

İSPANYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMACI

M. Serdar SEZER

A. ERDAL SARGUTAN

İSPANYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1284
I. ÜLKE TANITIMI	1187
I.1. Coğrafya	1187
I.2. Tarihçe	1288
I.3. Sosyal Yapı	1290
I.4. İdari Yapı	1292
I.5. Ekonomi	1292
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1292
II.1. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	1294
II.2. İspanya Sosyal Güvenlik Ve Sağlık Sisteminin Gelişimi	1294
II.3. Ulusal Sağlık Politikası	1295
II.4. İspanya Sağlık Sisteminin Yapısı	1296
II.5. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	1297
II.5.1. Kamu Sağlık Sektörü	1298
II.5.1.1. Merkezi Hükümet	1298
II.5.1.2. Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı	1299
II.5.1.3. Özerk Bölge Hükümetleri	1299
II.5.1.4. Yerel Yönetimler	1300
II.5.1.5. Diğer Bakanlıklar	1300
II.5.2. Özel Sağlık Sektörü	1300
II.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	1300
II.6.1. Devlet Bütçesi	1300
II.6.2. Sosyal Güvenlik Sistemi Ve Sigorta Kuruluşları	1300
II.6.2.1. Sosyal Sigorta Sistemi	1301
II.6.2.2. Özel Sigorta Kuruluşları	1304
II.6.3. Kişisel Ödemeler	1304
II.6.4. Sağlık Harcamaları	1304
II.6.5. Hastahanelere Yapılan Ödemeler	1305
II.7. Sağlık Hizmetleri	1305
II.7.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1307
II.7.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1308
II.7.3. Halk Sağlığı Hizmetleri	1308
II.7.4. Sosyal Hizmetler	1309
II.7.5. Sağlık İnsan Gücü	1310
II.7.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	1310
II.7.7. Geleneksel Tıp Uygulamaları	1310
III. İSPANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1313
KAYNAKLAR	1316

ÖZET

İspanya sağlık sistemi tüm nüfusu kapsayan, kamu ve özel sektörün yer aldığı, genelde hükümet bütçesiyle finanse edilen, merkezi ve bölgesel sağlık hizmetlerinden oluşan bir sistemdir. İspanyol sağlık sisteminin temel özelliği tüm vatandaşları kapsamı ve bu ücretsiz olarak verilen hizmetlerin genel vergilerle finanse edilmesidir.

İspanya sağlık sistemi organizasyon yapısı üç bölümden oluşur. Bu bölümler Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı ve merkezi hükümetin diğer bakanlıkları, bölgesel hükümetler ve yerel idarelerdir.

Sağlık yönetimde yetkilerin büyük bir kısmı özerk bölge yönetimlerine devredilmiş olmasına rağmen temel sağlık yasalarının çıkarılması, ulusal sağlık sistemine kaynak sağlanması, ilaç politikaları gibi konularda yetkiler merkezi hükümette kalmıştır. Merkezi hükümetin diğer bakanlıkları ilişkili oldukları sağlık konularından sorumludurlar

Merkezi hükümet bu yetkilerinin büyük bir kısmını Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı aracılığıyla kullanmaktadır. Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı en önemli sorumluluk alanı sağlık sisteminin genel koordinasyonudur.

Sosyal güvence meseleleri ile ilgili alanlarda Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı yetkili konumdadır. Kamu sağlık sistemi içerisinde yer alan diğer kamu sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Sistemi'ne uyum süreci devam eden Adalet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'na bağlı olarak verilen sağlık hizmetleridir. Ulusal sağlık sisteminin koordinasyonunda rol oynayan diğer örgütlerden önemli olan ikisi Ulusal Sağlık Sistemi Bölgelerarası Konseyi ve Sağlık Enstitüsüdür.

İspanya'da 1978 yılında farklı özelliklere sahip bölgelerin özerk bir yapıya kavuşmasına izin veren yeni bir Anayasa kabul edilmiş ve ülkede sınırlarının kimi idari kimi kültürel özelliklere göre belirlenmiş 17 Özerk Bölge oluşturulmuştur. Bunun sonucunda daha önceleri merkezi hükümetçe yönetilen sağlık hizmetleri aşama aşama Bölgesel Hükümetlere devredilmeye başlanmış ve bu devir süreci Ocak 2002 tarihinde tamamlanmıştır.

Özerk bölgesel hükümetlerin sağlık yönetiminden sorumlu olan Sağlık Bölümleri kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerinin planlamasını yapmakta ve bölgelerinde bulunan sağlık kuruluşları aracılığıyla kendi bölgesinde yaşayan veya diğer bölgelerde yaşayıp da bu bölgede sağlık hizmeti almak isteyen halka ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunmaktadır. Özerk Bölgeler bu hizmetleri sunarken ulusal sağlık sistemi çatısı altında olan birincil ve ikincil sağlık hizmeti kuruluşlarını kullanmanın yanı sıra, özel sektöre ait sağlık kuruluşlarıyla da anlaşmalar yaparak sağlık hizmeti satın almaktadır.

Ulusal sağlık sisteminin temel yapısını sağlık alanları oluşturur. Özerk Bölgelerde coğrafi, toplumsal vb. özelliklere göre sınırları belirlenmiş, yaklaşık 200.000 – 20.000 kişinin ikamet ettiği bir bölgeyi kapsayan Sağlık Alanları adıyla bir bölümlendirmeye gidilmiştir. Her Sağlık Alanı en azından bir Referans Hastahane'ye bağlanmıştır. Bu alanlar Bölgesel Sağlık Bölümleri'nce belirlenmiş bir genel yönetici tarafından yönetilmektedir. Bu Sağlık Alanları birincil sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Bu sunum, kamu sağlık hizmet ağı içerisinde yer alan Sağlık Merkezleri'nce yapılmaktadır. Sağlık Alanları aynı zamanda hastahanelere bağlı olarak sunulan ayakta uzman tedavisi hizmetlerini de kapsamaktadır.

Sağlık Alanları Temel Sağlık Çevreleri adı verilen daha küçük bölümlerden oluşmaktadır. Temel Sağlık Çevreleri genelde 5.000'den 25.000'e kadar insanı kapsamaktadır. Bu bölgelerde bir Sağlık Merkezi ve Birincil Sağlık Hizmetleri Ekibi (Equipo de Atención Primaria, EAP) olarak isimlendirilen sağlık hizmet sunucuları halka birincil sağlık hizmeti sunmaktadır.

Yerel idareler kendi bölgelerindeki tüm kamu sağlık hizmetlerinin idari organı olarak işlev görürler.

İspanya sağlık sisteminde Ulusal Sağlık Kuruluşu (INSALUD) adlı kuruluş önemli bir yer tutmuştur. INSALUD, Sağlık Ve Tüketiciler İşleri Bakanlığına bağlı halk sağlığı örgütünden ve sağlık politikalarından sorumlu olmuştur. Kendi bölgelerindeki sağlık hizmetleri sorumluluklarını almayan 10 özerk topluluğun ve 2 özerk şehrin sağlık hizmetleri de INSALUD tarafından verilir.

İspanya sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin verilmesi üç sağlık seviyesine göre şekillenmiştir. Bu hizmetler temel sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve hastahane hizmetleridir.

Temel sağlık hizmetleri koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini, belli nüfus gruplarına verilen hizmetleri, acil servis hizmetlerini ve dış tedavisi hizmetlerini kapsar.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri İspanya sağlık sisteminin uzmanlık hizmeti ile ilgili grubuna dâhil edilmiştir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri bir bütüncül ve hastahanelerin çoğu kamuya aittir. İspanya sağlık sisteminde toplam 798 hastahane, 62.608 yatak vardır. Her bin kişiye 4 yatak düşmektedir.

Kamu hastahanelerinin verdiği hizmetler için, geçmiş yıllardaki giderlerine bakılarak, yıllık olarak kaynak aktarılmaktayken; özel hastahanelere satın alınan hizmet esasıyla ödeme yapılmaktadır.

Özel sağlık sektörünün en çok geliştiği bölge Katalan Bölgesi'dir. Bu bölgede özellikle ikincil sağlık hizmetlerinde özel hastahanelerle anlaşmalar yapılmakta, ayrıca kâr amaçsız birçok sağlık kuruluşu da bu bölgedeki yataklı tedavi hizmetlerini desteklemektedir.

Sağlık sisteminin toplam sağlık harcamalarının %98'i genel vergilerden, %2'lik kısmı ise diğer yollarla karşılanır.

Ülkede devlet memurları için 3 adet yardım sandığı bulunmaktadır. Bu yardım sandıkları üyelerine gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşları aracılığıyla hizmet satın almaktadır.

Ülkede özel sağlık sigortası da faaldir. Bunların üyeleri ayrıca Ulusal Sağlık Sistemi ile de kapsandığı için çifte kapsanma söz konusudur. Özel sağlık sigortası şirketleri müşterilerine genelde kamu sağlık sisteminin finansmanı sağlanmayan dış protezi ve geleneksel tıp gibi alanlarda hizmet paketi sunmaktadırlar.

Ülkede temel tıp eğitimi 6 yıldır. 10.000 kişiye 33 doktorun düştüğü İspanya'da kamu sağlık sektöründe çalışan doktorların büyük bir kısmı tam zamanlı çalışmakta ve aylık ücretlerinin yanı sıra verdikleri hizmet başına da ücretlendirilmektedir. Kamu sektöründe yarı zamanlı çalışarak aynı zamanda özel sektörde de hizmet veren doktorlara devlet tarafından, tam zamanlı çalışan doktorlara kıyasla daha düşük ücret verilmektedir.

Sistemde 240 binden fazla çalışan vardır.

Ülkede geleneksel tıp ile ilgili dernekler ve eğitim kuruluşları olmasına karşın, birkaç kamu hastahanesinde verilen bu hizmetler kamu finansmanı şemsiyesi altına alınmamıştır.

Eczahanelerin yoğun olarak bulunduğu ülkede yaklaşık 20.000 eczacı vardır. Bu, çoğu ülkeye göre yüksek bir orandır. İlaç harcamaları halen yükselen İspanya'da hastalar reçete edilen ilaç bedellerinin %40'ını kişisel doğrudan (cepten) ödemektedirler. Bu %40'lık oran emekliler ve kronik hastalığı olan kişilerde %10'lara kadar düşmektedir.

A. ERDAL

İSPANYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: İspanya Krallığı (Reino De Espana)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 504.783 km ²
BAŞKENTİ	: Madrid
NÜFUSU	: 41.547.400 (2003)
DİLİ	: Çoğunlukla İspanyolca
DİN	: Hıristiyan
PARA BİRİMİ	: Peseta (1/62)

I.1. Coğrafya

Kuzeydoğuda Fransa ve Andora, doğu ve güneydoğuda Akdeniz ve Cebelitarık, güneybatıda Cadiz Körfezi, batıda Portekiz, kuzeybatı ve kuzeyde Biskay Körfezi ile çevrilidir. Doğu kıyıları açığındaki Balear Adaları, Batı Afrika açığındaki Kanarya Adaları ve Fas'ın kuzeyindeki Ceuta (Septe) ve Meilila kentleri de İspanya toprakları arasındadır.

İspanya'nın büyük bölümünü ortalama yüksekliği 800 metre olan Meseta Central (Orta Plato) adlı geniş bir iç plato kaplar. Çepeçevre sıradağlarla kuşatılmış olan platonun kuzeyinde Cantabria Dağları, kuzeydoğu ve doğusunda İber Dağları, güneyinde Morena Dağları, kuzeybatısında da bir dizi alçak dağ yükselir. Portekiz sınırı ile İber Dağları arasında uzanan Cordillera Carpetovetonica (Orta Cordillera) platoyu ikiye ayırır. İspanyol Anakarası'nın en yüksek noktası güneyde Sierra Nevada'da yer alan Mulhacen'dir (3.478 metre), ülke topraklarının en yüksek noktası ise Atlas Okyanusu'ndaki Kanarya Adaları'nda yer alan Teide'dir (3.178 metre).

İç platonun sularını hepsi de Atlas Okyanusu'na akan üç ırmak sistemi toplar. İber Dağları'ndan doğan Duero ve Tajo ırmakları doğu-batı doğrultusunda hemen hemen birbirine koşut bir çığır izleyerek Portekiz kıyılarına doğru yönelir. Guadiana Irmağı ise Portekiz sınırında güneye dönerek Cadiz Körfezi'ne dökülür.

İlman kuşakta yer alan İspanya'da Batı Akdeniz'e özgü bir iklim hüküm sürer. Yarım ada yılın büyük bölümünde Atlas Okyanusu'ndan esen batı rüzgarlarının yanı sıra Sahra'dan gelen sıcak ve kuru hava kütlelerinin etkisi altında kalır. Yaz aylarında astropik (dönenceler altı) hava kütesini İspanya üzerinde tutan Cantabria Dağları ve Pireneler iklimi belirlemede önemli rol oynar. İspanya'da üç iklim kuşağı ayırt edilebilir. Kuzey ve doğu kıyılarında deniz etkisine açık yumuşak ve yağışlı bir iklim görülür. Kışın 9 derece olan ortalama sıcaklık yazın 18 dereceye çıkar. Kara ikliminin egemen olduğu iç platoda kış ve yaz sıcaklık ortalamaları sırasıyla 4 ve 24 derecedir. Yüksekliğin 2.750 metreyi geçtiği kesimlerde dağ iklimi hüküm sürer ve kış aylarında ortalama sıcaklık 0 derecenin altında düşerken yaz aylarında ancak 11 dereceyi bulur (1/62,63,66).

I.2. Tarihçe

Tarih öncesi arkeolojik bulgular günümüzden yaklaşık iki yüz bin yıl önce İber Yarımadası'nda Neanderthal İnsanı benzeri bir topluluğun yaşadığını göstermektedir. İspanya'nın yazılı tarihi ise milattan önce X. Yüzyılda başlar. Bu dönemde krallığın babadan oğla geçtiği Tartessos özellikle kalaya dayanan bir ticaret merkeziydi. Daha geri aşamada olan Yarımada'nın orta ve batı kesimleri M.Ö. IX. Yüzyılda Keltler'in istilasına uğramıştır. İspanya'nın doğu ve güneyinde M.Ö. VI. ve V. Yüzyıllar arasında köken bakımından tarih öncesinde Doğu Akdeniz'den gelme halklardan olan İberler özgün bir uygarlık geliştirmişlerdir.

M.Ö. VI. Yüzyılda bölgeye yönelik Kartaca saldırılarının artmasıyla bu bölgenin ve Akdeniz'in denetimi Kartacalılar'a geçmiştir. İspanya'daki Kartaca egemenliği M.Ö. III. Yüzyılda sona ermiştir. Kartacalılar'ı yenilgiye uğratan Romalılar yarımada'yı fethetmeye başlamışlardır. Çeşitli Roma kolonilerinin kurulmasından sonra yurttaşlık haklarının adım adım genişletilmesiyle yarımada tümüyle Roma uygarlığının etkisine girmeye başlamıştır.

II. Yüzyıl sonlarında İspanya Kuzey Afrika'dan gelen halklar ve Franklar'ın istilalarına maruz kalmıştır. Aynı yıllarda yarımada'yı dören Hıristiyanlık, baskıların kalkmasından sonra geniş kesimlere yayılmıştır.

V. Yüzyıl başlarında Germen Halkları İber Yarımadası'na yönelik geniş çaplı istilalar başlatmıştır. Bu Germen Halkları'ndan Sueveler Galicia'ya egemen olmuş, Vizigotlar ise yarımada'nın büyük bölümünde kendi krallıklarını kurmuşlardır. VII. Yüzyıl sonlarında Germen geleneklerinde olduğu gibi kralı seçimle belirleme şekli bazı bölümlere yol açmış ve krallık ailesi Kuzey Afrika'daki Emevi Valisi Tarık Bin Ziyad'ı yardıma çağırmıştır. Tarık Bin Ziyad Vizigot ordularını yenmiş ve yarımada'nın büyük bölümünü ele geçirmiştir.

Bölgedeki Hıristiyan devletler Emevi ilerlemesini durdurduktan sonra Galicia ve Cantabria bölgelerini ele geçirmişlerdir ve X. Yüzyılda Leon Krallığı adı verilen devleti kurmuşlardır. X. Yüzyıl başlarında bu bölgede kurulan önemli bir diğer krallık ise Basklılar'ın kurduğu Navara Krallığı'dır.

Kendi aralarında savaşan bu Hıristiyan devletler arasında Navara Kralı başarıyla çıkmış ve 1035-1157 yılları arasında devam eden imparatorluk dönemini başlatmıştır. İmparatorluk topraklarının kralın oğulları arasında paylaşılması sonucu bölgede Kastilya ve Aragon adında iki yeni krallık ortaya çıkmıştır. Önceleri aralarında savaşan Aragon ve Kastilya kralları Müslümanlara karşı birleşme anlaşması yapmışlardır ve 1212'de kazanılan zaferle Müslümanların bölgedeki üstünlüğü çökmeye başlamıştır.

1230'da Leon ve Kastilya krallıkları birleşmiş ve Gırnata (Granada) dışındaki bütün Müslüman topraklarını almışlar ve bölgedeki Müslüman üstünlüğünü tamamen sona erdirmişlerdir. Ekonomik ve kültürel bakımdan Hıristiyan devletlerin ilerisinde olan Müslüman İspanya, uzun bir dönem İslam bilim ve edebiyatının beşiklerinden biri olmuştur. Müslümanlar arkalarında mimarlık ve bayındırlık alanında gelişmiş kentleri bırakmışlardır.

1469'da Aragon tahtının varisi Fernando ile Kastilya kralının kardeşi Isabel'in evlenmesi sonucu İspanya'nın en güçlü iki krallığı Aragon ve Kastilya krallıkları tek bir çatı altında birleşmişlerdir. Katolik Hükümdarlar olarak bilinen Isabel ve Fernando döneminde feodal soyluların siyasal gücü kırılarak sıkı denetime dayalı bir düzen oluşturulmuştur. Ancak toplumsal ve ekonomik güçlülerin dayanağı olan malikane sistemi ayakta kalmayı başarmıştır. Isabel'in maddi destek sağladığı Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfetmesinin ardından Batı Hint Adalarına yönelik sömürgeci bir yayılma başlamıştır. İspanyol fatihlerin Yenidünya'nın maden kaynaklarını sömürmek amacıyla acımasızca yürüttüğü seferlere Hristiyanlığı yaymaya çalışan Dominiken ve Fransisken rahipler de eşlik etmiştir. Yenidünya'dan altın ve özellikle gümüş akışı İspanyol hazinesini hızla zenginleştirirken, tarım ürünleri fiyatlarının yükselmesinde de önemli rol oynamıştır. Bu zenginliğin büyük bölümü mal ithalatına, yabancı bankerlere ve askeri harcamalara aktarıldığından, Yenidünya'nın hazinelerini elinde tutan İspanya gene yoksul bir ülke olarak kalmıştır.

Fernando'nun ölümünden sonra İspanya tahtına aynı zamanda Felemenk yöneticisi ve Habsburg Hanedanı'nın varisi olan torunu I. Carlos geçmiştir. 1519 yılında I. Carlos V. Karl adıyla Kutsal Roma-Germen imparatoru ünvanını almıştır. Osmanlılar'ın Kuzey Afrika'ya girmesinden sonra Akdeniz'in denetimini ele geçirmeye yönelik bir çatışma başlamıştır ve Andrea Doria komutasındaki donanmanın Preveze'de uğradığı (1541) ağır yenilgi İspanya'nın girişimlerini boşa çıkarmıştır.

Fransa kralı XIV. Louis'in torunu Anjou dükünün V. Felipe adıyla İspanya tahtına geçmesi, Avrupa'daki güç dengesini Fransa lehine bozduğundan İngiltere ve Avusturya-Macaristan'ın tepkisini çekmiştir. İngiliz ve Avusturya birliklerinin İspanya'ya saldırmasıyla başlayan savaş, Felipe'nin etkili bir merkezi yönetim kurmak üzere köklü reformlara girişmesine elverişli bir zemin hazırlamıştır. Valencia ve Aragon'un "tiero" denilen geleneksel ayrıcalıkları kaldırılmıştır ve bununla birlikte 1716'da Katalonya'nın ayrıcalıklarına da son verilmesiyle İspanya'yı bütünleştirme hedefi büyük ölçüde gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde Bask ve Navarra dışında bütün toprakların doğrudan krallık yönetimine bağlanmıştır. Aynı dönemde alınan askeri yenilgilerin bedeli ise İspanyol Felemenki ve İtalya topraklarının yitirilmesi ile Cebelitarık'ın İngiltere'ye bırakılması olmuştur.

XVIII. Yüzyılın ikinci yarısında Napoleon, kardeşi Joseph Bonaparte'ı İspanya tahtına oturtmuştur. Bu sırada İspanya'da gelişen yeni liberal akım yönetime de ağırlığını koymaya başlamıştır. Yarımada Savaşı olarak da bilinen, İspanyolların Fransızlara karşı yürüttüğü İspanyol Bağımsızlık Savaşı aynı zamanda askeri çevrelerin yönetime müdahalesi geleneğini başlatmıştır. Bağımsızlık Savaşı'ndan sonra Fransa'da sürgünde bulunan ve tahtın gerçek varisi olan VII. Fernando, ülkeye dönüşünde gerici çevrelere dayanarak yeniden mutlakiyetçi bir yönetim kurmuştur.

İspanyol kuvvetlerinin 1824 yılında Peru'da Ayacucho Savaşı'nda uğradığı kesin yenilgiden sonra geniş sömürge imparatorluğundan geriye yalnızca Küba, Porto Riko ve Filipinler kalmıştır.

1898'de Küba, Porto Riko ve Filipinler'in yitirilmesi, İspanya'daki yönetimi sarsan çok önemli bir dönüm noktası olmuştur. Kurulu düzene yönelik tepkiler çok değişik muhalefet kanalları içinde gelişmiştir. İspanya'nın katılmadığı I. Dünya Savaşı sırasında sendika eylemleri yükselirken, küçük rütbeli subaylar arasında da cuntacı eğilimler gelişmiştir. 1921 yılında Fas Savaşı sırasında alınan yenilgi üzerine kralı ve orduyu hedef alan bir kampanya başlamıştır. Bu ortamda General Miguel Primo de Rivera darbeyle yönetime el koymuştur. Derinleşen ekonomik bunalım ve ordunun muhalefete geçmesi nedeniyle konumu zayıflayan Primo de Rivera giderek yaygınlaşan tepkilerin ardından kralın baskısı üzerine Ocak 1930'da istifa etmiştir.

Manuel Azafia'nın başkanlığında kurulan Sol Cumhuriyetçi-Sosyalist koalisyon hükümeti, Katalan soluyla işbirliği yaparak Katalonya'ya sınırlı bir yönetsel özerklik vermiştir. Ayrıca başta işçi hakları olmak üzere bir dizi reform hızla uygulamaya konulmuştur. Sağcı generallerin Ağustos 1932'deki darbe girişiminin boşa çıkarılmasından sonra, gerici çevrelerin çıkardığı karışıklıklar sertlikle bastırılmıştır. Fas'taki ordu birliklerinin Temmuz 1936'daki ayaklanması çok geçmeden anavatanı sızdırarak İspanya İç Savaşı'na yol açmıştır. Madrid ve Barcelona dışındaki ayaklanan bütün garnizonların başkomutanlığına getirilen Francisco Franco ise Falanj aracılığıyla kendi önderliğinde birleşik bir hareket oluşturmuştur. İç Savaş yaklaşık bir milyon kişinin ölümüne ya da ülkeden kaçmasına ve geniş çaplı bir yıkıma mâl olmuştur. Franco'nun başa geçmesiyle birlikte acımasız bir sindirme kampanyası başlamıştır. Savaş sırasında sarsılmış olan ekonominin hızla bozulmasıyla milli gelir 1900'deki düzeyine düşerken, halkın büyük çoğunluğu yoksulluğa düşmüştür. İki yıl sonra II. Dünya Savaşı'nın çıkması, İspanya'nın toparlanma şansını daha da azaltmıştır. 1962 ve 1966 yılları arasındaki hızlı ve dengesiz büyümeyle izleyen enflasyon, özellikle işçiler arasında yaygın hoşnutsuzluklar doğurmuştur. Yasaklara karşı gelişen işçi grevleri kiliseden de destek görmüştür. Öte yandan Bask milliyetçi hareketi de yönetime karşı etkili bir muhalefet odağı durumuna gelmiştir. Kasım 1975'te Franco'nun ölümü ve Juan Carlos'un kral olmasıyla İspanya yeni bir evreye girmiştir.

1980'lerde İspanyol siyasal yaşamının en önemli gelişmesi, ayrılıkçılığı önlemeye yönelik özerklik uygulaması olmuştur. Hükümetin 1983'de Bask sorununa barışçı bir çözüm için önerdiği plana karşın, Bask Yurdu Ve Özgürlüğü'nün (Euzkadi Ta Azkatasuna, ETA) eylemleri kesilmemiştir. Bununla birlikte daha önce ETA militanlarına sığınma hakkı tanıyan Fransa ile sağlanan anlaşma terörist eylemlere karşı daha etkili bir denetime olanak vermiştir. Ancak bu örgüt 1990'larda da etkinliğini sürdürmüştür (1/68-75).

1.3. Sosyal Yapı

İspanya'da nüfus yoğunluğu çoğu Avrupa ülkesine göre daha düşüktür. Son yıllarda bir çok Avrupa ülkesinde olduğu gibi kırsal kesimde yaşayan kimseler şehirlere göç etmişlerdir (8/2).

Yoğun iç göçler nedeniyle 1930'lardan sonra çoğu kentin nüfusu üç kat artmıştır. Büyük kentlerin dışında turizmin geliştiği kıyı bölgelerine ve adalara da yönelen iç göç eğilimi son yıllarda yavaşlama göstermiştir. Bir başka göç hareketi de Basklı olmayanların giderek Bask Bölgesi'nden ayrılmalarıdır (1/63).

Ülkenin nüfusu yaklaşık kırk milyondur ve büyük kentler ile deniz kıyılarında yoğunlaşmıştır. 1997'de 15-49 yaş arasındaki kadınlarda doğurganlık oranı her kadına 1,18 çocuktur ve bu oran Batı Avrupa'nın en düşük oranıdır. İspanya nüfusu en hızlı yaşlandığı ülkedir (15/1).

1990 yılında 65 yaşından yaşlı kişiler nüfusun %13,8'ini oluştururken ve ortalama yaşam beklentisi 76,9 yıl iken, 2000 yılında bu oranlar sırasıyla %17'ye ve 78,7 yıla çıkmıştır (18/89).

Şu anki ölüm ve doğum oranlarının eğilimine göre 2010'da İspanya'nın nüfusu azalmaya başlayacaktır (12/44).

Etnik kökenden gelen ayrımlar uzun süren özümleme süreci içinde geniş ölçüde silindiğinden nüfusun büyük çoğunluğu İspanyol kimliğini kazanmıştır. Katalan, Galicia ve Bask halklarının ayrı kimlikleri daha çok dil ve kültür özelliklerine dayanır. Gerçek anlamda etnik bir azınlık oluşturan topluluk çingenelerdir ve sayıları birkaç yüz bin olarak tahmin edilmektedir (1/63).

1978 Anayasasında Roman Katolik Kilisesi'nin İspanyol toplumunda oynadığı önemli rolün belirtilmesine rağmen resmi devlet dini olarak tanımlanmamıştır (8/2).

Ülkedeki okur yazarlık oranı %97,6'dır. 6-13 yaşları arasındaki çocuklar için zorunlu ve parasız olan genel eğitim iki aşamaya ayrılır. Bu eğitimi başarıyla tamamlayan çocuklar "bachillerato" denen üç yıllık orta öğretim programına geçerler. Bu okullarda devam etmek için gerekli koşulları taşımayan çocuklar meslek eğitimi veren birinci basamak okullara girebilir (1/67).

İspanya'da öğrencilerin %70'i devlet okullarında veya üniversitelerinde eğitim görmektedir. Geri kalan kesim ise büyük çoğunluğu Katolik Kilisesi tarafından yönetilen özel okullarda ve üniversitelerde eğitim görmektedir. Bir çok özel okulda ve devlet okullarının tamamında eğitim ücretsizdir (2/28).

Bachillerato diploması alan öğrencilerin üniversiteye girmeleri için bir yıllık hazırlık öğrenimi görmeleri ya da ikinci basamak meslek okulunu bitirmeleri gerekir. İspanya'da dördü özel olmak üzere toplam 33 üniversite vardır (1/67).

İspanya'da yüksek düzeyde yoksulluk (yaklaşık nüfusun %20'si) vardır. Yoksulluk dünya genelinde kırsal alanda yaşayan yaşlı insanları etkilemekteyken, İspanya'daki yoksulluk nedeniyle sosyal parçalanma öncelikle kentsel alanlarda meydana gelmekte ve çocuk ve genç yetişkinlerin büyük bir kısmını etkilemektedir. Bu sosyal parçalanma hiçbir işe sahip olmayanlardan çok geçmiş yıllarda yaşanan ekonomik ve sosyal değişim sürecinde işini ve ardından da mesleki uzmanlığını kaybetmiş kişileri etkilemektedir. İşsizliğin artması ve istihdamdaki kararsızlık nedeniyle temelde sosyal parçalanmaya karşı birincil koruyucu gibi rol oynayan aileler bu durumdan etkilenmekte ve sosyal yapı zayıflamaktadır (20/95).

I.4. İdari Yapı

Kral devletin başı ve silahlı kuvvetlerin başkomutanıdır. Yasama gücü iki meclisli bir organ olan Cortes Generales'in elindedir. Bu organın ağırlıklı kanadını oluşturan Temsilciler Meclisi (Camara Baja) üyeleri dört yılda bir doğrudan ve genel oylama yoluyla seçilir. Senato'da (Camara Alta) özerk bölgeler (comunidades autonomas) ve ada illeri dörder üyeye temsil edilir. Senato seçimleri dört yılda bir yapılmaktadır.

Yasama organına karşı sorumluluğu olan yürütme gücünün başında Başbakan bulunur. Başbakan, çoğunluğu sağlayan partinin önerisiyle Kral tarafından atanır. İspanya 1970'lerin sonlarında yerel yönetim bakımından yeni bir sistem oluşturma sürecine girmiştir. Anayasa uyarınca ortak tarihsel, kültürel ve ekonomik özellikler taşıyan komşu illere bir araya gelerek özerk bölge oluşturma hakkı tanınmıştır (1/66).

İspanya idari olarak kendi hükümeti ve parlamentosu olan 17 Özerk Topluluğa (Bask, Katalan, Balaer ve Kanarya adaları dahil) ve onlar da 8.110 belediyeye ayrılmıştır (14/68).

Merkezi hükümet elindeki yönetsel güçlerin bölgesel hükümetlere devrine devam etmektedir. Gelecek yıllarda sağlık, eğitim ve diğer tüm sosyal alanlarda sorumlulukların devredilmesi beklenmektedir (8/4).

Yerel düzeyde merkezi yönetime bağlı temel birimleri oluşturan iller bir dizi belediyeyi kapsar. Her ilde üyeleri belediye görevlileri arasından seçilen bir il temsilciler kurulu bulunur. Belediyeler üyeleri seçimle belirlenen belediye meclisleri tarafından yönetilir. Meclisin seçtiği belediye başkanı aynı zamanda merkezi yönetimin temsilcisidir.

Yargı sistemi bağımsızdır. Anayasa ile ilgili davalara Anayasa Mahkemesi bakar. Bu mahkemenin görev alanı dışında en üst yargı organı altı daireden oluşan Yüksek Mahkeme'dir. Altı derece mahkemeleri genellikle hem ceza hem de hukuk davalarına bakar. Benzer bir örgütlenme sistemini izleyen özerk bölgelerdeki yargı organları da Yüksek Mahkeme'nin denetimine bağlıdır (1/66,67).

I.5. Ekonomi

İspanya'da büyük ölçüde hizmet sektörü, hafif ve ağır sanayi ile tarıma dayalı gelişmiş bir piyasa ekonomisi yürürlüktedir. Çeşitli müdahaleci politikalar uygulanırken devletin ekonomi üzerinde önemli bir ağırlığı vardır (1/63).

2000 yılı verilerine göre GSMH'ı 595,3 milyar Amerikan Doları, kişi başına düşen milli geliri ise 15.080 Amerikan Doları'dır (1/63).

2005 yılı tahminlerine göre %8,42 olan işsizlik bir problem olarak kalsa da ekonominin şu anki durumu daha önceki durumuna göre dikkat çekici bir gelişmeyi göstermektedir (8/6).

Ormanlar ülke topraklarının yaklaşık üçte birini kaplar. İspanya Batı Avrupa'nın en büyük kömür madenciliği merkezlerinden birisidir. Kömür ocaklarının çoğu kuzeybatıdaki Asturias bölgesindedir. Öteki yer altı zenginlikleri arasında civa, tungsten, potas, piritler, ve uranyum oksitler sayılabilir.

İspanya Batı Avrupa'nın en büyük tarım üreticileri arasında yer almakta birlikte tarım sektörünün ekonomiye katkısı sınırlı bir düzeydedir. GSMH'nin %3,3'ünün yaratıldığı tarım sektöründe nüfusun %7'si çalışmaktadır. GSMH içindeki toplam payı %15'i geçen madencilik sektöründe toplam insangücünün %18'i çalışmaktadır.

%15 dolaylarındaki sendikalaşma oranıyla Avrupa'daki en düşük düzeyli ülkeler arasında yer almaktadır.

Son yıllarda ileri teknoloji gerektiren yeni sanayi dallarına yatırımlar yapılmıştır. Ağır sanayi kuruluşlarının çoğu aynı zamanda metalurji merkezleri olan Bilbao, Santander ve Oviedo çevresinde toplanmıştır. Bankacılık sektörü geleneksel olarak az sayıda büyük bankanın elindedir. Dış ticarete en önemli yeri Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği ve Japonya tutar 1986'da Avrupa Birliği (AB) içinde tam üye konumu kazanan ülke aynı zamanda Uluslar Arası Para Fonu (IMF), Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ile Dünya Ticaret Örgütü gibi uluslararası kuruluşlara da üyedir (1/63,66).

A. ERDAL

SİYASETİN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

İspanya'da doğuştan beklenen yaşam süresi özellikle kadınlar için Avrupa ortalamasının üstündedir. Bu durum kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, kanser ve dış kaynaklara bağlı ölümler gibi sık görülen ölüm oranlarının Avrupa ortalamasının epeyce altında olmasının bir yansımasıdır.

Akciğer kanseri, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları ile AIDS'de yeni vakaların görülme oranında bir artış vardır. 1990'ların sonunda Avrupa'daki AIDS'e bağlı ölümlerin en yüksek olduğu ülke İspanya olsa da bu oran şimdilerde aşağıya düşmektedir. Trafik kazaları, iş kazaları ve bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm oranları Avrupa ortalamasının üzerindedir. İspanya Avrupa'daki iş kazalarına bağlı ölümlerin en çok görüldüğü ülkedir ve sigara kullanma oranı yüksektir ancak bu oran alkol tüketim oranında olduğu gibi yavaş yavaş gerilemektedir. Bölgeler arasında farklılıklar olsa da bebek ölüm hızı düşük bir seviyede izlenmektedir (15/1).

II.2. İspanya Sosyal Güvence Ve Sağlık Sisteminin Gelişimi

Sosyal harcamalar bakımından İspanya Avrupa ülkelerinin en gerisinde yer almasına rağmen son otuz yıl içinde sosyal güvenlik sistemi büyük gelişim göstermiştir. 1999 yılı verilerine göre Avrupa Birliği ülkelerinde sosyal harcamalar GSMH'nin %27,6'sıyken İspanya da bu oran GSMH'nin %20'si kadardır. İspanyol refah devletinin şu anki durumunun birincil sebebi Franco'nun otoriter rejiminin gelişmede gecikmeye neden olmasıdır.

Kurumsal refah devleti 1950'de etkisi görülmeye başlayan 1960'lardaki ekonomik liberalizasyon programıyla kurulmuştur. Bu dönemdeki endüstriyel modernizasyon hem işçilerin teknik eğitiminin artırılması ihtiyacını hem de yeni oluşan kentsel orta sınıfın taleplerini ortaya çıkarmıştır. 1963'de kabul edilen Temel Sosyal Güvenlik Yasası'nın (The Ley de Bases de la Seguridad Social) etkisi 1967 sonrasında kadar sürmüştür. Bu yasa ile aşama aşama eski sistemce sağlanan yetersiz faydalar ve karşılıklı fayda üzerine kurulu karmaşık finansal örgütlenme şekli değiştirmiştir.

Sosyal harcamalar 1960'dan 1975'e kadar GSMH'nin %9,7'sinden %13'üne yükselmiştir. Ancak bu oran şu anki Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalaması olan %23,8'den daha düşük bir seviye olmuştur.

Toplumsal güçler arasındaki fikir birliği İspanya'daki sosyal değişiminin önemli bir ögesidir. İlk demokratik hareketten beri politik partiler, ticari birlikler ve diğer toplumsal baskı grupları politik sistem üzerine kanalize edilmiş sosyal taleplerinin karşılıklı uzlaşma yoluyla çözülmesini sağlamak için demokrasinin kurulması ile çok ilgilenmişlerdir.

1988 yılında, tüm hükümet eylemlerinin sosyal haklar ve sosyal ilkelere ilham almasını şart koşan yeni İspanyol Anayasası kabul edilmiştir.

Demokrasinin kurulmasıyla birlikte sosyal taleplerde bir patlama yaşanmış ve sonuçta politik dönüşüm süresince sosyal harcamalar hızla artarak 1982 yılında GSMH'nin %22,6'sına ulaşmıştır. 1978'de orta sınıf ve tarım işçileri genel emeklilik sistemi içine dahil edilmiştir. Tam kapsayıcılığa sahip bir sosyal sistemin oluşturulması mümkün olmasa da sağlık ve eğitim harcamaları hızla artmıştır.

1982 ve 1995 arasında sosyal harcamalarda düzenli bir artış olmuştur. 1982'de sosyal harcamalar GSMH'nin %22,6'sıyken 1995'de bu oran %27,7 olmuştur. 1985'den önce özellikle emekli hakları, işsizlik hakları ve eğitim harcamalarına yapılan transfer harcamaları hızla artmıştır. 1990'dan sonra 1992 ekonomik krizi ve bu krizin işsizler ve emekliler üzerindeki etkileri sebebiyle aylıklar artırılması ve sağlıkta tam kapsayıcılığa geçiş süreci ile sosyal harcamalarda önemli bir artış olmuştur.

Sosyalist hükümet ile eğitimde büyük bir reform ortaya konulmuştur. 1983'de özerk üniversiteler kurulmuş, 1994'de okulların yönetimine demokratik katılım örgütlenmiş, 1990'da 16 yaşına kadar olan kişilere temel eğitimi zorunlu kılan yeni bir yapıya gidilmiştir. Aynı zamanda kamuya ait okulların sayısı artırılarak güçlendirilmiştir. Sağlık sistemi ilgili yeniden örgütlenme ve yetkilerin merkezden çevreye devrini içeren değişiklikler yapılmıştır. İngiliz ve İtalyan örneğinden esinlenen, yetkilerin bölgesel güçlere devredildiği bir Ulusal Sağlık Sistemi biçimlenmiştir.

Sağlık sistemi İtalya ve Fransa benzeri olarak toplam harcamaların %80'inin kamu tarafından yapıldığı bir sağlık sistemine dönüştürülmüştür ve kapsayıcılık oranı nüfusun %98'ini bulmuştur.

1997'de yeni bir yasanın kabul edilmesiyle Bölgesel Hükümetler'in sağlık alanındaki harcamaları ve kamu finansmanlı ancak özel olarak yönetilen sağlık merkezlerinin kurulmasına imkan veren ve hastanın doktor seçimini özgür kılan kalitenin artmasına yönelik bazı değişikliklere gidilmiştir (11/13-19).

II.3. Ulusal Sağlık Politikası

1978 yılında kabul edilen yeni bir Anayasa İspanyol sağlık sisteminde sigorta tabanlı sağlık sistemi yerine Ulusal Sağlık Sistemi'ne geçişi içeren bir değişime sebep olmuştur. 1986 Genel Sağlık Yasası'nda kamu sağlık sisteminin tüm bireyleri kapsaması öngörülmüştür (14/68).

İspanyol sağlık sisteminin 1978 Anayasası'nda, 1986 tarihli Genel Sağlık Yasası'nda ve 2003 tarihli Kalite Ve Uyum Yasası'nda belirlenen ilkeleri şunlardır:

- Herkes için ücretsiz tıbbi bakıma ulaşabilme imkanı sağlanması yoluyla tam bir kapsayıcılık,
- Temel olarak genel vergiler yoluyla sağlanan kamu finansmanı,
- Farklı sağlık hizmetleri ağının ulusal sağlık sistemi yapısı içinde birleştirilmiş olması,
- Sağlık alanında bölgesel örgütlenme ve merkezi yetkilerin bölgelere devredilmesi,

- Sağlığın geliştirilmesi, korunması ve rehabilite edilmesi üzerine odaklanmış birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi.

Bu düzeyde 1980 ve 1990'lı yıllar boyunca İspanyol sağlık sistemi büyük değişiklikler geçirmiş, dikkate değer bir kapsayıcılığa ulaşmış, finansman yapısı ve yönetiminin akılcı bir şekilde yürütüldüğü yeni bir birincil sağlık hizmeti için geliştirilmiştir. Birincil sağlık hizmeti düzeyindeki harcamalar diğer Güney Avrupa ülkelerine nazaran daha düşük olsa da, yurttaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti dikkate değer bir şekilde artmıştır.

Sağlık sisteminin karşılaştığı temel engel yapılan düzenlemelerin uygulamasının tamamlanmamış olması ve gelişim sürecinin devam etmekte olmasıdır. Sağlık sisteminde ulaşılmak istenen temel hedefler şunlardır:

- Sağlık sistemi kapsayıcılığının nüfusun %100'üne ulaşması.
- Eşit ve kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımın sağlanması.
- Sağlık sisteminin özellikle yaşlı ve sakat insanların olmak üzere tüm toplumun katılımını içeren birincil sağlık hizmeti üzerine kurulu bir şekilde değiştirilmesi,
- Sağlık hizmetleri yönetiminde sorumlulukların tamamen devredilmesi şartıyla 17 özerk bölgeye devir sürecinin tamamlanması,
- Etkili ve verimli sağlık hizmetleri finansmanı için kesin bir modelin belirlenmesi,
- Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı'nun düzenleyici ve eşgüdümücü rolünün güçlendirilmesi,
- Yataklı tedavide bekleme süreleri, hastahane odasına düşen kişi sayısı ve yönetsel prosedürler gibi üç zayıf yönün tanımlanarak aksaklıkların giderilmesi,
- Anlamlı sağlık istatistiklerinin toplanmasının sağlanmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış sağlık politikası hedefleri resmi sağlık politikasına yansımıştır ve bu hedefler Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı tarafından değerlendirilmektedir (15/1,2).

1 Ocak 2002 tarihinde sağlık hizmetlerinin yönetimi İspanyol Devleti'ni oluşturan 17 Özerk Topluluğa devredilmiş olsa da, birtakım temel yetkiler merkezi hükümetin otoritesi altında kalmaya devam etmektedir (17/8).

II.4. İspanya Sağlık Sisteminin Yapısı

- 1999'da OECD ülkeleri içinde doğuştan beklenen yaşam süresi en yüksek olan ülke olarak görülmektedir. Sağlık harcamaları göreceli olarak orta düzeyde kalmaktadır. 1998 yılında kamu sağlık harcaması GSMH'nin %5,4'ü kadardır ve toplamda GSMH'nin %7'si sağlığa harcanmıştır (9/2).

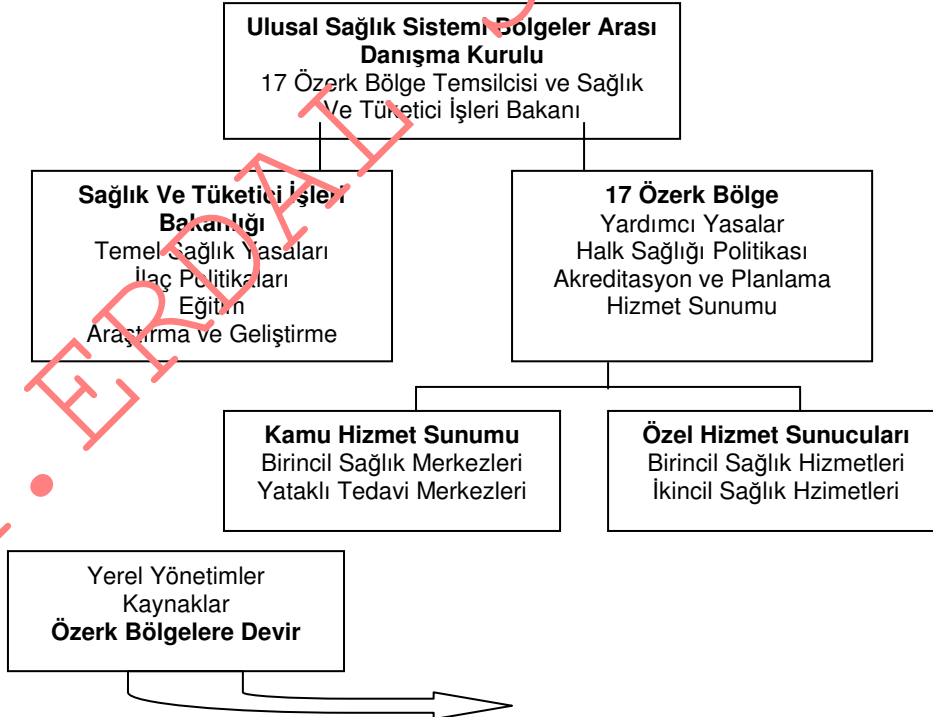
İspanya'daki sosyal hizmetlerden ve sağlık hizmetlerinden bölgesel hükümetler sorumlu olsa da, finansmanı merkezi olarak yürütülmektedir. Sosyal hizmetlerin geliştirilmesi yerel düzeyde yürütülmektedir. İspanyadaki sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin gelişimi politik yetkilerin devri süreci ile çok ilişkili olmuştur.

2002 yılı itibarıyla sağlık hizmetlerinin bölgesel yönetimlere devri tamamlanmıştır. Bu uygulama İspanya'daki bölgeler arasında bazı yönetsel farklılıklara sebep olmuştur. Ulusal sağlık sisteminin eşgüdümünün sağlanması için bölgeler arası bir danışma kurulu oluşturulmuş olsa da eşgüdüm mekanizması halen tartışmalıdır ve henüz gerçek anlamda bir işlevi bulunmamaktadır. Merkezi hükümet kamu sağlığı ve ilaç sanayisi gibi bazı alanlardaki sorumluluklarına devrinde kısıtlamalara gitmiştir (12/47).

II.5. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

İspanyol sağlık sisteminin işlevlerini yerine getirmesinde kamu sağlık sisteminin eşgüdümü, sağlık politikalarının belirlenmesi ve Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı (Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales) ile iribat halinde sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlayan Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı (Ministerio De Sanidad Y Consumo, Ministry of Health and Consumer Affairs) görevlidir. Ayrıca kamu sağlık sisteminde ödeme yapan otorite olarak sunuların fayda paketinin belirlenmesinde ve sosyal güvenlik sisteminin finansal yapısının belirlenmesinde görevli olan Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı ile sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili yasaları uygulayan ve sağlığın gelişiminden sorumlu rolüyle bölgesel hükümetler ve son olarak da sigorta şirketleri sağlık sisteminde önemli roller oynar (14/68).

Şema 1: Ulusal Sağlık Sistemi'nin Yapısı



Kaynak: (17) Final Report on the KISA and Innovation Healthcare Study in Spain, s:9

II.5.1. Kamu Sağlık Sektörü

Evrensel bir kapsayıcılık ve temelde genel vergilerle finanse edilmesiyle karakterize olan İspanyol Sağlık Sistemi'nde 2002 yılına kadar sağlık hizmetlerinin sunumu sorumluluğunun bir kısmı merkezi bir kuruluş olan Ulusal Sağlık Kuruluşu'nda (Instituto Nacional de la Salud, INSALUD), bir kısmı ise 7 özerk bölgede olmuştur (18/86).

İspanyol sistemi kendi bölgelerinde sağlık hizmetinin gelişiminden sorumlu 17 özerk bölgeye tam devredilmiş bir sistemdir. Bu devir süreci 1981'le başlamış ve 2002'de tamamlanmıştır. 2003 yılında kabul edilen Uyum Ve Kalite Yasası, merkezi ve bölgesel hükümetler arasında eşgüdümü kurmayı amaçlamıştır. Bu Yasaya göre merkezi hükümet temel sağlık yasalarının yapılmasından, sağlık hizmetlerinde genel hatların belirlenmesinden ve sağlık sisteminin eşgüdümünden sorumludur.

Sağlık sistemindeki bir çok sorumluluk özerk bölgelere bırakılmıştır. Özerk bölgeler kendi sınırları içinde sağlık sistemine ilişkin planlama, düzenleme ve yönetim faaliyetlerini yapmaya yetkilidirler. Her özerk bölge Temel Sağlık Çevresi olarak adlandırılan alt alanları içeren Sağlık Alanları'nda örgütlenmişlerdir. Bu Sağlık Alanları sağlık sisteminin temel alt yapısının oluşturmaktadır ve her biri kendi coğrafi sınırları içerisindeki sağlık hizmetleri programlarının ve kuruluşlarının yönetiminden sorumludur (16/11).

1999'yılı için ülkenin toplam sağlık harcaması GSMH'nin %7,7'si kadar hesaplanmıştır ve bu harcamanın %70'i kamu tarafından yapılmıştır (18/86).

II.5.1.1. Merkezi Hükümet

Yasal alt yapıya göre merkezi yönetim stratejik alanlarda kontrolü elinde bulundurmaktadır. Bu alanlar şunlardır:

- Temel sağlık yasalarının çıkarılması ve ülke genelinde eşgüdümün sağlanması,
- Sosyal güvenlik yönünden tüm finansal düzenlemeler ve sağlık sisteminin finansmanının sağlanması,
- Ulusal Sağlık Sistemi tarafından halka sunumu garanti edilen sağlık faydalarının tanımlanması,
- Ulusal arası sağlık işleri,
- İlaç politikalarının belirlenmesi,
- Eğitim,
- Tıbbi araştırmalar,
- Tıbbi teknolojik araçlarla ilgili düzenlemeler.

Pratikte bir çok konuda diğer bakanlıklarda da sorumluluklar bulunmasına rağmen merkezi hükümete ait bir çok sorumluluk Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı'ndadır. Diğer sorumlu bakanlıklar ise Bilim Ve Eğitim, Adalet, Tarım Ve Ticari İşler Bakanlığı gibi bakanlıklardır (17/8).

II.5.1.2. Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı

Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı'nın (Ministerio De Sanidad Y Consumo, Ministry of Health and Consumer Affairs) temel sorumluluğu tüm vatandaşların sağlığının korunmasının sağlanması, kamu sağlık hizmetlerinin eşgüdüm içerisinde yürütülmesi, ulusal sağlık politikalarının belirlenmesi ve temel sağlık yasalarının çıkarılmasıdır. Doğrudan Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı'na bağlı kurumlar şunlardır:

• **III.Carlos Sağlık Kurumu (El Instituto de Salud Carlos III):** Sağlık teknolojisini de içeren tıbbi biyolojik araştırmaların desteklenmesinden ve eşgüdümünden, kamu sağlığının gelişiminden ve sağlık hizmetlerinin yönetiminden, sağlık bilgisi ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinden, bilimsel ve teknik derecelere girenlerin ödüllendirilmesinden sorumludur. Bu kurum bünyesinde Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme Ajansı, Ulusal Sağlık Okulu, Sağlık Araştırmaları Arşivi Ve Ulusal Kanser Araştırma Merkezi, Kalp Dolaşım Sistemi Hastalıkları Araştırma Merkezi, Nörolojik Hastalıkları Araştırma Merkezi, Uluslar Arası İşbirliği Ajansı gibi araştırma merkezleri vardır.

• **Ulusal Tüketici İşleri Kurumu:** Teftis, uzlaşma, araştırma, eğitim ve tüketici ile alakalı diğer işlerden sorumludur.

• **İspanyol Eczacılık Ve Tıp Ürünleri Ajansı:** Sağlık ürünlerinin alt yöneticisi konumundadır (17/8,9).

II.5.1.3 Özerk Bölge Hükümetleri

1980'li yıllar boyunca İspanyol sağlık sisteminin bölgesel hükümetlere devri Anayasa'da belirtilen iki tabakalı bölgesel özerk sisteme göre büyük ölçüde uygulanmıştır. 1981 ve 1994 yılları arasında sosyal sağlık sigortası hizmet ağı Anayasal olarak kendi kendini yönetme haklarına sahip olan yedi özel bölgeye devredilmiştir.

Anayasanın oluşturduğu iki düzeyde bölgesel özerklik sonucu iki bölge grubu ve farklı kuvvetler oluşmuştur. Nüfusun %60'ını barındıran Catalonia, Basque, Galicia, Navarra, Kanarya Adaları ve Valenciana bölgeleri güçlerin tamamen devredildiği özel bölgeler, kalan on bölge ise güçlerin düşük düzeyde devredildiği bölgelerdir (5/13,14).

1 Ocak 2002'de kendi sağlık hizmetlerini planlama ve örgütleme gibi sağlık hizmetlerindeki sorumluluklar merkezi hükümetten 17 özerk bölge hükümetine tamamen devredilmiştir. Özerk bölge hükümetleri kendi Sağlık Bölümleri (Consejerias de Salud) aracılığıyla ve bazı alanlarda da Tüketim, Sosyal Güvenlik veya Sosyal İşler Bölümleri'yle irtibatlı olarak kendi sağlık politikalarını geliştirmektedirler.

17 özerk bölgenin üyesi olduğu, Sağlık Ve Tüketim Bakanı'nın başkanlık ettiği Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler Arası Danışma Kurulu (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, CISNS) bir eşgüdüm kurumu gibi çalışmaktadır. Sadece danışman görevi olsa da İspanya'daki sağlık hizmeti eylemlerinin uyum içinde yürütülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (17/9).

II.5.1.4. Yerel Yönetimler

Yerel yetkililer temel sanitasyon hizmetleri ve çevre sağlığı hizmetlerinden sorumludur. Yerel yönetimlerin Ulusal Sağlık Sistemi içindeki rolleri oldukça küçültülerek kaynakları ve yönetsel güçleri özerk bölgelere geçmiştir. Büyük belediyeler ise halen önemli miktarda kaynağa sahiptir ve önemli sağlık çalışmalarını yapmaktadırlar. Ayrıca yerel düzeyde sağlık alanında faaliyet gösteren hasta dernekleri ve sivil toplum kuruluşları vardır (17/10).

II.5.1.5. Diğer Bakanlıklar

Diğer kamu kaynakları halen Ulusal Sağlık Sistemi'ne dahil edilmesi süreci devam eden Savunma Bakanlığı bünyesindeki Askeri Sağlık Hizmetleri ve Adalet Bakanlığı bünyesindeki mahkumlara yönelik sağlık hizmetleridir (17/10).

II.5.2. Özel Sağlık Sektörü

Kamu sağlık sistemi sağlık hizmetlerini genellikle kendi kaynaklarıyla sunmaktaysa da %15 ile %20 oranları arasındaki sağlık hizmetini özel hastahanelerden satın almaktadır. Catalonia Bölgesi kamu sistemi içinde bir istisnadır ve kamu tarafından sunulan çoğu yataklı tedavi hizmetleri kâr amaçlı olmayan özel hastahanelerce desteklenmektedir (17/10).

Anlaşmalı özel sektör hastahaneleri aracılığıyla hizmet satın alımının kamu sağlık harcamaları içindeki payı 1979'da %25'iken 1995'de bu oran %15'e gerilemiştir. Özel hastahaneler hem kamu finansmanlı hem de özel finansmanlı talepleri yerine getirmektedir. 1996 yılında özel hastahaneler %47 oranında kamu finansmanlı hastalara, %43 oranında özel sağlık sigortası aracılığıyla gelen hastalara, %10 oranında da kişisel doğrudan (cepten) ödeme yapan hastalara hizmet satmıştır (18/86).

Özel sigorta şirketleri sağlık sisteminde küçük bir rol oynamaktadır ve genelde kamu sağlık sisteminde kapsanmayan dış sağlığı hizmetleri gibi ek hizmetleri sunmaktadır. Özel sigorta şirketleri aynı zamanda devlet memurlarına özel sağlık sigortası sistemin dışında başka bir sistemle de kapsanmak isteyen devlet memurlarına sigorta hizmeti sunmaktadır (16/11).

İspanya'daki yasalar yardım sandıkları ve özel sigorta şirketleri arasında bir ayırım yapmamıştır. Her ikisi de benzer yasalara vergi muamelesine ve benzer pazar şartlarına sahiptir (7/18).

II.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

II.6.1 Devlet Bütçesi

Kamu sağlık sistemi genel vergiler aracılığıyla finanse edilmekte ve finansal sistem merkezi hükümet tarafından yönetilmektedir. Ulusal Sağlık Sistemi'nin diğer finansman kaynakları gönüllü özel sağlık sigortaları aracılığıyla ya da kişisel doğrudan (cepten) ödemeler gibi kamu ve özel sağlık sistemine yapılan kişisel harcamalardır (14/68).

II.6.2. Sosyal Güvenlik Sistemi Ve Sigorta Kuruluşları

İspanyada gönüllü sosyal güvenlik politikaları 1900 yılı ile 1936 yılları arasında devlet tarafından teşvik edilmiştir. Sosyal sigorta sistemine ilk geçiş 1908'de Ulusal Sosyal Sigorta Kurumu'nun (Instituto Nacional de Previsión, INP) kurulmasıyla olmuştur. Buna rağmen sosyal güvenlik modeli tam gelişmemiştir. Zorunlu sosyal güvenlik sistemine ilk geçiş 1919'da yaşlılık sigortasının kurulması, 1929'da annelik haklarının belirlenmesi ve 1932'de iş kazalarıyla ilgili düzenlemelerle olmuştur. İspanya'da 1938'de aile yardımına başlanmıştır. 1939'da Franco rejimi sırasında yaşlılık sigortası yeniden düzenlenmiş ve 1942'de sağlık sigortası oluşturulmuştur.

İspanya'da sosyal güvenlik alanında birbiriyle yarışan iki tabakalı bir sistem vardır. Bu sistem yardım sandıkları ve sosyal güvenlik sistemi gibi çok özel bir örgütlenmenin karışımıdır. Ekonomik gelişimin bir yansıması olarak 1963'de sosyal güvenlik sistemi yönetiminde yapılan bir dizi reformlar bu alanda başarılı gelişmelere sebep olmuştur. Sosyal güvenlik kapsamına girmek için aranan gereklilikler ortadan kaldırılarak tek çatı altında birleşmiş bir sosyal program oluşturulması amaçlanmış ancak sosyal güvenlik sistemi yine de parçalı kalmıştır. Ülkedeki tüm vatandaşları evrensel olarak kapsayan sosyal güvenlik sistemi ilkesi ilk olarak 1978 Anayasası'nda belirtilmiştir (20/34,35,37)

İspanya'da 6 milyon kişi yardım sandıkları veya özel sigorta şirketleri aracılığıyla sunulan sağlık sigortasına sahiptir. Sigortalıların üçte biri olan devlet memurları kendilerine özel bir sistem olan Devlet Memurları Genel Yardım Sandığı (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado, MUFACE) tarafından kapsamaktadır. Geri kalan yaklaşık 4 milyon kişi ise gönüllü özel sağlık sigortası ile zorunlu kamu sağlık sigortasından oluşan çift kapsamı seçen kişilerdir (7/18).

II.6.2.1. Sosyal Sigorta Sistemi

Devlet memurları için 3 adet sigorta kuruluşu (yardım sandığı) bulunmaktadır. Bunlar Devlet Memurları Genel Yardım Sandığı (MUFACE), Silahlı Kuvvetler Sosyal Kuruluşu (ISFAS) ve Genel Adli Yardım Kuruluşu'dur (MUGEJO). Bu kuruluşlar toplam 2.500.000 kişiden fazla insanın sağlık hizmetleri almasından sorumludur. Kuruluşların en önemlisi Devlet Memurları Genel Yardım Sandığı'dır (17/10).

Sosyal sigorta sistemine ilişkin olarak uygulanmakta olan yasalar 1994 yılında kabul edilmiş olan yasalardır. Hizmet, sanayi ve ticaret sektörlerinde çalışanlar hastalık, analık ve iş kazası durumundaki faydalar ile tıbbi hizmetlerden (faydalardan) yararlanabilmekteyken, bu sektörlerden emekli olanlar yalnızca tıbbi hizmetlerden (faydalardan) yararlanabilmektedir.

Sosyal sağlık sigortası fonunun kaynakları şunlardır:

- Sigortalı mesleki sınıflamaya göre belirlenmiş temel ücretlerinin %4,7'si kadar prim ödemektedir.

- İşverenler mesleki sınıflamaya göre belirlenmiş kazançlarının %23,6'sını fona ödemektedir.
- Devlet yıllık bütçeyle kaynak aktarmaktadır.

Hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik gibi durumlarda sigortalı işçiler ve emekliler ile onların bağımlılarına sağlanan hizmetler (faydalar) şunlardır:

– Maddi Hizmet: Hastalık ve doğum durumunda çalışmakta olan işçilere sağlanan maddi faydalar şunlardır:

- Hastalık Hizmeti: Hastalığın 4. günü ile 20. günü arasında kalan süre içerisinde ilk 15 gün işveren tarafından ödenmek üzere maaşın %60'ı bundan sonra 12. aya kadar kalan süre içerisinde maaşın %75'i ödenmektedir. Özel durumlarda bu süre 18 aydan 30 aya kadar uzatılabilmektedir.
- Analık Hizmeti: Tekil doğumlarda 16 hafta boyunca, çoğul doğumlarda ise her çocuk için 18'er hafta boyunca maaşın %100'ü ödenmektedir. Resmi kabul görmüş evlat edinme durumlarında çocuk 6 yaşından küçükse (sakat çocukların evlat edinilmesi durumunda yaş sınırı artmaktadır) 16 hafta boyunca maaşın %100'ü ödenmektedir. Eğer anne sigorta kapsamında değil baba kapsamı içindeyse 6 hafta boyunca maaşın %100'ü ödenmektedir. Eğer hem anne hem de baba sigorta kapsamındaysa faydalar ikisi arasında bölüştürülebilmektedir.

– Tıbbi Hizmet (Fayda):

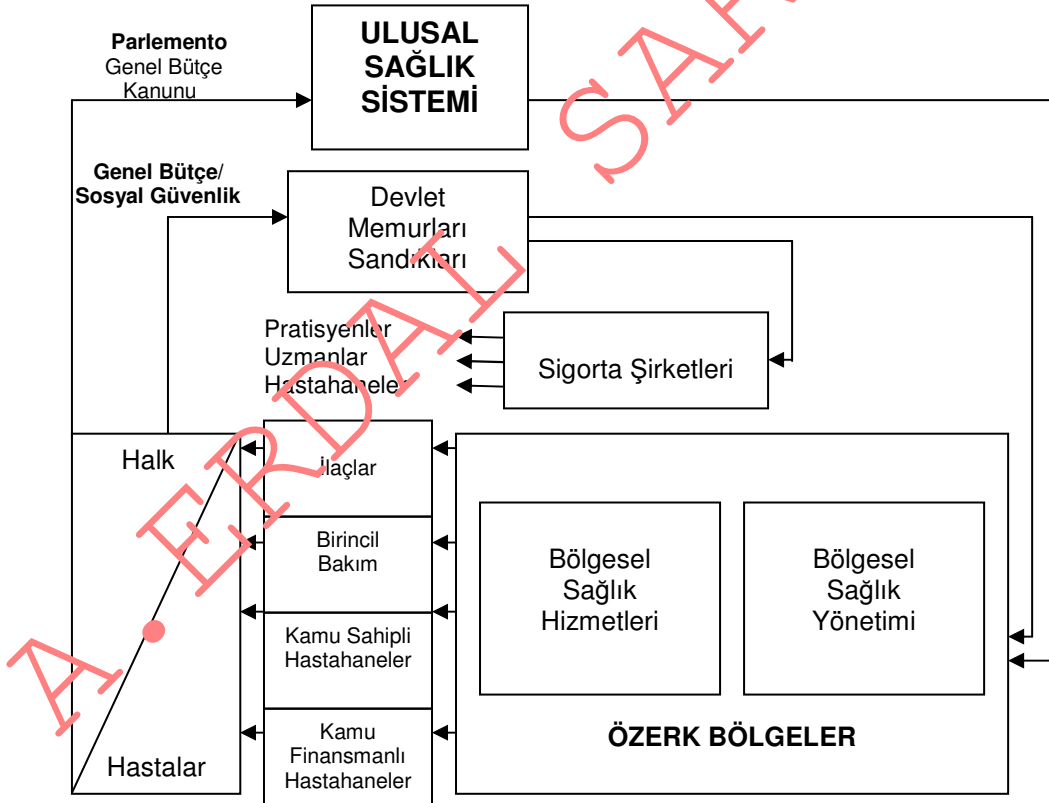
- İşçilere, Emeklilere Ve Onların Bağımlılarına Sağlanan Tıbbi Hizmetler: Tıbbi hizmetler doğrudan Ulusal Sağlık Sistemi kuruluşları, bölgesel özerk yönetimler veya anlaşmalı doktorlar ve hastahaneler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu hizmetler genel ve uzman bakımını, yataklı tedaviyi, diş bakımını, doğum hizmetlerini, laboratuvar hizmetlerini, protez gibi cihazları ve hasta nakil hizmetlerini kapsamaktadır. Hastalar genellikle ayakta tedavi için reçete edilmiş ilaç ücretlerinin %40'ını ödemektedir. Emeklilere ilaçları sosyal güvenlik kurumlarıca ücretsiz olarak verilmektedir. Belirli bazı kronik hastalıklar için 2,64 Euro'yu geçmemek üzere ilaç ücretinin %10'u kadar ödeme yapılmaktadır. Merkezi yönetim tarafından belirlenmiş referans fiyatlardan çok daha yüksek fiyata sahip ilaçlar reçete edildiğinde hasta aradaki farkı kendi ödemektedir.
- İş Kazası Durumunda Sağlanan Hizmetler: Gerekli tüm bakım, rehabilitasyon hizmetleri ile ilaçlar ve tıbbi araç gereçler sınırsız bir şekilde sağlanmaktadır (19/212-216).

Sigortalı yardım sandıklarının sunduğu sigortaya dayanan kamu ya da özel sağlık hizmetlerinden birini seçebilir. Şayet özel sağlık hizmeti seçilmişse sigortalı ikinci aşamada Devlet Memurları Genel Yardım Sandığı ile anlaşması olan özel sağlık kuruluşları arasından bir seçim yapmaktadır. Kamu sağlık sistemi ve özel sağlık sistemi arasındaki seçim her yıl yeniden yapılabilmektedir. Her seçimde sigortalıya doktor ve sağlık merkezi seçimini mümkün kılan bir hizmet listesi sunulmaktadır. Bu listelerde her uzmanlık dalından en az iki doktor teklif edilmek zorundadır (17/10,11).

İspanyadaki yardım sandıklarının genel durumu hakkında, nüfustaki yaşlanma eğiliminin sosyal güvenlik ve emeklilik sistemi tarafından sağlanan hizmetler düzeyinde ciddi problemlere sebep olacağından kaygılanılmaktadır. Halihazırda emeklileri (pasif sigortalıları) finansal açıdan destekleyecek kadar yeterli çalışan (aktif sigortalı) sayısının olmamasından dolayı kamu sosyal güvence sisteminin risk ve maliyet paylaşımı ilkesine göre işletilmesinde zorluklar ortaya çıkmaktadır.

İspanyada her yıl yapılan bütçeler Avrupa ülkelerinin hiçbirinde görülmeyen bir durumu, emekli aylıklarının finansmanının %97'sinin kamu sistemi tarafından finanse edildiğini göz önüne sermektedir. Bu şartlar, hükümetleri, var olan sosyal güvence açığını kapatmak için özel sigorta sistemlerini geliştirmeye mecbur etmektedir. Kamu otoriteleri vatandaşların faydalarını ve refahlarını artırmak için kamu sistemini tamamlayıcı kuruluşlara gereksinim duymaktadır (7/18).

Şema: 2 Ulusal Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı



Kaynak: (17) Final Report on the KISA and Innovation Healthcare Study in Spain, s:10

II.6.2.2 Özel Sigorta Kuruluşları

Nüfusun %10'u gönüllü özel sigortaya sahiptir. Bazı özel hizmet kuruluşları da kamu sektörü ile anlaşmalıdır. Catalonia Bölgesi'nde geleneksel olarak özel bir durum vardır. Bu bölgede büyük miktarda kar amaçlı olmayan kuruluşlar ve yarı kamu sahipli kuruluşlar vardır. Catalonia Özerk Bölgesi'nde bu örgütlerle sağlık programlarının yönetimi, ilk yardım merkezleri, hastahaneler ve yaşlı bakım merkezleri alanında anlaşmalar yapılmaktadır (7/18).

Valencia Bölgesi, Alzira ve La Plana Sağlık Alanları'nda çalışmakta olan bazı hastahanelerle 1995'den beri anlaşmalıdır (17/11).

II.6.3. Kişisel Ödemeler

İspanya'da toplam sağlık harcamalarının 2000 yılında GSMH'dan aldığı pay %6,6'dan %7,7'ye ulaşmıştır. Buna rağmen bu artış özel sağlık sigortası ve kişisel doğrudan (cepten) ödemelere atfedilebilir. Çünkü bu dönemde özel sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay %1,4'den %2,3'e çıkarken, kamu sağlık harcamalarının payı %5,2'den %5,4'e çıkmıştır (18/88,99).

II.6.4. Sağlık Harcamaları

İspanya EU15 olarak adlandırılan Mayıs 2004'den önce Avrupa Birliği'ne üye olmuş ülkeler arasında en düşük düzeyde sağlık harcaması yapan ülkedir. 2002 yılında kişi başına sağlık harcaması 1.646 Amerikan Doları kadardır. Toplam sağlık harcaması GSMH'nin %7,7'si kadardır. Aynı yılda toplam sağlık harcaması içinde kamu tarafından yapılan harcamaların payı %71,4'dür ve göreceli olarak düşüktür (10/54).

OECD'den sağlanan verilere göre 1997 ve 2002 yılları arasında İspanya'da sağlık harcamaları artış hızı Avrupa Birliği üye ülkeleri ve OECD ortalamasının çok altındadır. Yıllık ilaç harcamaları artış hızı OECD ülkeleri için %4,3, Avrupa Birliği ülkeleri için %4'iken İspanya'da bu oran %2,6'da kalmaktadır (17/11).

İlaç için yapılan toplam harcama 1997'de kişi başına 246 Amerikan Doları'dır. Bu oran Avrupa Birliği ortalaması olan 260 Amerikan Doları'na yakın bir orandır. Özel ilaç harcamaları, katılım payları da dahil olmak üzere 1998 yılındaki toplam ilaç harcamasının %30'una yakındır.

İspanya'daki toplam sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının payının yüksek oluşu politik ilgiyi üzerine çekmektedir. 1990'da ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı %16,2'iken 1999 yılında %21,7'ye yükselmiştir bu durum 10 yılda 5,5 puanlık bir artışı göstermektedir (9/3).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 2004 Yılı Dünya Sağlık Raporu 1997 ve 2001 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının düştüğünü göstermektedir. Bu rapor GSMH'larına göre sağlık harcamalarının düşmekte ya da aynı kalmakta olan İspanya'nın Avrupa Birliği ülkeleri arasında düşük grupta olduğunu göstergesidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışma dönemi boyunca İspanya'nın sağlık harcaması GSMH'nin %7,5'i civarında sabit kalmıştır (17/12).

II.6.5. Hastahanelere Yapılan Ödemeler

İspanyol hastahane sistemi geleneksel bütçeleme sistemi ile karakterizedir. Bir çok kamu hastahanesinin sahibi bölgelerdir. Bu hastahanelerdeki sınırlı inisiyatifte sahip yöneticiler bölgesel hükümetler tarafından atanmaktadır ve doğrudan bölgesel otoritelere karşı sorumludur. Çoğu zaman bu yöneticilerin seçiminde teknik ya da profesyonellik kriterlerinden çok politik sadakat kriteri olarak alınmaktadır. Fakat bu durum profesyonel yöneticilerin gelişimiyle hızla değişmektedir (6/38).

Kamu finansmanlı hastahaneler içinde kamu sahipli hastahaneler genelde sabit bütçeyle finanse edilmektedir. Hastahane düzeyinde bütçe tayin edilirken temel gösterge olarak, daha önceki yılların harcamaları göz önüne alınmaktadır. Kamu finansmanlı özel hastahanelere verdikleri hizmet kalemi baz alarak ödeme yapılmaktadır. Her hizmet kalemi için aşınma (amortisman) maliyetlerini de hesaba katan sabit bir ücret belirlenmektedir. Bu durum kamu hastahaneleri için geçerli değildir onlar verdikleri hizmet kalemlerinden bağımsız olarak finanse edilmektedir (18/86).

İspanya'da ulusal sağlık sistemi içindeki rekabetin kontrolünün sağlanması ilk olarak birkaç bölgede yapılan yeniliklerle ortaya çıkmıştır. 1990'da Catalonia'da bölgesel 4 yıllık bir anlaşmaya dayalı olarak sağlık hizmetlerinin özel hastahaneler ya da kamu hastahaneleri tarafından sağlanması arasında bir seçim yapmayı mümkün kılan bir uygulama geliştirilmiştir ve bu şekilde hizmeti alan ile hizmeti sunan birbirinden ayrılmıştır. Catalonia'nın bu tecrübesi 1991 yılında merkezi yönetimin dikkatini çekmiş ve tüm bölgelerde bu tip bir düzenlemenin yapılmasından yana öneriler gelmiştir. Bu öneriler kamu ve özel sektör arasındaki rekabeti geliştirmek için hizmeti alan ile hizmeti sunan arasında bir ayrıma gidilmesini teklif etmiştir. Buna rağmen bu öneriler İspanyol Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin özelleştirilmesi olarak algılanarak şiddetle reddedilmiştir (20/120,121).

Özerk bölgeler çeşitlendirilmiş hastahane ödenek mekanizmalarına sahiptir. Geleneksel olarak hastahane harcamaları geçmişe yönelik olarak ödenmektedir ve belirli bir değerlendirme mekanizması yoktur. Geride kalan 20 yıl boyunca özellikle özel hastahane sektöründe amaçlanan eylemlerin olası maliyetlerine yönelik finansman şekli sıkça uygulanmaya başlanmıştır (10/54).

1999 tarihli Bütçe Kanunu sendikaların güçlü muhalefetine rağmen hastahane sektörünün daha esnek bir örgütsel yapıya kavuşmasının yolunu açmıştır. Bazı bölgelerdeki hastahaneler kendi kendini yönetme şeklindeki örgütlenmeyi benimsemektedir (6/38).

II.7. Sağlık Hizmetleri

İspanyol sağlık sistemi hem birincil hem de uzman sağlık hizmetlerini (ayakta ve yataklı tedavi) kapsamaktayken, ilaçlar kısmen kapsamaktadır. Tüketiciler devlet tarafından belirlenmiş olan ücretlerin %40'ını ödemektedir.

Ancak yaşlılar, devlet memurları ve sürekli hastalığı bulunan kişilerde bu oran daha küçük olmaktadır (16/11).

İspanyol sağlık sistemi bir çok alanda iyi işlemektedir. Örneğin ulaşılabilirliği %92'ile Avrupa'nın en yüksek oranıdır ve hastalar konsültasyon için bir gün ya da daha az zaman beklemektedir. Genel pratisyenler süzme rolü üstlenmekte ve çoğunlukla hastaların uzmana sevk edilmesine gerek kalmamaktadır. Her Sağlık Alanı'nda en azından bir genel hastahane bulunmakta ve nüfusun büyük bir kısmı genel hastahaneye bir saat mesafede oturmaktadır (16/12).

İspanyol sağlık sistemi uzman bakımına dayanmaktadır. Avrupa Birliği'nde hastahanelerin sağlık harcamalarından aldığı pay ortalama %57'ken, İspanya'da bu oran %76'dır. Hastahanelerin bu önder rolü sadece bütçenin bir yansıması değildir. Aynı zamanda hastahane sistemi profesyonelleri özendirici bir şekilde düzenlemiştir. Genelde hastahane çalışan profesyonellerin halkın gözünde itibarları daha yüksektir. Bu gerçekler, birincil sağlık hizmetleri profesyonellerinin doğrudan karar verme kabiliyetini sınırlamakta ve sistemi içindeki işlevlerine göreceli olarak daha küçük bir rol vermektedir.

Sağlık hizmetleri düzeyleri arasında birincil bakımla uzman tedavisi arasında ya da sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetler arasında eşgüdümü sağlayacak gerçek bir eşgüdüm stratejisi gerekmektedir. Buna ek olarak yetkilerin bölgelere devri süreci farklı cephelerde örgütsel engeller ortaya çıkarmaktadır. Hastalar kendi bölgesi dışındaki yerlere gönderilmektedir. Daha küçük özerk bölgeler tam bir hizmet sunabilecek imkana sahip değildir ve bu bölgelerdeki hastalar kesin tahlil ve tedavi için kendi bölgeleri dışından gitmek zorunda kalmaktadır.

Yürürlükteki kanuna göre Sağlık Alanları sağlık sisteminin temel yapılarıdır. Bu alanlar coğrafik, toplumsal, ekonomik, kültürel ve var olan sağlık kaynakları ile nüfus yapısına göre tanımlanmışlardır. Bu alanlar 200.000 kişiyi kapsamaktadır. Ancak bu rakam farklı kaynaklarda farklı şekilde gösterilebilmektedir. Her Sağlık Alanı en azından bir tane Referans Hastahane'ye bağlanmıştır. Sağlık Alanları birincil sağlık hizmetlerinin yönetiminden, kişilere, ailelere ve topluma yönelik koruyucu sağlık programlarının geliştirilmesinden, sağlığı geliştirici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan sağlık hizmetlerini sunulmasından sorumludur. Bu sunum kamu sağlık hizmet ağı içerisinde yer alan Sağlık Merkezleri'nce yapılmaktadır. Sağlık Alanları aynı zamanda hastahanelere bağlı olarak sunulan ayakta uzman tedavisi hizmetlerini de kapsamaktadır.

● Bir sağlık alanı, benzer Temel Sağlık Çevreleri'ni içerebilir. Temel Sağlık Çevreleri genelde 5.000'den 25.000'e kadar insanı kapsamaktadır. Bunlar genelde bir Sağlık Merkezi ve Birincil Sağlık Hizmetleri Ekibi (Equipo de Atención Primaria, EAP) olarak isimlendirilen sağlık hizmet sunucularının etrafında konuşlanmıştır. Ülkede toplam 2.448 Temel Sağlık Çevresi bulunmaktadır. Hastahaneler ve Sağlık Alanları, Bölgesel Sağlık Hizmetleri'nce belirlenmiş bir genel yönetici tarafından yönetilir. Her özerk bölge kendi yönetim biçimini kurma ve geliştirme yetkisine sahiptir. Bununla birlikte tüm özerk bölgeler arasında sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli açısından büyük bir benzerlik vardır (17/9,10,14,15).

II.7.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

1980'li ve 1990'lı yıllar boyunca kapsamında kayda değer bir artışla, yeniden düzenlenmiş birincil sağlık hizmetleriyle, akla uygun finansman ve yönetim yapısıyla büyük bir değişikliğe uğrayan İspanyol sağlık sisteminde, 1986 yılında Genel Sağlık Yasası'nın ardından birincil sağlık hizmetleri bağımsız ve kendi kendine yetebilen bir hale gelmiştir. Bu yasa genel pratisyenlerin sağlık sistemi içindeki rollerini güçlendirmiş ve hastaların ilk temas noktaları olmasını sağlamıştır. 2001 yılında çoğu özerk bölgeler geleneksel yarı zamanlı çalışmaya yarım ücret modelinden, birincil sağlık hizmetleri ekibinde çalışan tam zamanlı ve maaş tabanlı modele geçmiştir (10/55).

Genel pratisyenler hastalar için ilk temas yeridir ve hastaları süzme rolü oynamaktadırlar. Bağımsız teşhis ve tedavi hizmetleri sunmakta olan genel pratisyenler aynı zamanda uzman bakımını alan hastaların tedavisini de devam ettirmektedirler (18/87).

Genel pratisyenler acil sağlık hizmetleri, bazı küçük cerrahi işlemler, bazı diş sağlığı hizmetleri ve sağlığın gelişimi, aşılama ile sağlık gözlemlerini de kapsayan koruyucu sağlık hizmetlerini ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmaktadırlar. Hastalar genel pratisyenler tarafından kadın doğum, cerrahi gibi özel uzmanlık alanlarına sevk edilebilmektedir (15/2).

Hastalar birincil sağlık hizmeti almak için genel pratisyenlerini seçmekte özgürdür. Birincil sağlık hizmetlerinde geleneksel ve yeni olmak üzere iki tip örgütlenme vardır. Geleneksel tip, hizmet başına ücretlendirilen ve yarı zamanlı çalışan tek pratisyen hekim sistemidir. Yeni tipte ise birincil sağlık hizmeti veren doktorlar tam zamanlı çalışan, maaş alan ve aynı zamanda hizmet başına da küçük bir ücret alan genel pratisyen ekibinin (Equipo de Atención Primaria, EAP) bir parçasıdır. Genel hastahanelerdeki uzmanlar ayakta tedavi hizmeti veren gezici sağlık ekiplerinde dönüşümlü olarak hizmet vermektedirler (16/12).

II.7.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Politik olarak birincil sağlık hizmetleri üzerine olsa da, sağlık sisteminin merkezinde halen hastahaneler vardır. 2001 yılı verilerine göre İspanya'da 1000 kişiye 4 hasta yatağı düşmektedir. 2002 tahminlerine göre hastahanelerin %39'u kamuya aittir (10/54).

1995 yılı verilerine göre tüm hasta yataklarının %68,8'i kamuya, %18,4'ü kar amaçlı özel kuruluşlara, %12,4'ü ise kar amaçsız özel kuruluşlara aittir (18/86).

Uzman tedavisi sınıflaması altında yer alan ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında tek çatı altında verilmektedir. Çoğu hasta yatağı kamuya aittir ve çalışanların büyük bir çoğunluğu maaşla ücretlendirilmektedir. Sistem, hastahanelerle bağlantılı teşhis prosedürleri ve küçük cerrahi işlemler yapan bir gezici ayakta tedavi merkezi ağı ile desteklenmektedir. Hastahaneler ayakta tedavi hizmetlerine ek olarak acil servis hizmetleri, dahiliye, genel cerrahi, özel cerrahi, ortopedi, kadın doğum, çocuk hastalıkları, psikoterapi, radyoloji ve laboratuvar alanlarında hizmet vermektedir.

Kamu tarafından karşılanan cerrahi işlemler için hastalar herhangi bir katılım payı ödenmemektedir (15/2;23/86).

İspanya'da halkın acil durumlar, seyahat vb. hallerde tüm bölgelerde resmi olarak tedavi görme hakkı bulunmaktadır. Buna rağmen bölgeler arası hasta tedavisinin maliyetini karşılayabilecek bir finansal akış sisteminin yokluğu sebebiyle, sağlık hizmet sunucuları kendi bölgeleri dışından gelen hastaların tedavisini sağlamada çoğu zaman isteksiz davranmaktadırlar (6/29).

II.7.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

Bu alandaki sorumlulukların büyük bir kısmı bölgelere devredilmiştir. Ancak temel sorumluluklar merkezi hükümette kalmış ve bölgesel hükümetlere devir süreci tamamlanamamıştır. Yeni oluşturulan Halk Sağlığı Ve Koruyucu Tıp uzmanlığı henüz yerine oturmamıştır. Uygulanmakta olan ulusal sağlık programları epidemiyolojik gözlem programı ve AIDS'dir. Ulusal Epidemiyolojik Gözlem Ağı 1996'da kurulmuştur. AIDS'e karşı Ulusal Plan'da anahtar rolü Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı oynamaktadır. Ayrıca İspanya'da ilaç bağımlılığının büyük bir problem olmaya başladığı günden beri İçişleri Bakanlığı'nca İlaç Bağımlılığına Karşı Ulusal Mücadele Programı yürütülmektedir (3/4).

II.7.4. Sosyal Hizmetler

İspanya'daki sosyal güvenlik sistemi 1970'li yıllar boyunca hatırı sayılır gelişme kaydetmesine rağmen sosyal yardımlar tam gelişmemiştir. 1970'li ve 1980'li yıllar sosyal yardım politikalarında bir dönüm noktası olmuştur (20/96).

Sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Sistemi içerisinde ücretsiz olarak verilmekte ve ilaçlar, ortopedik malzemeler kısmen ücretsiz sağlanmaktayken, sosyal hizmetlerde aynı durum söz konusu değildir. Sosyal hizmetlerin ücretli ya da ücretsiz verileceği hizmeti alacak olan kişinin maddi durumuna göre belirlenmektedir.

2002 yılında sağlık hizmetleri gibi sosyal hizmetlerin düzenlenmesi de bölgesel yönetimlere devredilen bir sorumluluk olmuştur. Sosyal hizmetler çoğunlukla yerel yönetimler tarafından sağlansa da, özel örgütler özellikle de kâr amaçsız olanlar bu hizmetlerin verilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bunun bir sonucu olarak farklı bölgelerde verilen sosyal hizmetler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır.

• Kamusal sosyal hizmetler temel olarak vergilerle finanse edilmekte, %20'si merkezi hükümet bütçesinden, %30'u bölgesel finansmanla, %50'si ise yerel finansmanla sağlanmaktadır. Bölgesel kaynaklar merkezi hükümetin bütçesinden sağlanmaktadır. Yerel kaynaklar bölgelerin belediyelere verdiği kaynaklar ve kendi yerel vergileriyle sağlanmaktadır (12/44,48).

Sosyal hizmetler kısmen Çalışma Ve Sosyal İşler Bakanlığı'nca ve kısmen de bölgesel hükümetlerce yönetilmektedir. Ayrıca yerel yönetimler özellikle hizmetlerin planlamasında ve yönetiminde rol almaktadır. Sosyal hizmetlerin pek çoğundan faydalanabilmek için yüksek katılım paylarını ödemek gerekmektedir.

Yaşlılar için verilen hizmetlerde sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler iç içe geçmiş durumdadır. Temel problem bu alanda varolan yatakların yalnızca %30'unun kamuya ait olması ve bunların talebi karşılamada eksik kalmasıdır. Kamu sektöründe en çok verilen sosyal hizmet türü tıbbi desteğe sahip ev hemşirelerinin kullanılmasıdır. Buna rağmen evde bakıma ulaşım genelde çok sınırlıdır ve bir çok yönden tıbbi bakımla eşgüdümünde bir eksiklik vardır.

Ruhsal tedavi 1986'da Ulusal Sağlık Sistemi'yle birleştirilmiştir ve yapısal olarak yeniden düzenlemeye tabi tutulmuştur. 1991'den 1996'ya kadar olan dönemde ruh hastalıkları hastahanelerinin yatak sayısında düşüş yaşanırken, genel hastahaneler içindeki ruh hastalıklarına ait yatak sayısında artış olmuştur. Ruhsal tedavi alanındaki yeniden düzenlemelerde bölgeler arasındaki gelişim eşit olmamıştır ve bu alanda sosyal hizmetlerle sağlık hizmetleri arasındaki eşgüdümden eksiklikler bulunmaktadır (3/5,6).

II.7.5. Sağlık İnsangücü

Ulusal İstatistik Kurumu (Instituto Nacional de Estadística, INE) tarafından ifade edildiğine göre ülkede 220.000 kayıtlı hemşire ve 190.000 kayıtlı doktor bulunmaktadır. Diğer önemli sağlık profesyonelleri grubu ise eczacılardır (17/12).

Tıbbi personelin çoğu devlet memuru benzeri konumdadır. 1990 yılında 1000 kişi başına 2,3 doktor düşmekteyken 2000 yılında toplam doktor sayısı Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalamasına yaklaşarak 1000 kişiye 3,2 doktor olmuştur. Toplam hemşire sayısı ise göreceli olarak düşük kalmıştır. 2000 yılı verilerine göre 1000 kişiye 3,7 hemşire düşmektedir (10/55).

Hastahanelerin sağlık alanında çalıştırılmak üzere gerçekleştirdiği istihdam oranı 1990 yılında bin kişiye 11'iken, 2000 yılında bu oran bin kişiye 16,4 olmuştur.

Kamu finansmanlı hastahanelerde çalışan uzmanların özel tedavi yapmasına ya da başka kamu hastahanelerinde çalışmasına izin verilmemektedir. Buna rağmen kamu finansmanlı hastahanelerde çalışan uzmanlar özel finansmanlı hastahanelerde çalışmasına izin verilmektedir. Kamu hastahanesinde çalışıp da özel hastahanelerde çalışmayan uzmanlara, bu hastahanelerde çalışan uzmanlara göre daha fazla ücret ödenmektedir (18/86,89).

26 üniversite bir çok Ulusal Sağlık Sistemi hastahanesi ile irtibatlı olarak tıp eğitimi vermektedir. Devlet üniversitelerinden başka Catalonia'da özel bir tıp okulu da vardır. Eğitim Ve Öğretim Bakanlığı sağlık personelinin eğitim ve öğretiminden sorumludur. Her üniversite ulusal alt yapıya uygun olarak kendi müfredatını geliştirmektedir. Tıp okullarına adaylar devlet sınavında gösterdikleri başarıya göre seçilmektedir.

Tıp eğitimi 6 yıldır. Alt yapı, Eğitim Ve Öğretim Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan kredi temelli sistemdir. Eğitim iki bölümden oluşmaktadır. 3 yıl olan birinci bölümde klinik öncesi eğitim, yine 3 yıl olan ikinci bölümde klinik eğitimi verilmektedir. Eğitim Ve Öğretim Bakanlığı okulda eğitimden sorumludur ve Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı ile beraber mezuniyet sonrası eğitim ve insan gücü planlamasını yapmaktadır.

Tıp eğitimi kamu tarafından finanse edilmektedir ve üniversite müfredatının kontrolünün sorumluluğu özerk komisyonların yetki alanındadır. Eğitim ücreti gerçek eğitim maliyetlerinin yaklaşık %10'unu ancak karşılamaktadır.

Doktorlar eğitimini başarılı bir şekilde tamamlayıp mezun olmadığı sürece bağımsız tıbbi uygulama yapamamaktadırlar. Tıbbi Ve Cerrahi Uygulama Diploması (the Licenciado en Medicina y Cirugía) aldıktan sonra uzmanlık eğitimi almakta ve kendi uzman oldukları alanda tıbbi uygulamalar yapabilmektedirler.

Her tıbbi uzmanlık dalı için kendi profesyonel alanlarını düzenleyen çok önemli role sahip profesyonel topluluklar vardır. Bu topluluklar danışman rolü oynayan bir düzenleyici kurul olan Ulusal Tıbbi Uzmanlık Kurulunda temsil edilmektedir.

Toplamda 2.378 akredite eğitim birimi olmak üzere 227 akredite hastahane bulunmaktadır. 1978'den 1996'ya kadar bu sistem tarafından %25'den fazlası aile ve toplum hekimliği alanında olmak üzere 47.550 uzman eğitimi verilmiştir (15/2,3).

II.7.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi

İspanya dünyada eczacıların en yoğun olduğu ülkedir. 2.000 kişiye bir eczacı düşmektedir ve bu oran hızla artmaktadır. 1997'de 15.000 eczahane varken 2001 yılında bu sayı 20.000 civarına yükselmiştir (9/17).

İspanya'da ilaç üretimi yapan 300'den fazla şirket, 194 toptancı ve 19.222 eczahane bulunmaktadır. Sektör Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığı bünyesindeki İlaç Ve Tıp Ürünleri Ajansı tarafından düzenlenmektedir (17/11).

1996 yılı Mart ayından beri merkezi hükümet ilaç ve eczacılık alanında önemli düzenlemelere gitmiştir. 1996 yılından sonra İspanyol ilaç pazarında dört temel kamu politikası gözlemlenmektedir. İlk olarak 1998'de yeni bir negatif listeye geçilmiştir. İkinci olarak 2000 yılı Aralık ayında yıllık olarak güncellenen ve genişletilen referans fiyat listesi uygulamasına başlanmıştır. Üçüncü politika ise daha önce tüketici fiyatlarına göre ayarlanan geleneksel fiyat belirleme şekli yerine, ürünün jenerik durumu, eczahanelerdeki satış hacmi ve ürünün tüketici fiyatına göre çeşitli kriterlere göre belirlenen fiyat şekline geçilmiştir. Dördüncü ve son olarak da hükümet ve ilaç sanayisi arasında maliyetleri de göz önüne alan genel anlaşmalar yapılmaya başlanmıştır (9/4,5).

II.7.7. Geleneksel Tıp Uygulamaları

Geleneksel tıp halen dünya çapında popülaritesini korumaktadır. Buna ek olarak geçtiğimiz on yıl süresince hem de gelişmekte olan ülkelerde tamamlayıcı / alternatif tıp uygulamalarının kullanımının artmakta olduğu görülmektedir. Geleneksel tıp, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenlik ve faydaları sağlık otoritelerinde ve halkta önemli kaygılar yaratmaktadır.

Çeşitli geleneksel tıp uygulamaları farklı kültürler içerisinde, farklı bölgelerde gelişimini sürdürmektedir.

Fakat bu gelişim uluslararası standartların gelişimine ve geleneksel tıp olabilmesi için yerinde ve gerekli metotların kullanımının değerlendirilmesine paralel olmaksızın devam etmektedir. Bu yüzden geleneksel tıp konusunda ulusal deneyim ve bilgilerin paylaşımı çok önemlidir.

Tamamlayıcı / alternatif tıp, baskın sağlık sistemi içine girmeyen, ülke geleneklerinin bir parçası olmayan, sıklıkla başvurulan geniş sağlık uygulamalarıdır. Bir başka deyişle bazı zamanlarda kullanılan, doğal ilaçları, geleneksel olmayan tıbbi ve holistik¹ tıbbi içeren sağlık uygulamalarıdır. Bitkisel tedavi, bitkisel kökenli madde veya preparasyonlar ile tedavi ya da sağlığa fayda amacıyla, bir veya birden fazla maddenin ham veya bir süreçten geçirilerek hazırlanmasıdır. Geleneksel tıp, farklı yerel kültürler, deneyimler, inançlar ve teoriler üzerine kurulu, sağlığı koruyucu, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde ya da iyileştirilmesinde kullanılan, sağlığa faydaları açıklanabilir olan ya da olmayan uygulama ve becerilerin tümünü içeren bilgilerin toplamıdır.

İspanya geleneksel tıp ya da alternatif tıp üzerine bir ulusal politika, yasa, düzenleme, ulusal program, ulusal ajans, uzman komisyonu ya da ulusal bir araştırma kurumuna sahip değildir (4/1,112).

İspanya'da homeopati² 19. Yüzyılın başlarında gelişmeye başlamıştır. İlk İspanyol homeopati hastahanesi Madrid'de 1878'de kurulan Fundacion Instituto Homeopatico y Hospital de San Jose'dir. The Academia Medico Homeopatica de Barcelona 1890'da kurulmuştur. Hospital del Nen Deu of Barcelona bünyesinde bir homeopati ayakta tedavi merkezi vardır. İspanyol Homeopatik Tıp Topluluğu 1996'da kurulmuştur. Bu kurum tüm homeopatik dernekleri temsil etmektedir.

Homeopatiye ek olarak akupunktur gibi tamamlayıcı/alternatif tıp teknikleri de vardır. Buna rağmen 1987'ye kadar tamamlayıcı/alternatif tıp teknikleri İspanyol Sağlık Sistemi'nde sadece küçük bir role sahip olmuştur.

Tamamlayıcı alternatif tıpla alakalı bir çok dernek bulunmaktadır. 1996'dan beri İspanyol Tıbbi Danışma Kurulu lisanslı doktorlar tarafından uygulanmakta olan tamamlayıcı alternatif tıbbi desteklemektedir.

İspanya'da geleneksel tedavinin 27 Mart 1926 tarihli Krallık Kararnamesi gereğince lisanslı alopatik doktorlar tarafından yapılmasına izin verilmiştir.

¹ Holizm: Tabiat/Hilkatin bir birlik olduğunu ileri süren bir kuramdır.

² Homeopati, sağlığa kavuşturma sistemi olup, benzeri benzer ile tedavi etme temeline dayanır. Homeopati kelimesi "homoion" benzeri ve "pathos" acı çekme kelimelerinden türetilmiştir. Homeopati tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. S. Hahnemann tarafından kurulmuş ve geliştirilmiştir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) yıllar süren araştırmaları ve gözlemleri sonucu şu görüşe varmıştır : "Sağlıklı bir insan üzerinde bir doğal maddeyi mümkün olan en yüksek dozda alması ve bunun sebep olabileceği hastalık belirtileri ile alınan maddenin karakteristik özellikleri aynıdır".

Madrid'de bulunan Fundacion Instituto Homeopatico y Hospital de San Jose ve Barcelona'daki Hospital del Nen Deu kamu hastahaneleri hizmet başı ücret olarak ayakta homeopati tedavisi sunmaktadır. 20 Aralık 1990'da çıkan yasaya göre homeopatik uygulamalar için devlet sigorta sistemi aracılığıyla finansmanına haklı bir gerekçe olarak gösterilmemiştir. Homeopatik doktorların homeopatik uygulamalarının sosyal güvenlik kapsamını kazanması için yaptıkları çalışmalar başarısız olmuştur. İspanya'da sadece birkaç özel sağlık sigortası şirketi tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamalarını sigorta kapsamına almıştır (13/114-116).

1990'da çıkan İspanyol Tıbbi Ürünler Yasasının 25. Maddesi bitkisel ve geleneksel ilaçları düzenlemektedir. Yasa tarafından sadece yetkililerin ürettiği tıbbi ürünlerin kullanımı serbest bırakılmıştır.

İspanyada 2.277 bitkisel ilaç kayıtlı olmasına rağmen bunlar temel ilaç listesinde yer almamaktadır. Normal ilaçların satışı sonrası gözlem sisteminde olduğu gibi, bitkisel ilaçlar için kullanılan zararlı etkilerin gözlenmesini içeren gözlem sistemi 1985'de kurulmuştur. İspanya'da bitkisel ilaçlar, reçete edilmiş ilaçlar gibi eczahanelerde satılmaktadır (4/112).

A. ERDAL

SARUJIN

III. İSPANYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: İspanya Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	İSPANYA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	42,646 ¹	72,220 ¹
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	0,7 ¹	1,6 ¹
Kişi başına düşen GSMH (ABD \$) (2004)	25.582 ²	4.710 ³
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	7,7 ¹	7,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	71,3 ¹	71,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	28,7 ¹	28,4 ¹
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	7 ¹	54,6 ¹
Özel sağlık hizmetlerinin cepten ödemelerle karşılanan kısmı (%) (2003)	82 ¹	66,9 ¹
Özel sağlık hizmetlerinin özel ödeme planlarıyla karşılanan kısmı (%) (2003)	14,9 ¹	12,5 ¹
Kişi başına toplam sağlık harcaması (ABD \$) (2003)	1541 ¹	257 ¹
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	80 ¹	71 ¹
Bebek ölüm hızı (1000'de) (2004)	4,1 ²	28 ³
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	5 ¹	32 ¹
Bin kişiye düşen doktor sayısı (2003)	3,30 ¹	1,35 ¹
Bin kişiye düşen hemşire sayısı (2003)	7,68 ¹	1,70 ¹

Kaynak: (1) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 174,182,183,184,185,189,196,198.

(2) OECD (2006) Organisation for Economic Co-operation and Development, Spain Country Statistical Profile, s: 8,10.

(3) (22) WB (2006) The World Bank, Turkey Data Profile s: 9,11.

Kırk milyon civarında ve çoğunluğu kentsel alanlarda yaşayan nüfusu olan İspanya'da beklenen yaşam süresi 80 yıldır ve bu süre Avrupa ülkelerinin en yükseğidir. Ülkede GSMH'nın yaklaşık %7'si sağlığa harcanmakta ve devletin bu sağlık harcamalarındaki ağırlığı %71,3'dür. İspanya'da sağlık hizmetleri, Anayasa'nın öngördüğü şekilde özerklik tanınan 17 bölgeye devredilmiş, ancak bazı yetkiler merkezi hükümet otoritesi altında kalmıştır.

Türkiye'de yaklaşık yetmiş milyon insan yaşamakta ve GSMH'dan sağlığa ayrılan pay oransal olarak %5 ile %7 civarında kalmakla birlikte, miktar olarak İspanya'dan çok düşüktür. Her iki ülkede gelişmiş ülkelere nazaran daha düşük sağlık harcaması yapmasına rağmen, İspanya'nın sağlık göstergeleri Türkiye'ye göre oldukça iyi durumdadır. Ancak kişi başına düşen milli geliri göz önünde bulundurulursa İspanya'da bu oranın Türkiye'den yaklaşık beş kat daha yüksek olduğu görülmektedir. İspanya'ya nazaran sağlık hizmetleri daha merkezi bir şekilde yönetilen sağlık harcamalarında kamunun payı, İspanyada %70, büyük ağırlığı hizmet arzında olmak üzere yine Türkiye'de %35'in altındadır. Bu orandan sosyal güvence fonları hariçtir.

Türkiye'de memur, işçi, çiftçi esnaf vb. gibi çalışan kesimleri ve bunların bağımlılarını kapsayan sosyal sigorta kapsamında talep edilen sağlık hizmetleri için de, kamu harcamalarına yakın bir miktarda (%35), kişisel dolaylı (sigorta primi) ve bir o kadar da (%35) doğrudan (özel muayene, ilaç, katılım payları vb) ödenmektedir. İspanya'da devlet memurlarını kapsayan ve toplumun %5'ini içine alan sosyal sigorta kuruluşları devletin sağlık harcamalarının yalnızca %7'sini karşılamaktadır.

Her iki ülkede de halkın sağlığının korunması temel devlet görevlerinden sayılmaktaysa da İspanya'da bu durum devletin eylemlerine de yansımış ve genelde sosyal sigorta (prim) yerine genel vergilerle finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemi adı altında toplumun tümünü kapsayan bir sistem oluşturulmuştur.

İspanya'da 17 özerk bölge hükümetine devredilen sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve sunumu bu bölgelerin hükümetleri içerisinde örgütlenmiş Sağlık Bölümleri aracılığıyla yapılmaktayken, Türkiye'de illerde Valiler, merkezi yönetime bağlı İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla sağlık hizmetleri sunumu yürütülmektedir. Ancak Türkiye'deki İl Sağlık Müdürlükleri İspanya'ya nazaran çok daha az inisiyatif kullanabilmekte ve kararlar merkezi yönetimce alınmaktadır. Her iki ülke farklı şekilde örgütlenmiş olsalar da, ikisinde de bölgeler arasında eşitsizlikler bulunmaktadır.

İspanya'da merkezi hükümet yetkilerinin büyük kısmı Sağlık Ve Tüketici İşleri Bakanlığınca kullanılmaktayken, Türkiye'de benzer şekilde Sağlık Bakanlığı aracılığıyla kullanılmaktadır.

Her iki ülkede de sağlık hizmetleri hem özel hem de kamu sektörüne ait sağlık kuruluşlarınca sunulmaktadır. Türkiye'de ve İspanya'da kamu hastahanelerine yıllık bütçeyle kaynak aktarılmakta, Türkiye'de ayrıca hastahane döner sermaye gelirleri de büyük pay oluşturmaktadır. İki ülkede de sağlık harcamaları ikincil sağlık hizmetlerine yönelmiştir. İspanya'da yaşlı nüfusun çok fazla olması bu durumun temel nedenlerindedir.

İspanya'da birincil sağlık hizmetleri Sağlık Alanları ve Temel Sağlık Çevreleri olarak nüfusa ve coğrafi özelliğe göre sınırları çizilmiş alanlarda Ulusal Sağlık Sistemi çatısı altında bulunan Sağlık Merkezleri ve Birincil Sağlık Hizmeti Ekibi olarak adlandırılan birimlerle, pratisyen hekimlerce verilmektedir. Ayrıca hastahanelerdeki uzman hekimler de bu gezici sağlık ekiplerinde yer almaktadır.

Türkiye’de birincil sağlık hizmetleri nüfusun büyüklüğüne göre örgütlenmiş olan köylerde Sağlık Evleri ve Sağlık Ocakları, kentlerde Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri ve benzeri kamu sağlık birimlerince, çoğunlukla yardımcı sağlık personeli ve pratisyen hekimler aracılığıyla verilmektedir. Ayrıca özel sektör kapsamında hizmet veren muayenehaneler ile laboratuvar ve görüntü merkezleri de çok yaygındır.

Çevre sağlığı ve sanitasyon hizmetleri İspanya’da yerel yönetimlerce verilmektedir. Türkiye’de ise bu alanda parçalı bir yapı hâkimdir. Öncelikle Sağlık Bakanlığı’na, Tarım Bakanlığı’na ve yerel yönetimlere bağlı birimler, bu alanda görevlidir.

Özel sağlık sigortası şirketleri her iki ülkede de küçük bir rol oynamaktadır.

İspanya ve Türkiye’de tıp eğitimi altı yıldır. Doktorlar genellikle devlet memuru konumundadır ve maaşla ücretlendirilmekte, ayrıca verdiği hizmet başına da ücret almaktadır. İspanya’da on bin kişiye 33 doktor düşerken, Türkiye’de bu sayı 13’dür. Hemşirelerin oranında İspanya Türkiye’nin gerisindedir. İspanya’da on bin kişiye 76 hemşire düşerken, Türkiye’de 17’de kalmaktadır.

Geleneksel tıp uygulamaları her iki ülkede de resmi sağlık hizmetleri arasında sunulmamaktadır. Ancak her iki ülkede de bu tıp uygulamalar bulunmaktadır.

İki ülkenin sağlık sistemleri incelendiğinde İspanya’da hakim olan sistemin “kapsayıcı sağlık sistemi” Türkiye’de yürürlükte olan sistemin ise “refah yönelimli sağlık sistemi” olduğu görülmektedir.

Sağlık sisteminin arzı ve talebinde çok büyük bir ağırlıkla genel vergilerle finanse edilen kamu harcamalarının olması, sistemin tüm bireyleri kapsamaması gibi özellikleriyle İspanya’da Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi, Türkiye’de Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi yürürlüktedir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2005) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:12
2. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
3. WHO (2002) Health Care Systems in Transition HİT Summary – Spain, World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>
4. WHO (2005) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines, World Health Organization. <http://hinfo198.tempdomainname.com/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s7916e/s7916e.pdf>
5. HORN (2005) Health Care Devolution in Europe - Trends and prospects, Health Organization Research Norway. http://www.med.uio.no/heled/HORN/publications/2005/HORN_2005_1.pdf
6. WHO (2005) Purchasing to Improve Health Systems Performance, World Health Organization Regional Office for Europe. www.ns.who.dk/Document/E86300.pdf
7. Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social (2003), The Mutual Social Providence System in Spain, İçinden: News from Association Internationale de la Mutualité (AIM) Sayı:20 http://www.aim-mutual.org/docs/aims_20_en.pdf
8. U.S. Department of State (2006) Background Note: Spain, United States of America Department of State. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2878.htm>
9. CRES (2003) Incentives and Pharmaceutical Reimbursement Reforms in Spain, Pompeu Fabra University, Department of Economics and Business, Research Centre for Health and Economics (RCHE:CRES) <http://www.econ.upf.es/docs/papers/downloads/679.pdf>
10. WHO (2004) Snapshots of Health System – Spain, World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e87303.pdf>
11. SANCHEZ DE DIOS, M. (2002) The Welfare State: Pros and Cons, ECPR Joint Sessions of Workshops, Torino. <http://www.essex.ac.uk/ECPR/events/jointsessions/paperarchive/turin/ws1/SanchezdeDios.pdf>

12. The London School of Economics (2003) Description of the Spanish Long-Term Care Projections Model, Long-Term Care Expenditure in an Ageing Society.
http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf
13. WHO (2001) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary Alternative Medicine: A Worldwide Review, World Health Organization.
<http://hinfo198.tempodomainname.com/medicinedocs/collect/edmsweb/pdf/h2943e/h2943e.pdf>
14. EHFCN (2005) Spain, The European Health Care Fraud and Corruption Directory.
<http://www.ehfcn.org/documents/EHFCN.directory.pdf>
15. FCM (2004) Medical Education and Training in Spain, Universidade Nova de Lisboa Faculdade de Ciências Médicas (FCM)
http://www.fcm.unl.pt/investigacao/pedagogia/FCM_LINI.%20Lit%20review%20Spain%2027%20May%2004.pdf
16. IESE Business School Universidad de Navarra (2006) Comparing Non-Fatal Health Across Countries: Is the US Medical System Better.
<http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0525-E.pdf>
17. Instituto de Salud Carlos III (2004) Final Report on the KISA and Innovation Healthcare Study in Spain.
<http://www.oecd.org/dataoecd/46/63/34467301.pdf>
18. OECD (2003) Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries – Spain, Organisation for Economic Co-operation and Development.
<https://www.oecd.org/dataoecd/24/35/5163379.pdf>
19. SSA (2006) Spain, Social Security Programs Through the World: The Americas, Social Security Administration (SSA)
<http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/20042005/europe/spain.pdf>
20. Compostela Group of Universities and the PHEONIX TN (2004) European Social Protection Systems in Perspective.
<http://www.phoenixtn.net/publication/Social3T.pdf>
21. OECD (2006) Spain, Organisation for Economic Co-operation and Development.
<http://stats.oecd.org/WBOS/ViewHTML.aspx?QueryName=198&QueryType=View&Lang=en>
22. WB (2006) Turkey, The World Bank.
<http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,menuPK:361738~pagePK:141132~piPK:141109~theSitePK:361712,00.html>

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN