
ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme

Yrd.Doç.Dr. A. İlhan ORAL
Anadolu Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Öz: Bireylerin, kendilerine sağlık güvencesi sağlamak amacıyla yararlandıkları başlıca iki araç vardır. Bunlar devlet tarafından yürütülen kamu sağlık sigortaları ile özel sağlık sigortalarıdır. Bu çalışmada kapsamı dar olmasına karşın farklı bir yapısı bulunan ABD kamu sağlık sigortaları ile İngiliz kamu sağlık sigortaları incelenmiştir.

Öncelikle her iki ülkenin kamu sağlık sigortalarının (Medicare ve NHS) tarihsel gelişimi ile sağlık hizmetleri ortaya konmuştur. Daha sonra kamu sağlık sigortasından sağlanan sağlık yardımları, parasal yardımlar, yardımlardan yararlanma koşulları, yardımların kapsamı ve finansman kaynakları gibi konular karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Çalışmanın son kısmında da Medicare ve NHS'ye yönelik genel bir değerlendirmeye yer verilmiştir.

Anahtar sözcükler: Sosyal sigorta, sağlık sigortası, hastalık sigortası, sağlık hizmetleri

Abstract: *There are two main vehicles that individuals make use of in order to provide health insurance for themselves. These are health insurances carried out by the government and private health. In this study the England public health insurances and USA public health insurances that have different structure have been studied although their coverage is limited.*

First of all, the historical development of public health insurances (Medicare and NHS) of both countries and their health services have been put forward. Later on, health aids provided from public health insurances, financial aids conditions for making use of these aids, the coverage of aids and their financial resources have been studied comparatively. In the last part of study, a general evaluation towards Medicare and NHS have been given.

Key words: *Social insurance, health insurance, sickness insurance, health service.*

* Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F., Ç.E.E.İ. Bölümü 26470/ESKİŞEHİR
Tel: 0-222-3350580/3233-3245
Elektronik posta: aioral@anadolu.edu.tr

1.GİRİŞ

Toplumun tüm bireylerini ilgilendirmesi bakımından sağlık her dönem, her ülkede ilgi duyulan, araştırılan bir konu olmuştur. Ayrıca sağlığa bu kadar önem verilmesinin bir nedeni de, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık verilerine ilişkin göstergeler arasında bir ilişki bulunmasıdır. Yani bir ülkenin sağlık verilerine bakarak o ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili yorum yapmak mümkündür. Bu bakımdan bir çok ülke nüfusun tümünü ilgilendiren bu konuya özel önem vermektedir. Hatta bazı ülkeler sağlık hakkına temel bir insan hakkı olarak anayasalarında ver vermişlerdir. Bunun sonucu olarak her ülke benimsediği iktisadi sisteme ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal duruma göre vatandaşları için devletin sorumluluğunda bir sağlık sigortası modeli geliştirmeye çalışmıştır. Araştırmamızın konusu olan ABD sağlık sigortası sistemi ile İngiliz sağlık sigortası sistemi birbirinden oldukça farklı yaklaşımları olan iki sağlık sistemidir.

ABD’de kamu sağlık sigortaları toplumun oldukça küçük bir kısmına hizmet vermektedir. Ülkenin sağlık ihtiyacı büyük ölçüde özel sigortalar (%74) tarafından karşılanmaktadır¹. 19. yüzyılın başlarında İngiltere, Almanya, Fransa ve İsveç gibi Avrupa ülkeleri, hükümetler tarafından sağlanan fonlarla kamu kuruluşlarının yönetiminde sosyal yardım programları uygulamaya başlamışlardır. Ancak ABD milli gelirinin yüksek olması ve sahip olduğu ekonomik potansiyel nedeniyle o dönemde dünyada meydana gelen bu gelişmelerden etkilenmemiştir. Ayrıca bu dönemde ABD’de Avrupa’daki gibi bir sosyal hiyerarşi geleneğinin olmaması nedeniyle bir grubun diğer bir gruba yardım ve destek sağlaması da söz konusu olmamıştır. Yukarıda sayılan bu nedenlerden dolayı ABD’de kamu yardım sistemleri Batı Avrupa ülkelerine göre geç gelişmiş ve uygulanmıştır. Bunun sonucu olarak da kamu sağlık sigortalarının geç gelişmesinden doğan boşluğu ABD’de özel sağlık sigortaları doldurmuştur (Atak, 1996, 41). Oysa İngiltere, kökeni Lloyd George’un 1911’lere kadar uzanan çalışmaları ve 1942 tarihli Beveridge Raporu’yla kamusal sağlık yardımlarında öncü olmuştur. Daha sonra 1946 yılında kabul edilen Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) vasıtasıyla devlet tüm ulusa yönelik olarak sağlık hizmetlerini sahiplenmiştir. NHS kurulmadan önceki dönemde ise sağlık hizmetleri, yardım kuruluşları, gönüllü kuruluşlar, özel tıp merkezleri, dostluk dernekleri ve özel sigortalar kanalıyla sağlanmıştır (Bull, 2000, 1).

2.ABD KAMU SAĞLIK SİGORTALARI

2.1.Sağlık Sigortalarının Tarihsel Gelişimi

ABD’de kamu sağlık sigortası uygulamaları 1965 yılında başlamıştır. Ancak özel sağlık sigortalarına ilişkin örnekler daha önceki yıllara gitmektedir. ABD’de ilk modern sağlık sigortası 1929 yılında Dallas’ta uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama daha sonraları Blue Cross Planı adı verilen sağlık hizmetlerine örnek teşkil etmiştir. Daha sonra aynı prensipler doğrultusunda Blue Shield Planı da devreye sokulmuştur. II. Dünya Savaşından sonraki yıllarda özel sigortalar oldukça hızlı bir gelişim göstermiştir. 1950’li yıllar-

¹ <http://www.nhs50.nhs.uk/nhstoday-worldwide-countries-usa.htm>.

da özel sigortalar hastane ve ameliyat giderlerini, doktor ve ilaç ücretlerini karşılayacak düzeyde kapsamlarını genişletmişlerdir. Devlet ise 1960'lı yıllara kadar sosyal sağlık sigortası konusuna el atmamıştır (Belek, 1994, 103).

Nihayet 1965 yılında devlet "Medicare Act" ile yaşlıları, "Medicaid" ile de yoksulları sosyal sağlık şemsiyesi altına almıştır. 1970'li ve 80'li yıllarda kamu sağlık sigortaları dinamik bir değişime uğramış, sigorta kapsamları genişletilmiştir. Bu doğrultuda primlerin de arttığı gözlenmiştir (Atak, 1996, 33).

İlerleyen yıllarda sağlık hizmetleri bir çok özel kurum tarafından verilmeye başlanmıştır. Böylece ABD sağlık sistemi sağlık hizmeti alanlara bir çok seçeneği sunabilen bir yapıya kavuşmuştur. ABD'de hastalar, özel sağlık sigortaları ve özel sağlık organizasyonlarının içinde bulunduğu çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilmektedirler. Burada üzerinde durulması gereken nokta yukarıda sayılan bu hizmetlerin kar amacı güden "özel" nitelikteki yapılanmalarla yürütülmesi ve sosyal sağlık sigortalarının sistem içerisindeki yerinin gittikçe daralmasıdır. Bu durumda da sağlık hizmeti onu alabilecek durumda olanlara ulaştırabilmektedir. Gelir düzeyi bu tür organizasyonlara yetmeyenlere yönelik devlet desteği de gereken düzeye çıkamamıştır (Kılıç, 1995, 30).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Sağlık kuruluşlarının önündeki gereksiz yığılmaları önlemeye çalışmak için sağlık hizmetleri genellikle hiyerarşik bir yapı içerisinde sunulmaktadır. Birçok ülkede sağlık hizmeti genellikle birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olmak üzere bir sevk zinciri içerisinde verilmektedir. Hastalanan kişi öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna (aile hekimleri) başvurmakta, burada tedavi edilemezse ikinci basamak sağlık kuruluşlarına (uzman hekimlerin bulunduğu hastaneler) müracaat etmektedir. Hasta ikinci basamakta da tedavi edilemezse üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına (özel ihtisas hastaneleri) gönderilmektedir. Sağlık hizmetleri süreci genellikle bu şekilde işlemektedir. Ancak ABD'de birçok ülkeden farklı olarak böyle bir sevk zinciri işletilmemektedir (Şakar, 1999, 18). Bu bakımdan ABD için birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlamasını yapmak kolay değildir. Çünkü ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamak ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri, ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır (Kılıç, 1995, 30).

ABD'de hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına almaktadırlar. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır (Belek, 1994, 106).

Hekimlere çalışmak istedikleri eyalet için bir lisans alma zorunluluğu getirilmiştir. Bunun için, gereken ücreti ödemek, tıp fakültesi diplomasını ibraz etmek ve Ulusal Kurulun üç basamaktan oluşan yeterli sınavını başarmak koşulu aranmaktadır. Ayrıca hekimlerin

lisanslarının devam ettirebilmeleri için her iki yılda bir belirli süre sürekli eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Aksi takdirde bu hekimlerin çalışma lisansları iptal edilmektedir (Fowler, 1995, 37). Hekimlerin yaklaşık %40'ı birinci basamak kabul edilen tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır. Bu hekimler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup olarak da çalışabilmektedirler. Ancak son dönemde grup çalışması yaygınlaşmıştır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da üst basamağa başvurabilmektedirler. Ancak unutulmamalıdır ki bu imkan hastanın maddi gücü, sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı doktorlarla sınırlı kalmaktadır (Kılıç, 1995, 30).

2.3. Medicare Programı

1965'te Sosyal Güvenlik Kanunundaki düzenlemeden sonra koordineli çalışan iki kamu sağlık sigorta planı kurulmuştur. Bu plan 65 ve yukarı yaştakiler için geçerli olup Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Medicare A zorunlu hastalık sigortası, Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortasıdır (US SSA, 1997, 51).

2.3.1. Kapsam ve Yararlanma Koşulları

Genel olarak en az 10 yıldan beri medicare kapsamında bulunmak gerekmektedir. Bu koşulu yerine getirenlerden 65 yaşını doldurmuş olanlar, 65 yaşından küçük olmakla birlikte malul durumda bulunanlar ve kronik böbrek hastaları zorunlu hastalık sigortası Medicare'in kapsamına alınmışlardır².

65 yaşını doldurmuş olanlardan Medicare A'dan ücretsiz yararlanacak olanlar şunlardır:

- Sosyal sigortalardan ya da demiryolları emeklilik yönetiminden emekli aylığı alanlar,
- Sosyal sigortalardan ya da demiryollarından aylık alma koşullarına sahip olmakla birlikte henüz primlerini tamamlamayanlar ve
- Eşi ya da kendisi Medicare kapsamında bulunan devlet memurlarıdır.

65 yaşını doldurmamış olmakla birlikte Medicare A'dan ücretsiz yararlanacak olanlar ise şunlardır:

- Sosyal sigortalardan ya da demiryolları yönetiminden en az 24 aydır malullük aylığı almakta olanlar ve
- Dializ makinesine bağlı olan veya böbrek nakli yapılmış olan kronik böbrek hastalarıdır.

Ayrıca bir diğer koşul da Medicare A'nın kapsamına giren kişinin en azından 5 yıldır Amerika'da düzenli oturuyor olmasıdır. Medicare B ise gönüllü esasına dayanan ek bir sağlık sigortası olması nedeniyle isteğe bağlıdır. Ancak yararlananların yine 65 ve daha yukarı yaştakiler ve malullük yardımı alan Medicare'e kayıtlı maluller olması gerekmektedir (Öğütöğulları, 2000,83).

² <http://www.medicare.gov/Basics/Eligibility.asp>

2.3.2. Medicare'nin Sağlık Yardımları

Sağlık yardımları Medicare A için hastane tedavilerini, özel hemşirelik bakımını, evde bakımı ve kan ihtiyacını kapsamaktadır. Ancak Medicare tedavi masraflarının tamamını değil, bir bölümünü karşılamaktadır. Bu nedenle hastanede kalarak tedavilerde 60 güne kadar kalışlarda yıllık ilk 792 \$, 61-90 gün arasında kalışlarda günlük ilk 198 \$, 91-150 gün arasında kalışlarda günlük ilk 396 \$ hasta tarafından, kalan kısım da sigorta tarafından karşılanmaktadır. 150 günden fazla kalışlarda ise ücretin tamamı hasta tarafından ödenmektedir. Özel hemşirelik gerektiren bakımlarda ise ilk 20 gün sigorta tarafından, devam eden 80 gün boyunca günlük ilk 99 \$ hasta tarafından ve 100 günden fazla özel hemşirelik gerektiren durumlarda da masrafların tamamı hasta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım hizmetleri sınırsızdır ve ihtiyaç duyulduğu sürece yapılmaktadır. Bundan doğan harcamaların da %80'ni sigorta, %20'sini de hasta karşılamaktadır. Ayrıca 3 ünite kan ve çaresiz-umutsuz hastalıklarda ayakta tedavi durumunda 5 \$'a kadar ilaç katılım payı, yatan hastalarda ise ilaç bedelinin % 5'i kadar katılım payı hastadan alınmaktadır (US DHHS, 2001, 4).

Medicare B'nin sağlık yardımları ise, tıbbi giderleri (doktor ücreti, cerrahi hizmetler vs.) laboratuvar hizmetlerini, evde bakımı, ayakta tedaviyi ve kan hizmetlerini kapsamaktadır. Tıbbi giderler sınırsız olmakla birlikte ücretin ilk 100 \$ ve kalan masrafların %20'sini ve zihinsel sağlık hizmetlerinde masrafların %50'sini hasta karşılamaktadır. Laboratuvar hizmetleri de sınırsızdır ve tamamı sigorta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım tedavi gerektirdiği müddetçe sınırsız olmakla birlikte ilk 100 \$ ve sonraki masrafların %20'si hasta tarafından ödenmektedir. Ayakta tedavilerde ise hizmet yine süre sınırına tabi değildir ve ilk 100 \$'dan sonraki masrafların %20'sini hasta ödemektedir. Kan ihtiyacında da sınır yoktur ve ilk 3 ünite kan ile kalan masrafların %20'sini hasta karşılamak zorundadır. Sigortalıların bağımlıları da aynı koşullara tabidir (US DHHS, 2001, 55). Ayrıca Medicare B'nin kapsamında bulunan bazı koruyucu-önleyici hizmetler ise şunlardır:

- i. Kapsamdaki tüm kadınlara yönelik olarak yılda bir kez rahim kanserine karşı muayene ve laboratuvar tetkikleri,
- ii. Kapsamdaki 50 yaşından büyük tüm erkeklere yılda bir kez prostat muayenesi,
- iii. Kapsamdaki tüm nüfusa aşılama hizmeti (grip, zatürre ve hepatit B),
- iv. Kadınlarda kemik ölçümü,
- v. 40 yaşından büyük tüm kadınlarda mamogram görüntüleme ve
- vi. Şeker hastalarına yönelik muayene ve tedavidir.

Hasta bu hizmetlere karşılık % 20 katılım payı ödemek durumundadır. Medicare A ve Medicare B ile sağlanan bu hizmetler bazı tamamlayıcı programlarla daha da genişletilebilmektedir. Ancak aşağıda belirtilen hizmetler ise bütünüyle Medicare'nin kapsamı dışında kalmaktadır (US DHHS, 2001, 10). Bunlar:

- i. Akapunktur,
- ii. Diş bakımı ve diş protezleri,
- iii. Estetik cerrahi,
- iv. Gözetim hizmetleri (giyinme, yemek yeme, banyo yaptırma),
- v. Sınırlı durumlar dışında ülke dışında sağlık hizmeti verme,
- vi. İşitme yardımı ve kulak muayenesi,
- vii. Ortopedik ayakkabı,
- viii. Ayakta tedavi gören hastaların bazı ilaçları,
- ix. Rutin ayak bakımları,
- x. Rutin göz kontrolü ve bazı gözlükler,
- xi. Rutin fizik muayene,
- xii. Bazı görüntüleme hizmetleri ve
- xiii. Bazı aşılama hizmetleridir.

2.3.3. Medicare'nin Parasal Yardımları

ABD'de sağlık yardımlarının yanı sıra nakit para yardımı ve hastalık yardımı da uygulanmaktadır. Ancak bunların kamu sigortalarında yani Medicare içindeki yeri çok sınırlıdır. Amerika'da 45 eyalette parasal yardım uygulanmamaktadır. Parasal yardım sadece Rhode Island (1942), California (1946), New Jersey (1948), New York (1949), Hawaii (1969) ve Poerto Rico (1968) yu kapsayan beş eyalette uygulanmaktadır. Nakit hastalık yardımı, yıllık 300 \$ ile 6900 \$ arasında değişmektedir. Hastalık yardımında da eyaletler arasında farklı uygulamalar vardır. Ancak haftalık maksimum hastalık yardımı 113 \$ ile 394\$ arasında değişmektedir. Sigortalının çocuğunun olması durumunda bu ücretlere her çocuk için sabit miktarda ek ödeme yapılabilir. Örneğin, bu ek ödeme Rhode Island'da her çocuk için 5 \$dır (US SSA, 1999, 373).

2.3.4. Medicare'nin Finansmanı

Medicare'nin finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Medicare A için sigortalılar ve işverenler, çalıştıkları süre boyunca sigortalının kazancının %1,45'ini; kendi hesabına çalışanlar da kazançlarının %2,9'unu ödemektedirler. Devletin katkısı ise sigortalı olmayanlara ilişkin masrafların karşılanmasında görülmektedir (US SSA, 1999, 373). Devletin bazı kişilerin hastalık sigortasına katkı yapabilmesi için bu kişilerin Medicare'e kayıtlı olmaları gerekmektedir. Ayrıca yıllık gelirlerinin ulusal yoksulluk sınırının altında olması ve bir kişi için banka hesabı, tahvil, hisse senedi gibi mal varlıklarının 4000 \$'dan, bir çift için de 6000 \$'dan fazla olmaması gerekmektedir.

Bu kişilerin varsa ev ve arabaları bu hesaplamalara dahil edilmemektedir ³. Medicare B de ise sigortalılardan, sağlık yardımları için 54 \$ (2002 yılı için geçerli) ⁴, nakit para yardımı için de vergiye tabi kazançlarının %1,2'si kadar prim kesilmektedir. İşverenlerden sağlık yardımları için kesinti yapılmamaktadır. Ancak, işverenden nakit para yardımları için yukarıda adı geçen 5 eyalette ücretin %0,5'i kadar prim kesilmektedir (US SSA, 1999, 373).

2.4. Medicaid Programı

Medicare bir sigorta olduğu halde, aynı kanunla yürürlüğe girmiş olan Medicaid diğer programları destekleyen, yoksulların doktor ve hastane giderlerinin ödenmesini sağlayan bir yardım programıdır. Medicaid programında her eyalet federal hükümetin çizdiği çerçeve içinde kendi sağlık programlarını kendisi düzenlemektedir (Öğütöğulları, 2000, 64). ABD'de 1995 yılı itibarıyla ⁵:

- i. 18,7 milyon çocuk,
- ii. Bu çocuklara bakmak durumunda olan 7,7 milyon yetişkin,
- iii. 4,4 milyon yaşlı ve
- iv. 5,9 milyon görme özürlü ve malul

Medicaid'ten sağlık yardımı almıştır.

2.4.1. Kapsam ve Yararlanma Koşulları

Medicaid yardımlarından sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (Supplementary Security Income- SSI) programından nakit yardım alan herkes yararlanmaktadır. SSI, yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisini sağlayan bir programdır. SSI'den yardım alabilmek için 65 yaşından büyük olmak, tümüyle görme özürlü olmak ya da çok az görüyor olmak, fiziksel veya zihinsel olarak malul bulunmak koşulu aranmaktadır. Bu yardımı alabilmek için bir diğer koşul da kişilerin mal varlığının miktarıdır. SSI yardımı alabilmek için mal varlığı hesabına dahil edilecek varlıkların bir kişi için 2000 \$, çiftler için de 3000 \$ dan fazla olmaması gerekmektedir. Ayrıca yardım alanın çalışmıyor olması durumunda bir kişi için aylık gelirin 532 \$, çiftlerin de aylık gelirlerinin toplamının 789 \$'ın altında olması gerekmektedir. Yardım alanların çalışması durumunda ise, gelir alabilmek için aylık miktarının bir kişi için 1109 \$, çiftler için de aylık toplamının 1629 \$'dan az olması gerekmektedir. Tüm eyaletlerde SSI yardımı bir kişi için aylık 512 \$, çiftler için de 769 \$ dır ⁶. Bu sistem sosyal güvenlik teşkilatı tarafından yürütülmektedir.

³ <http://www.medicare.gov/Basics/EnrollmentPackage.asp>.

⁴ <http://www.medicare.gov/Basics/Amounts2002.asp>

⁵ <http://www.hcfa.gov/medicaid7mcdsta95.htm>

⁶ <http://www.medicare.gov/Basics/EnrollmentPackage.asp>.

Aynı şekilde ailelere ve bağımlı çocuklara yardım (Aid to Families with Dependent Children- AFDC) programından yardım alanlar da Medicaid'in kapsamındadır. Bunlar da kanuni sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar. Bazı eyaletler, sağlık giderlerini kendileri karşılayamayacak durumda olan düşük gelir gruplarına da Medicaid yardımını yaygınlaştırmışlardır⁷.

2.4.2. Medicaid'ten Sağlanan Yardımlar

Medicaid yoksul insanlara tıbbi yardım sağlayan bir programdır. Sağlık harcamalarını karşılayamayan bu kesime verilen hizmetler şunlardır:

- i. Yatarak tedavi,
- ii. Ayakta tedavi,
- iii. Doğum öncesi hizmetler,
- iv. Aşılama,
- v. Doktor hizmeti,
- vi. Hemşirelik hizmeti,
- vii. Evde bakım ve özel hemşirelik,
- viii. Aile planlaması,
- ix. Kırsal sağlık klinikleri,
- x. Laboratuvar ve Röntgen hizmetleri,
- xi. Erken teşhis ve tanı hizmeti,
- xii. Ambulans hizmeti,
- xiii. Ebe ve hemşire hizmeti ve
- xiv. 21 yaş altı çocuklar için hemşirelik ve tedavi hizmetleridir.

2.4.3. Medicaid'in Finansmanı

Medicaid hizmetlerinin finansmanı Federal Hükümet tarafından karşılanmaktadır. 1995 verilerine göre, Medicaid programında hasta başına yıllık ortalama 3300 -3700 \$ arasında bir harcama yapılmıştır. Medicaid federal ve eyalet ortak programı olması nedeniyle federal devlet, eyalet bütçelerine göre giderlerin %50'si ile %78'i arasında yardım yapmaktadır. Medicaid'ten 1995 yılında yapılan toplam sağlık harcaması ise 152 milyar \$'dır⁸.

⁷ <http://www.medicare.gov/Basics/EnrollmentPackage.asp>.

⁸ <http://hcfa.gov/medicaid/mcdsta95.htm>

3. İNGİLTERE KAMU SAĞLIK SİGORTALARI

3.1. NHS'nin Tarihsel Gelişimi

NHS İngiltere'de devlet tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Servisi'nin (National Health Service) kısa adıdır. NHS'nin kökleri 19. yüzyıldaki küçük işçi sigortalarına ve dostluk derneklerine kadar uzanmaktadır. 1911'de Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Kanununa dönüştürülmüştür. 1930'lu yıllarda Sağlık Bakanlığının girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen sağlık hizmetleri modelleri incelenmeye başlanmış ve yeni tasarılar hazırlanmıştır (Aksakoğlu, 1995, 96). 1942 yılında açıklanan Beveridge Raporuyla ayrıntılı bir sosyal güvenlik sisteminin yürürlüğe konacağı belirtilmiştir. Bu raporda, herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması gerektiği ifade edilmiştir. Sonunda NHS Kanunu 1946'da kabul edilerek 1948 yılında yürürlüğe girmiştir (TİEİS, 1970, 1). Sistem kısa zamanda benimsenmiş ve yerleşmiştir. Ancak 1974'te sistem ilk büyük değişikliğe uğramıştır. Muhafazakar Partinin 1979'da iktidara gelmesinden sonra NHS birçok değişiklik geçirmiştir. Bu dönemde bazı huzur evleri, çocuk yuvaları gibi sosyal kurumlar kapatılırken sağlık sistemi de özelleştirilmeye başlanmıştır (Aksakoğlu, 1995, 96). Günümüzde İngiltere'de sağlık hizmetleri devlet eliyle sürdürülmesine karşın yaklaşık 12 milyon kişinin tamamlayıcı özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Bazı sağlık sorunları, özellikle psikiyatrik bakım, uzun dönemli bakım ve öğrenme güçlükleri ile ilgili sağlık sorunları özel sektör kanalıyla çözülmektedir (Bull, 2000, 3).

3.2. Ulusal Sağlık Sistemi

İngiltere'de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirilmektedir (US SSA, 1999, 370). Sosyal güvenlik rejimi üç ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık hizmetidir (NHS). Primli rejimi ulusal sigorta oluşturmaktadır. Hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan bir sistemdir. Bu sistemden yararlanmak için sigortalıların prim ödemesi gerekmektedir. Primsiz rejim, bazı sakat kimselere ve bunlara bakanlara gelir desteği ve kira yardımı olarak uygulanan bir rejimdir. Bu riskler için genel bütçeden ayrılan ödenekler kullanılmaktadır. NHS ise, İngiliz halkının ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da kapsayan sağlık yardımları yapan bir kuruluştur. Bu kuruluşun finansmanı, genel bütçeden vergilerle karşılanmaktadır. NHS kendine özgü yapısı ve örgütlenmesiyle dünyadaki sağlık sistemleri arasında önemli bir yere sahip örnek bir kuruluştur (ÇSGB, 2000,170).

3.3. NHS'nin Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

NHS'de bütün sağlık hizmetleri ücretsiz verilmekte ve üç basamakta gerçekleştirilmektedir. Basamaklar arasında çok iyi işleyen bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamakta pratisyen

hekimler (GP), diş hekimleri ve göz doktorları bulunmakta, hastaların gereken muayene ve tedavilerini yapmaktadırlar. İkinci basamakta uzman doktorlar bulunmaktadır. Hastalar uzman doktora ancak GP'ler sevk ettiği taktirde gidebilmektedirler. Bir hasta direkt olarak uzmana başvurursa yani GP'nin sevki olmadan uzman doktora giderse muayene ve tedavi ücretlerini kendisi ödemek durumunda kalmaktadır. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri içeren ileri tıp merkezleri bulunmaktadır (Kılıç ve Bumin, 1993, 34).

3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri GP'ler üzerine kurulmuştur. GP'ler yalnız çalışabildikleri gibi, gruplar halinde de çalışabilmektedirler (WHO, 1997, 35). NHS'den yararlanan bireyler hastalandıklarında ilk olarak GP'lere başvurumaktadırlar. İngiltere'de bir kişi hastalandığı zaman direkt olarak uzman doktora başvuramamaktadır. Ayrıca ülkede kurulu bulunan sevk zinciri de zaten buna imkan vermemektedir. Bu konuda gelişmiş bir kültür ve toplumsal bilinç de oluşmuştur. Nüfusun %97'si bir GP'ye kayıtlıdır. Geri kalan %3'lük kesimi de kendi sağlık harcamalarını karşılayabilen üst gelir grubunu oluşturmaktadır. Günümüzde İngiltere'de yaklaşık olarak 30.000 GP vardır ve bunların herbirine kayıtlı 2.000 civarında hasta bulunmaktadır. Bir GP'nin listesine kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçmemektedir (Kılıç ve Bumin, 1993, 34). 16 yaşından küçüklerin GP'lerini velileri belirlemektedir (Karauçak, 1990, 179). GP ile anlaşmalar yıllık yapıldığı için kaydolunan bir GP bir yıldan önce değiştirilememektedir. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı hekimi seçtikleri için GP'lere "aile hekimi" de denilmektedir. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç birey önce kayıtlı olduğu GP'ye gitmek zorundadır. Hastalar, GP'ler sevk etmeden bir üst basamağa giderlerse harcamalarını kendileri karşılamak zorunda kalmaktadırlar. GP'ler devlet memuru olmayıp, muayenehanesi olan özel hekimlerdir (WHO, 1998, 234). Bunlar FHS (Aile Sağlık Servisleri) ile anlaşmak koşulu ile istediği yerde yerleşip çalışabilmektedirler. Hastaların GP'leri seçme hakkı olduğu gibi, GP'lerin de hastaları seçme hakkı bulunmaktadır. Yani GP'lerin kendisine başvuran her hastayı listesine alma zorunluluğu yoktur (Kılıç ve Bumin, 1993, 34).

Bu gün artık İngiltere'de GP'ler genellikle Grup Çalışması (Grup Practise) şeklinde hizmet vermektedirler. Bu yapıda 3-4 GP bir araya gelip içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip çalışmasına yönelmektedirler. Ayrıca 1990'lı yıllarda grup çalışması yapan bazı doktorlar "Fundholding" adı verilen bir uygulamaya geçmişlerdir. Fundholding uygulamasında, sağlık merkezi personelinin giderlerinin, hastaların teşhis-tedavi giderlerinin ve kurumun diğer giderlerinin NHS tarafından verilen bir bütçeden karşılandığı görülmektedir. Fundholding uygulamasında hastaların ilaç giderleri ve sevk edildikleri hastanelerde yapılan giderler bu hastanın kayıtlı olduğu sağlık merkezi tarafından fundholding bütçesinden karşılanmaktadır. İsteyen her GP fundholding uygulamasına geçmemektedir. Öncelikle "grup çalışması" yapan birden fazla hekimin olması ve hasta listelerinin 7000'inden fazla olması gibi koşullar aranmaktadır. 1994 yılından sonra nüfusun %25'inin fundholding uygulamasının kapsamında bulunduğu gözlenmiştir (Özcan, 1996, 75).

3.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak genellikle 10.000 ile 100.000 arasında bir nüfusun ihtiyaçlarına cevap veren hastanelerden oluşmaktadır. Bu hastanelerde her türlü tıbbi ve cerrahi hizmet verilmektedir. Ayrıca hastalar bu hastanelere mutlaka GP'nin sevgiyle gelmek zorundadırlar (WHO, 1997, 37).

Bu hastanelerdeki uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hastaların sayısına göre ücret almaktadırlar. Uzman doktorlar hastanelerle kısmi zamanlı sözleşme yapmakta ve geri kalan zamanlarında özel muayene yapabilmektedirler. Özel hastalarını NHS hastanelerinde bakma ve yatırma hakları da bulunmaktadır. Hastanelerin iç yönetimleri özerktir. Halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" tarafından yönetilmektedirler. Ülkede 200 civarında "Hastane Yönetim Komitesi" bulunmaktadır. Bazen bir komitenin birden fazla hastanenin yönetimini yaptığı da görülmektedir. NHS'de çalışan doktorlar meslek kuruluşları tarafından seçilmekte ve sağlık bakanlığınca görevlendirilmektedir (Kılıç ve Bumin, 1993, 35).

3.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Bir bölgeye bazen de tüm ülkeye hizmet veren üst uzmanlık sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirurji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi gibi işlemlerin yapıldığı birimlerdir. Ayrıca bu kademedeki tıp eğitimi içeren okullar da bulunmaktadır. Gerek üçüncü basamaktaki, gerekse ikinci basamaktaki uzman hekimlerin özel muayenehaneleri de bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta bulunan hekimler buralarda muayene ettikleri hastaları gerekli gördükleri durumlarda kendi hastanelerindeki, uzmanlar için ayrılmış olan sınırlı sayıdaki yataklara yatırabilmektedirler (Kılıç ve Bumin, 1993, 35).

3.3.4. Kapsam ve Yararlanma Koşulları

NHS'de sağlık yardımlarının kapsamına alınacak nüfus için herhangi bir koşul aranmamaktadır. İngiltere'de yasal olarak yaşayan, çalışan ya da iş arayan herkes sağlık hizmetlerinden ücret ödmeden yararlanabilmektedir⁹.

3.3.5. NHS'nin Finansman Yapısı

NHS tümüyle genel bütçeden, yani halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. Bu gün GP'lerin listesine kayıtlı bir hasta hiçbir ücret ödemeksizin anlaşmalı herhangi bir sağlık kuruluşundan yararlanabilmektedir (Karauçak, 1990, 179). GP ya da hastanenin belirlediği her türlü tedavi, ücret alınmaksızın gerçekleştirilmektedir. Tetkik ameliyat, protez, evde bakım gibi uygulamalar bu kapsamdadır. Yalnız bunun bazı istisnaları vardır (Aksakoğlu, 1995, 98).

⁹ <http://europa.ea.int/scadplus/citizens/en/uk/1111.htm>

Hastaların para ödediği istisnai durumlar şunlardır (Kılıç ve Bumin, 1993, 36):

- i. GP sevk etmeden uzman doktora gidilmesi,
- ii. Hastanede özel oda gibi ayrıcalıklar istenmesi,
- iii. Diş tedavilerinde masrafların 17 Poundun, komplike işlemlerde 150 Poundun üzerinde olması (hamilelerden, 0-1 yaş arası bebeği olanlardan ve 18 yaşın altında olanlardan hiçbir koşulda ücret alınmaz),
- iv. Reçetelerin ilaç başına 2,2 Poundan fazla tutması,
- v. Emeklilerin hastanede 8 haftadan fazla yatması ve
- vi. Gözlük, iştirme cihazı ve protezlerin bedelinin bir kısmıdır.

Toplam sağlık harcamalarının %93 kamu kaynaklarıyla %7'lik bir kısmı da özel harcamalarla karşılanmaktadır. NHS kapsamındaki hastalar hekime direkt ödeme yapmamaktadırlar. NHS hekimlerin, ücretlerini üç şekilde ödemektedir.

- i. Asıl maaş: Asgari ücret gibi belli bir taban aylık
- ii. Listesinde kayıtlı hasta sayısına göre kişi başına yıllık yapılan bir ödeme
- iii. Ekstra işlemler için yapılan özel ödemeler

İngiltere'de nüfusun tamamı NHS kapsamında değildir. Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle NHS'nin kapsamı dışında bırakılmıştır. Bununla beraber özel sigortalara prim ödeyenler de isterlerse NHS'den yararlanabilmektedirler. Bunun nedeni genel vergiler yoluyla bu kişilerin zaten NHS'nin finansmanına katılıyor olmasıdır (WHO, 1997, 37).

3.4. Ulusal Sigorta

İngiltere'de sağlık yardımları ücretsiz olarak yapılmaktadır. Ancak kişinin hastalıkla ilgili herhangi bir parasal yardımdan yararlanabilmesi için Ulusal Sigortaya prim ödemesi gerekmektedir. Parasal yardımlar; nakit hastalık yardımı ve yasal hasta ödeneğidir.

3.4.1. Kapsam ve Yararlanma Koşulları

Gerekli katılma koşullarını yerine getiren tüm istihdam edilenler, bağımsız çalışanlar nakit hastalık yardımının kapsamındadır. Ayrıca yararlanma koşullarını yerine getiren işsizler de kapsama dahildirler. Bu koşulları yerine getirmek yasal hasta ödeneği için yeterli değildir. Yasal hasta ödeneği işveren tarafından haftalık ortalama gelirin 66 Pound ve üstünde olanlara ödenmektedir (US SSA, 1999, 369).

6 Nisan 1975 tarihinden başlayan her vergi yılında haftalık ücretin alt sınırı üzerinden hesaplanan birinci grup primin 25 katı prim ödemiş olmak ya da tam normal oranlı ödeneklerden yararlanmak için, ödenek talebinde bulunulan yılın başlamasından önce sona ermiş olan iki vergi yılının her biri için haftalık ücretin alt sınırı üzerinden hesaplanan pri-

minin 50 katına eşit prim ödemiş olmak veya o miktarda primi hesabına kredi olarak kaydettirmek gerekmektedir (ÇSGB, 2000, 173). Ayrıca hastanın işverenden yasal hasta ödeneği almaması ve erkeklerde 65, kadınlarda 60 yaşın altında olması gerekmektedir. Yasal hasta ödeneği en az 4 gün işgöremezlik durumunda verilmektedir. Yine nakit hastalık yardımında olduğu gibi hastanın yaşının 65 yaşın altında olması ve haftalık gelirin 66 Poundun üzerinde olması gerekmektedir (US SSA, 1999, 370).

3.4.2. Sağlanan Parasal Yardımlar

Sigortalılar hastalık nedeniyle işgöremez duruma düşmeleri ve gerekli koşulları yerine getirmeleri durumunda, hastalığın 4. gününden başlamak üzere 28 hafta boyunca 50,35 Pound nakit hastalık yardımı almaktadırlar. Ayrıca bu hastaların kendilerine bağımlı kişiler varsa, ödeneğe her bağımlı başına 31,15 Pound ilave yapılmaktadır. Hastalıkta 29. hafta ve 52. hafta arasında 59,55 Pound haftalık ödenek ve buna ek olarak bakmakla yükümlü olduğu her yetişkin için 31,15 Pound, her çocuk için 9,90 Pound ile 11,35 Pound ödenek ilave edilmektedir.

Yasal hasta ödeneği hastalığın 4. gününden başlayarak 28 hafta sürmektedir. Bu ödenekte işveren sigortalıya 59,55 Pound ödemektedir (US SSA, 1999, 370).

3.4.3. Finansman

Ulusal sigortanın finansmanı sigortalı, işveren ve devletin verdiği primlerle karşılanmaktadır. Haftalık 66 Pound ile 500 Pound arasında kazanan sigortalı işçiler %10 oranında prim ödemektedirler. Kendi hesabına bağımsız çalışanlar için prim sabit bir oranda 6,55 Pounddur. Buna ilaveten yıllık geliri 7530 ile 26.000 Pound arasında olanlardan %6 oranında prim kesilmektedir. Durumu yukarıdaki iki gruba da uymayan gönüllülerden ise sabit oran olarak haftada 6,45 Pound prim kesilmektedir.

İşverenler de kazancı haftalık 83 Poundu geçen işçiler için %12,2 prim ödemektedir.

Devletin ödediği prim ise yasal hastalık sigortası için çok az bir miktardır (US SSA, 1999, 370). Devlet zaten sağlık harcamalarının %93'lük bir kısmı NHS kanalıyla karşılanmaktadır.

4. SONUÇ

ABD ve İngiltere kapitalizmi benimsemiş iki ülkedir. Bu nedenle ilk bakışta birbirlerine benzeyen bir kamu sağlık sigortası yaklaşımı içinde olmaları beklenirken, hemen hemen bütünüyle farklı iki sistem uyuladıkları görülmektedir. ABD'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sağlık sigortaları tarafından sağlanırken, İngiliz sağlık hizmetleri neredeyse tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. İki ülke arasındaki temel farklılık buradan başlamaktadır.

ABD'de devlet, kamu sağlık sigortacılığı alanına ilk olarak 1965 yılında el atmıştır. O zamana kadar sistemli kamusal bir sağlık sigortası kurulamamıştır. ABD'nin bu durumu, İn-

giltere ve diğer gelişmiş Avrupa ülkelerinin 1880'li yıllardan itibaren kamu sağlık sigortalarından yararlandığı göz önünde bulundurulduğunda ABD için büyük bir gecikme olarak göze çarpmaktadır. İngiltere ise kamu sağlık yardımlarını 19. yüzyılın sonlarında Sanayi Devriminin olumsuz etkilerinin hissedilmeye başlamasıyla birlikte aşamalı olarak uygulanmaya koymuştur.

ABD sağlık sisteminde özel sektör ağırlıklı bir yapının hakim olduğunu yukarıda belirtmiştik. Ülkede sadece sınırlı bir grup yaşlı (emekli) ve yoksul kesim için kamu sağlık sigortası uygulanırken, bunun dışında kalan kişiler için özel sağlık sigortaları ve diğer sağlık organizasyonları hizmet vermektedir. Kamu sağlık sigortalarının sınırlı bir gruba hizmet vermesi bakımından ABD sağlık sistemi, diğer gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine göre yetersiz kalmaktadır. Çünkü hemen hemen tüm gelişmiş ülkelerde devletin "sosyal" olma özelliğinden kaynaklanan ve asgari düzeyde de olsa tüm nüfusu kapsayacak bir sağlık sistemi bulunmaktadır. İngiltere'de ise toplumun neredeyse tamamını kapsayan ücretsiz sağlık yardımlarını içeren ve bu konuda birçok ülkeye örnek olan NHS uygulaması bulunmaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda ABD'de nüfusun oldukça dar bir kesiminin (65 yaş üstü, maluller ve yoksullar), İngiltere'de ise nüfusun neredeyse tamamının (% 97) kamu sağlık güvencesine kavuşturulduğu görülmektedir. Buna ek olarak İngiltere'de uygulanan yöntem ayırım gözetilmeksizin tüm topluma yönelik olması bakımından ideal sosyal güvenlik düşüncesine de daha uygun düşmektedir. İki sistem arasında kamu sağlık sigortalarının kapsamı alınan nüfusun miktarı konusunda da önemli bir farklılık bulunmaktadır.

ABD'de medicare ile birlikte yürürlüğe konulan ve bir sosyal yardım programı olan medicaid programı geliri düşük olması nedeniyle çeşitli sosyal yardım kuruluşlarından sosyal gelir alan bireylere sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu program toplumun korumasız, yoksul kesimlerine sağlık güvencesi sağlaması ve önemli bir ihtiyacı karşılaması bakımından yerinde bir uygulamadır. Ancak genel olarak bakıldığında ABD'de kamu sağlık sigortacılığının toplumun geneline yeterince yaygınlaştırılmadığı ve kişilerin kendilerine tamamlayıcı bazı özel sağlık sigortası yaptırmadığı sürece yeterli hizmeti alamayacağı düşünülmektedir. İngiltere'de ise temel sağlık hizmeti NHS tarafından verilmektedir. Özel sigortalar sadece tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. ABD'de nüfusun büyük bir bölümünün özellikle 65 yaşın altındaki aktif çalışan nüfusun özel sağlık sigortası bulunurken, yaklaşık 59 milyon nüfuslu İngiltere'de 12 milyon insan isteğe bağlı ek sağlık sigortasına ihtiyaç duymuştur.

İki ülke arasında sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında da farklılıklar görülmektedir. İngiltere'de sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olmak üzere toplam üç basamaklı sevk zinciri içinde sunulmaktadır. Hastaların ücret ödemediği sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için bu sevk zincirine uygun hareket etmeleri gerekmektedir. ABD sağlık hizmetleri ise kendine özgü karmaşık bir yapı içinde sunulmakta ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Hasta tedavi sürecinin başından itibaren istediği doktor ya da hastaneye başvurabilmektedir.

Yararlanma kapsamı açısından da iki ülke arasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. ABD'de kamu sağlık sigortasından yararlanmanın koşulları İngiltere'ye göre biraz daha ağır tutulmuştur. ABD'de medicare'den yararlanabilmek için en az 5 yıldır bu ülkede dü-

zenli oturma koşulu aranırken, İngiltere’de böyle bir süre sınırı bulunmamaktadır. NHS’den yararlanabilmek için bu ülkede yasal olarak istihdam edilmek, iş arıyor olmak ya da ikamet etmek yeterli görülmüştür.

ABD’de medicareden yapılan sağlık yardımları genel ilke olarak sosyal sigorta primlerine karşılık olarak yapılırken, masrafların belli bir miktarı geçmesi durumunda kişinin kendisinin bir kısım ödemeye katılması gerekmektedir. Oysa İngiltere’de sağlık yardımları bütünüyle NHS’nin kapsamındadır. Birkaç istisna dışında sigortalının NHS’nin öngördüğü sevk zincirinin dışına çıkmadığı takdirde yapılan harcamalara katılma zorunluluğu bulunmamaktadır.

ABD’de çalışan nüfusa yönelik bir kamu sağlık sigortası olmaması, sağlık teknolojisindeki meydana gelen gelişmeler sonucu son dönemlerde sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar nedeniyle zaman zaman dar gelirli grupların temel bir insan hakkı olan sağlıklı yaşam hakkını elde edememelerine yol açmaktadır.

Bu ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcamalarının da oldukça farklı olduğu gözlenmektedir. ABD’de kişi başına yıllık yaklaşık olarak 4000 \$ sağlık harcaması yapılırken, İngiltere’de kişi başına yapılan sağlık harcaması 1400 \$ civarında gerçekleşmektedir. İngiltere’de sağlığa ayrılan bu miktar hemen hemen Avrupa ülkeleri içindeki en düşük miktardır. İngiltere ile ABD ve diğer Avrupa ülkelerinin arasındaki bu büyük fark İngiltere’nin sağlığa önem vermemesinden değil bilakis, NHS yoluyla birçok sağlık sorununu ortaya çıkmadan önleme başarısından kaynaklanmaktadır. NHS yoluyla İngiltere GSMH’nin yaklaşık %6,8’i gibi ABD ve birçok Avrupa ülkesinin 3-4 puan altında bir harcamayla başarılı bir sağlık hizmeti verebilmektedir.

ABD ve İngiltere arasında sağlık sigortalarından sağlanan parasal yardımlar konusunda da farklılıklar gözlenmektedir. ABD’de ülkenin bütününde parasal yardımlar konusunda birlik yoktur. Bugün için 50 eyaletten sadece 5’inde parasal yardım uygulanmaktadır. İngiltere’de ise yararlanma koşullarını sağlayan herkes ulusal sigortadan parasal yardım alabilmektedir.

İki ülke arasındaki temel farklılıklardan biri de parasal yardımdan yararlanacak nüfus grubuyla ilgilidir. ABD’de kamu sağlık sigortasının parasal yardımlarından emekliler, maluller ve yoksullar yararlanırken, İngiltere’de çalışan aktif nüfus yararlanmaktadır. İngiltere’de bu yardımlar hastalığın 4. gününden itibaren 28 hafta ile 52 hafta arasında bir süre ile yapılmaktadır. ABD’de ise toplam 5 eyalette yapılan bu parasal yardımların süresine dair bir sınırlama bulunmamaktadır.

Bütün bu farklı yönlerine rağmen iki ülke sisteminin benzer yönleri de bulunmaktadır. Her iki ülke açısından kamu sağlık sigortalarının finansman kaynaklarına bakıldığı zaman bir benzerlik göze çarpmaktadır. ABD’de medicare yardımlarının, İngiltere’de de ulusal sağlık sigortasının sağlık sigortasından sağlanacak parasal yardımların primler yoluyla finanse edildiği görülmektedir. Primlerin asıl yükü iki ülkede de işçi ve işverenler üzerindedir. Devletin finansmana katkısı ise oldukça düşük bir oranda olup çoğunlukla sosyal yardımlara yöneliktir. ABD’de medicare’yi destekleyen medicaid, İngiltere’de de NHS’yi destekleyen sosyal yardımların tümü devletin mali desteğiyle sürdürülmektedir.

KAYNAKÇA

- Atak, Filiz (Temmuz 1996).** “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, Hazine Dergisi, S.3.
- Belek, İlker (1994).** *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, İstanbul.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2000).** *Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu*, Yayın No:97, Ankara.
- Öğütoğulları, Eren (Şubat-Haziran 2000).** “Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Sigortası Programları”, Sosyal Güvenlik Dünyası, Y.2, S.7-8.
- Özcan, Fatih (Ocak-Şubat 1996).** “İngiltere’de Sağlık Sistemi İle İlgili Farklı Bir Değerlendirme”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.11, S.71.
- Fowler, John (Kasım 1994-Şubat 1995).** “ABD’de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.9, S.64-65.
- Aksakoğlu, Gazanfer (Kasım 1994-Şubat 1995).** “İngiltere’de Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.9, S.64-65.
- Kılıç, Bülent (Kasım 1994-Şubat 1995).** “ABD Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.9, S.64-65.
- Kılıç, Bülent ve Bumin, Çiğdem (Ağustos 1993).** “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, S.56.
- Lassey, L. Marie - Lassey R. William ve Jinks J. Martin (1997).** *Health Care Systems Around The World*, Printice-Hall, New Jersey.
- Karauçak, Şebnem (1990).** *Avrupa Topluluğu’nda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik*, İstanbul.
- Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (1970), Sekiz Avrupa Ülkesinin Milli Sağlık Programları Üzerine İnceleme.**
- US Social Security Administration (July 1997).** *Social Security Programs in the United States*, USA.
- US Social Security Administration (1999).** *Social Security Programs Throughout The World-1999*, USA.
- WHO Regional Office For Europe (April 1997).** *Highlights On Health In United Kingdom*, WHO.
- Worldbank Health Report 2000.
- http://www.worldbank.org/data/wdi/2000/pdfs/tab2_14.pdf.
- <http://hcfa.gov/medicaid/mcdsta95.htm>

<http://www.hcfa.gov/medicaid/mcdsta95.htm>.

<http://europa.eu.int/scadplus/citizens/en/uk/1111.htm>

<http://www.medicare.gov/Basics/Amounts2002.asp>.

<http://www.medicare.gov/Basics/Eligibility.asp>.

<http://www.medicare.gov/Basics/EnrollmentPackage.asp>.

<http://www.nhs50.nhs.uk/nhstoday-worldwide-countries-usa.htm>.

