

# GÜNEY KORE SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Yasemin YARAŞ  
Shirin GHAHRAMANI  
Ramazan ÖZER

A. ERDAL SARGUTAN

**GÜNEY KORE SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1054
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1055
I.1. Tarihçe	1055
I.2. Coğrafi Yapı	1055
I.3. Nüfus	1056
I.4. Ekonomi	1056
I.5. Yönetim	1057
I.6. Kültürel Yaşam	1058
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1059
II.1. Sağlık Sisteminin Durumu	1059
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	1061
II.2.1 Sağlık Ve Refah Bakanlığı	1061
II.2.2. KIHASA (Kore Sağlık Ve Sosyal İşler Kuruluşu)	1063
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1064
II.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı	1064
II.4.1 Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Sigortası	1065
II.4.2. Sosyal Refah Hizmetleri	1067
II.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	1069
<b>III. GÜNEY KORE VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1070
<b>KAYNAKLAR</b>	1072

**ÖZET**

Güney Kore'de sağlık sisteminin üst otoritesi Sağlık Ve Refah Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarına ilişkin faaliyetler bu bakanlığın denetiminde yürütülmektedir.

Bakanlığa bağlı olarak çalışan Ulusal Sağlık Sigortası Federasyonu, bireysel sağlık sigorta birliklerini desteklemek, yol göstermek ve sağlık hizmeti veren kuruluşlarla anlaşmalar yapmak veya bunları iptal etmek gibi çalışmalarını yürütmektedir. Bakanlığa bağlı bir diğer kuruluş Ulusal Sağlık Sigortaları Kurumudur. Kurum, Ulusal Sağlık Sigortalarını yürütmektedir.

Güney Kore sağlık sigortasını çok geç uygulamaya koyan bir ülkedir. Zorunlu sağlık sigortası 1977 yılında başlamıştır. Bu sistem üç temel üzerine kurulmuştur: Zorunlu kapsam, bireysel kazanç temelinde göre katkı, bireysel katkıdan bağımsız sağlık yardım düzeyidir. Ulusal sağlık sigortası iki bölüme ayrılmaktadır. Bunlar yoksullara sağlık yardımı ve çalışan nüfus için sağlık sigortasıdır. Sağlık sigortası yoksulluk nedeniyle sağlık yardımı alan %4 nüfusun dışında kalan, tüm Güney Kore halkının %96'sını kapsamaktadır. Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır.

Güney Kore sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığı oldukça fazladır. Özellikle şehirlerde hastahane yataklarının %85'i özel sektöre aittir. Devlet sağlık merkezlerini, klinikleri, genel hastahaneleri ve özel ihtisas hastahanelerini işletmektedir.

Güney Kore'de Refah Yönelimli / Sigorta tipinde sağlık sistemi ağırlıktadır.

# GÜNEY KORE SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Güney Kore Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 99.408 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 48.3 milyon (2000)
İDARE ŞEKLİ	: Cumhuriyet, Başkanlık Sistemi
BAŞKENTİ	: Seul (Nüfusu 10.4 milyon)
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Seul, Pusan, Taego, Incheon
DİLİ	: Korece
PARA BİRİMİ	: Won (6/1)

### I.1. Tarihçe

Güney Kore Cumhuriyeti, Kore dilinde TEHAN MINGUK, GÜNEY KORE olarak bilinir, Doğu Asya'da, Kore Yarımadasının güney kesimini kaplayan bir ülkedir. Kuzeyinde Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti batısında Sarı Deniz, doğusunda Japon Denizi, güneyinde Doğu Çin Denizi bulunur (5/528).

Güney Kore tarihi milattan önce 3000 yılına kadar uzanır. Çin'in eline geçtikten sonra, Budizm ve Çinlilerin etkisinde kaldı. Daha sonraları 7. yüzyılda 20. yüzyıla kadar değişik hanedanların idaresi altında bağımsız olarak yaşadı. 1910 yılında Japonlar Kore'yi işgal ederek koloni haline getirdiler. Bu durum 1945 yılına kadar sürdü. 2. Dünya Harbi'nde Japonya'nın yenilmesinden sonra Güney Kore'yi ABD, Kuzey Kore'yi de Rusya işgal etti. 25 Haziran 1950'de Rus subaylarının kumandasındaki Kuzey Kore birlikleri Güney Kore'ye saldırıp istila etti. Bunun üzerine BM, Güney Kore'nin işgalden kurtarılmasına karar verdi. Bölgeye BM askerleri gönderildi. Bu orduya Türkiye bir tugayla katıldı. Yapılan görüşmeler neticesinde 27 Temmuz 1953'te ateşkes imzalandı. 38. paralel Güney Kore ile Kuzey Kore arasında sınır kabul edildi. Savaş sonrası Güney Kore'de Başkanlık sistemine dayalı demokratik rejime geçildi. Kuzey Kore ile birleşme devamlı gündemde olup, tek bir devlet haline gelmeleri ümit edilmektedir (10/187).

### I.2. Coğrafi Yapı

Ülke toprakları bazı küçük vadiler ve dar kıyı ovaları dışında genelde dağlık bir yapı gösterir. Yarımada'nın belkemiğini oluşturan Tebek Dağları doğu kıyı şeridi boyunca 257 km kadar kuzey-güney doğrultusunda uzanır.

Güney Kore'de soğuk kışlar ve sıcak yazlarla belirlenen yumuşak bir kara iklimi egemendir. Yıl içindeki sıcaklık farklılıkları kuzeyde ve iç kesimlerde güneye ve kıyı şeritlerine göre daha yüksektir. Uzun sıcak ve nemli yazların sağladığı elverişli ortam nedeniyle ormanlar ülke topraklarının yaklaşık üçte ikisini kaplar. Güney kıyılarında dar bir şerit oluşturan geniş yapraklı astropikal ormanlar dışında kozalaklı ağaç türleri egemendir. Yakıt gereksiniminin ve yoğun nüfusunu yarattığı baskı özellikle güneybatıda geniş çaplı orman tahribatına yol açmıştır (5/517).

### I.3. Nüfus

2000 verilerine göre nüfus 48.3 milyon olan Kore, nüfus yoğunluğu en yüksek olan ülkelerden biridir. Nüfus yoğunluğu kilometre kareye 450 kişi civarındadır. Yaklaşık olarak 6.000.000 Koreli ülke dışında, 500.000'ne yakın yabancı da Kore'de yaşamaktadır. Kore'de yaygın kültür ve dil Korelilerin oluşturduğu etkin grubun kültürü ve dilidir. Ülkenin dini Budizm, Hıristiyanlık ve Konfüçyüs doktrindir.

Güney Kore nüfusu etnik bakımdan son derece homojendir. Tek önemli azınlık kentlerde oturan Çinlilerdir. II. Dünya Savaşı öncesinde Japonya'ya göç eden çok sayıda Korelinin yarıya yakını savaş sonrasında Güney Kore'ye geri dönmüştür. Aynı dönemde Kuzey Kore'den göç edenlerin sayısı ise 2 milyonu bulur. Güney Kore'de dinsel inançlar bakımından parçalanmış ve karmaşık bir yapı görülür. Atalara tapınmayı da içeren Konfüçyüs'çü ahlak anlayışı özellikle kırsal kesimde güçlü köklere dayanır. Toplam nüfusun yarısı Budacılığa inanır. İkinci büyük dini oluşturan Hıristiyanlığa bağlı olanların çoğu p

Protestandır. Katoliklerin oranı onda biri bulur. Budacılık, Konfüçyüs'çülük, Taoculuk ve Hıristiyanlık gibi değişik kaynaklardan alınma kavramların birleştirilmesiyle ortaya çıkan Çandogya adlı dine bağlı olanlarda önemli bir dinsel azınlık oluşturur. 1963'te Japonya'dan gelen Çangga Hakhoe (Değer Yaratma Bilgeliği Topluluğu) özellikle büyük kentlerdeki yoksullar arasında yandaş bulmuştur (5/517).

### I.4. Ekonomi

Güney Kore'de büyük ölçüde hafif ve ağır sanayi ile hizmet sektörüne dayanan piyasa ağırlıklı bir ekonomi yürürlükte. Güney Kore'nin gelişme yolundaki ülkeler arasında yüksek bir ekonomik büyüme hızına ulaşmasının temelinde devletten büyük destek gören mamul ürünler ihtiyacı yatar.

Tarımın ekonomi içindeki önemi giderek azalmaktadır. Toplam tarımsal üretimin yaklaşık beşte ikisini oluşturan pirinç iç gereksinimin yalnızca küçük bir bölümünü karşılar. Devlet pirinç ürününün büyük bölümünü tarım kooperatifleri aracılığıyla sübvansiyonlu fiyatlar üzerinden satın alır. Ham ipek ve tütün ihracatta yönelik olarak üretilir. Beslenme açısından önemli bir kaynak yaratan balıkçılık bir miktar ihracata da olanak verir. Devletin bu alanda uyguladığı destekler Güney Kore'yi açık deniz balıkçılığında dünyanın sayılı ülkeleri arasına sokmuştur.

Güney Kore'nin yer altı zenginlikleri sınırlıdır. Madencilik grafit, kaolin, pirofilit, talk, tungsten ve ısınmada kullanılan düşük nitelikli antrasit üretimine dayanır. Ayrıca belirli miktarda demir cevheri, kurşun ve gümüş de çıkarılır. Petrol ve metallerin çoğu ithal edilir.

Güney Kore çelik üretiminde dünyada ilk sıralarda yer alır. Pazar payı geçmişe göre azalmış olan dokumacılık sanayisi, üretim değeri ve istihdam açısından gene de en önemli sanayi dalıdır. Öteki önemli sanayi ürünleri arasında metal eşya, makineler, motorlu taşıtlar, petrokimya ürünleri, gübre, çimento ve elektronik eşya sayılabilir.

Mal ve hizmet ihracatının GSMH'ye katkısı üçte birin üzerindedir. Son yıllarda dış ticaret dengesinde ithal petrol fiyatlarındaki yükselmeden kaynaklanan bozulma, Uluslararası Para Fonu'ndan (IMF) sağlanan bir dizi krediyle bir ölçüde giderilmiştir. Öte yandan Güney Kore inşaat şirketlerinin özellikle Ortadoğu'da üstlendiği uluslararası ihaleler önemli bir döviz kaynağı durumuna gelmiştir. Başlıca ihracat ürünleri mamul mallar, makine ve ulaşım donanımı ile kimyasal maddelerdir. İthalatın büyük bölümünü makine ve ulaşım donanımı, madeni yakıtlar ve hammadde oluşturur. Güney Kore'nin dış ticaretinde en önemli yeri ABD (ihracatın yüzde 40'ı, ithalatın yüzde 20'si), Japonya, Avustralya, Kanada, Suudi Arabistan ve Hong Kong tutar. Güney Kore başta Güneydoğu Asya'da olmak üzere gelişme yolundaki ülkelere yönelik ihracatını artırmada da önemli bir başarı göstermiştir.

Yolcu ve yük taşımacılığının büyük bölümü oldukça gelişmiş olan karayolu ağıyla sağlanır (5/519).

Hizmet sanayileri ise 1998'de % 51,6 ile ekonomideki en büyük sektör oldu. Ayrıca, ülke çok çeşitli sanayi makinelerini ve araçlarını da üretmektedir. Büyüyen bir başka sektör olan elektronik sanayi de bir döviz kaynağı olarak gittikçe daha çok önem kazanmaktadır. Gemi yapımı ve otomobil üretimi sanayileri doruk noktasına ulaşmış; elektronik sanayisi de en hızlı büyüyen ve gittikçe artan oranda döviz kaynağı olmaya başlamış bir sanayidir (4/56,57).

Yılda yaklaşık üç milyon otomobil üretimiyle Kore dünyanın beşinci büyük otomobil üreticisi konumuna gelmiştir. Gittikçe artan yakıt gereksinimini karşılamak için, ülkenin kıyılarında büyük rafinerice desteklenen büyük petro kimya tesisleri geliştirilmiştir (4/57).

### 1.5. Yönetim

Güney Kore son derece merkezi bir Başkanlık sistemine dayanan bir cumhuriyettir. Sınırlı bir demokrasi öngören 1980 Anayasası, yaygın muhalefetin baskısıyla 1987'de siyasal hak ve özgürlüklerin genişletilmesini sağlayan yeni bir Anayasa ile değiştirilmiştir. Yeni Anayasa uyarınca yedi yıllık bir dönem için doğrudan halk tarafından seçilen Cumhurbaşkanı devlet başkanı, yürütme gücünün başı ve silahlı kuvvetlerin başkomutanı olarak geniş yetkiler taşır. Cumhurbaşkanı hükümet işlerinde kendisinin atadığı bir organ olan Devlet Konseyi yardım eder. Devlet Konseyi Başbakan ile Bakanlık örgütü olan bakanlardan oluşur. İl valileri merkezi yönetimce atanır. Yeni Anayasa ile il ve belediye meclislerinin seçimi işbaşına gelmesi sağlanmıştır.

Yargı sisteminin başında yasaların ve hükümet kararlarının Anayasaya uygunluğunu da denetleyen Yüksek Mahkeme bulunur. Baş yargıç Ulusal Meclis'in onayıyla Cumhurbaşkanı tarafından atanır. Kolluk hizmetlerini son derece gelişmiş bir polis örgütü yerine getirir.

Altı yıllık ilköğretim parasız ve zorunludur. Okul çağındaki çocukların hemen hepsi eğitim görmektedir. Üç yıllık ortaokullara ve bunu izleyen üç yıllık genel ve mesleki liselere devam edenlerin oranı da dörtte üçü bulur.

Yüksekokullara ve üniversitelere giriş sınav sistemine dayanır. Başlıca yükseköğretim kurumları Seul Ulusal Üniversitesi, Yonsei Üniversitesi, Kore Üniversitesi ve Evha Kız Üniversitesidir (5/519).

### **I.6. Kültürel Yaşam**

Güney Kore kültürünün en önemli öğelerini Şamanizm, Budacılık ve Konfüçyüsçü felsefe oluşturur. Modern edebiyatta, özellikle de şiirde toplumsal ve siyasal konular ağır basar. Geçmiş mezarlardaki duvar resimlerine dayanan Kore resmi, günümüzde gerçeküstücü ve soyut dışavurumcu üsluplar aracılığıyla dış dünyaya da açılmıştır. Geleneksel resim sanatı da önemini korumaktadır. Belirgin bir Çin etkisi taşıyan mimarlık ahşap ve granit kullanımıyla yerel gereksinimlere ve ortama uygun biçimler yaratmayı başarmıştır. Son derece gelişmiş olan seramik sanatı, her bölgeye özgü eşyalarla zengin bir çeşitlilik gösterir. Kalıgraî çok tutulan ve canlılığını koruyan bir sanattır. Geleneksel halk dansları günümüzde de yaşamaktadır. Törenlerde ve şenliklerde yerel müzik aletleriyle çalınan halk müziği parçalarına da zaman zaman yer verilir.

Ulusal Klasik Müzik Enstitüsü halk müziğinin korunmasında önemli rol oynamıştır. Büyük kentlerde konser veren senfoni orkestraları da vardır. Çeşitli kentlerde şubeleri bulunan Ulusal Müze, Kore kültürünün özelliklerini yansıtan 80 bin kadar sanat yapıtı barındırmaktadır (5/520).

A. ERDAL



## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Durumu

Yıllık nüfus artış oranı % 0,9 olan ülkede nüfusun yaklaşık %10'u 65 ve daha yukarı yaş grubundadır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 69,2 kadınlarda 76,3'tür.

Devletin sosyal refah alanındaki hizmetleri oldukça yeni ve sınırlıdır. 1973'te çıkarılan bir yasayla benimsenen genel emeklilik sistemi dışındaki sosyal hizmetler arasında yaşlıların ve düşkünlerin barındırılması, kadınlar için mesleki eğitim ve çocuk suçluların ıslahı sayılabilir. 1977'de oluşturulan ve sınırlı bir kesimi kapsayan sağlık sigortası programı giderek genişletilmektedir. Sağlık koşulları sürekli bir düzelmeye göstermekle birlikte, sağlık kuruluşları ve personel sayısı hâlâ yetersiz bir düzeydedir. Ülkenin çeşitli yerlerinde hastahaneler açılmasına karşın, büyük sağlık merkezleri Seul ve Pusan'da toplanmıştır. Tıbbi bakım ve tedavi için alınan ücretler genellikle toplumun büyük bir kesiminin kaldıramayacağı ölçüde yüksektir. Halk sağlığını koruma konusunda alınan önlemler yetersiz olduğundan, bulaşıcı ve paraziter hastalıklar hem kırsal, hem de kentsel alanlarda yaygındır. Başlıca ölüm nedenleri verem, bronşit, zatürree, mide ve bağırsak hastalığıdır. Bebek ve çocuk hastalıkları da önemli bir sağlık sorunu oluşturur. Bebek ölüm oranı (2003) binde 5 düzeyindedir. Ortalama ömür kadınlarda 72, erkeklerde 65 yıldır (3/72,73).

Kore'nin 1961 yılında milli geliri kişi başına 82\$ civarında gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ülkeler arasında en düşük milli gelire sahip olan bu ülke 1962 yılından itibaren uyguladığı beş yıllık kalkınma planlarıyla 1995 yılında 10.000\$ üzerinde kişi başına milli gelire ulaşmıştır. Kore 3 yıllık bir zaman diliminde tarım ülkesi olmaktan çıkmış ve yüksek şehirleşme oranına sahip bir endüstri toplumu haline gelmiştir. 1995 verilerine göre nüfus %88'i şehirlerde, %12'si kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Okuma-yazma oranı %97 civarındadır. Toplam gayri safi yurtiçi hâsılanın %6,7'sinin sağlığa harcadığı ülkede her 1000 kişiye 1,2 doktor ve 3,2 hastahane yatağı düşmektedir.

Kore'nin kalkınmadaki başarısının sonucu olarak, Kore halkının genel sağlığı son 30 yılda belirgin biçimde iyileşmiştir. 1960'da yaşam beklentisi erkekler için 51 yıl, kadınlar için 78,1'e çıkmıştır. Bebek ölümü de, doğumda anne ölümüyle birlikte benzer biçimde düşmüştür.

Bu gelişmeler beslenme alışkanlıklarının düzelmesiyle olduğu kadar, sunulan sağlık hizmetleriyle de ilgilidir. Sağlık Ve Refah Bakanlığı ulusal sağlık ve sosyal güvenliğin korunması ve geliştirilmesi için stratejik planlamada içinde olmak üzere, sağlık hizmetlerinin her alanında sorumludur. Son yıllarda Sağlık Ve Refah Bakanlığı'nın toplam bütçesi gittikçe artmıştır. 2000 yılında bu rakam hükümet bütçesinin tamamının %5,2'sine eşittir. Bu oran 1999'dakine göre %8,8 artmıştır.

İnsanlar gittikçe daha sık ilaç kullanmaktadır ve bir evin tüm masraflarının içinde sağlık harcamalarının payı da buna uyumlu olarak artmıştır. 1963'te kentte yaşayan bir ailenin yıllık sağlık harcaması evin toplam harcamalarının %2,7'siyken, 1996'da bu ortalama, yıllık aile bütçesinin %4,7'sine ulaşmıştır.

Sağlık sigortası ve tıbbi yardım biçimindeki sağlık güvencesi, ilk olarak 1977 yılında başlatılmıştır. Fakat kapsamı 1980'e kadar ancak nüfusun %29,5'i idi. 1999'da ise nüfusun %96,5'i sağlık sigortası kapsamındadır; geriye kalan %3,5 oranındaki insan da doğrudan sağlık yardımı almaktadır.

Kore'de hastahane ve tıbbi personel miktarı sürekli olarak artmıştır. Ülkedeki hastahane ve klinik sayısı ("Doğu Tıbbi" hastahaneleri ve klinikleri de içinde olmak üzere) 1975'te 11.188'di. Bu sayı 1998'te 34.588'e ulaştı. Bu arada lisanslı doktorların sayısı 1975'te 16.800 iken, 1998'de 65.431 oldu.

Sağlık ve tıp biliminin gelişmesi sayesinde, yaşam standartları, beslenme kalitesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi, Kore halkının ortalama yaşam süreleri artmaktadır. Örneğin 1960'larda kadınların ortalama yaşam süresi 53,7 iken 2000 yılında bu rakam 79,5'e yükselmiştir. 1960'larda binde 7,7 olan bebek ölüm oranı 1996'da binde 1,0'a kadar düşmüştür.

Beklenen yaşam süresinin uzaması, tıbbi bakım sisteminde de değişiklikleri gerektirmektedir. Ülkenin sağlık sistemi koruyucu önlemler yerine halen tedavi edici hizmetler üzerine yoğunlaşmıştır. Bu yüzden, sağlık sisteminin bu yönde odaklanması, kendisini sağlık sisteminin kalitesini artırmaya yönlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık sistemindeki önemli bir sorun da kentsel alanlar ile kırsal alandaki sağlık hizmetleri arasında büyük uçurumlar olmasıdır.

Ölüm nedenlerinin başlıcaları arasında solunum yolları hastalıklarını (tüberküloz, bronşit vs.) sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar takip etmektedir. Ancak, bu tip hastalıkların ölümcüllüğü 1970'lerden 1980'lere kadar geçen süreç içinde önemli oranda azalmıştır. Fakat, gelişmiş, sanayileşmiş ülkelerdeki kanser, kalp, akciğer ve böbrek yetmezliği gibi sorunlar hızla birinci ölüm nedeni haline gelmiştir. Çiftçilikle uğraşan topluluklarda görülen parazitik bir hastalıkla yapılan mücadele sonucunda, bildirilen vaka sayısı 1980 yılında 1970 yılının %4'ü oranına gerilemiştir. Sivrisineklerden insanlara geçen virütik bir hastalık yüzünden 1982 yılında 92 kişi hayatını kaybetmiş, buna karşılık tedbir olarak 17,2 milyon kişi 1988 yılında hastalığa karşı aşılanmıştır.

Hızlı kentleşmenin yarattığı gerilimler ve sosyal sorunlar ruh hastalıklarında hızlı bir artışa neden olmuştur. 1985 yılında Sağlık Ve Refah Bakanlığı yeni ruh sağlığı tesisleri açarak ve yeni açılan hastahanelerin hepsine psikiyatrik tedavi birimleri eklenerek sorunları gidermeye çalışmaktadır. Ruhsal sorunlar yaşayan insan sayısının 400.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Güney Kore, Avrupa ülkelerinde sık rastlanan AIDS ve uyuşturucu gibi sorunlarla henüz karşı karşıya gelmemiştir. AIDS hakkında bütçeden eğitim programlarının finansmanı için pay ayrılmıştır. Rapor edilen AIDS vakalarının çoğunluğu Amerikan üslerinin yakınlarında çalışan hayat kadınlarında, deniz aşırı ülkelere giden denizcilerde ve yurt dışında çalışanlarda gözlenmiştir. Ayrıca Kore halkında homoseksüelliğe olan ilgi, her ne kadar inkar edilse de, AIDS konusundaki sorun için bir çözümsüzlük yaratabilir (7/1,2).

## II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Kore son 30 yıl içinde önemli bir ekonomik büyüme ve hızlı bir sosyoekonomik değişim göstermiştir. Koreliler bu hızlı kalkınmanın, yükselen yaşam standartlarının imkânlarından yararlanırken, endüstrileşmenin ve kentleşmenin getirdiği çevre kirliliği gibi yan etkiler, gelir düzeyleri arasındaki uçurumlar, aşırı nüfus yoğunluğu gözden kaçmamaktadır. Bu yüzden devlet etkinliklerine olan talep, bu yan etkilerin getirdiği sorunların çözülmesidir. Bunun yanında Güney ve Kuzey Kore'nin yeniden birleşmesi, sağlık hizmetlerinin değişmesi ve genişlemesi anlamına gelmektedir (4/77).

Sosyal güvenlik sisteminin hızla uygulamaya geçirilip kısa sürede yaygınlaşması ile, Güney Kore sosyal sigorta kurumlarının temel çerçevesini oturtmuştur. Ancak, var olan refah sistemi halen Kore halkının talep ettiği refah düzeyinin gerisindedir. Bu yüzden hizmet sağlayıcı yönelimli sosyal güvenlik yönetiminin yapısının yeniden oluşturulması gerekmektedir.

Var olan sosyal refah sistemi üç bölüme ayrılmaktadır:

1. Sosyal Sigorta (Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi, Çalışma Sigortası, Endüstri Kazalarına karşı Sigorta)
2. Kamu yardımı (yaşama ortamının korunması, ilaç yardımı, vs.)
3. Sosyal refah hizmetleri (özürlüler, yaşlılar, çocuklar, kadınlar ve ruhsal sorunları olanlar için) (3/76-78).

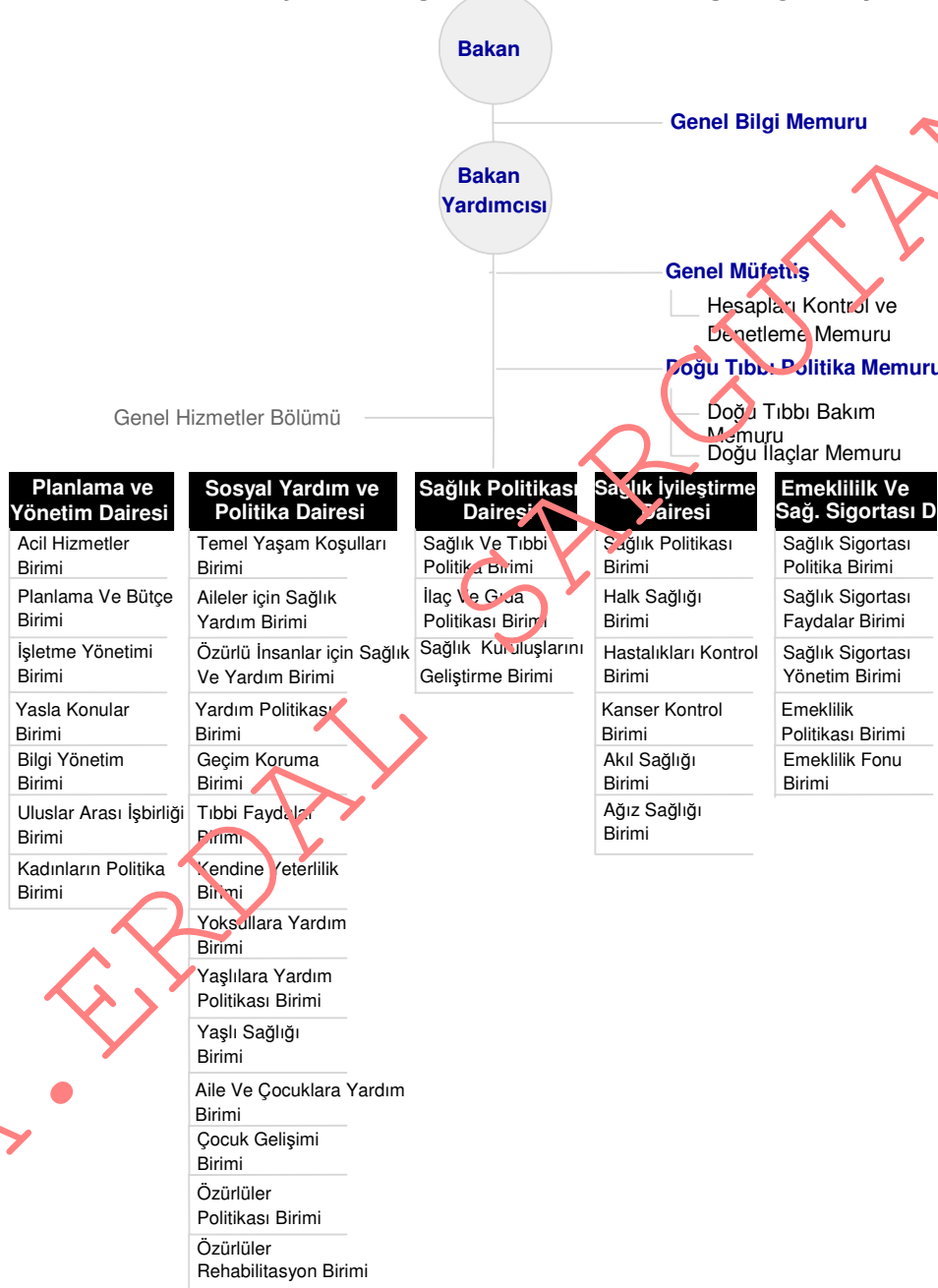
### II.2.1. Sağlık Ve Refah Bakanlığı

Kore'de sağlık sisteminin en tepesinde Sağlık Ve Refah Bakanlığı bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarına ilişkin faaliyetler Sağlık Bakanlığının denetiminde yürütülmektedir. Bakanlığın altında bakanlığa bağlı olarak çalışan Ulusal Sağlık Sigortası Federasyonu bulunmaktadır. Federasyon bireysel sağlık sigorta birliklerini desteklemek, yol göstermek ve sağlık hizmeti veren kuruluşlarla anlaşmalar yapmak veya bunları iptal etmek gibi çalışmalarını yürütmektedir. Bakanlığa bağlı bir diğer kuruluş Ulusal Sağlık Sigortaları Kurumudur. Kurum, Ulusal Sağlık Sigortaları programlarını yürütmektedir. İşverenlerden, sigortalılardan ve bağımsız çalışanlardan prim toplama, sigortalılarla ilgili kayıtları tutma ve tıbbi hizmet sağlama gibi işleri yerine getirmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası kurumunun altında 140 Tıbbi Sigorta Kurumu vardır. Bunlar koşulları sağlayan sigortalıların muayeneleri, prim toplama ve tıbbi hizmet sağlama ihtiyaçlarını yerine getirmektedir (1/19).

Sağlık Ve Refah Bakanlığı, ulusal sağlığın ve sosyal refahın korunması ve iyileştirilmesi konularından sorumludur. Bu işlevlerini yerine getirebilmek için Sağlık Ve Refah Bakanlığı iki yardımcı bakanlık halinde çalışmaktadır. Bunlardan biri sosyal refah programlarından sorumlu iken diğeri de genel sağlık hizmetlerinin planlama ve yönetiminden sorumludur.

Sağlık Ve Refah Bakanlığı, sosyal güvence ile ilgili tüm konu ve kurumlardan sorumludur.

## Şema 1: Güney Kore Sağlık Ve Refah Bakanlığı Örgüt Yapısı



**Kaynak :** (1) Public Health. s:3

Sosyal güvence sistemi içinde yer alan diğer kuruluşlar şunlardır:

- Planlama Ve Bütçe Bakanlığı: Tüm sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin planlamasını ve bütçelemesini yapar.
- Devlet Yönetimi Ve İç İşleri Bakanlığı: Sosyal planlama ve sağlık ile ilgili gerekli düzenlemeleri yönlendirir ve tavsiyelerde bulunur, memurlar için emeklilik aylığı ödeme hizmetlerini yapar.
- Ulusal Savunma Bakanlığı: Askeri personel emeklilerinin sosyal güvenlik ve sağlık işleri.
- Eğitim Bakanlığı: Özel okul öğretmenleri ve çalışanlarının sosyal güvenlik ve sağlık işleri
- Çalışma Bakanlığı: Çalışanlar için sigorta ve sağlık hizmetleri
- Vatanperverler Ve Gaziler Bakanlığı: Gaziler ve esri savaşanlar için sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri.

Güney Kore'de hükümet ve özel sektör birlikte çalışarak sosyal sistemin geliştirilmesi ve korunması için uğraş vermektedir. Yerel yönetimler de sosyal refah hizmetlerinin gelişmesi için Sağlık Ve Refah Bakanlığı'nın gözetiminde çalışmaktadır. Sanayi ve tıp odaları, işçi sendikaları da sosyal güvenlik sisteminin gelişmesi için çaba göstermektedir. Son 40 yıl içinde, ulusal sağlık sisteminde büyük gelişmeler olmuştur (1/10).

Acil servis hizmetleri sağlıkla ilgili temel haklardan biridir ve hükümetin sorumluluğu altındadır. Bu yüzden hükümet acil tıbbi hizmetlerin sağlıklı olarak yürütülebilmesi için gerekli olanları almak amacıyla 1999 yılında yasal düzenlemeler yapıp, bunları 2000 yılında yürürlüğe sokmuştur. Etkili bir acil servis hizmetinin sağlanabilmesi amacıyla bakanlık Ulusal Tıp Merkezi'ni ulus çapında olabilecek felaketler için bir merkezi acil servis birimi olarak hazırlamıştır. Hükümet şimdi her şehirde ve taşrasında bir ya da daha fazla acil tıp merkezi kurmaktadır. Bakanlık aynı zamanda acil servis merkezlerini daha etkin haberleşme ve bilgi akışı sağlayacak şekilde düzenlemektedir (1/1).

Kore sağlık sistemi temel olarak özel sektöre dayanmaktadır. Özel klinik ve hastahaneler tüm sağlık tesislerinin %92,6'sını oluştururken, yatak sayıları da toplam yatak sayısının %87,4'ünü oluşturmaktadır. Özel tesislerin çoğu kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır. Kore'de nüfusun %79,7'si kentsel alanlarda kalırken, hekimlerin %90,7'si ve hastahane yataklarının %91,8'i şehirlerde yoğunlaşmıştır. Bu da kentsel ve kırsal alanlarda oturanlar arasında sağlık hizmetleri açısından bir fırsat eşitsizliği yaratmaktadır (1/1).

### II.2.1. KIHASA (Kore Sağlık Ve Sosyal İşler Kuruluşu)

KIHASA sistematik araştırmalar ve ulusal politikaların, sağlık ve refahla ilişkili sosyal sigortaların ve nüfusun değerlendirilmesi aracılığıyla sağlık ve refah sistemini teşvik ederek, Kore nüfusu için geliştirilmiş yaşam kalitesine ulaşmayı amaçlar. Bu işler hükümete önemli bilgi sağlamakla beraber sağlık refah politikalarının yerine getirilmesine rehberlik etmektedir. Başlıca işlevleri şunlardır:

- Yıllık olarak yaklaşık elli kısa ve uzun dönemli araştırma projesinin, doğru araştırma deneyimi kazanmak için yürütülmesi.
- Ulusal sağlık hizmetlerinin, sağlık ve tıbbi endüstrinin, sosyal sigortaların, sosyal güvenliğin, aile refahının ve nüfusun öncelikli konularının araştırılması ve değerlendirilmesi.
- Seminerler ve konferanslar aracılığıyla ilgili uluslar arası örgütlerde aktif bilgi değişim programlarının ve araştırma projelerinin yürütülmesi.
- Özel araştırmalar ve geliştirme projelerinin yürütülmesi.
- Yurt içi ve yurt dışındaki insanların eğitilmesi ve bu eğitimin, sağlık ve sosyal konulardaki geniş çapta bilgi yayılımı sayesinde yapılması.
- Düşük gelirli ve yaşlı insanların, sağlık ve tıbbi bakım üzerine ulusal ev içi araştırmalarının yürütülmesi.
- Sigorta ilaçları için Hasta ödeme sisteminin değerlendirilmesi (11/1).

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

Kore'de halk hafif hastalık ve yaralanmalarda dahi küçük klinikler yerine büyük hastahaneleri tercih etmektedirler. Bu da sağlık tesisleri arasında verimli çalışma olasılığını azaltmaktadır.

Sağlık Ve Refah Bakanlığı, Aile Hekimliği ile ilgili yasal bir düzenleme getirmektedir. Bununla amaçlanan sağlık hizmet sunucuları ile aileler arasında etkili bir referans sistemi kurarak, tıbbi personelin rollerini yeniden tanımlayabilmektir. Sağlık Ve Refah Bakanlığı ikincil sağlık hizmeti sağlayıcılarını topluluklar içinde uzmanlaşmış hastahaneler kurmaya teşvik etmektedir. Bakanlık ayrıca sağlık hizmeti sunucularını da eğitim ve araştırma yapma yönünde cesaretlendirmekte, buralarda çok ciddi durumda hasta olanlarla ilgilenmelerini sağlamak istemektedir.

1989 yılından bu yana, Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi yerleştirilerek her vatandaşın sağlık sigortası kapsamına alınması sağlanmıştır. Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi'nin yasal çerçevesinin 1989 yılında belirlenmesinden beri, hükümet sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili önlemler almaktadır.

Atıl durumdaki tıbbi kaynakların etkili kullanımını sağlamak ve tıbbi maliyetleri düşürmek için Bakanlık, Açık Hastahane Sistemini uygulamaya koymak istemektedir. Bu sistemde birincil sağlık hizmetini sunanlar, hastalarına tıbbi hizmet sağlamak için yakınlarındaki açık hastahanelerdeki (ikincil ve üçüncül basamak tedavi kurumları) tıp personelini ve tıbbi malzemeyi ortaklaşa kullanabilme olanağına kavuşacaktır (1/1).

### **II.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı**

Devletin Bütçesinin içinde sağlık ve refah programlarının payı, uygulanmakta olan çeşitli sosyal güvenlik uygulamaları ile oldukça büyümüştür. Bakanlığın bütçesi 2001 yılında 5.7 milyar dolara kadar çıkmıştır. Bu da bütçenin yaklaşık %7.52'lik kısmının sağlık ve refah harcamalarına ayrıldığını gösterir (1/7).

#### II.4.1. Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Sigortası

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar arasında da farklı oranlarda katkı söz konusudur. İşçilerin aylık brüt ücretlerinin %1 ile %4'ü arasında ortalama olarak %2,61'i oranında, kendi hesabına çalışanlar da gelirlerine, cinsiyetlerine ve yaşlarına göre bir orana göre prim ödemektedirler. İşverenlerde işçilerin kazancının %1 ile %4'ü arasında ve ortalama olarak %1,64'ü civarında, özel okul çalışanları içinde sigortalının ücretinin %1,26'sı oranında prim ödemektedirler. Devlet işçileri için katkıda bulunmamaktadır. Ancak memurlar için brüt ücretlerinin %2,1 oranında, özel okul çalışanları için %0,84 oranında ve bağımsız çalışanlarından primlerinin %30 oranında katkıda bulunmaktadır (3/78).

Bakanlık yöneticileri ve alt kademe yöneticileri genel politikalarını sağlık sigortasına göre belirlerler. Yıllık plan ve bütçesini Ulusal Sağlık Sigorta Kuruluşu (USSK) ve Sağlık Endüstrisi Temsilciler Birliği (SETB) yapmaktadır.

USSK sigorta için tek denetleyicidir. Yönetimden de sorumludur ve bu yönetimin kapsamı sigorta arşivlerinin korunması, sigortalı ve ailesi için primlerinin toplanması, sağlık hizmetlerinin masraflarının ödenmesi ve buna bağlı bütün projeleri içerir.

SETB prim ve bütün masrafların gözden geçirilmesinden sorumludur. Sağlık hizmetlerinin kalite kontrolü, performansı ve bütün sigortalıların haklarının korunması ve sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin objektif ve tarafsız olarak sunulmasını sağlar (1/1).

1980 sonlarından beri değişik sosyal güvenlik sistemleri yürürlüğe konulmuştur. Bunlar, 1988 ve 1989 yıllarında sağlık sigortasının ve tıbbi yardımın genişletilmesi, ve 1995 yılında İşsizlik Sigortası Sisteminin başlatılmasıdır.

1988'de Ulusal Emeklilik Sistemi ilk başlatıldığında, yalnızca on ya da daha fazla işçi çalıştıran işyerlerini kapsıyordu. 1992'de beş ya da daha fazla işçi çalıştıran işyerlerini kapsar hale geldi ve 1995'te tarımla uğraşanları ve kırsal bölge işçilerini de kapsar biçimde genişletildi. Şimdi dört ya da daha fazla işçi çalıştıran işyerlerini ve kentlerde serbest çalışanları kapsayacak bir değişiklik üzerinde çalışılmaktadır.

Bu sistemin temel amacı, ekonomik yönden etkin nüfusa ekonomik sıkıntı durumunda temel güvence sağlamak ise de, ekonomik yönden etkin olmayanlara güvence sağlayan programlar da vardır. Bu kamu yardım programları esasta iki bölümden oluşur : temel giderler ödentisi ve tıbbi yardım.

Yükselen yaşama standartlarında, sağlık ve tıbbi hizmetlerdeki gelişmeler dolayısıyla Korelilerin ortalama yaşam süresi hızla yükseldi. Dolayısıyla, yıllar geçtikçe yaşlıların sayısı da belirgin biçimde arttı. 1960'ta 65 ve üzerindeki yaşlarda olanlar Kore'nin toplam nüfusunun %2,9'unu oluştururken, 1999'a gelindiğinde bu oran 7,1'e ulaşmıştır ve 2030 yılına kadar 19,3'e ulaşması beklenmektedir.



Yaşlıların yaşam niteliklerini geliştirmek için uygulanan politikalar şunları içerir: en az ücret düzeyinin altında yaşayan yaşlılara doğrudan gelir sağlamak, uygun iş alanları ve iş bulma merkezleri açarak yaşlılar için istihdam olanaklarını genişletmek, yaşlılar için sağlık sistemlerini güçlendirmek ve yaşlılar için çeşitli tesisler açmak.

1980'den bu yana sosyal güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesiyle, özürliülerin gereksinimleri konusunda tedbirler uygulanmaktadır (4/79-81).

Kore sağlık sigortasını çok geç uygulamaya koyan bir ülkedir. Sağlık sigortaları konusunda ilk adım, 1963'te 4'ü işveren destekli, 7'si esas olarak bağımsız çalışanlar için kar amacı gütmeyen sigorta kooperatifleri tarafından destekli, toplam 11 devlet destekli pilot sigorta programı uygulamaya konulmuştur. 1970'li yılların ikinci yarısında büyüyen gelir dağılımı dengesizliğini ve toplum katmanlarında artan huzursuzluğun sonucunda, sosyal barış artan öneme sahip bir konu haline gelmiştir. Kentleşme ve eğitilmiş halkın artan beklentileri sonucu devlet, özellikle sosyal güvenlik ve sağlık programlarında refah artırıcı önlemler almaya mecbur kalmış ve 22 Aralık 1976'da Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Böylelikle Kore'de Sağlık Sigortası alanında hızlı bir gelişme kaydedilmiştir. 1977 Temmuzunda ülkede 500 veya daha çok işçi çalıştıran işletmelerdeki işçiler için zorunlu sigortalılık kabul edilmiştir. Program 500'den az işçinin çalıştığı işyerlerine ise gönüllü katılım olanağı verilmiştir. Zorunlu kapsama alanı için gerekli işçi sayısı olan 500 işçi, 1979'da 300 işçiye, 1981'de 100 işçiye, 1983'te 16 işçiye ve son olarak ta 1988'de 5 işçiye kadar indirilerek programın kapsamı genişletilmiştir. Buna ek olarak 1979'da yasama organı tüm devlet memurları, öğretmenler ve eğitim kuruluşlarındaki çalışanlar için sağlık programını zorunlu hale getirmiştir. 1980'de tüm askeri personel, 1981'de emekliler ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler de zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmişlerdir. 1981 yılında hükümet uyguladığı 3 pilot bölgedeki çalışmasıyla çiftçiler ve bağımsız çalışanları da sağlık sigortası kapsamına almıştır. 1982'de bu çalışmaya 3 bölge daha dahil edilmiştir. Aynı yıl sanatçılar ve taksi sürücüsü gibi serbest çalışanlar da kapsama alınmıştır. 1988'de bölgesel sağlık sigortası ülkedeki tüm kırsal kesimi kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 1977'de halkın %8,8'i sağlık sigortası kapsamındayken 1988'de bu oran %60'ın üstüne çıkmış, 2002 yılında bu oran %96,2'ye ulaşmıştır (3/74,75).

Zorunlu Sağlık Sigortası programı 1977 yılında Tıbbi Yardım adı altında uygulamaya konulmuştur. 1977 yılından bu yana büyük firmalardan küçük firmalara kadar kademeli olarak genişletilmiştir.

Sigorta sisteminin finansman kaynaklarının büyük bir kısmını işçilerinin ve memurlarının maaşlarından kesilen primler oluşturmaktadır. Ücretli çalışanlar ve kamu çalışanları için primler aldıkları maaş esas alınarak belirlenir. Aynı işyerinde çalışan herkes aynı oranda sigorta primi öder. Örneğin özel okul çalışanları primin %50'sini, okul yönetimi %30'unu ve hükümet de %20'sini öder.

Ayrıca işyerinde beş ya da daha fazla kişi çalıştıran işyerleri Sanayi Kazalarını Telif Sigortasına prim ödemek zorundadır. Bir iş kazasında tedavinin Telif Sigortası'ndan ödenebilmesi için, sigortalının en az dört gün hastahane yatmış olması gerekmektedir.



Bu sigorta sisteminin kapsamında olanların sayısı 1996 yılı verilerine göre 8.156.894 kişidir. Finansal kurumlar bu sigorta kapsamına alınmazlar. Bu sigorta sisteminin finansmanından sadece işveren sorumludur. Hükümet sigortanın yönetsel giderlerini ödeyebilir. Sanayi Kazalarını Telafi Sigortası Çalışma Bakanlığı'nın denetimi altındadır, ancak pratikte yönetim Çalışma Refahı Şirketindedir.

Şu anda Kore'de çalışan nüfusa sağlık sigortası sağlayan dört ana grup vardır. Bunlar :

- Sanayi ve ticari sektörde çalışan işçilerin sigorta kurumları
- Devlet memurları ve özel okul öğretmenlerinin sigorta kurumları
- Bağımsız çalışanların sigorta kurumları ve
- Kırsal kesimde kendi işinde çalışanların sigorta kurumlarıdır.

Sağlık sigortası yoksulluk nedeniyle sağlık yardımı alanlar dışında kalan tüm Kore halkını kapsamaktadır. Ayrıca ülkede 1 yıl veya daha fazla süredir yerleşmiş bulunan yabancılar da sağlık sigortasından yararlanırlar (3/76,77).

Sağlık sigortası kapsamında sigortalılara sağlanan yardımlar şunlardır:

- Tıbbi tedaviler
- Cerrahi hizmetler
- Hastahanedeki tedavi,
- İlaç hizmetleridir.

Kore'de sigortalılar sağlık hizmetlerinden tümüyle ücretsiz yararlanmamakta, kendilerine sağlanan hizmetler için harcamalara katkıda bulunmaktadır. Sigortalıların, hastahanedeki ya da kliniklerde yatarak tedavilerde, harcamalarının %20'sine, ayakta tedavilerde de %30 ile %55 arasında bir miktara katılmaları zorunludur. Sigortalıların bağımlıları da aynı koşullarda sağlık yardımlarından yararlanmaktadır (3/77,78).

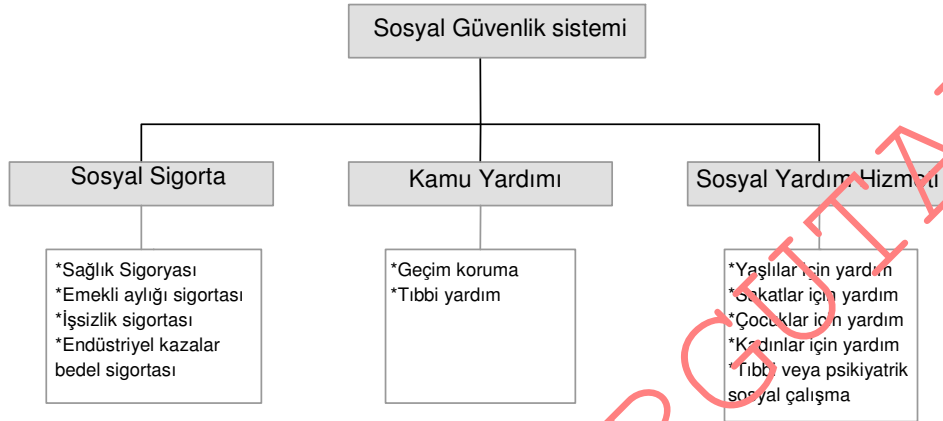
Diğer bir sigorta sistemi de İşsizlik Sigortası'dır. Bu sistem 1 Temmuz 1995 yılında yürürlüğe girmiştir. Sistemin iki amacı vardır. İşsiz kalan kişilere işsizlik sigortası ödeyebilmek ve çalışanların iş sürekliliğini bir nebze güvence altına almak. Bu sistemin finansmanı çalışanlardan alınan primler ve işverenlerden alınan primler tarafından karşılanır (2/1).

#### II.4.2. Sosyal Refah Hizmetleri

Hükümet, özürliülerin refah düzeylerini yükseltebilmek için refah kuruluşlarının sayısını artırmaya ve hizmetlerinin kalitesini yükseltmeye çalışmaktadır. Ayrıca özürliülerin maddi refahlarını artırmak için primlerde ve vergilerde indirim yoluna da gitmektedir.

Hükümet, özürliüler hakkında toplumdaki önyargıları kırmak için kampanyalar düzenlemekte ve özürliülere de kendilerine güvenlerini artırmak ve toplumun aktif birer üyesi haline gelmelerini sağlamak için yardımlarda bulunmaktadır.

## Şema 2 : Güney Kore'de Sosyal Güvenlik Sistemi



**Kaynak :** (2) The Social Security System of Korea, s.1

Özürlü insan sayısını azaltmanın en önemli yöntemlerinden biri olarak ana-çocuk sağlığı uygulamalarını daha etkin hale getirmek, hastalık ve yaralanmalardan kaynaklanabilecek özürlü vakalarını en aza indirmek için çalışılmaktadır. Bu amaçla bebekler ve yetişkinler düzenli aralıklarla aşılanmaktadır.

Hükümet, tüm yeni doğanları üç gün içinde tıbbi testlere tabi tutarak, özürlü birey riskini azaltma çabası içindedir.

Hükümet sosyal refah kuruluşlarının kapsamlarını geliştirerek tıbbi ve sosyal rehabilitasyon konusunda daha iyi hizmetler sunmayı hedeflemektedir.

Güney Kore hükümeti tıbbi güvenlik (sağlık sigortası ve tıbbi yardım) kapsamını 1991 yılında herkesi kapsayacak şekilde genişletmeyi başarmıştır.

1997'de devlet sağlık hizmetlerini karşılayamayacak durumda olan bireyler için sağlık yardım programını yürürlüğe koymuştur. Bu programın kapsamını, çalışmayanlar, dar gelirliler ve yoksulluk sınırı altında bulunanlar oluşturmaktadır. Çalışmayanlar grubunun 65 yaş ve üstündekiler 18 yaş altındakiler, hamileler, özürlüler Geçim Korum Yasası kapsamından yardım alanlar oluşturmaktadır. Dar gelirliler grubunu ise asgari yaşam gelirinden daha az kazananlar oluşturmaktadır. Yoksulluk sınırı yıllık olarak bölgelere göre devlet tarafından tespit edilmektedir. Çalışmayanların sağlık harcamaları tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. Dar gelirlilerde ise durum biraz daha farklıdır. Devlet dar gelirlilerin sağlık harcamalarının %50'sini karşılamakta, kalan %50'lik kısım için de faizsiz borç sağlamaktadır (1/26-30).

## II.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Kore Savaşı'ndan bu yana hekim, hemşire, diş hekimi, eczacı ve diğer sağlık personelinin sayısında önemli bir artış gözlenmiştir. 1974 yılında hekim başına düşen nüfus 2.207 iken bu sayı 2003 yılında 578'e düşmüştür.

Güney Kore'de Seul Ulusal Üniversitesi Tıp Fakültesinde Sağlık Politikaları Ve Yönetimi Bölümü vardır. Bu bölümün araştırma etkinlikleri iki ana alana ayrılmıştır: (1) sağlık politikası ve yönetimi ve (2) topluluk esaslı sağlık programı ve sistem geliştirme. Fakülte özellikle, sağlık kaynakları, ulusal sağlık sisteminin dağıtımını, sağlık finansmanı, sağlık programlarının değerlendirilmesi, teknoloji yatırımları üzerinde çalışmalar yapmaktadır (1/3).

Seul Ulusal Üniversitesi, 1885 yılında Kore'nin ilk ulusal hastahanesi olarak kurulmuştur. İsmi Kwang Hye Won'dur.

Kore'nin en geniş tıbbi bilgi sistemi 1999 yılında kurulmuştur. Seul Ulusal Üniversitesinde tıbbi müze çalışması yapılmaktadır. Bu çalışma tıp tarihi üzerinde bilgi verir. Seul Ulusal üniversitesi başarıları arasında, Kore'nin ilk tüp bebeği, karaciğer nakli, beyin hücre nakli, dünyanın ilk yapay kalp nakli, bölünmüş karaciğer nakli, felcin sebepleri ile ilgili araştırma yer almaktadır (8/3).

A. ERDAL

SARIGÜZİN

### III. GÜNEY KORE VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Güney Kore ile Türkiye'nin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında yardımcı olabilecek bazı göstergeler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1: Güney Kore Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler (2003)**

GÖSTERGELER	GÜNEY KORE	TÜRKİYE
Toplam Nüfus(2001)	47,1	69,3
Kilometrekareye Düşen Kişi Sayısı	450	77
İnsani Kalkınma Endeksi	0,879	0,734
Gayrisafi Milli Hasıla Endeksi	0,84	0,68
Yetişkin Okur-Yazarlık Oranı(15 Yaş Üzeri) (%)	97,9	85,5
Anne Ölüm Hızı (Her 100.000 Canlı Doğumda)	20	130
Kişi Başına Düşen Gayrisafi Milli Hasıla (US Dolar)	15,090	5,890
Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Hasılaya Oranı (%)	7,52	4,7
Kamu Sağlık Harcaması (2000 Yılı GSMH'nin Yüzdesi Olarak)	2,6	3,6
Eğitim Endeksi	0,96	0,77
Özel Sektörde Sağlık Harcaması (2000 Yılı GSMH'nin Yüzdesi Olarak)	3,3	1,4
Toplam Doğurganlık Hızı	1,4	2,4
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	75,2	70,1
Bebek Ölüm Hızı	5	36
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (US Dolar 2000)	899	315
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	173	127
Tüberküloz Vakası	48	25

**Kaynak:** (9) Human Development Indicators 2003, s:1,2

Güney Kore sağlık sisteminin üst otoritesi Sağlık Ve Refah Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarına ilişkin faaliyetler Bakanlığın denetiminde yürütülmektedir. Bakanlığın altında Bakanlığa bağlı olarak çalışan Ulusal Sağlık Sigortası Kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluş bireysel sağlık sigorta birliklerini desteklemek, yol göstermek ve sağlık hizmetleri veren kuruluşlarla anlaşmalar yapmak veya bunları iptal etmek gibi çalışmalarını yürütmektedir.

Bakanlığa bağlı bir diğer kuruluş Ulusal Sağlık Sigortaları Kurumudur. Kurum ulusal sağlık sigorta programlarını yürütmektedir. İşverenlerden, sigortalılardan ve bağımsız çalışanlardan prim toplama, sigortalılarla ilgili kayıt tutma ve tıbbi bakım sağlama gibi işleri yerine getirmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin büyük kısmı kamu tarafından düzenlenir, planlanır ve kamu hastahaneleri tarafından sunulur. Devlete bağlı hastahanelerin tamamı kar amaçsız çalışır. Sağlık hizmetleri politikası ve planlamasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, ikinci ve üçüncül sağlık hizmetlerinin de büyük bir bölümünü sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı temel finansman kaynakları genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri, yardımlar ve bazı fonlardır. Sağlık Bakanlığı bu hizmetleri yürütecek şekilde merkez ve il düzeyinde örgütlenmiştir.

Türkiye ve Güney Kore'yi sağlık hizmetlerinin kapsamı, özelliği bakımından kıyasladığımızda Türkiye'de devlet ağırlıklı karma bir sistem uygulanırken Güney Kore'de özel sektör ağırlıklı bir sağlık sistemi uygulanmaktadır. Güney Kore'de hastahane yataklarının %85'inin özel sektörün elindedir.

Türkiye'de Kamu sağlık harcaması Güney Kore'den daha yüksek iken, Güney Kore'de özel sektör sağlık harcaması Türkiye'ye göre daha yüksek olduğu UNDP raporunda belirtilmektedir. Güney Kore'de talep edilen sağlık hizmetlerinin serbest Pazar şartlarında daha çok değerlendirilme imkânı bulunmaktadır.

Güney Kore'de halk hafif hastalık ve yaralanmalarda dahi küçük klinikler yerine büyük hastahaneleri tercih etmektedir. Bu da sağlık tesisleri arasında verimli çalışma ortamını azaltmaktadır. Güney Kore'de sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili kırsal ve kentsel alanda uçurumlar vardır. Sağlık Ve Refah Bakanlığı'nın kurduğu sağlık merkezleri sağlık hizmetlerinin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Bu sağlık merkezleri sistemiyle koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci kademe tedavi hizmetlerini sağlamayı hedeflemektedir.

Türkiye ve Güney Kore'de tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıktadır. Fakat Güney Kore'de koruyucu sağlık hizmetlerine Türkiye'den daha çok önem vermektedir.

Türkiye'de sağlık problemlerinde karşılaşılan meselelerin asıl kaynağının sağlık hizmetleri arz mekanizmalarında olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundan birinci derecede, asli görevli ve sorumlu olan Sağlık Bakanlığında, yönetim yetersizlikleri ve görev ihmallerinin olduğu, kaynaklarının yetersiz ve mevcut kaynaklarında verimsiz bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Güney Kore'de insan kaynakları dâhil tüm kaynakların daha etkili ve verimli kullanıldığı görülmektedir.

Türkiye'de halen yürürlükte olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre sosyalize edilmiş bir sağlık sistemi varken, bu sistem Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine dönüştürülmüştür.

Güney Kore'de Refah Yönelimli / Sigorta tipinde sağlık sistemi ağırlıktadır.

**KAYNAKLAR**

1. Ministry of Health & Welfare (2003) Public Health  
[http://mohhw.go.kr/category/health/health\\_main.jsp?CAT\\_CODE=20001002101&...](http://mohhw.go.kr/category/health/health_main.jsp?CAT_CODE=20001002101&...);  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
2. National Health Insurance Corporation (2003) The Social Security System of Korea  
<http://www.nhic.or.kr/wbe/wbea/2002/117197206,249,0,0,0.html>;  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
3. Oral, A. İ. (2002) Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları. Eskiřehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi yayınları
4. Kore Gerçeęi (2002) Kore Enformasyon Ajansı, Ankara
5. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Ana Yayıncılık AŞ, İstanbul, C.21.S.72-76
6. Yalova Ticaret ve Sanayi Odası (2003) Kore Raporu  
[www.ytso.org.tr/ulkeler/kore.htm](http://www.ytso.org.tr/ulkeler/kore.htm);  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
7. World Health Organization (2001) Country Situation and Trends  
[www.wpro.who.int/chips/chips02/ctry.cfm?ctrycode=kor&body=kor.htm&flog=kor.gif&city=KOREA%20REPUBLIC%20OF](http://www.wpro.who.int/chips/chips02/ctry.cfm?ctrycode=kor&body=kor.htm&flog=kor.gif&city=KOREA%20REPUBLIC%20OF);  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
8. Seoul National University College of Medicine (1999) Basic Medical Science  
[http://medicine.snu.ac.kr/english/main4\\_sub0112.asp](http://medicine.snu.ac.kr/english/main4_sub0112.asp);  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
9. UNDP (2003) Human Development Indicators [www.undp.int](http://www.undp.int);  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)
10. Eker, A., Devrim, F. ve dięerleri (1993) Yeni Rehber Ansiklopedisi, İstanbul
11. World Health Organization (2002) Korea Institute for Health and Social Affairs  
<http://www.who.int/country/>;  
(sayfa numaraları araştırmacılar tarafından verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN