

# MALEZYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mesut BÜYÜKYILMAZ

Cuma KÖYSÜREN

Serkan HATİPOĞLU

Tahsin ÇAKIR

Mehmet ÖZTÜRK

A. ERDAL SARGUTAN

**MALEZYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1908
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1909
I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı	1909
I.2. Ülke Tarihi	1909
I.3. İdari Yapı	1910
I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı	1911
I.5. Ekonomi Ve Sanayi	1911
I.6. Ulaşım	1911
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1913
II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış	1913
II.2. Sağlık Sisteminin Kısa Tarihçesi	1914
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	1915
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1917
II.4.1. Özelleştirme Politikası Ve Etkileri	1918
II.4.2. Eczacılık Sektörü	1919
II.4.3. Tıbbi Ekipmanlar	1919
II.4.4. Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları Ve Eğitim	1920
II.4.5. Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	1921
II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı	1922
II.6. Sosyal Güvenlik Sistemi	1923
<b>III. MALEZYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1925
<b>KAYNAKLAR</b>	1927

**ÖZET**

Malezya'da sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu ana kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığının altında sırasıyla eyalet idareleri ve il idareleri yer alır.

Bağımsızlığını kazandığı 1957'den bu yana Malezya sağlık sistemini kurmuş ve geliştirmiştir. 1970 yılından itibaren Malezya'nın gelişim planları içinde fakirliğin azaltılması ana dayanak noktalarından biri olduğundan, sağlık sektörü ağırlıklı olarak beslenme programları, sağlığın iyileştirilmesi, ev ziyaretleri ve hükümete ait birincil sağlık hizmeti sunan kurumlarda kullanıcı ücretlerinin bazı kimselerden alınmaması üzerine yoğunlaşmıştır.

Hükümet sağlık sektörünü özelleştirme taraflısı bir tutum içindedir. Malezya'da Sağlık Hizmetlerine yönelik bir turizm sektörü oluşmuş durumdadır. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmetlerinin komşu ülkelerden daha iyi olması ve ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesine göre oldukça ucuz oluşudur.

Malezya sağlık sisteminde sağlık hizmetleri hem özel hem de kamu sektörü tarafından yürütülmektedir. Kamu sağlık sistemi Merkez Hükümetin topladığı vergilerden karşılanırken, özel sektör sağlık hizmetleri doğrudan ödemelerle finanse edilir.

Malezya sağlık sistemine yönelik olarak herhangi bir zorunlu sağlık sigorta sistemi yoktur. Ancak, tipik sigorta özellikleri taşımayan fakat yardımlaşma temelli Fon kuruluşları çeşitli gruplar için ayrı ayrı yapılandırılmıştır. Bunlar çeşitli boyutlarda sağlık hizmetleri de sağlamaktadır. İçlerinden en önemlisi, aileleri de kapsayan İşçi Tedbir Fonu'dur.

Malezya'da geleneksel tıp uygulamaları oldukça yaygındır ve hükümet tarafından desteklenmektedir. Son yirmi – otuz yıl içinde geleneksel tıp Malezya halkının sağlığına önemli katkılarda bulunmuştur.

Ülkede 10 adet tıp okulu bulunmaktadır. Çeşitli dallarda eğitim görmeleri için İngiltere ve Avustralya Üniversitelerine öğrenciler gönderilmektedir.

Malezya halen mevcut olan kamu mali desteği de içeren Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sisteminden, Refah Yönelimli / Sigorta tipine geçiş içindedir.

# MALEZYA SAğLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Malezya
YÖNETİM BİÇİMİ	: Monarşik Krallık
YÜZÖLÇÜMÜ	: 330.434 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 22.500.000 kişi
BAŞKENTİ	: Kuala Lumpur
PARA BİRİMİ	: Malezya Ringiti
RESMİ DİLİ	: Malayca (1/1; 8/1)

### I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı

Güneydoğu Asya ülkelerinden olan Malezya, kuzeyden Tayland, Güney Çin Denizi ve Brunei, doğudan Selebes Gölü, güneyden Endonezya, Singapur ve Malakka Boğazı, batıdan Hint Okyanusu'yla bitişik olan Andaman Denizi'yle çevrilidir. Akarsu bakımından oldukça zengindir. En önemli akarsuları Rejang, Ketantan, Sai Perak ve Sai Rompin ırmaklarıdır. Malezya toprakları iki büyük kara parçasıyla bunların arasındaki Güney Çin Denizi'nde yer alan adalardan meydana gelir. İki büyük kara parçası Batı Malezya ve Doğu Malezya'dır. Batı Malezya bir yarımada şeklindedir ve ince bir kara bağlantısıyla şimdiki adı Tayland olan Siyam'a bağlıdır. Doğu Malezya, büyük bir kısmı Endonezya hâkimiyetinde olan Rorneo adasının içindedir. Topraklarının %30'u tarım alanı, %61'i ormandır. Malezya'da bol yağmurlu ve tropikal bir iklim hakimdir. Doğu Malezya, Batı Malezya'dan daha yağışlıdır (1/2).

### I.2. Ülke Tarihi

Malezya'nın batısına doğusunun tarihini ayrı ele almak gerekir. Tarihi kaynaklarda Batı Malezya'dan Malaya olarak söz edilir. İslam'ın bu bölgeye ulaşmasından önce Budistler ve Brahmanistler buralarda çeşitli devletler kurmuşlardır. İslam Malezya'ya 1400 yılından sonra girdi. Malakka boğazı kıyısındaki Malakka şehrinin kurucusu Prenses Prameswara 1414 yılında Pasai kralının kızıyla evlenerek Müslüman oldu ve adını Mecat İskender Şah olarak değiştirdi. Onun Müslüman olmasından sonra yönetimi altındaki bölgelerde İslam hızla yayılmaya başladı. Batı Hindistan'dan gelen Müslümanlar da ona yardımcı oldular. Mecat İskender 1424'te öldü ve ondan sonra gelen hükümdarlar da ülkelerinde İslam'ı yaymaya çalıştılar. 1446'da Malakka sultanlığına geçen Sultan Muzaffer Şah zamanında İslam resmi din oldu. Aynı zamanda Malakka, Güneydoğu Asya'da İslam'ın merkezi halini aldı. Ticari ve ekonomik önemi de arttı ve Müslüman tüccarlar burayı daha çok ziyaret etmeye başladılar. Muzaffer Şah'ın yönetimi 1458'e kadar sürdü ve yerine oğlu Mansur Şah geçti. 1477'ye kadar hüküm süren Mansur Şah döneminde Malakka Sultanlığı çevrede siyasi ve dini açıdan etkili bir konuma geldi. İslam Malaya'nın diğer bölgelerine ve bugün Endonezya yönetimi altında bulunan Sumatra adasına da yayılmaya başladı. Bu sıralarda Portekizli sömürgeciler bölgeyi rahatsız etmeye başladılar. 1511'de de Malakka limanını ele geçirdiler.

O sıralarda Malakka yönetimini elinde bulunduran Sultan Mahmud, Portekizlilerin saldırıları karşısında fazla dayanamayarak Malakka'yı onlara bıraktı ve kendisi kendisi Johor'a geçerek burada da ayrı bir sultanlık kurdu. O zamana kadar Johor, Malakka Sultanlığı'nın bir vilayeti idi. Portekizliler Malakka'yı ele geçirdikten sonra bu bölgede Hıristiyanlaştırma çalışmaları başlattılar, ancak başarılı olamadılar. Johor Devleti, Malakka'yı Portekizlilerden geri almak için birkaç kez hareket düzenledi. 1641'de de Portekizlilerin elinden aldı. 1812'de Pahang, Johor'dan ayrılarak bağımsız devlet oldu. 1824'te Johor tekrar ikiye ayrıldı ve Rio Lingga merkezli ayrı bir prenslik kuruldu. Bu ayrılmalar daha sonra da devam etti ve bölgede Perak, Selangor, Kedah gibi birkaç prenslik ortaya çıktı. 19. yüzyılın sonlarına doğru bölgeye İngiliz sömürgeciler geldi ve 1786'da şiddetli saldırılar sonucu Kedah devletinin elindeki Penang şehrini aldılar. Daha sonra burayı bir üs edinerek işgal alanlarını genişlettiler. 1824'te Malakka'yı da Hollandalıların elinden alarak bölgede geniş bir alanı ele geçirdi ve bölgedeki bütün yerel yönetimleri İngiliz himayesine kabule zorladılar. En son 1889'da 9 devletçikten oluşan Negri Sembilan federasyonunun da İngiliz himayesine girmesiyle Malay yarımadası tamamen İngiliz sultasına geçti. İngilizler bir yandan bölgenin bütün tabii zenginliklerini kendi ülkelerine taşıırken bir yandan hareketinin doğmasına vesile oldu. 1930'dan itibaren bu yarış hareketi örgütlü bir faaliyete dönüştü. II. Dünya Savaşı'ndan sonra United Malays National Organization (UMNO) kuruldu. Ancak bazı etnik gruplar bu organizasyona girmediler. 1948'de İngiliz denetiminde bir Malaya Federasyonu kuruldu. 31 Ağustos 1957'de de Malezya'nın bağımsızlığı ilan edildi.

Doğu Malezya'nın Sarawak ve Sabah eyaletlerinin bulunduğu Borneo adasına İslam 15. yüzyılın başlarında girmiştir. Burayı 1826'dan itibaren Hollandalılar işgal etmeye başladılar. Ancak çok geçmeden İngiliz sömürgeciler de adaya geldiler ve 1841'de Brunei sultanlığı tarafından Sarawak eyaleti İngilizlere bırakıldı. Sarawak 14 Haziran 1888'de resmen İngiltere'ye tabi oldu. Brunei sultanı 1877'de de Sabah'i İngilizlere bıraktı. İngilizler Malezya'nın bağımsızlığını tanıdıktan bir süre sonra Sarawak ve Sabah'tan da çekildi ve 16 Eylül 1963'te Singapur 1965'de konfederasyondan ayrılarak ayrı bir devlet oldu. Malezya'nın bağımsız olmasından sonraki kralları Negri Sembilan Sultanı Abdülaziz Şah (1960-1961), Seyyid Harun Putra (1961-1975), Yahya Petra (1975-1979), Ahmed Sahu'l-Mustafa (1979-1989), Tuhanku Azlan Muhibbuddin'dir. (1989'dan sonra) (1/2-4).

### 1.3. İdari Yapı

Malezya krallıkla yönetilen ve çok partili demokratik sisteme dayalı bir konfederasyondur. Konfederasyonu oluşturan federal eyaletler de krallıkla yönetilir. Batı Malezya'da bulunan eyaletlerin krallarından biri dört yıllığına genel kral yani "yüce başkan" seçilir. Ülke 31 Ağustos 1957'de yürürlüğe konan anayasayla yönetilmektedir. İki meclisli bir parlamenter sistem uygulanmaktadır. Birinci meclis 69, ikinci meclis 180 üyeden oluşur. Bu meclislerin üyeleri serbest genel seçimlerle belirlenir. Malezya, BM, İKÖ (İslam Konferansı Örgütü), Asya Pasifik Ekonomik İşbirliği, İngiliz Milletler Topluluğu (Commonwealth), Uluslararası Para Fonu (IMF), İslam Kalkınma Bankası gibi uluslararası örgütlere üyedir.

11'i Batı, 2'si Doğu Malezya'da bulunan 13 federal eyaletten ve 133 ilden meydana gelir. Başkentin de yarı federal bir statüsü vardır (1/2).

#### I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı

Malezya'da en kalabalık etnik kitle nüfusun %40'unu oluşturan Malaylardır. Malaylar Singapur, Endonezya, Tayland ve Madagaskar'a da yayılmışlardır. Konuştukları Malayca Endonezya dilinde çok yakındır. Malezya'daki Malayların tamamı Müslüman'dır. İkinci büyük etnik unsur %35 orana sahip olan Çinlilerdir. Çinlilerin içinde az sayıda Müslüman vardır. Çoğunluğu Budist, bir kısmı Hıristiyan'dır. %10 oranında da Hintli vardır. Hintlilerin az bir kısmı Müslüman, çoğunluğu Hindu'dur. Çinliler ve Hintliler Çin'den ve Hindistan'dan gelmiş olan göçmenlerdir. %3.1 oranında Cavalı vardır. Cavalıların tamamı Müslüman'dır. Geriye kalan nüfusu şu etnik unsurlar oluşturur: Minangkabı (%0.3), Sama (%0.8), Melanau (%0.4), Güney Asyalı (%0.35), Bugi (%0.2), Kalabit, Hut, Molbog. Bu etnik unsurların büyük çoğunluğu Müslüman, bir kısmı da Hıristiyan veya yerel dinlere mensuptur.

Resmi dil Malayca'dır. İngilizce ve Arapça da geçerli dillerdir. Tamilce ve Çince başta olmak üzere çeşitli etnik unsurların dilleri de konuşulmaktadır.

Resmi din İslam'dır. Halkın %55'i Müslüman'dır. Müslümanlar genellikle Sünni ve Halefidirler. %17 oranında Budist, %11.6 Konfüçyüsçü (Çin dini mensubu), %7 oranında Hindu, %6 oranında Hıristiyan vardır. Kalan nüfus ise değişik yerel dinler mensuptur (1/1).

#### I.5. Ekonomi Ve Sanayi

Malezya ekonomisi birinci derecede tarım ve hayvancılığa dayanır. Ürettiği tarım ürünlerinin başında pirinç, kauçuk, palmye tohumu, ananas, kakao ve çeşitli meyve ve sebzeler gelir. Uzun bir sahile sahip olması itibarıyla balıkçılık da yaygındır. Orman ürünleri ekonomiye önemli katkı sağlamaktadır. Yerel kaynaklarca da zengindir. En çok kalay rezervine sahiptir. Ancak maden rezervleri sömürge döneminde İngilizler tarafından azaltılmıştır. 1970'lerden buyana petrol ve doğal gaz da üretilmekte ve ihraç edilmektedir.

Malezya sanayi bakımından iyi bir seviyede sayılır. Petrol arıtma tesislerinin yanı sıra otomobil, dayanıklı tüketim malları, tekstil ürünleri, çeşitli gıda maddeleri, çimento ve diğer inşaat malzemeleri, kimyasal maddeler, gübre, kauçuk, plastik eşya, toprak ve madeni eşya, mekanik araçlar, elektrik gereçleri, ilaç, palmye yağı vb. üreten çok sayıda fabrika kurulmuştur. İmalat sanayisinin gayri safi yurtiçi hasıladaki payı %27'dir. Çalışan nüfusun yaklaşık %18'i sanayi sektöründe iş görmektedir (1/4).

#### I.6. Ulaşım

Malezya'nın büyük bir bölümünde gelişmiş kara, deniz ve havayolu ile ulaşım imkanları bulunmaktadır. Malezya yarımadasının batı kıyısı boyunca, Singapur'dan Tayland'a kadar uzanan paralı otoyol bulunmasına rağmen, doğu kıyısında bu tür alt yapı bulunmamaktadır.

Malezya'da yük ve yolcu taşımacılığının %90'ı karayoluyla gerçekleştirilmektedir. Malezya'da 2000 km uzunluğunda demiryolu bulunmaktadır. 1998 yılında faaliyete geçen Kuala Lumpur uluslararası havaalanı yıllık 100 milyon yolcu kapasiteli olup, 40'tan fazla havayolu şirketi ile dünyanın değişik bölgelerinden Malezya'ya ulaşmak mümkündür. Havalimanı Kuala Lumpur'a yaklaşık 50 km uzaklıktadır. Malezya'da 6'sı federal olmak üzere 16 liman bulunmaktadır. Denizyolu ile en yakın Klang Limanı vasıtasıyla Malezya'ya giriş yapılmaktadır. Bu liman Kuala Lumpur'a yaklaşık 50 km uzaklıktadır. Ayrıca Kuala Lumpur'a Singapur ve Tayland üzerinden kara ve demiryolu ile ulaşmak mümkündür (18/4).

A. ERDAL

SARGUTIMIN



## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Bağımsızlığı kazandığı günden bugüne değin Malezya, tüm Malezyalıların gurur duyduğu bir sağlık sistemi kurmuş ve geliştirmiştir (5/2).

Malezya'da sağlık, gelişim sürecinin ve sosyoekonomik ilerlemenin bütünlük bir parçası olarak ele alınmıştır. 1970 yılından itibaren Malezya'nın gelişim planları içinde fakirliğin azaltılması ana dayanak noktalarından biri olduğundan, sağlık sektörü ağırlıklı olarak beslenme programları, sağlığın iyileştirilmesi, ev ziyaretleri ve hükümete ait birincil sağlık hizmeti sunan kurumlarda (kullanıcı ücretlerinin bazı kimselerden alınmaması üzerine) yoğunlaşmıştır (2/5).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen bebek ölüm oranları ve yüksek yaşam beklentisi gibi göstergelere göre, Malezya'nın sağlık statüsü bu ülkeye göre daha fazla endüstrileşmiş ülkeler kadar iyi durumdadır. Üstelik Malezya bunu GSYİH'sinin sadece %2,5'ini bu hizmetlere ayırarak gerçekleştirmektedir. Örneğin ABD, Malezya'ya göre aynı göstergelerde çok küçük bir farkla daha iyi durumda olmasına rağmen, GSYİH'sinin %14'ünü sağlık sektörüne ayırmaktadır (3/1).

**Tablo 1: Sağlık Sistemine İlişkin Bazı Göstergeler,**

Gösterge	Değer
<i>Doğumda Beklenen Yaşam Süresi</i>	
Tüm nüfus	72,0
Erkek	69,6
Kadın	74,7
<i>Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altında ölüm olasılığı) (1000 kişide)</i>	
Erkek	10
Kadın	8
<i>Yetişkin Ölüm Hızı (15-59 yaş arasında ölüm olasılığı) (1000 kişide)</i>	
Erkek	192
Kadın	106
<i>Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl)</i>	
Tüm Nüfus	63,2
Erkek	61,6
Kadın	64,8
<i>60 Yaşında Sağlıklı Yaşam Beklentisi (Yıl)</i>	
Erkek	10,9
Kadınlar	12,0
<i>Sağlık Sisteminin Kötülüğünden Dolayı Doğumda Kaybedilen Sağlıklı Yıl (yıl)</i>	
Erkek	8,0
Kadın	10,0
<i>Sağlık Sisteminin Kötülüğünden Dolayı Doğumda Kaybedilen Toplam Yaşam (yıl)</i>	
Erkek	11,4
Kadın	13,3

**Kaynak:** (6) WHO (2003) Health Indicators in Malaysia s. 1.

Birçok yönden, Malezya endüstrileşmiş ülkelerle aynı sağlık sorunlarına sahiptir. Bulaşıcı hastalıklar çoğunlukla kontrol altındadır ve bulaşıcı olmayan hastalıklar da bu ülkelerdekileri benzerdir (4/1).

Malezya, oldukça yüksek sağlık standartlarına sahip bir ülkedir. 2.000 yılında bebek ölüm oranı 1.000 canlı doğumda 7,9 ve anne ölüm oranı da 1.000 canlı doğumda 0,2'dir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 69,6 yıl ve kadınlarda 74,7 yıldır. Ortalama yaşam beklentisinde cinsiyetler arasındaki farkın nedeni, erkekler arasında kalp krizi, beyinle ilgili sorunlar ve kanser gibi oldukça yaygın olan bulaşıcı olmayan rahatsızlıklardır. Bunlara ek olarak, trafik kazalarından ve nüfusun yaklaşık %8-10'unda rastlanan şeker hastalıklarından kaynaklanan rahatsızlıklarda ve ölümlerde bir artış gözlenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümler, gelişmiş ülkelerdekileri aynı yapıları göstermektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte bu hastalıkların rastlanma sıklıkları da artmaktadır.

Özellikle kırsal alanlarda sosyal ve ekonomik nedenlerden dolayı bulaşıcı hastalıklardan da kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır. Tuberküloz, kolera gibi hastalıklar ve el, ayak ve ağızla ilgili hastalıklar acil durum sinyalleri vermektedir. Sıtma ülkenin merkezinden uzak kesimlerinde oldukça sık görülmektedir (2/4).

## II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Bugünkü sağlık sistemi hizmetlerinin kökeni 1923 yılında kurulan ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine dayandırılabilir. Daha sonraki yıllarda, bu hizmetler sağlık hizmetlerinde modern yöntemlerin yaygınlaştırılması için itici bir güç haline gelmiştir. Bağımsızlıkla birlikte bir sağlık bölümü kurulmuş, bu bölümü daha sonra Sağlık Bakanlığı adını almıştır. Bu bakanlığın finansman kaynakları genel vergiler içinde ulusal beş yıllık gelişme planlarına göre tahsis edilmekteydi (7/11).

Bağımsızlığın ilk yıllarında sağlık hizmetleri daha çok büyük şehirlerde yoğunlaşmıştı ve tedavi edici hizmetlere yönelikti. Ülkeye özgü bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle yönelik herhangi bir kontrol mekanizması yoktu. Ayrıca sağlık personeli sayısı her düzeyde yetersizdi. Bağımsızlıktan sonra, sağlık hizmetlerinin ana sorumluluğu merkezi hükümete geçti. Sağlık hizmetlerinin dağıtımı konusunda eyalet ve il yönetimlerinde idari birimler kuruldu.

Bağımsızlığı takip eden 20 yıl boyunca (1957-77) politik oturmuşluk ve buna bağlı olarak uygulamaya konulan bir dizi 5 yıllık kalkınma planlarında sağlık sektörüne gereken önem verilmeye başlandı.

● Sağlık yapısı özellikle de kırsal alanlarda hızla gelişim gösterdi. 1978 yılında her biri 2000 kişiyi kapsayacak şekilde ebe kliniklerinden, 10.000-50.000 kişilik kapsama sahip sağlık merkezleri ve sağlık alt merkezlerinden, 150-400 yataklı kırsal alan tabanlı il hastahaneleri, 500-2000 yataklı genel hastahanelerden meydana gelen bir ağ oluşturuldu. Buralarda genel ayakta tedavi hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, özel dal hizmetleri verilmeye başlandı. Böylece sağlık sistemi içinde bir sevk zincirinin de oluşması sağlandı (13/151-152).

1983 yılında ülkede sağlık sisteminin özelleştirilmesi gündeme getirildi. 1991 yılında hükümet Özelleştirme Ana Planı'nı yayınladı ve sistem içinde bazı hedeflerin gerçekleştirilmesi için bazı özelleştirmeler önerdi. Sağlık sisteminde bu yönde önemli değişiklikler gerçekleşmeye başladı. Örneğin 1985 yılında 3.666 yatak kapasitesi ile 135 adet özel hastahane varken, bu sayı 1997 yılında 8.936 toplam yatak kapasiteli 219 hastahaneye çıktı. Ancak özelleştirme hükümetin beklentilerinin altında gerçekleşti. Bunun da en önemli nedeni Vatandaşlar Sağlık İnisiyatifi ve Malezya Tıp Birliği gibi kuruluşların özel sağlık hizmetlerinin daha pahalı olacağı ve düşük gelirli grupların bundan zarar görecekları konusunda yaptıkları baskıydı. Buna karşılık hükümet 1998 yılında Özel Sağlık Tesisleri Ve Hizmetleri Kanunu ile hedeflerin gerçekleştirilmesinde eşitliğin ön plana alınmasını sağladı (7/12).

### II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

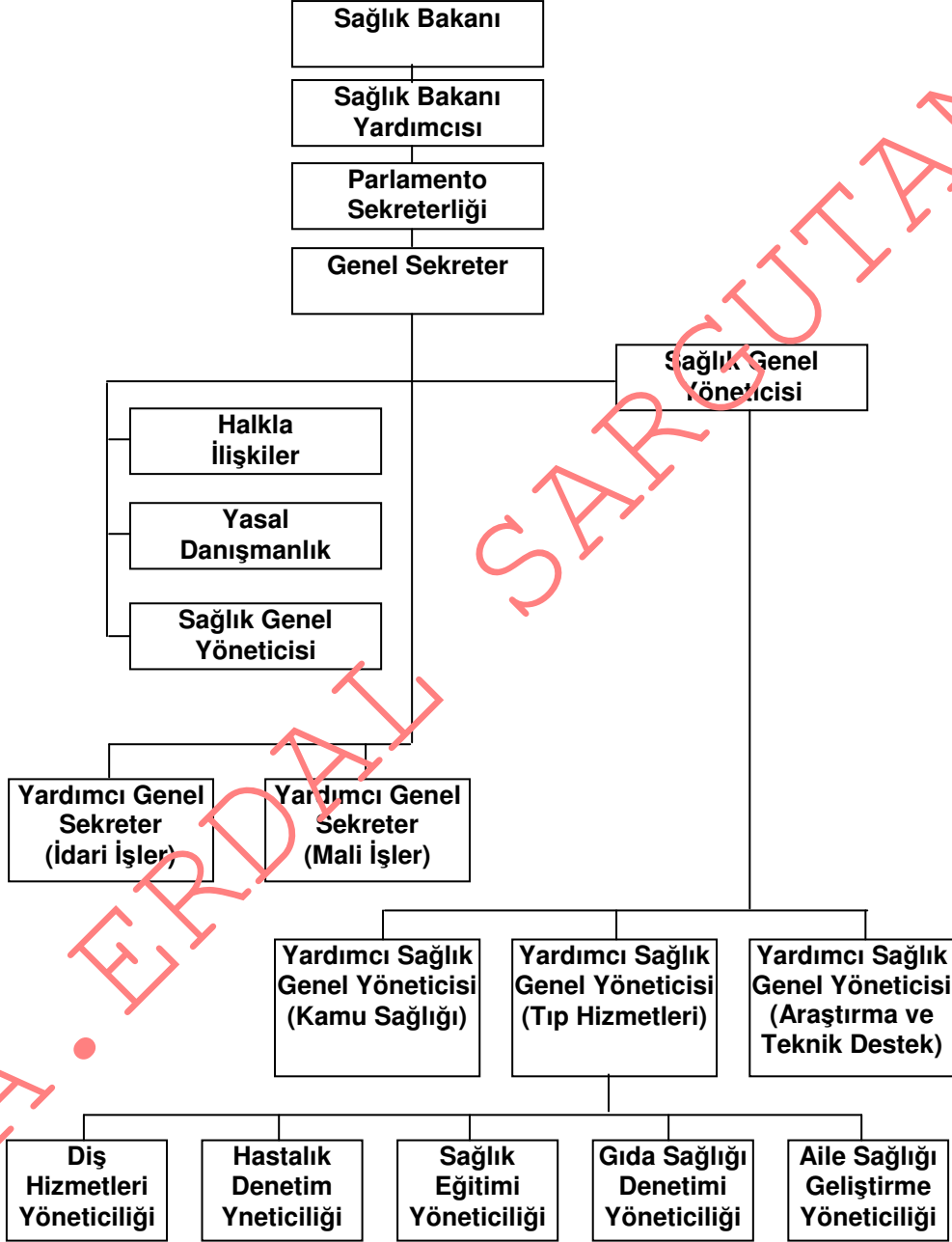
Federal bir hükümet yapısına sahip olan Malezya'da sağlık hizmetleri merkezde Sağlık Bakanlığı olmak üzere merkeziyetçilik en uzak bir yapıyla idare edilmektedir (2/5).

Malezya Sağlık Bakanlığı'nın idari yapısı Şema 1'de verilmiştir.

Şema'da görülebileceği gibi Sağlık Bakanlığı'nın iki ana bileşeni vardır: İdari ve Mesleki. İdari hizmetler İdari İşler ve Mali İşler olmak üzere ikiye ayrılırken, mesleki hizmetler Tıp Hizmetleri, Kamu Sağlık Hizmetleri ile Araştırma ve Teknik Destek Hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmıştır. Bu üç mesleki hizmetin altında işlevleri aşağıda verilen 11 alt bölüm vardır:

- 1) Tıbbi Gelişim Bölümü
  - Tıp ve uzmanlık hizmetlerini planlar ve geliştirir,
  - Araştırmalar yürütür ve tıp hizmetleri ve teknolojilerine yönelik politikalar oluşturur.
  - Sağlık Bakanlığı içindeki ve dışındaki birimlere danışmanlık hizmetleri verir,
  - Sağlık hizmetlerinin sunumunda sektörler arası işbirliği sağlar.
- 2) Tıbbi Uygulama Bölümü
  - Tıp hizmetlerine yönelik tıp yasalarını oluşturur ve günceller,
  - Özel hastahanelerin lisans işlemlerini yürütür,
  - Ekipman ve tıbbi finansman ihtiyaçlarını belirler ve bunların teminini sağlar.
- 3) Ağız Sağlığı Hizmetleri
  - Kamu ağız sağlığı hizmetlerini sunar (özel sektör ağız sağlığı hizmetleri kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır).
- 4) Hastalık Denetim Bölümü
- 5) Aile Sağlığı Bölümü
- 6) Sağlık Eğitimi Bölümü
- 7) Gıda Kalite Denetim Bölümü

Şema 1: Malezya Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



**Kaynak:** (10) Pacifik Bridge Medical (1999) Regulatory Updates On Malaysia's Medical Market, s.2.

## 8) Tıbbi Araştırmalar Bölümü

- Çeşitli "öncelikli alanlarda" araştırmalar yürütür,
- Az bilinen hastalıklar konusunda bilgi toplar.

## 9) Eczacılık Hizmetleri Bölümü

- Ülkede üretilen ya da ithal edilen ilaçların onaylanması ve bunlara yönelik politikaların belirlenmesinde önemli bir rol oynar,
- Hastahanelerdeki ilaç etkinliklerini, üretimi ve depolama işlerini, satın alma ve dağıtım konularını izler.

## 10) Mühendislik Hizmetleri Bölümü

- Koruyucu sağlık programlarının kamu sağlığı mühendisliği prensip ve yöntemlerine uygun olarak planlar, uygular, izler ve koordine eder.
- Teknik yardım, danışmanlık ve eğitim hizmetleri sunar.

## 11) Planlama Ve Geliştirme Bölümü

- Değişen sağlık ihtiyaçları ve teknolojik ilerlemelere göre sağlık tesisleri planlar ve geliştirir,
- Yönetim yetenek ve kapasitesinin programların planlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirmesini yürütür. (10/4-5).

**II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Malezya'nın birincil sağlık hizmetleri modeli Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Herkes İçin Sağlık" hedefine erişmeye uygun bir model olarak görülmektedir (12/1).

Malezya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda hem kamu sektörü hem de özel sektör önemli rol oynarlar. Sağlık hizmetlerinin yaklaşık %80'i kamu sektörü tarafından karşılanır ve sağlık hizmetleri bölgedeki en iyilerden biri olarak kabul edilir. Kamu sektörü büyük oranda bütçeden sübvansiyon edilir ve sağlığın iyileştirilmesinin yanı sıra birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde rehabilitasyon ve tedavi edici hizmetler sunar. Diğer yandan hızla büyüyen özel sektör, daha çok tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik olup, herhangi bir sübvansiyon almazlar, sadece hizmet başına ücret anlayışı ile finanse edilirler (10/1).

Kamu hastahanelerinin üç türü vardır: 1) Genel hastahaneler, 2) İl hastahaneleri ve 3) Uzmanlaşmış tıp kuruluşları (UTK). Malezya'daki 16 eyaletin her birinin başkentinde bir genel hastahane vardır. Bunların ortalama yatak kapasiteleri 600-700 civarındadır ve tam kapsamlı sağlık hizmeti sunarlar. Bütçelerinden ve kapsamlı hizmetlerinden dolayı genel hastahaneler Malezya'da en çok tercih edilen kamu hastahaneleridir. İl hastahaneleri daha küçük olup, ortalama 250-400 arasında yatağa sahiptirler. Bu hastahaneler genellikle temel teşhis ve tedavi hizmetlerini sunarlar. Uzmanlaşmış tıp kuruluşları ise cüzam ve tüberküloz gibi belirli hastalıkların tedavisine yönelik hizmet vermektelerdir. Bir sağlık klinikleri ağı halka birincil sağlık hizmetlerini sunmakta, ayrıca ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine yönelik bir sevk zinciri de sağlamaktadırlar. 100 ya da üzerinde yatağa sahip hastahanelerin büyük bir çoğunluğu kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır (10/2).

Özel hastahaneler, ülkedeki yatak sayısının sadece %20'sine sahipken, doktorların %54'ünü bünyelerinde çalıştırmaktadırlar (10/2).

Makul fiyata yüksek kalite sağlık standartlarından dolayı Malezya "sağlık turizmi" diye adlandırılan bir tecrübe yaşamaktadır. Daha az gelişmiş sağlık sistemine sahip komşu ülkelerden (Endonezya, Bangladeş, Vietnam, vs.) gelen hastaların yanı sıra yüksek ücretli sağlık hizmetlerinin sunulduğu gelişmiş ülkelerden de hastalar kendi ülkeleri yerine Malezya'ya gelmektedirler. 2005 yılında yaklaşık 103.000 "sağlık turistin" 15 milyon ABD Doları harcadığı kaydedilmiştir. Hükümet ülkeye sağlık turizmi amaçlı gelen kişi sayısının yıllık %30 oranında arttığını tahmin etmektedir (11/2).

**Tablo 2: Hastahaneler ve Yatak Sayıları**

Yıl	Kamu Hastahanesi Sayısı	Yatak Sayısı	Özel Hastahane Sayısı	Yatak Sayısı	Doktor Ve Diş Hekimi Sayısı
1980	96	27.839	50	1.171	Veri yok
1985	94	25.201	133	3.666	Veri yok
1995	118	33.588	197	7.192	11.358
1996	117	33.818	203	7.471	11.996
1997	117	33.918	219	8.963	16.113
1998	117	33.338	216	9.060	17.607
1999	121	34.455	225	9.498	17.412
2000	120	34.573	224	9.547	17.763
2001	121	34.522	224	9.949	18.371
2002	122	34.524	211	9.849	19.739
2003	124	39.450	219	10.405	20.609

**Kaynak:** (11) Malaysian-German Chamber of Commerce and Industry (2005) Market Watch Malaysia 2005 The Healthcare Sector—A Market With Potential for Growth, s2.

Genel olarak sağlık tesisleri tüm eyaletlerde eşit biçimde dağılmıştır. Ancak Sabah ve Sarawak eyaletleri istisnadır. Bu iki eyalet kırsal alanlarda çok düşük bir nüfus yoğunluğu vardır ve coğrafi yapının da getirdiği olumsuzluklar sebebiyle 2002 yılında burada doktor/nüfus oranı 1:1474 ve hemşire/nüfus oranı 1:715'tir (14/4).

#### II.4.1. Özelleştirme Politikası Ve Etkileri

Malezya sağlık sisteminin en önemli özelliklerinden biri, hükümetin sağlık sektörünü özelleştirme taraflısı bir tutum içinde olmasıdır.

Hızla özelleşen sektör içinde göz ardı edilen en önemli nokta ülkedeki her vatandaşın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabilme olanağının kısıtlanmasıdır.

Hükümetin sağlık hizmetleri vergilerle ve diğer kamu gelirleri ile karşılanmakta olup, birincil sağlık hizmetlerinde etkileyici bir kapsam yakalanmış durumdadır. Kırsal alanlarda yaşayanlar hükümete ait sağlık merkezleri ağı ve kliniklere yönelik olarak uygulanan sevk sistemi ile sağlığa yönelik ihtiyaçlarını karşılarlarken, kentsel alanlarda yaşayanlar hem hükümet hem de özel sektör hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Bu, ülkenin sanayileşmiş ülkelerdeki sağlık sistemi değerlerini yakalamasındaki en önemli etkidir. Kırsal alanlarda yaşayanlar hükümetin sunduğu ücretsiz ya da çok düşük ücretli sağlık hizmetlerini kullanmaktadırlar. Özel sektörün getirdiği rekabet ortamı ise sağlık hizmetlerine yönelik ücretlendirmelerin düşük olmasına katkıda bulunmaktadır. Özel sektörde faaliyet gösteren kuruluşların çoğu kar amaçlıdır.

Ancak, özelleştirme politikaları yüzünden kamu sektörü büyük bir sıkıntı içindedir. Hızla büyüyen özel sektöre, kamu sektöründeki olumsuz çalışma koşulları eklendiğinde, kamu sektöründe çalışan kalifiye elemanlar hızla özel sektöre geçmekte ve kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin kalitesi hızla düşmektedir. Özelleştirme işlemi, hastahanelerdeki bazı servislerin belirlenmesi yolu ile yapılmaktadır ve kamu hastahaneleri şirketleştirilmektedir. 1 Ocak 1998 yılında bir eğitim hastahanesi de özelleştirilmiş olup, diğer eğitim hastahanelerinin de bunu izlemesi beklenmektedir. Ulusal sağlık sigorta sistemine getirilecek yeni biçimlerle birlikte devlet hastahanelerinin çoğunun şirketleştirilmesi planlanmaktadır. Bundan en büyük zararı, kırsal alanlardaki sağlık kuruluşlarından şehirlerdeki hastahanelere doğru olan sevk zincirinin zarar görmesi beklenmektedir. Özelleştirme politikası içinde hükümet hastahanelerine ilaç üretip satan kamu kuruluşları da özelleştirilmektedir.

Hükümet kamu hastahanelerinin şirketleştirilmesi ile kamu sektöründen özel sektöre yaşanan bevin göçünün önüne geçilebileceğini düşünmektedir. Şirketleşmiş hastahanelerin personeline daha yüksek ücretler belirleme ve daha iyi çalışma koşulları sağlayacağı umulmaktadır (9/1-2).

#### II.4.2. Eczacılık Sektörü

1998 yılında Malezya İlaç Denetim İdaresi 22.085 ilaç ve yaklaşık 40.000 geleneksel ilaç başvurusu kabul etmiştir. Kayıtlı ürünlerden 8.187'si reçeteli ilaç, 5.415 reçete dışı ilaçlar ve 7.819'u geleneksel ilaçlardır.

Malezya'nın ilaç ihtiyacının %65'i ithal edilmektedir. Bunun en önemli sebebi de doktorların yerel markalara güvenmemesi ve daha yüksek kalitedeki ithal ilaçları tercih etmektedirler. İthal edilen ilaçlarla kıyaslandığında, yerel ilaçların çoğu ağrı kesiciler ve antibiyotikler gibi genel ilaçlardır (10/5)

#### II.4.3. Tıbbi Donanım

40'ın üzerinde tıbbi donanım şirketi Malezya'yı ürün geliştirme, üretim ve pazarlama üssü olarak kullanmaktadır.

Bunlar tek kullanımlık enjektörlerden en karmaşık donanıma kadar geniş bir ürün yelpazesi oluşturur. Malezya şu anda dünyanın en büyük cerrahi eldiven ve sonda (kateter) ihracatçısıdır.

Bu şirketlerden pek çoğu Malezya içinde ürün ve işlem geliştirme merkezleri kurarak faaliyetlerini artırmaktadır. Ülke içindeki bu sektörün gelişimi doğal olarak sağlık sektörüne olumlu yansımaktadır. Malezya hükümeti, tıbbi donanım endüstrisini stratejik bir unsur olarak görmekte ve teşviklerde bulunmaktadır (12/8).

#### II.4.4. Sağlık İnsangücü Ve Eğitim

**Tablo 3: Sağlık Çalışanları (1990-2000)**

Meslek Grubu	1990	1995	2000
<i>Tıp Çalışanları Sayıları</i>			
Doktor	7012	9504	14029
Diş Hekimi	1471	1791	2243
Eczacı	1239	1622	2586
<i>Nüfusa Oranları</i>			
Doktor	1:2569	1:2177	1:1658
Diş Hekimi	1:12245	1:11552	1:10370
Eczacı	1:14538	1:12756	1:8995
<i>Yardımcı Sağlık Personeli Sayıları</i>			
Diş Sağlığı Paramedikleri	2137	2720	4097
Radyologlar	508	530	1049
Kamu Sağlık Müfettişleri	1007	1418	2019
Tıbbi Asistanlar Ve Laborantlar	4903	5392	8287
Mesleki Terapistler	234	410	811
Hemşireler	28932	32401	47812

**Kaynak:** (10) Pacifik Bridge Medical (1999) Updates On Malaysia's Medical Market, s.3.

Malezya sağlık sistemindeki ilerleme kalifiye sağlık personeli alanında bir yetersizlik yaratmıştır. Bu sebeple 14 özel sektör eğitim kuruluşu hayata geçirilerek açık kapatılmaya çalışılmıştır. Hükümetin çeşitli çabalarına rağmen, sağlık sektörünün gelişimi insangücünün çeşitli kademelerindeki yoksunluklar yüzünden olumsuz yönde etkilenmiştir. 8. Malezya Planı'nın dönem ortası değerlendirme raporunda yardımcı sağlık personeli açığı 72.532 olarak tespit edilmiş ve kamu sektöründe çalışanların sayısının sadece 55.843 olduğu belirtilmiştir.



Diğer sağlık personeli açısından da durum pek farklı değildir. Doktor açığı 25.548, diş hekimi açığı 6.132 ve eczacı açığı da 12.263'tür. Özellikle diş hekimi sayısının nüfusa oranı 1:10.000'dir (11/6,7).

Beyin göçü, ülkedeki kamu hastahanelerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Kamu hastahanelerindeki kötü çalışma koşulları ve düşük ücretlerden dolayı, doktorların bir çoğu bu hastahaneleri terk etmekte ve özel sektöre geçmektedir (8/2).

Malezya'da sağlık sektöründe insan kaynaklarının geliştirilmesi için güçlü bir eğitim ve araştırma kapasitesi yaratılmıştır. Çok sayıda eğitimci ve araştırmacı dünyanın çeşitli üniversitelerinde öğrenim görmüş, birçoğu uygulama, öğretim ve araştırma için Malezya kurumlarına geri dönmüştür. Ülkede 10 tıp okulu bulunmaktadır ve bunlardan altısı kamu, dördü ise özel okuldur. Çeşitli dallarda eğitim görmeleri için İngiltere ve Avustralya üniversitelerine öğrenciler gönderilmektedir.

Ulusal Sağlık Enstitüleri'ne ait beş kuruluş vardır. Bunlardan 100 yaşındaki Tıp Araştırmaları Enstitüsü içlerinde en köklü olanıdır ve Asya-Pasifik Bölgesi'nin yanı sıra Afrika'dan gelen sağlık çalışanları için sağlık alanında çeşitli uzmanlık eğitimleri vermektedir. Artık, Ulusal Sağlık Enstitüleri Şemsiyesi altında, bu enstitü biyomedikal araştırmalar üzerine yoğunlaşmaya hazırlanmaktadır. Kamu Sağlığı Enstitüsü ise eğitim programlarını genişletmiş ve sağlık sistemi araştırmaları konusunda ulusal bir odak noktası ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliği merkezi konumuna gelmiştir. Diğer üç enstitü ise Sağlık İdaresi Enstitüsü, Sağlıkın İyileştirilmesi Enstitüsü ve Klinik Araştırma Merkezleri Ağı olup, bunlar yeni yeni faaliyete geçmektedirler (2/6).

Malezya'da insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik bir dizi politika izlenmektedir. Mesleki gelişim ve sürekli tıp eğitimine yönelik geniş çaplı programlar uygulanmaktadır. İşgücüne yönelik programların en önemlilerinden biri de sağlık sistemine erişimde hastaların ilk temas noktası olan birincil sağlık hizmeti hekimlerinin yeni alacak olan aile hekimliği uzmanlarının oluşturulmasıdır.

Yardımcı sağlık personellerine yönelik bir uygulama da mevcuttur. Bu uygulamada hedeflenen, yardımcı sağlık personellerinin tek bir dal yerine birden fazla dalda mesleki uygulamalar yapabilmelerini sağlamaktır.

Ancak sağlık sisteminde yaşanan personel sıkıntısı ve varolan personelin dağılımının kötü olması gerçek bir tehdit yaratmakta ve yapılması düşünülen reformların uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin özel sektöre kaymasının önüne geçilmesi için kamu sektörü sağlık personelinin çalışma şartlarının iyileştirilmesine de çalışılmaktadır (2/7,8).

#### **II.4.5. Geleneksel / Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları**

Son yirmi-otuz yıl içinde, geleneksel tıp Malezya halkının sağlığına önemli katkılarda bulunmuştur. Geleneksel tıp uygulamaları halk tarafından hastalıkların uzak tutulmasını sağlamak ve sağlığı korumak için sıkça kullanılmaktadır.

Geleneksel / tamamlayıcı sağlık uygulamaları Malezya'da her geçen gün artmaktadır. Bunda en önemli etken Malezya'nın doğal sağlık kaynakları açısından tropikal biyolojik çeşitliliğe sahip olması ve hükümetin bu uygulamaları desteklemesidir.

Ulusal boyutta yapılan bir araştırmaya göre, 1996 yılında Malezyalıların %2,3'ü bir geleneksel / tamamlayıcı tıp hekimine başvurmuş ve yine Malezyalıların %3,8'inin hem modern hem de geleneksel tıp yöntemlerini kullandığını göstermiştir.

Ülkede geleneksel / tamamlayıcı tıp hizmetlerini tanımlayan ve bunlara çeşitli standartlar getiren yasa ve yönetmelikler mevcuttur (5/2,3).

Geleneksel / tamamlayıcı tıp hekimleri için Malezya'da resmi bir eğitim programının hazırlanması gündemdedir. Ayrıca halkın da geleneksel / tamamlayıcı tıp uygulamaları konusunda daha bilinçli olarak hareket etmelerine yönelik kampanyalar da düzenlenmektedir (5/6).

### II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

Malezya'da, kamu sağlık sisteminin giderleri merkez hükümetin topladığı vergilerden karşılanırken, özel sektör sağlık hizmetleri doğrudan kişisel ödemelerle finanse edilir. Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan özel sağlık sigortaları da sistemin finansmanı için yeni bir kaynak durumundadır (15/1).

Malezya'nın GSYİH'sı içinde hükümetin sağlık harcamalarına ayırdığı pay Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyelerinin altındadır. Hem kamu hem de özel sektörün toplam sağlık harcamaları GSYİH'nın %3,8'ini oluşturmaktadır ki Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği oran en az %5'tir (8/1).

Sağlık Bakanlığı bütçesi yıldan yıla sürekli olarak bir artış göstermektedir ve bu artış sayesinde 9 yıllık bir süreç içerisinde nüfus %25 oranında artmasına rağmen bütçeden kişi başına düşen sağlık harcamaları yaklaşık 2,5 kat artmıştır (11/3).

**Tablo 4: Malezya Sağlık Bakanlığı Bütçe Kullanımı (2003)**

Sağlık Bakanlığı Toplam Bütçesi	7.556.006.400
İşletim Bütçesi	5.765.836.400
Geliştirme Bütçesi	1.790.170.000
Kişi Başına Düşen Pay	302
Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla	14.343

**Kaynak:** (17) Department Of Statistics Malaysia, (2003). Health Facts 2003, Information And Documentation System Unit Planning & Development Division, Department Of Health, Malaysia s. 6.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin 2004 yılı içinde 210 milyon Malezya Ringiti tutarında açık vermesi beklenmekteydi ve bu toplam bütçe içinde önemli bir açığı.

Bu yüzden bakanlık maliyet azaltıcı tedbirler almak zorunda kalmış, personelle yeni sözleşmelerin yapılması yavaşlatmış, daha ucuz alternatif ilaçların kullanılmasını teşvike yönelmiştir (8/1).

**Tablo 5: Ulusal Sağlık Sistemine İlişkin Bazı Mali Veriler**

Kişi başına düşen GSYİH (ABD Doları)	9.030
GSYİH'nın yüzdesi olarak toplam sağlık harcaması	3,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD Doları)	345
Toplam sağlık harcamaları içinde genel hükümet sağlık harcamalarının yüzdesi	53,7
Genel hükümet harcamaları içinde genel hükümet sağlık harcamalarının yüzdesi	6,5
Kişi başına düşen hükümet sağlık harcaması (ABD Doları)	185
Genel hükümet sağlık harcamalarının yüzdesi olarak sağlık sosyal güvenlik harcamaları	1,1
Toplam sağlık harcamaları içinde sağlık için dış kaynakların yüzdesi	0
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının yüzdesi	46,3
Özel sağlık harcamaları içinde yatırım planlarının yüzdesi	7,2
Özel sağlık harcamaları içinde doğrudan kişisel sağlık harcamalarının yüzdesi	92,80

**Kaynak:** (6) WHO (2005) Health indicators in Malaysia, [www.who.int/countries/mys/en/Country:Malaysia.s.2](http://www.who.int/countries/mys/en/Country:Malaysia.s.2)

## II.6. Sosyal Güvenlik Sistemi

1960'ların sonundan itibaren Malezya'nın sosyal refah sistemi emeklilerin finansal açıdan desteklenmesinden öte sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler üzerine yoğunlaştı. 1969 yılında çıkarılan Çalışanlar İçin Sosyal Güvenlik Kanunu, en az beş işçi çalıştıran tüm sanayi kuruluşlarının ve ayda 2.000 Malezya Ringiti'nden az kazanan her kişi için bir sosyal güvenlik kurumuna prim ödenmesi zorunluluğunu getirdi. Bu sistemle birçok düşük ve orta gelir düzeyindeki kişi sosyal güvenlik şemsiyesi içine alındı ve gelirleri 2.000 Malezya Ringiti'nin üstüne çıksa dahi "bir kez dahil olan hep dahildir" prensibiyle kapsam içinde kaldılar. Bu sistemle çalışanların büyük bir kısmı (ev hizmetçileri gibi bazı gruplar kapsam dışında kalsa da) sosyal güvenlik sistemi içine alındı. Kanunun getirdiği uygulamaların geliştirilebilmesi için Çalışanlar İçin Sosyal Güvenlik Organizasyonu kuruldu. Bu organizasyonla, çalışanlara; sanayi kazaları, mesleki hastalıklar ve sakatlıkların yanı sıra hastalık ve doğum gibi olaylarda da mali destek sağlanmaya başlandı.

Ancak sunulan bu hizmetler gelirden bağımsız ve herkes için eşit olmak yerine, çalışanların gelirlerine göre düzenlendi. Örneğin, geçici bir işgöremezlik durumunda sigortalının gelir düzeyine göre %25-%65 arasında değişen bir işgöremezlik maaşı ödenmektedir (7/8).

Ülkede şu anda uygulanmakta olan herhangi bir zorunlu sağlık sigortası uygulaması yoktur. Sağlık sigortaları sadece özel sigorta şirketlerince uygulanmaktadır. Ülkede zorunlu bir sağlık sigortası sisteminin olmamasının en önemli nedeni, bir sigorta sistemi uygulandığı takdirde, sağlık hizmetlerinin sadece sigorta primi ödeyen ya da ödeyebilen kimseler için erişilebilir olacağı, ama bu durumun ülkenin sağlık amaçlarından biri olan "Herkes İçin Sağlık" hedefine ters düşeceğinin düşünülmesidir (9/1).

**Tablo 6: Hükümet Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Değişimi**

Yıllar	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (milyon Malezya Ringiti)	Değişim %	Nüfus (milyon)	Kişi Başına Düşen Harcama (Malezya Ringiti)
1995	2.593,23	-	20,69	125
1996	3.424,78	32,21	21,17	161
1997	3.786,83	10,57	21,67	175
1998	4.237,96	11,91	22,18	191
1999	4.510,00	6,42	22,42	201
2000	4.931,32	9,34	23,30	212
2001	5.765,55	16,92	24,01	240
2002	6.299,07	9,25	24,53	257
2003	7.556,96	19,96	25,05	302

**Kaynak:** (11) Malaysian-German Chamber Of Commerce And Industry (2005) Market Watch Malaysia 2005 The Healthcare Sector – A Market With Potential For Growth, s. 3.

### III. MALEZYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 7: Malezya Ve Türkiye'ye Ait Bazı Göstergeler**

Göstergeler	Malezya	Türkiye
Toplam Erkek Nüfusu (2001)	11.662.700	34.614.300
Kadın Nüfusu (2001)	11.373.200	32.995.000
Nüfus Artış Hızı (%)	2,1	1,6
1000 Kişide Doğum Oranı	25,2	23,5
1000 Kişide Ölüm Oranı	4,8	6,5
Kırsal alan Nüfusu (%)	58,8	66,6
1000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Oranı	11,6	45,7
5 Yaş Altı Doğum Oranı	13	49
5 Yaş Altı Doğum Oranı (Kadın)	11	42
5 Yaş Altı Doğum Oranı (Erkek)	15	56
Ortalama Yaşam Beklentisi	71,9	69,0
Ortalama Yaşam Beklentisi (Kadın)	74,5	71,7
Ortalama Yaşam Beklentisi (Erkek)	69,6	66,5
60 Yaş Üzeri Nüfus (%)	7,1	8,9
Kişi Başına GSYİH	9.608	6.974

**Kaynak:** (16) UNFPA (2003) Country Profiles Database, Indicators Comparison Table, United Nations Population Fund And Population Reference Bureau s. 1-3

Malezya sağlık sisteminde sağlık hizmetleri hem özel hem de kamu sektörü tarafından yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı kamu sektörü tarafından karşılanır ve sağlık hizmetleri bölge ülkeleri arasında en iyilerden biri olarak kabul edilir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlık kamu sektöründedir. Özel sektörün payı az olmasına rağmen gün geçtikçe artmaktadır.

Malezya'da kamu sağlık hizmetlerinin tek finansman kaynağı toplanan genel vergilerdir. Özel sektör ise kamu tarafından sübvans edilmez ve tek finansman kaynakları hizmet başına aldıkları ücretlerdir.

Türkiye'de kamu sektörü sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden, sosyal güvenlik sistemiyle toplanan primlerden ve ayrıca doğrudan kişisel ödemelerle karşılanır.

Malezya'da sağlık sistemine yönelik olarak herhangi bir zorunlu sağlık sigortası sistemi yoktur. Sağlık hizmetleri kamu sektörü tarafından ücretsiz olarak verilir. Ödeme gücü olanlar ise sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulduğu özel sektör hizmetlerinden yararlanırlar. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi içinde zorunlu sigorta uygulaması vardır ve halkın 2/3'sinden fazlasını kapsar.

Malezya halen mevcut olan kamu mali desteği de içeren Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sisteminden, Refah Yönelimli / Sigorta tipine geçiş içindedir. Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemini uygulamaktadır.

Malezya'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça az olmasına rağmen, sağlık hizmetleri daha yüksek oranlarda harcama yapan çoğu ülkeden çok daha iyi durumdadır. Türkiye'nin de sağlık hizmetlerine ayırdığı pay Malezya'ya göre daha yüksek olmasına rağmen, sağlık göstergelerini daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu ana kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Malezya'da Sağlık Bakanlığı'nın altında sırasıyla eyalet idareleri, il idareleri yer alır. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nın altında İl Sağlık Müdürlükleri yer almaktadır.

Malezya'da geleneksel tıp uygulamaları oldukça yaygındır ve hükümet tarafından desteklenmektedir. Eczacılık sektöründe lisanslı çok sayıda geleneksel / tamamlayıcı ilaç vardır. Türkiye'de geleneksel uygulamalar oldukça azdır, ancak bu uygulamalar konusunda herhangi bir yasal düzenleme söz konusu değildir ve uygulamaların çoğu bilinçsiz bir şekilde yapılmaktadır.

Malezya'da sağlık hizmetlerine yönelik bir turizm sektörü oluşmuş durumdadır. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmetlerinin komşu ülkelere göre daha iyi olması ve ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesine göre oldukça ucuz oluşudur. Türkiye'de de son yıllarda özellikle göz hastalıkları gibi sağlık sektörlerinde kısıtlı bir sağlık turizmi oluşmaya başlamıştır.

Malezya'da sağlık ekipmanlarının üretimi ve geliştirilmesi konusunda oldukça büyük bir sanayi vardır. Malezya sağlık malzemeleri ihracı konusunda dünyada sayılı ülkeler arasındadır. Türkiye ise sağlık ekipmanlarının büyük bir kısmı ithal edilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Vahdet dergisi (2003) İslam Ülkeleri, Malezya Hakkında Genel Bilgiler, [www.ansar.de/malezya.htm](http://www.ansar.de/malezya.htm) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
2. WHO (2002) Country Cooperation Strategy-Malaysia, World Health Organization. [www.who.int/countries/en/cooperation\\_strategy\\_mys\\_en.pdf](http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_mys_en.pdf) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Mark H, S. M, D. (2000) Malaysia's 21st Century Goal: It Based Health Gains for One and All, [www.health-careinformatics.com](http://www.health-careinformatics.com), (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. Singh, R. (1999) Country Profile: Healthy Lifestyle: Vision of a Developing Nation – Malaysia, [www.healthpromotionjournal.com/publications/global/1999-11/index.htm#Singh](http://www.healthpromotionjournal.com/publications/global/1999-11/index.htm#Singh) (sayfa numaralandırması araştırmacılarca verilmiştir)
5. Ministry of Health Malaysia (2001) National Policy on Traditional / Complementary Medicine, Malaysia, [www.pranicmids.org/features1.htm](http://www.pranicmids.org/features1.htm)
6. WHO (2003) Health Indicators in Malaysia, World Health Organization, [www.who.int/countries/mys/en/](http://www.who.int/countries/mys/en/) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. Doling, J. Omar, R. (2002) The Welfare State System in Malaysia, Journal of Societal & Social Policy, Casa Verde Publishing, C.1/1:33-47 [www.healthcare-informatics.com](http://www.healthcare-informatics.com)
8. Nik Ahmad N. (2004) More Funding Needed for Malaysia's Public Health Sector, [www.niknazmi.com/commentaries/archives/000272.html](http://www.niknazmi.com/commentaries/archives/000272.html) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Prnweb (1998) A Citizens' Health Manifesto for Malaysia, Pusat Regun Negara Universiti Sains Malaysia, [www.prn.usrn.my/chi.html](http://www.prn.usrn.my/chi.html)
10. Gross, A. (1999) Regulatory Updates on Malaysia's Medical Market, Pacific Bridge Medical, [www.pacificbridgemedical.com/publications/html/MalaysiaJune99.htm](http://www.pacificbridgemedical.com/publications/html/MalaysiaJune99.htm) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

11. Malaysian-German Chamber of Commerce and Industry (2005) Market Watch Malaysia 2005 The Healthcare Sector – A Market With Potential for Growth, [www.mgcc.com.my/mgcc/main.nsf/0/6e32fd8f51a7c75c47256a48005a216e?OpenDocument](http://www.mgcc.com.my/mgcc/main.nsf/0/6e32fd8f51a7c75c47256a48005a216e?OpenDocument)
12. Medical Device Industry (2003) Business Opportunities Malaysia's Medical Device Industry Leading Growth, [www.mida.gov.my/beta/pdf/pdf\\_medical.pdf](http://www.mida.gov.my/beta/pdf/pdf_medical.pdf) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. E. Tarimo, A. Creese (editörler) (1990) Achieving Health for All by the Year 2000, Midway Reports of Country Experiences, World Health Organization, Geneva.
14. WHO (2004) Countries and areas\_Malaysia, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, [www.wpro.who.int/counties/maa](http://www.wpro.who.int/counties/maa) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
15. Asia Reserch İnstitute (2004) Current Healthcare Financing Issues in Malaysia, [www.ari.nus.edu.sg/pub/wps2004/abs002.htm](http://www.ari.nus.edu.sg/pub/wps2004/abs002.htm) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
16. UNFPA (2003) Country Profiles Database Indicators Comparison Table, United Nations Population Fund and Population Reference Bureau, <http://www.unfpa.org/profile/compare.cfm> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
17. Department of Statistics Malaysia (2003) Health Facts 2003(prelim) Information and Documentation System Unit Planning & Development Division, Department of Health, Malaysia, [www.moh.gov.my/Facts.htm](http://www.moh.gov.my/Facts.htm) (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
18. DEİK (2003) Malezya Ekonomisi Ve Türkiye İle İlişkileri, Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, İstanbul. [www.deik.org.tr/buhenler/20036201809Malezya-haziran2003.pdf](http://www.deik.org.tr/buhenler/20036201809Malezya-haziran2003.pdf)



A. ERDAL SARGUTAN