına bağlıdır (9/42).

İlaçların üretimi ve dağıtımını kamu sektörünün oluşturduğu kurallar çerçevesinde yürütülür. Tüm ilaçların satılabilmesi için pazara sürülme iznine (AMM: *Autorisation de Mise sur le Marché*) sahip olması gerekmektedir. AMM, yalnızca hastahanelerde ve özel gözetim altında kullanılacak ilaçları belirlemiştir. Bir ilacın geri ödemesinin olması için Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Saydamlık Komitesi ve Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi'nin (CEPS: *Comité Economique des Produits de Santé*) pozitif ilaç listesinde olması gerekmektedir. İlaçların pozitif ilaç listesine şu göstergeler değerlendirilerek alınır:

- İlacın olumlu etkileri ve olası yan etkileri,
- İlacın tedavi sürecindeki yeri ve alternatif tedavilerle ilişkisi,
- İlacın koruyucu, tedavi edici özellikleri,
- İlacın halk sağlığındaki önemi.

İlaç fiyatları Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi tarafından belirlenir (7/94). Piyasadaki ilaçların %91'i geri ödemeye tabiidir (3/7).Pahalı ve esdeğeri olmayan ilaç tutarları tamamen, genel olarak ciddi olmayan rahatsızlıklarda kullanılan ilaçlar %35 oranında, diğer ilaçlar da %65 oranında sigorta tarafından karşılanmaktadır (7/93).

Hastalık sigortasının geri ödemeli ilaçlarının üretim seviyesindeki fiyatları Ekonomi, Sağlık ve Sosyal Çalışma Bakanlıkları tarafından belirlenir. Geri ödemeli ilaçlar için aynı şekilde alınan kararlar geri ödeme oranını belirler (7/92). Üretimde olduğu gibi ilaç dağıtımını da sıkı olarak düzenlenmiştir. İlaç üretiminin %79'u toptan satıcılar, %6'ı perakendeciler tarafından satılmakta, %15'i de özel ve kamu hastahaneleri tarafından kullanılmaktadır (7/94).

Tablo 3: Tıbbi Tüketim Dağılım Tablosu

Hastahaneler	%43.8	Devlet Hastahaneleri %35 Özek Hastahaneler %8,8
Ambulator Hizmetleri (doktorlar, diş hekimleri, yardımcı sağlık personelleri, laboratuvar testleri)	%26.1	
İlaçlar	%20.6	
Sözlük, protez ve küçük tıbbi aletler	%5.8	
Koruyucu hizmetler	%2.1	
Hasta Nakli	%1.6	

Kaynak: (10) Soraru, A. ve diğerleri (2004) The French Health Care Sector, s:3

II.6. Tıbbi Donatım Endüstrisi

Fransa, tıbbi donatım ve ilaç endüstrisi alanında, 5 milyar Avro'luk hacmiyle dünyada 4. önemli pazarı oluşturmaktadır. 2000 yılında 1.500 medikal şirket vardı. Sektördeki şirketlerin %80'i uluslar arasında faaliyet göstermektedir ve ülkede asıl belirleyiciler bu uluslar arası şirketlerdir. Medikal sektörde 20.000 kişi istihdam edilmektedir ve üretimin %25'i ihraç edilmektedir. Medikal sektördeki ürünler genel olarak, büyük donatımları, ileri teknolojlili (high-tech) cihazları, teşhis cihaz ve aletlerini (elektrokardiyograf, elektroansefalografi ve laboratuvar aletleri) tıbbi ve cerrahi donatım, protezler ve tek kullanımlık tıbbi araçlardan oluşmaktadır (10/4).

Tablo 4: Tıbbi Donatım Pazarın Alt Gruplara Dağılımı

Gruplar	Oran
Biyometeryal ve Protetikler	%10
Tedavi Edici ve Cerrahi Malzemeler	%31
Optik Cihazlar	%17
Tıbbi Görüntüleme	%13
Fonksiyonel Muayene	%3
Tele-Tıp	%1
Acil, Taşınabilir Aletler	%5
Laboratuvar Malzemeleri	%17
Diğer	%3

Kaynak: (10) Soraru, A. ve diğerleri (2004) The French Health Care Sector, s:4

Tıbbi teknoloji üretimi alanında yaklaşık 500 üretici mevcuttur (10/5). Üreticiler bütçelerinden %8-15 oranında araştırma ve geliştirme için pay ayırırlar. Genel olarak AR-GE çalışmaları için sektördeki pazar hacminden %7 oranında pay ayrılmaktadır (10/5). Araştırmalar INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale: Ulusal Sağlık Ve Tıbbi Araştırma Kurumu), CNRS (Centre National de la Recherche scientifique: Bilimsel Araştırma Merkezi) gibi kuruluşlar ile birçok üniversite ve kamu hastahanesi tarafından yapılmaktadır (10/8).

Tablo 5: Tıbbi Ürünlere Talep Oranları

Talep Eden	Oran
Kamu Hastahaneleri	%70
Özel Klinikler	%20
Doktorlar, diş hekimleri, hemşireler ve hane halkları	%10

Kaynak: (10) Soraru, A. ve diğerleri (2004) The French Health Care Sector, s:3

Yasa ve düzenlemeler gereği bütün elektrikli ve elektronik tıbbi donatılarda, teknik özelliklerinin yazılı olduğu belge, kullanım kılavuzu, (varsa) yazılım programı ve yükleme bilgisi Fransızca olarak bulunmak zorundadır (10/8). Bununla birlikte bir ürünün satışının yapılabilmesi için Fransa'nın da içinde bulunduğu ve bütün ürünler için zorunlu olan Avrupa Birliği standartlarına uygun olması gerekmektedir.

II.7. Sağlık İnsan Gücü Ve Eğitimi

Avrupa Birliği'ne üye ülkeler arasında işçilerin serbest hareket etmesini sağlamayı amaçlayan önemli bir yapı iskeletiyle ülkeler birbirlerine bağımlıdır. Bu yüzden üye ülkelerin herhangi birinde uzmanlaşan doktorlar, diğer üye ülkelerde de doktor olarak çalışabilmektedirler.

Fransa'da yaklaşık 1,6 milyon sağlık çalışanı vardır ve bunlar tüm çalışanların %6,2'sini teşkil etmektedir (7/82). Büro elemanları ve teknik elemanlar da bunlara dâhildir (7/83). Bu nüfusun önemli bir kısmını hemşire ve hemşire yardımcıları oluşturmaktadır (383.000 hemşire, 377.000 hemşire yardımcısı) (7/82). 100.000 kişiye 330,3 doktor düşmektedir (7/83).

Tablo 6: Hekim Dışı Sağlık Personeli, 2001

Alan/Bölüm	Kamu	Özel	Toplam
İdari Personel	75.628	31.839	107.467
Hemşire Eğitimcisi	24.065	6.606	30.671
Hemşire	187.101	60.228	247.329
Ebe	7.079	2.885	9.964
Tıbbi Servis Personeli	73.264	31.418	104.682
Diğer	25.354	10.973	36.327
Tıbbi Tekniker*	33.243	6.509	39.752
Tekniker	83.817	22.678	106.495

Kaynak: (10) Soraru, A. ve diğerleri (2004) The French Health Care Sector, s:41

*Eczacı, fizik tedavi uzmanı ve laboratuvar çalışanlarını da içermektedir.

Fransa'da tıp eğitimi veren yaklaşık 30 üniversite bulunmaktadır. Ayrıca yüksek standartlara ve donanıma sahip 29 bölgesel eğitim hastahanesi vardır. Bu hastahanelere bağlı çok sayıda tıp okulu olduğu bilinmesine rağmen, sayıları ve tıp fakültelerinin yapısı hakkında çok fazla bilgi toplama imkânı olmamaktadır. 2001 yılından itibaren ülkenin tıp eğitiminde bazı değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Tıp eğitiminin yapılan değişiklikle, sınavı başarıyla geçen adaylara bilimsel olmayan Diplôme d'Étude Universitaires Générales (DEUG)'la birlikte bir tıp kursuna gitme şansını vermektedir. Adaylar, yaklaşık %75'inin geçtiği bir eleme sınavından önce biyokimya, psikoloji ve genetik gibi önemli tıp bilimlerini kapsayan bir yıllık bir eğitim programından geçirilirler. Daha sonraki 5 yıl içinde kapsamlı bir tıp eğitimi alırlar (11/1-3). Doktorların bazıları devlet hastahaneleri için çalışırken, çoğu özel sektörde çalışmaktadır (6/16).

II.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

II.8.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Yapısı

Fransa'nın sağlık sigortası sistemi Hastalık Sigortası Fonları'nın (MAF: *Maladie Assurance Fond*) ve ek sigorta sisteminin karışımından oluşmaktadır.

Hastalık Sigortası Fonu: Meslek ve ülkede ikamet edilen bölge, bir bireyin hangi hastalık sigortası fonuna gireceğini otomatik olarak belirler. Üç ana hastalık sigortası fonu vardır. Ücretli Çalışanlar İçin Ulusal Hastalık Sandığı (ONAMTS: *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*), endüstriyel işçileri, ticari işçileri ve devlet işçilerini kapsar (nüfusun %83'ü). Çiftçiler için bir hastalık sigortası fonu ikinci sigortadır (nüfusun %9'u). Üçüncü olarak zanaatkarlar ve küçük iş sahibi işçiler için hastalık sigortası fonu vardır (nüfusun %6'sı).

Ek Sigorta: Hastalık sigortası fonu sisteminin yanı sıra, halkın %86'sını kapsayan gönüllü sağlık sigortası bulunmaktadır. İşveren tarafından sağlanan bu ek sigorta sistemi, işçilerin ödedikleri ortak ödemeler ve diğer farklı derecelerdeki paket dışı ödemeleri geri ödemektedir. Ek sigorta Fransız nüfusundaki sigortalı kısmın payını %90'a çıkarmıştır (6/16).

II.8.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Fransız sağlık sistemi genel vergilendirme ve bordro vergilendirmesi yoluyla finanse edilir. Ayrıca ek sigorta ve paket dışı ödemelerin sağlık harcamaları içindeki oranı düşüktür. Bireyler sağlık hizmeti alırken bir hizmet kullanım ücreti öderler fakat onların ödediği ücret, kendilerine bağlı oldukları sigorta tarafından 12 gün içerisinde geri ödenir.

Fransa sağlık hizmetlerinin finansmanı için ayrılan ulusal vergilerin üç ana grubu vardır. İlk olarak, toplam gelirin %5.25'lik bölümünden ayrılan Genel Katkı Fonları (*Contribution Sociale Généralisée*) gelmektedir (%3.95'i işsizler ve sigortaya bağlı kişiler için). İkinci olarak, farmasötik şirketlerden alınan vergiler ve son olarak da, tütün ve alkol tüketiminden alınan vergilerdir. İşçilerden ve işverenlerden kesilen sosyal sağlık sigortası katkılarının maaşlı işçilerle orantılı olması için, çiftçilere ve kendi işi olanlara katkı sağlamak amacıyla bir katkı sistemi kurulmuştur. Maaşlı çalışanlar için, işverenlerin çalışanın maaşına yaptığı %12.80'lik işveren katkısı ve çalışanın maaşından bordrosundan %0.75'lik vergi kesilmektedir. Maaşlı işçiler için uygulanan bu sistemin tam tersine, kendi işi olanlar için katkı oranı %5.90'dan %6.50'ye, çiftçiler için %8.13 arasında değişmektedir. Bu katkı oranları gelirin sadece ilk 16.400 Avro'su için geçerlidir. Bunun üstündeki gelirler bu amaçla vergilendirilmez (6/16,17). Fransa'da özellikle ilaçlara yapılan ödemelerde önemli değişiklik olmuştur. Hastaların eczahanelere doğrudan ödemesi, yerini sigortaların eczahaneye ödemesine bırakmıştır.

İlaç harcamaları Fransa sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Fransa ilaçlara yapılan kamu harcamalarını azaltmak için ilaçların geri ödeme oranlarının azaltma ve jenerik ilaçların kullanımının desteklenmesi gibi tedbirler almıştır (3/7).

II.8.2. Sağlık Sigortasının Gelişimi

Fransa'da kamu sağlık sigortası 1945'de kurulan Sosyal Sigorta sisteminin bir parçasıdır. Yeni program 1930'da kurulan yasal bir gelir ölçme programı olan 'Assurances Sociales' tarafından oluşturulan bir sigorta sistemi üzerine kurulmuştur. Bu gelir ölçme programı belli seviyenin altında geliri olan maaşlı işçilerin katılımını gerektiren Bismarkian modeli'ne dayandırılmıştır.

Fransa'da yardımlaşma amaçlı Mutuelle'lerin tarihçesi, 19'uncu Yüzyılın ortalarına kadar uzanan Sosyal Sigorta sisteminden önceye dayanır (12/9). Mutuelleler, kâr amacı gütmeyen yardım amaçlı sağlık sigorta kuruluşlarıdır ve özel sektörde önemli bir yere ve öneme sahiptirler (12/4). 1900 yılında iki milyon üstünde insanı kapsayan yaklaşık 13.000 mutuelle vardı ve II. Dünya Savaşı başlayana kadar bu sayede nüfusun üçte ikisi sağlık sigortasına sahipti. Mutuelleler, Assurances Sociales programının yönetiminde görev aldı. Fakat bu kurumların politik ve ekonomik önemine rağmen, diğer ülkelerde olduğu gibi onlara yeni yasal sigorta sistemini yönetme görevi verilmedi. Mutuelleler ve Sosyal Sigorta arasındaki resmi ilişki 1947'de çıkarılan yasalarla kuruldu. Mutuelleler'in Fransa sağlık sistemindeki en önemli işlevi özel sağlık sigortasının gelişimi için bir sıçrama tahtası olarak görev görmesidir. Mutuelleler'in sadece pazar katılımcısı olarak değil, aynı zamanda kamu politikacılarını da etkilemekte önemli bir rol oynamaya devam etmesi gerçeği, bugün Fransa'daki özel sigortanın yüksek oranını açıklayan önemli faktörlerdir.

Sosyal sigorta sistemi zamanla gelişmiştir. Sistem işçiler ve onların ailelerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Çiftçiler ve kendi işi olan insanlar sisteme 1960'da geçti ve 1975'de çıkarılan yasa ile mevcut sigorta kapsamı dışında kalan bireyler çeşitli düzenlemelerle sigorta kapsamına alınmaya başlandı. 1990'a kadar sigorta tam anlamıyla kapsayıcı değildi. 1996'da oluşturulan ve 2000 yılının ocak ayında yasalastırılan Kapsamlı Hastalık Sigortası yasası (CMU: Couverture Maladie Universelle; düşük gelirli bireyleri kamu sigortası kapsamına almak için çıkartılan yasa), yasal sigortayı, bu gün bile sosyal sigorta sisteminin dışında kalan ve nüfusun %1'ini oluşturan kesimi kapsayacak şekilde genişletmiştir.

Günümüzde, sosyal sigorta sistemi hem hastalara hem de hizmet sunuculara önemli ölçüde özgürlük imkânı veren kapsayıcı bir sağlık sigortası sağlamaktadır. Hastalar istedikleri herhangi bir doktoru seçmekte ve kendi istekleriyle uzman hekimlere danışmakta özgürdürler. Hizmet sunuculara verdikleri hizmet için ücret ödenir.

Mevcut sistem o kadar yeterlidir ki diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde görülebilen kısıtlama ve bekleme listeleri Fransa sağlık sisteminde söz konusu bile değildir (12/8). Bütün hastalara açık olan hastahane sisteminin çoğul niteliği bir Fransız özelliğidir. Bu nitelik, diğer birçok batılı ülkelerin aksine, Fransa'da niçin, cerrahi müdahaleler için dahi, bekleme listesi olmadığını açıklamaktadır. Özellikle bu sektörde faaliyet gösteren özel hastahaneler, cerrahi vakaların %50'sine ve kanserli hastaların %60'ına müdahale etmektedirler (8/7).

Özel sağlık sigortası Fransa sağlık sisteminde tamamlayıcı rolü olan bir sigortadır. Hastalara kamu sisteminin gerektirdiği masraf paylaşımı için, tıbbi mallar için ve kamunun geri ödeme seviyesi belirlenen fiyattan daha düşük olduğu zaman devreye girer ve geri ödeme yaparak tamamlayıcı rol oynar. Diğer ülkelerin tersine özel sigorta, kamu sektöründeki bekleme sıralarından kaçmak için ya da kamu sektöründe bulunan hizmetlerden farklı tip ve kalitedeki hizmetlere erişmek için satın alınmaz (12/8).

Kamu sektörünün sağlık giderlerini karşılamadaki oranında 1980 (%31'in üzerindeydi) ve 1985 (%77'nin altına düştü) yılları arasında hafif bir düşüş yaşandı. Kapsamlı Hastalık Sigortası yasası (CMU) sayesinde 2000'de tekrar yükseldi. Fakat bu oranlar yanıltıcıdır. Çünkü bu oranlar, hastahane hizmetlerine yapılan harcamaların fazlalığından (toplam harcamanın %45'i) önemli oranda etkilenmektedir ve bu yüzden kamu sektörünün sağlık harcamalarındaki payı geçmiş 20 yılda %90'ın üzerinde kalmıştır.

Ayakta sağlık hizmeti ile ilgili veriler, kamu sektörünün rolünde daha büyük bir düşmeyi ortaya çıkartıyor. Örneğin, doktorlar ve diş hekimleri tarafından sağlanan hizmetlere harcanan tutar kamu için 1980 ve 1985 arasında %8'den fazla düşmüştür. 1980 ve 2000 arasında özel sağlık sigortalı nüfus yüzdesi %69'dan %86'ya çıkmıştır. Sonuç olarak, özel sigortalılar tarafından ödenen toplam sağlık harcaması dağılımı 1992 ve 2002 yılları arasında %10.6'dan %12.7'ye yükseldi. Bunun yanında kişisel doğrudan (cepten) ödemelerin payı %12.4'den %10.6'ya düşmüştür (12/9).

Bu eğilimler özel sağlık sigortasına olan talebin en azından belli hizmet dallarında kamu sektöründeki kütüleşmeye paralel olarak yükseldiğini göstermektedir.

Hastahanedeki tedavi gören hastalara hizmet için sağlanan kamu sağlık sigortası kapsamı eksiksizdir. Hastalar için potansiyel paket dışı masrafın ana kaynakları günlük 10.67 Avro'luk bir ek ödeme ve özel oda için alınan ek ücrettir. Özel odalar için önemli ölçüde değişiklikler olmasına rağmen, hemen hemen bütün tamamlayıcı sigorta sözleşmeleri bunu günlük yardımcı sigorta eki içine alır (12/10).

Sağlık hizmetleri ve tıbbi ürünler için sağlık sigortalarının yapılacak geri ödeme şunları kapsar:

- Anlaşmalı özel hastahanelerde ve kamu hastahanelerinde verilen tıbbi bakım ve tedaviler,
- Emler, hemşireler, pratisyen ve uzman doktorlar tarafından verilen ayakta tedavi hizmetleri,
- Doktorlarca reçete edilmiş tanı, teşhis, ve tedaviye yönelik laboratuvar ve paramedikal hizmetler (fizyo-terapi vs),
- Pozitif listede yer alan farmösitikler, tıbbi aletler, protezler
- Onaylanmış organ nakilleri (7/39).

Doktor hizmetleri konusunda, hastalar 'ticket modérateur' (ılımlı bedel: klasik ücretin %30'una eşdeğer olan ve kamu sistemi tarafından verilen geri ödemeye dayalı ek bir yardımcı ödemedir) ödemekle sorumludur.

İsimden de anlaşılacağı gibi, 'ticket modérateur'ün amacı sigorta ödeneği ile ortaya çıkabilecek, ücret düşüklüğünden kaynaklanacak ahlaki tehlikeyi azaltmaktır. 2003 yılında, 'ticket modérateur' her bir sağlık sorunu başvurusu için 6 Avro ve uzman hekime başvuru 6,9 Avro'dur.

Hastalar, ılımlı bedel gibi, klasik ödemeyi aşan ücretleri doktora ödemek zorundadır. Fransız doktorların yaklaşık dörtte birinin klasik ücretten daha fazlasını istemek gibi bir hakları vardır; sağlık sorunu ile başvurularının yaklaşık %11'i ve özel ziyaretlerin %33'ü ek bir ödemede bulunur.

"Ticket modérateur" oranı reçeteli ilaçlar için %0 ile %65 arasında olup, bu oran pahalı ilaçlar ve eşdeğeri olmayan ilaçlar için %0, uygun ilaçlar için %65'tir. Çoğu sigorta sözleşmesi 'ticket modérateur' ödemesini de içermektedir (12/10).

II.8.3. Sosyal Sigorta

Fransa devlet yönetimi, korumacılığıyla (yabancı mallara ağır gümrük vergileri uygulayarak yerli ekonomiyi koruma) ünlüdür. Fransa sağlık sistemi iki çatışan ideolojiyi (eşitlikçilik ve liberalizm) uzlaştırmaya dayanır. Fransa sağlık sistemi özel sektör ile kamu sektörünün uyumlu bir bileşimidir. Sağlık sistemi, Sosyal Sigorta tarafından finanse edilir. Ayrıca önemli bir yeri olan ek sigorta sektörü vardır.

Fransız otoriteleri sağlık hizmetine yapılan harcamayı kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Yavaşlayan ekonomik gelişme, yükselen işsizlik ve nüfusun yaşlanması, sağlık giderlerinin artmasına neden olmakta, bu da sağlık sigortasında zarara yol açmaktadır. Son zamanlarda Fransız hükümetleri devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerini ve sigorta kapsamalarını kısıtlamayı ve talepleri bastırmayı amaçlayan çeşitli politikalar uygulamaya çalışmaktadır. Fakat bu yöndeki politikalar tıp çevreleri tarafından oluşturulan birliklerin şiddetli tepkilerine yol açmaktadır.

Fransa'da çalışan tüm bireyler, sosyal sigorta düzenlemelerine uymak, hastalık (sağlık bakımını da kapsar), emeklilik ve işsizlik katkılarını ödemek zorundadır.

Ulusal sosyal sigorta sanayide ve ticarete çalışanlar için 4 gruba ayrılır: Bunlar hastalık ve gebelik desteği, sakatlık ve ölüm sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları, yaşlılık ve ailedir (13/29).

II.8.4. Kullanıcı Katımları

Bütçe dışı masraflar Fransa sağlık hizmetleri finansmanının sağlanmasında küçük bir rol oynar. Bireyler, genel sağlık giderlerinin %30'undan, ilaç masraflarının yaklaşık %35'inden, laboratuvar testlerinin %40'ından ve ilk ay boyunca gebelikle ilgili olmayan hastahane giderlerinin %20'sinden (200 Avro'ya kadar) sorumludur. 200 Avro'nun üstünde tutan tedavilere sebep olan ölümcül kazalar için ek ücret muafiyetine başvurabilirler. Ayrıca, hastalar özel doktorlara tedavi olabilmek için ek ücret öderler. Yukarıdaki masrafların çoğu tamamlayıcı ek sigorta tarafından karşılanabilmektedir (6/17).

II.8.5. Geri Ödeme

Doktorların ve uzmanların çoğuna hizmet için hasta tarafından ücret şeklinde para ödenir (maaşlı devlet doktorları hariç). Fakat geri ödeme oranları, doktorun özel sektörde ya da kamu sektöründe çalıştığına göre değişir. Kamu sektörü doktorlarına ulusal ücret programına göre ödeme yapılır ve karşılığında kendileri ücretsiz sağlık sigortasından faydalanırlar. Özel sektörü tercih eden doktorlar ulusal ücret programının üstünde fiyatlar isteyebilirler ancak kamu sektörü doktorlarının faydalandığı olanaklardan vazgeçmek zorundadırlar. 1997'de doktorların %27'si özel sektörde çalışıyordu.

Devlet hastahaneleri ve kâr amaçlı olmayan özel hastahaneler, Bölgesel Hastahane Ajansları (ARH) tarafından oluşturulan, geniş çaplı bir bütçe ile çalışırlar. Kar amaçlı özel hastahaneler yerleşim, bakım, ilaç, hasta odaları, protetik cihazlar ve diğer teçhizatların kullanımı için günlük ücret içeren ayrıntılı bir fatura sistemine sahiptirler (6/17).

Fransa sağlık hizmetleri sistemi geniş çaplı faydalar sağlar. Genellikle, tıbbi hizmetler eğer bir sağlık birimi tarafından reçete edilirse ve onaylanmış prosedürler içinde veya ilaç/tıbbi aletler listesinde yer alıyorsa, sağlık hizmeti gideri sağlık sigortası tarafından karşılanır (liste içeriği etkililik derecesiyle belirlenir) (6/17).

II.8.6. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Fransız halkı, sağlık sorunları için uzman hekimlere ve hastahanelere ücretsiz olarak doğrudan başvurabilirler ve aynı gün randevu alabilirler. Sağlık hizmetlerine erişim, hemşireler ve doktorların devlet okullarını sık sık ziyaret etmelerinden dolayı özellikle okul çağındaki çocuklar için oldukça kolaydır. Fransız doktorların %27'si düşük gelirli nüfus için erişime engel yaratarak ulusal ücret programının üstünde fiyat istemektedir (6/18).

II.9. Reformlar

Dünya Sağlık Örgütü Fransa'daki sağlık hizmetleri sistemini dünyadaki en iyi sağlık hizmetlerinden biri olarak derecelendirmiştir. 2004 yılının Ağustos ayında karşılaştığı ağır finansal kriz sonrasında, Ulusal Sağlık Sigortası fonu reform planını yasalaştı. Sağlık hizmet reformu için gösterilen önceki çabalar gibi, bu da sistemin sağladığı kapsamlı yararları korumaya çalışmaktadır.

Fransa'da karar veren insanlar tipik olarak kendi sağlık sigorta sistemlerini Britanya'nın Ulusal Sağlık Hizmetleri ile (oldukça fazla kısıtlamayı gerektirdiğine ve ücretsiz seçim sunduğuna inanılan bir sistem) ve Amerika'daki alt sistemlerin (65 yaşından küçük olan nüfusun %15'inin sağlık sigortası olmadığı için sosyal anlamda sorumsuz olduğu düşünülen bir sistem) sentezini gerçek anlamda uzlaştıran bir sistem olarak görmüştür (14/2259). Fransa'daki reform önlemleri ister sağcı partilerden gelsin ister solcu partilerden gelsin, Fransız politikacılar kendi sağlık hizmetleri sistemini birliğin, özgürlüğün ve çokçuluğun bir sentezi olarak savunmaktadırlar (14/2260).

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için yükselen vergilerin ötesinde, yeni yasa Fransızların 'la maîtrise médicalisée' diye adlandırdıkları 'devletin yönettiği bir hizmet türü' anlamına gelen kavramı uygulamaya çalışır. Bu da Amerika uygulanan Yönetilen Bakım Hizmeti modeli gibi, örgütler için tasarlanan teknikleri (örneğin; bilgisayara aktarılmış tıbbi kayıtlar, pratik talimatlar ve birincil sağlık hizmetlerini ikincil sağlık hizmetleri için bir eleme aracı olarak kullanmanın teşviki) ve devlet sağlık birimlerine başvurmayı hedefler. Fransa'daki "devlet tarafından yönetilen hizmet" fikri son on yılda hız kazandı fakat uygulanması büyük zorluklar ortaya çıkarttı. Bu fikir, bazı sebepten dolayı zor uygulanır hale gelmiştir. Bunlar; sağlık hizmetleri sektörünü modernleştirmek, hizmetin kalitesini yükseltmeye çalışmak ve hedeflenen gider limitleri içerisinde masrafları kontrol etmeyi sağlamaktır. Bu açılardan reform, merkezi devletin güçlü rolünü pekiştirecek, bunı kuruluşlar bakımından geniş bir yenileme izleyecek, yönetim ve bilgi teknolojisini sağlık hizmetlerine katacak, kaliteyi yükseltmek için destekleme ve düzenlemeleri içerecektir.

Britanya, Hollanda ve Almanya gibi çoğu Avrupa ülkesinin tersine, Fransa sağlık hizmetleri reformunda iki önemli fikirden kaçınılmıştır. Bunlar; tüketici seçimi, yerel sağlık sigorta fonları arasındaki fiyat yarışması ve sağlık hizmeti sunucuları ile bu fonlar arasındaki seçici sözleşmedir. Bu yaklaşımlardan kaçınması, Fransa'nın fayda sağlayan, insanların bütün sağlık hizmeti sunucuları arasından seçme özgürlüğünü koruyarak faydalı bir ilkeyi sürdürmek istediğini yansıtır. Ayrıca Fransa, bu ilkelerden ayrılmanın, hastalar ve iyiler arasında, aktifler ve pasifler arasında, fakirler ve zenginler arasında ortak bir yardım ve dayanışmayı gerektiren ve ödeme yeteneği olduğu sürece hayat sigortasını değil de sağlık sigortasını finanse etmekte ısrar eden 'birlik' prensibinden "kabul edilemez bir ayrılma" olarak görülen özelleştirmeye sebep olacağına inanıyor. Amerikan sağlık hizmetleri sisteminde olduğu gibi, kapsamlı örgütsel çeşitlilik ve bireysel seçimlerle pazar temelli ekonomik bir sistemi olan Fransa'nın sistemi de, özgürlük ve çoğulculuk prensiplerine göre yapılandırılmaktadır.

Özel olarak çalışan çoğu doktor, şimdiki düzenlemeleri hür tıp (la médecine libérale) prensiplerine inanarak desteklemektedir. Bu prensipler; hastaların doktorlarını kendileri seçmesi, doktorların nerede isterlerse orada çalışma özgürlüğü, klinik özerkliği, doktor-hasta gizliliği, giderlerinin önemli bir kısmı kendilerine tekrar ödenen hastaların doktorlara doğrudan ödeme yapmasıdır. Kısıtlı ve deneysel istisnalar dışında Fransa, Amerika'nın yönetilen bakım örgütlerinde yaptığı gibi, temel hizmet için doktorlarını birincil ve ikincil sağlık hizmetleri arasında yönlendirici bir eleme aracı olarak kullanmamaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası sistemi, ücret bordrolarından kesilen zorunlu primler, hükümetin genel vergi fonları ve küçük bir miktar da tüketici yardımcı sigortasının bileşimi ile finanse edilir (14/2260). Amerikan 'Medicare'in zıddına Fransız Ulusal Sağlık Sigortası'nın ödeme kapsamı bir hastanın masrafları arttıkça artmaktadır ve haklarında bir azalma söz konusu değildir. Farmasotik desteklerin kapsamı daha dardır. Kronik hastalığı olan hastalar, ödemenin tamamı sağlık sigortası tarafından ödenen doktorlara başvurlarsa, ek sigorta ödemekten muaf olurlar.

Hastalar, ödemenin tamamı sağlık sigortası tarafından ödenen doktorlar dışındaki (doktorların %26,5'ini oluşturur) herhangi birine başvurursa, yardımcı sigortasının bir kısmı tamamlayıcı sağlık sigortacıları tarafından geri ödenir.

Fransa'nın politika belirleyicileri, özgürlüğü ve çoğulcu olmayı ve özelleşmeyi birleştiren bir sağlık sistemine sahip olduklarını iddia etmelerine rağmen, sistem şüphesiz değişmektedir. Değişimlerden biri Fransa'ya özgü bir değişimdir. İşveren temelli maaş vergi finansmanını, toplam sağlık giderlerini %95'den kabaca yarısına düşürülerek mali vergileri yükseltildi (gelir, sermaye, sigara ve alkol). Sağlık sistemi merkezi hükümet finansmanına biraz daha bağımlı olduğundan reformların yasallaştırılması bakımından merkezi hükümet güçlendirildi. İkinci değişim tıbbi teknolojinin hızlı gelişmesinden, tıbbi uzmanlıkların çoğalmasından ve tıbbi bilginin patlamasından kaynaklanmıştır. Bunlar 'la médecine libérale'in çoğu prensiplerini tarihi hata konumuna düşürmüştür.

Öncelikle, derin bir şekilde özgürlüğe ve çoğulcu olmaya adanmış bir sistemde giderleri kontrol etmek zordur. Fransız sağlık hizmetleri sistemi Amerika ile karşılaştırıldığında pahalı olmamasına rağmen, Fransa Avrupa'daki en çok sağlık harcaması yapan ülkelerden birisidir (14/2261).

A. ERDAL

SARGUTIN

III. FRANSA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7: Bazı Temel Sağlık Göstergeleri

Göstergeler	Fransa*	Türkiye**
Toplam Nüfus (000) (2003)	60,496	73,193
Yıllık Ortalama Nüfus Artış Oranı (%),1995-2004***	0,3	1,4
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Erkek) (Yıl) 2004	76	69
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Kadın) (Yıl) 2004	83	73
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Erkek) (Yıl) 2002	69,3	61,2
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Kadın) (Yıl) 2002	74,7	62,8
Yetişkin Ölüm Hızı (Erkek) (%0) 2004	132	180
Yetişkin Ölüm Hızı (Kadın) (%0) 2004	60	112
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Erkek) (%0),2004	5	33
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Kadın) (%0),2004	4	31
Toplam Sağlık Harcamaları (% GSMH) 2003	10,1	7,6
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD\$), 2003	2.903	583
Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hâsıla, (2003)	30.093	7.688

Kaynak: * (15) WHO (2006) Core Health Indicators-Turkey, s:1

** (16) WHO (2006) Core Health Indicators-France, s:1

*** (17) WHO (2005) World Health Statistics s:56-59

Ortalama yaşam süresi, sağlıklı yaşam süresi ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızları gibi temel sağlık göstergelerini incelendiğinde Fransa, Türkiye'ye göre daha iyi bir görünüme sahiptir. İki ülkede de sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizlik görülmekte; kırsal bölgelere gidildikçe, nüfusun sağlık durumu kötüleşmektedir. Bebek ölüm oranları Fransa'ya oranla Türkiye'de yaklaşık 6 kat daha fazladır. Bunun sebebi Fransa'ya kıyasla, Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yeterli ve etkili olmamasıdır. Bağışıklık oranının Türkiye'de düşük olması, bu farkın oluşmasındaki en büyük nedenlerden biridir.

Fransa ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının belirlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesinden sorumludur. Sağlık sistemlerindeki temel farklılıklar Sağlık Bakanlıklarının örgüt yapısında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda görülmektedir. Fransa sağlık sisteminde idare Türkiye’ye göre daha fazla bölgesel olarak yürütülmektedir. Sağlık sisteminde birçok bölgesel kuruluş oluşturulmuştur. Sağlık politikalarında ve sağlık planlamalarında bu bölgesel kuruluşların etkisi oldukça fazladır. Planlar hem ulusal düzeyde hem de yerel düzeyde yapılmaktadır. Bölgesel düzeyde Bölgesel Stratejik Sağlık Planları yapılmaktadır. Hastahaneler yönetimsel olarak alt gruplara ayrılmıştır. Örneğin Bölgesel Hastahane Ajansları (ARH), bölgelerindeki her sağlık kurumunun stratejisini, bütçesini veya fiyat tarifesini kontrol etmektedir. Türkiye sağlık sisteminde Fransa’ya göre daha merkezi bir yapılanma mevcuttur. Özellikle sağlık politikası ve sağlık planlamasına bölgesel olarak katılma söz konusu değildir.

Fransa’da birincil sağlık hizmetlerinin sunumu daha çok polikliniklerde gerçekleştirilmekte olup, bu alanda özel sektör oldukça önemli rol üstlenmiştir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise çeşitli düzeydeki devlet hastahaneleri, üniversite hastahaneleri ve özel sektörde sunulmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü çoktur. Türkiye’de ise birincil sağlık hizmetleri “sağlık ocağı” denilen sağlık merkezlerinde devlet tarafından sunulmaktadır. Bu konuda özel muayenehane ve teşhis birimleri çok yaygındır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri devlet hastahaneleri ve üniversite hastahaneleri tarafından sunulmaktadır. Fransa ile karşılaştırıldığında Türkiye’de birincil sağlık hizmetleri ve özellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü daha azdır.

Fransa’da tüm hastahanelerden gelen bilgileri toplayıp, değerlendirip, hastahane planlaması ve hastahanelerin finansal yapılandırması için Hastahane Bakımı Teknik Bilgi Komitesi adlı bir kurum oluşturulmuştur. Bu kurum tarafından hazırlanan hastahane raporlarına göre bölgesel hastahane ihtiyaçları değerlendirilmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve İstatistik Kurumu tarafından veri toplanmaktadır. Türkiye’de hastahane açılırken bölgesel ihtiyaçların yanı sıra politik tercihler önemli bir rol oynamaktadır.

Fransa’da aynı derecede ve aynı meslek dalında olan bir kişi, (örneğin bir biyolog veya cerrah) merkezde ve taşrada ülke çapında aynı şekilde ücretlendirilir. Türkiye’de ise kalkınmada öncelikli bölgeler belirlenmiş ve buna göre ücretlerde bölgesel teşvikler uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişim Fransa’da oldukça kolay olup, sıra bekleme gibi bir durum söz konusu olmadan, vatandaşlar serbestçe doktor seçme hakkına sahiptir. Türkiye’de ise özellikle yetersiz hizmet arzı nedeniyle sağlık hizmeti alma süreci daha yavaş ve eksik işlemektedir ve sağlık hizmeti almak için başvuru alan kurumda doktor seçme gibi bir uygulama yoktur.

Fransa sağlık sistemi, sağlık hizmeti talep finansmanın büyük oranda Ulusal Hastalık Sigortası tarafından yapıldığı, prim ödemeli bir yapıya sahip olup, bu yönüyle Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri arasında değerlendirilmektedir. Ülkede zorunlu sağlık sigortası uygulaması olup nüfusun çok az bir kısmı (%1) kapsam dışındadır.

Türkiye'de de hizmet sunumunun finansmanı büyük oranda devlet ve daha az oranda özel teşebbüs tarafından karşılanmakta, talebin finansmanı ise prime dayalı zorunlu sağlık sigortası kesintisi ile kişisel doğrudan (cepten) ödemeler şeklinde gerçekleşmektedir. Bu haliyle, Refah Yönelimli / Sigorta tipi bir sağlık sistemi söz konusudur.

Fransa sağlık sigortacılığı birbirine paralel, geniş ve kapsamlı, mesleğine göre sınıflanan bir yapı arz ederken, Türkiye'de birbirinden bağımsız, geniş ve kapsamlı olmayan, kişilerin mesleki statüsüne göre sınıflanan bir sigortacılık sistemi vardır.

Fransa Türkiye'ye göre daha yaşlı nüfusa sahiptir. Dolayısıyla yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetlere olan talep, Fransa'da Türkiye'ye göre oldukça fazladır.

Sonuç olarak, Türkiye ve Fransa sağlık sistemleri genel olarak paralel bir yapıya sahiptir. Ancak Türkiye sağlık sisteminin Fransa sağlık sistemine göre idari ve yapısal yönden oldukça merkezi ve gelişmeye ihtiyacı olan bir sistem olduğu görülmektedir.

A. ERDAL

SARGUTAN

KAYNAKLAR

- 1- Ana Yayıncılık (2004) "AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi", Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt:9, s:100-134
- 2- PBTM (2005) "Fransa Ülke Raporu 2004 Yılı Değerlendirmeleri", T.C. Paris Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, <http://www.musavirlikler.gov.tr/upload/F/yillik%20rapor%202005.doc> (Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 3- WHO (2004) "Health Care System in Transition-France", HIT Summary", World Health Organization Regional Office for Europa, <http://www.euro.who.int/document/e83126sum.pdf>
- 4- WHO (2006) "Countries-France", World Health Organization, <http://www.who.int/countries/fra/en/> (Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
- 5- OECD (2003) "OECD Health at a Glance-How France Compares", Organisation for Economic Co-operation and Development, <http://www.oecd.org/dataoecd/58/13/16073264.pdf>
- 6- Hohman T.A., Chua K.P. (ed.) (2003) "International Healthcare Systems Primer", AMSA: American Medical Student Association <http://www.amsa.org/uhc/IHSprimer.pdf>
- 7- WHO (2004) "Health Care Systems in Transition-France", World Health Organization Regional Office for Europa, <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>
- 8- M.S. (2006) "Le système de Santé en France", Ministère de la Sante, France <http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/sysstan.htm>
- 9- EOHCS (2002) "Health Care systems in Eight Countries: Trends and Challenges" European Observatory on Health Care Systems <http://www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf>
- 10- Soraru A. ve diğerleri (2004) "The French Health Care Sector", UK Trade&Investment, English Embassy of France, Paris http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/MEDICAL%20REPORT%20cm%20May%2004_0.pdf
- 11- McKimm J., Jollie C. (2004) "Medical Education and Training in France" New University of Lisbon, Faculty of Medical Sciences, Spain <http://www.fcm.unl.pt/investigacao/pedagogia/FCM-UNL%20Lit%20review%20France%2027%20May%2004.pdf>
- 12- Buchmueller T.C, Couffinal A. (2004) "Private Health Insurance in France", OECD Health Working Papers <http://www.oecd.org/dataoecd/35/11/30455292.pdf>

- 13- Green D.G, Irvine B. (2001) "Health Care in France and Germany, Lessons for the UK ", Institute for the Study of Civil Society, Great Britain, London
<http://www.civitas.org.uk/pdf/cs17.pdf>
- 14- Rodwin, V.G. Pen, C.L. (2004) "Health Care Reform in France — The Birth of State-Led Managed Care", International Longevity Center, USA
http://www.ilcusa.org/_lib/pdf/nejmrodwin.pdf
- 15- WHO (2006) "Core Health Indicators-Turkey", World Health Organization,
http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?strISO3_select=TR&strIndicator_select=PopTotal,PcGDP,PcTotEOHInIntD,TotEOHPctOfGDP,LEX0Male,LEX0Female,HALE0Male,HALE0Female,MortChildMale,MortChildFemale,MortAdultMale,MortAdultFemale
- 16- WHO (2006) "Core Health Indicators-France", World Health Organization,
http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?strISO3_select=FRA&strIndicator_select=PopTotal,PcGDP,PcTotEOHInIntD,TotEOHPctOfGDP,LEX0Male,LEX0Female,HALE0Male,HALE0Female,MortChildMale,MortChildFemale,MortAdultMale,MortAdultFemale
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
- 17- WHO (2005) "World Health Statistics-2005" World Health Organization,
<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/whostat2005en1.pdf>
- 18- Kervasdove J. (2002) "Fransa'da Sağlık Ve Sağlık Sistemi", Fransa Türkiye Büyükelçiliği, Türkiye, Ankara
<http://www.ambafrance-tr.org/ecrire/upload/fis/fis19.htm>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAN SAĞLAM

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN